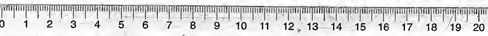
GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.



Deuxième Série.

TOME TROISIÈME. — ANNÉE 1835.





Imprimerie d'Adolphe Éverat, rue du Cadran, 16.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME TROISIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,

POUR L'ANNÉE 1835.

I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

II. HYGIÈNE, STATISTIQUE, MÉDECINE LÉGALE.

III. MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.

IV. HOPITAUX ET CLINIQUES

V. PATHOLOGIE INTERNE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

ÉPIDÉMIES.

FIÈVRES.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

N° 1. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 3 JANVIER 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies

SOMMAIRE.

PHRÉNOLOGIE.

Observation d'un cas de sentiment musical très-développé chez une idiote, suivie de quelques remarques sur la phrénologie; par M. Leuret, D.-M. P.

Une femme de 60 ans environ, entrée depuis son jeune âge dans la division des aliénées de la Salpêtrière, et actuellement placée dans le service de M. Mitivié, n'a jamais eu qu'une intelligence excessivement bornée. Quelques instincts, celui de manger et de boire, d'aller au-devant de la nourriture quand elle la voit arriver, de cacher sa poitrine, moins par pudeur que pour se garantir du froid, de tendre la main dans le but d'avoir un sou, avec lequel elle sait acheter des fruits; c'est à peu près tout ce qu'elle peut faire. Elle a toujours été incapable d'apprendre à s'habiller, à travailler, ou même à parler. Quand elle veut exprimer quelque chose, elle fait entendre une sorte de grognement ou un cri rauque qu'elle répète jusqu'à ce qu'on l'ait comprise. Néanmoins elle est musicienne, et sa capacité pour la musique est même portée à un très-haut degré. La première circonstance qui s'offrit à nous de lui reconnaître cette capacite était bien propre à fixer notre attention. Une jeune femme, figurante ou actrice dans un des petits théâtres de Paris, était entrée depuis peu à l'hospice pour y être traitée d'une manie aiguë pendant laquelle, ses habitudes de théâtre revenant par intervalles, elle chantait, déclamait, gesticulait et dansait, suivant les rôles qu'elle croyait remplir. Un jour, elle tenait les deux mains de la vieille idiote et chantait une chanson dont elle marquait la mesure en sautant. L'idiote suivait la chanson, non de la parole, puisqu'elle ne parle pas, mais de la voix, sautait aussi en mesure et paraissait y prendre un grand plaisir. On nous prévint alors qu'elle chanterait tout ce que nous voudrions. Sa danse finie, on la pria de chanter *Malbrouk*, *Vive Henri IV*, la *Marseillaise*, le *De Profundis*, etc., etc. Elle chanta tant que nous sûmes lui dire ce qu'il fallait chanter, et notre répertoire de chansons était épuisé avant le sien. Il lui suffisait, nous dit-on, d'avoir entendu un air pour le retenir, et elle le répétait chaque fois qu'on l'en priait. Nous en fîmes aussitôt l'expérience. M. Guerry, qui était présent, improvisa un air; l'idiote le suivit, et sur notre demande elle le répéta. M. Guerry improvisa le commencement d'un autre air, elle le suivit encore; mais au lieu de s'arrêter comme M. Guerry, elle acheva l'air commencé, et la fin, toute de sa composition, répondait au commencement.

Quel effet ferait sur elle un instrument de musique? On joua de la

Feuilleton.

Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris.

I. Ancienne Faculté.

Nous emprunterons les détails curieux qu'on va lire à l'ouvrage intéressant que vient de publier sur ce sujet M. J.-C. Sabatier, d'Orléans, travail rempli d'érudition et de goût, et que nous recommandons fortement à tous ceux qui s'occupent de l'histoire de nos institutions médicales.

L'enseignement de la médecine en France remonte jusqu'à Charlemagne; elle complétait l'ensemble des études des élèves qui constituaient le *qua trivium*, tandis que le *trivium* comprenait l'enseignement de l'écriture, de la grammaire latine, de l'arithmétique et du plain-chant. Mais ces premières écoles ne vécurent pas plus d'un demi-siècle; les invasions fréquentes des Normands refoulèrent au fond des cloîtres les sciences et les hommes qui les professaient.

Jusqu'au commencement de la troisième race, l'enseignement se fit donc dans des écoles monastiques, et surtout à Paris au cloître épiscopal. De là sortaient des élèves qui devinrent maîtres à leur tour, sans autre droit que leur bonne volonté et leur science; mais à mesure que le nombre en augmenta, les abus se montrèrent; pour y remédier, les maîtres eux-mêmes se réunirent en compagnie réglée, qui eut son chef, sa police, ses magistrats. Elle divisa et classa les études, établit l'enseignement sur des bases plus régulières; et cette association, d'abord toute volontaire et spontanée, connue dans l'origine sous le nom d'Étude de Paris (1164), un siècle plus tard méritait celui d'Université, et rangeait ses élèves en quatre nations, France, Picardie, Normandie et Angleterre. Alors toutes les facultés étaient confondues dans ce grand corps de l'Université; chacune avait cependant son doyen, qui était toujours le plus ancien maître. A partir de 1280, sous le décanat de Pierre de Limoges, la Faculté de Médecine se constitua en compagnie distincte de toutes les autres, ralliée seulement à l'Université, mère commune et commune gardienne des priviléges; elle prit un sceau particulier, une verge surmontée d'une masse d'argent; elle eut des statuts à elle, commença à tenir des registres ou *commentaires*, et dès ce temps les fonctions de doyen devinrent temporaires, et ce titre fut donné à l'élection.

Nous n'avons que bien peu de documens sur ces temps obscurs; les premiers registres que le temps ait conservés ne datent que de 1395. Alors le nombre des maîtres regens composant la Faculté, c'est-à-dire la totalité des médecins de Paris, sans compter toutefois les licenciés et les chirurgiens, ces derniers étant

flûte; elle était tout yeux et tout oreilles, et répétait les airs qu'on jouait. Une excellente musique ferait-elle plus? M. Listz vint et toucha du piano. Je ne puis pas rendre ce que l'idiote éprouva. Immobile et les yeux fixés sur les doigts de M. Listz, ou bien se contractant en mille sens divers, se mordant les poings, elle était dans un état impossible à décrire. On eût dit qu'elle vibrait avec chacune des cordes de l'instrument, qu'elle sentait tout ce qu'il y avait d'impressions dans l'ame du musicien.

Elle ne répétait plus ce qu'elle entendait; est-ce qu'elle était trop vivement saisie? Est-ce qu'elle craignait, par le moindre bruit, de se priver d'une partie du plaisir dont elle jouissait? Je ne le saurais dire.

Le passage subit des sons graves aux sons aigus agit sur elle avec une force prodigieuse; il occasiona une commotion semblable à celle que produit une décharge électrique; plus de vingt fois ce passage fut exécuté et toujours il produisit la même commotion.

Elle aime et recherche les fruits; nous voulûmes savoir si elle les préférerait à la musique. Je l'entraînai dans un coin de la salle; je la plaçai assise en face de moi, le dos tourné à l'instrument, et je mis devant elle, sur mes genoux, beaucoup d'abricots. Et pour qu'elle fût aux abricots aussi entièrement que possible, je lui en donnai seulement un et je lui montrai les autres. La tentation était forte; la musique le fut davantage. M. Listz ayant recommencé, elle tourna la tête vers lui, et tant qu'il joua elle ne regarda que lui. Pour les abricots, elle y revint seulement quand elle cessa d'entendre la musique.

Une disposition analogue, mais à un moindre degré peut-être, s'est rencontrée plusieurs fois chez les idiots. M. Fodéré en cite un cas dans son *Traité du délire*; M. Esquirol, dans les leçons cliniques si savantes et si riches d'observations, qu'il faisait, il y a quelques années encore, à l'hospice de la Salpêtrière, en rapportait plusieurs exemples.

Les lecteurs, surtout s'ils sont partisans de la phrénologie, voudront sans doute savoir si chez notre idiote on trouve l'organe de la musique. A en juger par la capacité musicale, l'organe doit exister, et à voir la pauvreté du reste de l'intelligence, on a presque droit de s'attendre à ce que toute la tête de cette femme soit portée au-dessus de l'angle externe des yeux. Eh bien! non; l'organe manque: au lieu d'une saillie, c'est plutôt une dépression; nous l'avons constaté nous-mêmes, et pour plus de garantie, nous l'avons fait constater par des anatomistes, voire même par des phrénologistes. M. Mitivié a voulu que l'on moulât sa tête pour la placer dans la belle collection de M. Esquirol; elle sera là, tête de femme idiote et muette, donnant un démenti perpétuel à la doctrine de Gall.

Ce n'est, au reste, qu'un des mille démentis donnés par l'observation à la phrénologie, ou, comme l'appelait Gall, à l'organologie. Les faits abondent qui démontrent jusqu'à la dernière évidence que cette prétendue doctrine est une véritable mystification. Si l'on examine avec attention les ouvrages des phrénologistes, chef ou continuateurs, on s'assurera sans peine qu'ils ne connaissent pas même l'organe sur lequel ils ont échafaudé leurs raisonnemens ou plutôt leurs croyances. Ils ne savent comment est fait ni le cerveau de l'homme ni le cerveau des animaux. Et qu'on le remarque bien, je ne parle pas de la structure intime de cet organe ou de la disposition de ses parties les plus profondes, mais de ses formes extérieures, des circonvolutions. Le cerveau de l'homme (pl. 8 du grand ouvrage de Gall et Spurzheim), vu de côté, présente une scissure de Sylvius comme il n'en a jamais existé, et au-dessus aussi bien qu'au-dessous de cette scissure, des circonvolutions très-différentes de celles que l'on retrouve dans tous les cerveaux. La pl. 12 n'est pas moins inexacte; elle est censée représenter la structure d'un lobe cérébral dont la partie la plus extérieure aurait été enlevée. Que l'on examine les circonvolutions restantes, le même coup semble les avoir toutes coupées en travers, comme si elles eussent rayonné vers un centre commun. Jamais les circonvolutions cérébrales n'ont été disposées de la sorte, et pour laisser un dessinateur tomber dans une erreur aussi grossière, il fallait que ceux qui la dirigeaient ne connussent pas eux-mêmes la conformation du cerveau.

Chez les continuateurs de Gall, on trouve des erreurs encore plus choquantes; l'un d'eux, dans les planches qu'il a publiées, donne au lobe droit du cerveau une scissure de Sylvius qui n'a pas moins de 120 millimètres de longueur, et un lobe gauche où cette même scissure en a à peine 30. Une scissure de Sylvius trois fois moins longue d'un côté que de l'autre! Et les circonvolutions, c'est à n'y rien reconnaître. Celles qui se trouvent au-dessous de la scissure de Sylvius dans les cerveaux humains, si longues, si constamment horizontales à leur naissance et s'élevant en arrière avec la scissure, sont, d'après l'une de ces planches, très-courtes et dirigées obliquement en bas, c'est-à-dire dans un sens opposé à celui qui leur est propre. Les fautes y sont si énormes que l'on a été jusqu'à prendre l'origine de la neuvième paire des nerfs cérébraux pour une des racines du nerf spinal, de telle manière que ces deux nerfs n'en font plus qu'un. Cette dernière faute remonte à Gall; elle se trouve dans sa pl. 4, destinée à montrer l'origine des nerfs; elle a été copiée par quatre ou cinq auteurs qui, à la façon des phrénologistes, ont trouvé plus commode de croire que d'observer.

Mes recherches sur le cerveau m'ont donné des résultats si éloignés de ceux qui sont admis par les phrénologistes, que j'ai plus d'une fois été tenté de croire que la vérité se rencontrait précisément dans la proposition contraire à celle que les phrénologistes soutiennent. Un exemple: pour eux l'intelligence réside au front; les circonvolutions frontales n'existent que chez l'homme; la partie antérieure du cerveau est infiniment peu développée chez les animaux, comparativement à la partie postérieure. Je ne crois pas qu'il y ait un phrénologiste qui doute de la certitude de ces propositions. Or, voici ce que l'anatomie comparée m'a appris là-dessus. Mais auparavant entendons-nous sur ce que nous devrons appeler partie antérieure et partie postérieure dans le cerveau; établissons le point de départ. Placez à côté de la tête d'un homme la tête d'un animal, vous êtes frappé aussitôt de la différence qu'il y a entre le volume relatif du crâne et celui de la face. Chez l'animal, une face volumineuse et un petit crâne; tout l'opposé chez l'homme. Le front de l'animal fuit en arrière; celui de l'homme s'élève au contraire en suivant une ligne qui approche plus ou moins de la verticale. En pouvons-nous conclure que ce soit à cause du développement considérable des circonvolutions antérieures que chez l'homme le font soit ainsi en saillie? admettez pour impossible que chez l'homme le cerveau, tel qu'il existe en lui-même, ait seulement changé ses rapports avec la face; qu'au lieu d'avoir la partie antérieure placée au-dessus des fosses orbitaires, il soit en dedans ou en arrière des yeux;

---

tout à fait en dehors, s'élevait seulement à 31. Ce nombre ne s'accrut que fort lentement, et jamais il ne s'éleva à 200. Voici le résultat de relevés faits par M. Sabatier à diverses époques; en 1500, on comptait 72 maîtres ou docteurs-régens; en 1566, 81; en 1626, 85; en 1634, 101; en 1675, 103; en 1768, 148. Ce chiffre est un des plus hauts qu'aient fourni les dernières années de l'ancienne Faculté.

Pendant plus de deux siècles, la Faculté n'eut point d'écoles. Les grandes réunions des regens avaient lieu à Notre-Dame, ou dans l'eglise des Mathurins; dans cette dernière se célébraient les offices où la plupart des docteurs remplissaient les fonctions de chantres. Les actes se passaient dans la maison des maîtres; plusieurs enseignaient chez eux. Les salles consacrées aux leçons journalières, communes d'ailleurs à d'autres Facultés, étaient dans la rue du Fouarre, qui doit son nom à la litière de paille en été, de foin en hiver, sur laquelle les élèves couchés, ou plutôt entassés, écoutaient plus commodement les leçons du maître.

En 1445, Jacques Desparts, chanoine de l'eglise de Paris et premier médecin de Charles VII, convoqua la Faculté au bénitier de Notre-Dame, et montra la nécessité d'avoir des écoles plus convenables. Il fit don à cet effet de 300 écus d'or (3,450 liv.); et le nouvel édifice fut commencé en 1472, au bourg de la Bûcherie. La Faculté reconnaissante vota à Jacques Desparts, de son vivant même, un obit vigile et messe à chaque anniversaire de sa mort, à perpétuité.

L'imprimerie n'étant point encore inventée; les livres étaient rares. En 1395, la bibliothèque de la Faculté se composait de neuf ouvrages, savoir: *la Concordance de Jean de St-Amand* (1200), *la Concordance de Pierre de St-Flour* (1325), le livre de Galien *De usu partium*; Mésué, *Médicamens simples*, et *la pratique*, du même auteur; le *Traité de la thériaque*; l'*Antidotaire*, d'Albucasis; l'*Antidotaire clarifié* de Nicolas Myrepse (1300); enfin le plus précieux de tous, le plus beau et le plus singulier joyau de la Faculté, ainsi qu'elle le disait dans sa lettre à Louis XI, le *Totum continens Rhasis*, en deux petits volumes. On comprend avec quelle sollicitude la Faculté devait veiller sur son riche trésor. Voici le réglement qui était en vigueur dès 1395, pour cette bibliothèque de neuf ou dix volumes.

Spectatores manu sinistrâ ne utantor.
Libri suis forulis et ordinibus ne moventor.
Nemini nisi sub chirographo mutuo præbentor.
Commodati ne ultrà mensem retinentor.
Integri et intaminati in suos loculos referentor.
Plures quatuor semel hùc ne ingrediuntor.
Duas ultrà horas ne immorantor.
Qui libros rariores noverint, eorum titulos bibliophylaci reliquuntor.

Ces réglemens étaient maintenus avec une rare vigueur, et ne fléchissaient pas même devant les têtes couronnées. M. Sabatier nous transmet à ce propos une anecdote fort curieuse. Louis XI ayant désiré faire transcrire le *totum continens*, pour le mettre dans sa bibliothèque, avait député, en 1471, le président de la Cour des comptes, Jean Ladriesse, vers la Faculté de médecine, pour lui demander à emprunter son Rhasès.

« La Faculté s'émut beaucoup à cette nouvelle: elle tint mainte assemblée au

dès lors plus de front, plus de partie antérieure, au moins apparente, pour le cerveau. Cependant le cerveau est resté le même ; les parties qui l'entourent seules ont changé. Ce que je suppose dans l'homme a lieu chez les animaux, qui pour la plupart ont le cerveau en dedans et en arrière des yeux. C'est donc indépendamment de ses rapports avec la face qu'il faut étudier le développement des différentes parties du cerveau. Les phrénologistes ont aussi pris pour point de départ le trou auditif externe. Ils ont dit : Ce qui est en avant sera partie antérieure, ce qui est en arrière, partie postérieure. (Gall a émis cette proposition dans le chapitre où il a cherché à assigner le siége de l'instinct carnassier.) Accordons ce point; qu'arrivera-t-il? C'est que beaucoup d'animaux, certains mammifères, par exemple, ayant les oreilles situées tout-à-fait à la partie la plus reculée de la tête, ces animaux n'auront que des circonvolutions antérieures ; partant qu'ils auront, toute proportion gardée, plus d'intelligence que l'homme, et qu'ils manqueront des organes de l'instinct. De pareilles conséquences, quoique logiquement déduites, n'étant pas soutenables, nous devons évidemment en rejeter le principe.

Cherchons donc notre point de départ dans le cerveau. Rien n'est plus facile. Dans le cerveau de l'homme et dans celui des animaux nous avons au côté externe la scissure de Sylvius ; au côté interne, le corps calleux. Prenons le corps calleux ; ce qui sera en avant de ce corps, nous l'appellerons partie antérieure; ce qui sera en arrière, partie postérieure. Cela admis, mesurons et comparons nos mesures.

Le tableau ci-joint, que j'extrais d'un travail très-étendu sur la *conformation et la structure du cerveau*, travail dont la publication sera faite dans quelques mois, résout, ce me semble, la question proposée. L'ordre suivant lequel sont placés les individus, bêtes et gens, qui y sont compris, est celui que leur assigne le développement comparatif de la partie antérieure du cerveau.

	part. ant.	part. post.	rapport.
Lapin.	8 millim.	10 millim.	1 à 1,23
Chat.	10	13	1,3
Maki (singe).	10	13	1,3
Ane.	22	29	1,31
Hyène.	13	18	1,38
Cheval.	27	38	1,40
Garçon de douze jours.	26	41	1,57
Femme.	35	56	1,6
Macaque à queue courte (singe).	13	23	1,76
Homme.	36	65	1,80
Papion (singe).	16	31	1,93
Grand mandrill (singe).	16	32	2

Ainsi l'homme et le singe ont proportionnellement la partie antérieure du cerveau plus courte que le cheval, l'hyène, l'âne, le maki, le chat et le lapin. Et voyez la progression ; l'enfant, moins développé que la femme, vient avant elle; la femme, en raison de son sexe moins développée que l'homme, vient également avant lui. Pour les singes, dans leurs rapports avec l'homme, ils sont sans contredit trop bien partagés; mais entre eux, la progression est en harmonie avec celle que nous avons vue entre l'enfant, la femme et l'homme. Le maki, singe très-imparfait et peu intelligent, est de beaucoup le premier parmi ceux de son espèce; le dernier est le grand mandrill, incontestablement mieux développé que le maki. Le lapin vient le premier; il est, on en conviendra sans peine, le dernier pour l'intelligence.

Une loi préside à ce mode de développement, loi connue pour le cervelet, inappliquée jusqu'ici au développement du cerveau, parce que la conformation de cet organe n'avait pas été suffisamment étudiée.

A ce que j'ai dit de la partie antérieure du cerveau, on pourra m'objecter qu'il s'agit seulement du développement en longueur, et que plusieurs animaux ont le cerveau comme effilé en avant. A cela je répondrai que l'âne et le bœuf ont la région *frontale* du cerveau comparativement aussi large que l'homme; j'ajouterai que j'ai souvent présenté, mis à côté l'un de l'autre, un cerveau de mouton et un cerveau de chien à des amateurs de phrénologie, auxquels je disais : « Des deux animaux porteurs des cerveaux que vous voyez, l'un conduit l'autre ; désignez-moi le conducteur. » Tous sans hésiter ont mis le doigt sur le cerveau du mouton. Ces amateurs avaient bien raison, au moins phrénologiquement; car non-seulement le cerveau du mouton est large en avant, mais il porte à ne pas s'y méprendre les circonvolutions de la croyance en Dieu, de l'esprit de saillie et de la métaphysique. J'espère mettre bientôt ces vérités hors de toute contestation, en publiant les faits qui leur servent de base, et en montrant la loi qui les coordonne et les enchaîne.

LEURET.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU CAMPHRE DANS LE TRAITEMENT DE LA TYMPANITE ; par M. Fr. TRADINI, docteur en médecine et en chirurgie.

Il y a peu d'intérêt dans l'histoire de la tympanite avant le dix-huitième siècle. Jusqu'à cette époque on l'avait presque toujours confondue avec l'hydropisie abdominale : on l'appelait *ascites sicca*. L'Académie des sciences la nommait encore, en 1713, *hydropisie tympanite*. Les annales de la médecine nous rapportent que Van Helmont, dans sa jeunesse, fit exécuter en sa présence la paracentèse dans une tympanite qu'on avait prise pour l'ascite, et qu'après avoir inutilement attendu la sortie des eaux, ayant à la fin ôté le trocart, il en sortit un air putride répandant une odeur cadavérique, et que la malade mourut dans la journée, quelques heures après l'opération (1).

La tympanite est une maladie lente, toujours mortelle, et heureusement très-rare. Plusieurs grands praticiens ne l'ont jamais observée. Sydenham n'en parle pas dans ses ouvrages ; Morgagni, qui a fait plus de trente mille autopsies, ne l'a pas non plus rencontrée une seule fois, et c'est ainsi qu'il en parle dans la trente-huitième lettre sur les maladies du ventre de son grand ouvrage *De sedibus et causis morborum*.

(1) Cum abdomen, spectante Helmontio tum juvene, perforasset, frustra expectavit aquarum exitum. Extracto enim phlebotomo, repente sidit abdomen, et quam primum æger periit. Editus autem flatus immense putridus et cadaver olens, etc. (Ignot. hydrop., n° 44. — Acta naturæ curios.)

bénitier de Notre Dame, pour savoir à quoi s'arrêter. Le caractère bien connu du prince n'entrait pas pour peu, sans doute, dans son hésitation et ses craintes. Elle se décida à ne prêter son Rhasès que sous bonne caution, savoir : douze marcs de vaisselle d'argent, et un billet de cent écus d'or (plus de 1,000 livres), qu'on riche bourgeois nommé Malingre souscrivit pour le roi en cette occasion. La Faculté profitant de la circonstance, après avoir fait connaître au roi les petites conditions qu'elle avait mises au prêt de son joyau, lui faisait part du désir qu'elle avait de *faire école et très belle librairie pour exhausser et élever la science de médecine*. Mais le roi n'entendit pas. L'année d'après le Rhasès et les gages furent rendus de part et d'autre.»

Tout l'enseignement consistait, dans le principe, dans la lecture et l'explication de ces ouvrages. Cependant le cercle s'en élargit peu à peu. Jacques Despars, commentateur et interprétateur d'Avicenne, légua ses manuscrits à la Faculté, qui les fit lire et consigner dans ses écoles. Elle tira de Cordoue des traductions d'Hippocrate et de Galien ; elle recueillit les préceptes de l'école de Salerne, rédigés en 6,000 vers par Gilles de Corbeil, médecin de Philippe-Auguste ; elle suivit Théophile pour l'anatomie, Dioscorides pour la botanique ; enfin elle adopta deux traités sur les urines, l'un de Théophile, l'autre de Gilles de Corbeil, et plusieurs autres écrits d'Isaac, médecin arabe du septième siècle. Mais quelques années encore, et l'imprimerie allait être révélée, et une nouvelle ère ouverte à la médecine comme aux autres sciences. A partir de ce temps, l'histoire politique de l'ancienne Faculté ne consiste plus guère qu'en des luttes opiniâtres et souvent peu glorieuses pour conserver ou étendre des priviléges qui étaient devenus avec le temps un insupportable monopole. C'est ici le lieu d'examiner en détail quels étaient la composition, les statuts, les usages de la Faculté, la marche de son enseignement et les grades qu'elle conférait.

L'égalité la plus entière était établie entre tous les docteurs-régens de la Faculté ; tous étaient appelés à tour de rôle à professer et à prendre part aux actes publics et aux examens des élèves. Toutefois pour les professeurs en titre comme pour le doyen, on avait recours à l'élection, et, même à partir de 1566, la durée de ces fonctions officielles était réduite à deux ans. Quand ce terme était expiré, tous les docteurs étaient convoqués à jour et heure fixes ; ce jour était le samedi après la Toussaint. Le doyen démissionnaire déposait ses insignes, les clefs du sceau de l'Académie et de la Faculté, remerciait l'assemblée dans un pompeux discours latin, et rendait compte de son administration et de l'état où il laissait les affaires et les fonds de la Faculté. Toutes les démissions données, on inscrivait sur des bulletins les noms des docteurs présens; ces noms étaient jetés dans deux urnes, l'une pour les *anciens*, l'autre pour les *jeunes* docteurs. Le doyen tirait trois noms de l'urne des anciens, deux noms de celle des jeunes. C'étaient là les cinq électeurs qui demeuraient chargés du soin d'élire le doyen et les professeurs nouveaux. Ils ne pouvaient ni se nommer eux-mêmes, ni réélire aucun membre ayant déjà rempli ces fonctions ; toutefois en 1674 il fut décidé par un décret que les mêmes membres pourraient être réélus une ou plusieurs fois ; mais avec cette condition toute républicaine qu'aucun des docteurs présens n'élevât de réclamation.

Les cinq électeurs nommaient d'abord trois candidats à la majorité des suffrages ; parmi ces trois, le sort élisait le doyen. Le même mode était suivi pour chacun des professeurs.

Les observations que Morgagni rapporte appartiennent à Littre et à Valsalva; ainsi qu'à un Zeviani, qui semble avoir dédié à Morgagni un mémoire sur les ventosités (1). Ce grand praticien a considéré la tympanite comme une maladie toujours difficile à guérir (2), et renvoie le lecteur à l'ouvrage de Zeviani, pour tout ce qui est relatif à son traitement. Les cas qu'il a rapportés ont toujours fini par la mort.

Le célèbre Sauvages n'a pas vu non plus la tympanite intestinale : l'article inséré dans la dixième classe des hydropisies partielles de sa Nosologie, porte que la tympanite est presque impossible à guérir. La curation, dit-il, est difficile à cause des contr'indications qui se rencontrent. On doit au commencement ouvrir la veine, procurer la liberté du ventre par les bouillons, les délayans, les rafraîchissans; puis après avoir recommandé toutes les médications imaginables, même les fomentations d'urine humaine chaude, il continue dans ces termes : « Que si ces secours ne réussissent pas, on fera usage du remède de M. Rast, mon ami, fameux médecin à Lyon, savoir : des fomentations avec de l'eau froide et ensuite avec de l'eau à la glace, par lequel remède il a vu deux tympanitiques guéris à Lyon. »

Sauvages est partisan de la tympanite péritonéale, et dit dans ce même article avoir été consulté pour une femme à laquelle il avait de suite conseillé la paracenthèse. Mais elle mourut de la même manière que la femme d'Helmont dont nous avons parlé plus haut, c'est-à-dire aussitôt après l'extraction du trocart. De l'ensemble de l'article il me semble résulter que ce dernier cas est le seul exemple de tympanite que ce médecin célèbre ait observé.

Cullen nous a laissé une description si exacte de la tympanite, que certainement il doit en avoir traité quelques cas, mais sans succès. Ce savant médecin considère aussi la tympanite comme une maladie lente et incurable. « La tympanite, dit-il, est en général une maladie mortelle: il est rare qu'on puisse la guérir : je vais cependant tâcher d'indiquer ce que l'on peut tenter à cet égard. » Ces dernières paroles montrent assez qu'il a tenté, mais qu'il n'a pas réussi à la guérir.

Cullen aussi fait l'éloge de l'application de l'eau à la glace sur le bas-ventre, et dit « que plusieurs observations prouvent même que la maladie a été guérie tout à coup et entièrement par l'application réitérée de la neige sur le bas-ventre », sans dire pourtant d'où les observations sont venues; car, s'il avait eu des faits positifs, il n'aurait pas manqué de les rapporter avec toute l'exactitude qui est propre à ce grand praticien.

Bosquillon, l'excellent traducteur des ouvrages de Cullen, a émis les mêmes opinions relativement à l'incurabilité de cette maladie. Nous avons de ce médecin une histoire très-circonstanciée de tympanite chez un enfant de dix ans, qui, après six mois de traitement, a succombé (3).

Le cas ressemble parfaitement à celui de l'enfant Rattier, dont nous rapporterons l'histoire ci-après.

Pinel, qui n'avait pas parlé de la tympanite dans sa nosographie, a publié, conjointement avec le docteur Bricheteau, un excellent article sur cette grave maladie, dans le volume 56 du grand Dictionnaire des sciences médicales. L'article est concis et plein d'observations pratiques des plus exactes. Les trois cas qu'il rapporte ont été observés à l'Hôtel-Dieu, et ils se sont terminés par la mort. Les médecins qui en ont fait l'autopsie à l'Hôtel-Dieu, paraissent disposés à désigner pour causes directes de la tympanite les rétrécissemens qu'ils ont rencontrés dans les différentes parties du colon inférieur. Mais nous aurions quelques objections à faire à cette assertion : et premièrement, comment se fait-il qu'il n'y ent pas arrêt des matières fécales, et par suite coliques stercorales quand les gaz ne pouvaient pas surmonter les obstacles du colon? Comment arrivait-il que les malades affectés de tympanite développée par suite de rétrécissemens, n'éprouvassent jamais ni coliques ni vomissemens, quand on voit tous les jours, dans les hernies étranglées, la rétention des gaz et des matières intestinales produire ces symptômes au plus haut degré d'intensité? La première édition du *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, contient un long article intitulé : des pneumatoses, dans lequel il est aussi question de la tympanite. L'auteur, M. Chomel, n'a rien rapporté de positif relativement à la maladie en question. Il m'a semblé que M. Chomel, non plus, n'a jamais eu l'occasion de voir et de traiter lui-même aucun cas de tympanite.

D'après l'analyse que nous avons faite des différens ouvrages que nous avons consultés, nous devons conclure que la tympanite est heureusement une maladie rare, mais toujours grave, longue et très-difficile à vaincre; et même que, jusqu'à présent, aucun cas bien constaté de guérison n'a encore été enregistré dans les annales de la médecine, si l'on en excepte les deux faits cités par Sauvages, d'après son ami le docteur Rast, et qui peut-être ne sont pas assez circonstanciés pour mériter d'être considérés comme des faits positifs; d'autant plus que d'autres praticiens n'ont jamais obtenu de meilleurs résultats de l'application de ce remède. Je crois pouvoir avancer que Rast a probablement confondu la tympanite avec le météorisme qui suit souvent la *métrite*, l'*entérite* ou la *péritonite* puerpérale, l'application du froid à l'abdomen produisant toujours dans ces cas, et très-rapidement, d'excellens effets.

Les cas de tympanite que j'ai eu occasion de traiter sont au nombre de quatre. Les deux premiers ont été observés et traités par moi en Italie, avant ma condamnation politique. J'ai eu occasion d'en traiter un troisième à Londres, après une consultation avec le docteur Billing, un des médecins du London-Hospital. Je fus appelé à traiter le dernier à Paris.

Le premier malade, que j'ai traité d'après les doctrines de Sauvages, de Morgagni et de Cullen, est mort, après quatre mois de maladie, dans un état de consomption très-avancé. Les trois autres, traités d'après une méthode plus rationnelle, à laquelle j'ai été conduit par le résultat malheureux du premier traitement, ont été délivrés de la terrible distension abdominale et de la marche du marasme, avec une rapidité extraordinaire, et jouissent encore aujourd'hui de la meilleure santé.

Nous allons présenter à nos lecteurs les quatre cas en question.

(1) Zeviani, del flato. Il nous a été impossible de trouver l'ouvrage de Zeviani, que Morgagni recommande avec une grande prédilection dans sa trente-huitième lettre de la manière suivante : « Sed de hoc et de universo curationis » genere in tympanite, et de una ab altera specie per conjecturas, etc., fac ut » legas quæ erudite, ingeniose perinque scripsit clarissimus Zevianus. »

(2) Flatulentam autem tympanitis utramvis speciem, quantum sit difficile curare, nihil magis ostendit quam remedium quod præclari viri coacti sunt excogitare, paracentesim... (Morgagni, Oper. cit., lettre trente-huitième.)

(6) Voir la belle note de Bosquillon au § 1632 de la *Médecine pratique* de Cullen.

Avant 1634, la Faculté n'avait que deux professeurs, un de médecine, l'autre de pharmacie. A cette époque, on créa deux nouvelles chaires, une pour la chirurgie, l'autre pour la botanique.

Comme on le voit, la Faculté se composait, non point comme aujourd'hui de professeurs seulement, mais de tous les docteurs-régens reçus dans son sein, ce qui explique son autorité et sa force. Les docteurs nouvellement reçus étaient de l'ordre des *jeunes*; après dix années seulement ils passaient dans l'ordre des *anciens*. Les prérogatives étaient les mêmes; la distinction n'avait pour but que de donner à l'ancienneté une certaine prépondérance morale; car tous avaient voix délibérative et droit égal aux émolumens.

Le cours de médecine était professé en deux années. La première année, on enseignait les choses *naturelles* et *non naturelles*, c'est-à-dire l'anatomie, la physiologie, l'hygiène; pour la démonstration de l'anatomie, le professeur se faisait assister d'un chirurgien-barbier, veillant seulement à ce que celui-ci ne dît rien hors de propos, *non sinat divagari*. La seconde année était consacrée à l'histoire des maladies, de leur traitement, et de la matière médicale. Du reste l'enseignement était combiné de telle manière, qu'il y avait pour ce seul cours deux professeurs, l'un de première année, l'autre de seconde; celui-ci sortait à la Toussaint et était remplacé par le premier, à qui l'on nommait un remplaçant à son tour. Il n'y avait qu'un professeur de botanique, un de pharmacie, et un de chirurgie. Ce dernier seul pouvait professer en français, après en avoir reçu toutefois l'autorisation du doyen et de la Faculté réunie. Tous les autres devaient parler latin. En 1576, la Faculté créa une place d'archidiacre des écoles, répondant à celle d'aide d'anatomie; choisi d'abord parmi les étudians, et en général élu par eux; plus tard, on le prit parmi les bacheliers. Il était chargé du soin de fournir les cadavres, de préparer et de répéter les leçons du professeur, et enfin de percevoir les rétributions dues par les étudians.

Les leçons de clinique sont d'invention moderne; cependant en 1624 il fut créé une institution qui, jusqu'à un certain point, en tenait lieu. L'Hôtel-Dieu était le seul refuge des pauvres malades; la Faculté décida que six de ses docteurs, trois des anciens et trois des jeunes, tiendraient des consultations publiques à l'école deux fois par semaine, et les bacheliers furent tenus d'y assister. En outre, ils étaient obligés de suivre pendant deux ans les visites des médecins de l'Hôtel-Dieu, passant alternativement trois mois dans chaque service. C'était une condition indispensable pour passer aux grades supérieurs; et s'il était constaté plus tard qu'un licencié reçu avait manqué à cette obligation, l'école le privait de ses émolumens, à moins qu'il ne prouvât qu'il avait auparavant pratiqué pendant dix ans dans une grande ville.

Il n'y eut pas de cours d'accouchemens, même théorique, jusqu'en 1745; alors, sur une requête des sages-femmes, la Faculté leur nomma deux professeurs, Bertin pour l'anatomie, Astruc pour les accouchemens. Les bacheliers et les docteurs pouvaient assister à ces cours; mais, pour cause de décence, ils étaient tenus de porter le grand costume, c'est-à-dire la robe longue, le bonnet carré, le rabat, etc.

Les études étaient disposées ainsi qu'il suit. Le premier grade à obtenir était le baccalauréat, pour lequel on subissait un examen. Les candidats à ce grade devaient justifier de 25 ans d'âge, du titre de maître ès-arts ou en philosophie, après quatre ans d'études à l'Académie de Paris ou huit ans dans une autre un-

Obs. I. — C'était au commencement d'avril 1815, à Novarre, ville de Piémont, où j'étais établi, quand la femme d'un courtier de commerce appelée Marie Gatti me fit demander pour avoir mon avis sur une distension abdominale qui la gênait beaucoup depuis quinze jours, et que l'administration de plusieurs potions purgatives n'avait pas soulagée. Cette femme, âgée de près de 60 ans, d'une assez forte corpulence, avait toujours vécu dans une honorable aisance et joui d'une santé régulière. La cessation de la menstruation ne lui avait causé aucun désordre; seulement depuis deux ans elle éprouvait de légers accès d'hystérisme qui n'avaient eu aucune conséquence. Examinée, elle présentait un abdomen énormément tendu et sonore comme un tambour. La peau du ventre n'était ni rouge ni douloureuse; on ne sentait pas de fluctuation; on ne voyait pas d'œdème non plus dans aucune des parties du corps. Les évacuations intestinales avaient lieu tous les trois ou quatre jours. Urines normales; langue nette, humide, pâle; absence complète de coliques, ainsi que de vomissemens; pouls petit, faible, à 70 pulsations.

Cet état de prédominance asthénique me fit caractériser la maladie pour une tympanite atonique et prescrire l'application d'un large vésicatoire au bas-ventre, ainsi que l'usage intérieur de la mixture suivante :

Recipe :	Aquæ menthæ piperitæ, Aquæ melissæ,	ana, 2 uncias.
	Etheris sulphurei,	1 drachma.
	Syrupi,	semi-unciam.

Misce : sumat cochlearia duo ampla ter in die.

Je fis abandonner toute sorte de nourriture végétale, et je conseillai de prendre deux fois par jour un œuf à la coque, un petit consommé et trois onces de vin.

La malade n'avait envie d'aucune nourriture liquide ou solide; elle accusait une sensation d'estomac plein et une grande faiblesse générale.

Quelques jours après ce traitement, elle sembla un peu soulagée. La sortie d'une grande quantité de ventosités eut lieu et par en haut et par en bas; mais elle se trouva bientôt ballonnée de nouveau. La malade restait levée une grande partie de la journée, mais se plaignait continuellement d'engourdissement et faiblesse aux extrémités inférieures. J'ajoutai alors l'usage des frictions au bas-ventre avec de l'alcool camphré et des flanelles bien chauffées.

Malgré tout cela le ventre restait en état de distension permanente. Je fis faire des applications d'eau à la glace, qui furent répétées pendant quatre jours par intervalles de quatre en quatre heures. L'état de l'abdomen n'éprouva aucun changement; mais la faiblesse générale augmenta sensiblement. Le pouls, depuis cette époque, est toujours resté petit et faible. Je puis dire enfin que les embrocations froides firent plus de mal que de bien.

Un mois après ce traitement, l'émaciation avait fait des progrès effrayans; la malade avait perdu ses forces et ne pouvait plus marcher, même dans la chambre; le ventre restait, comme à l'ordinaire, tendu et insensible; les évacuations étaient rares et composées de matières assez dures, pelotonnées. Le cinchona officinalis, la serpentaria virginiana, le cinnamomum, les préparations de fer, les lavemens de nicotiane, de savon, tout fut employé pour exciter la sensibilité intestinale, mais sans résultat.

Cependant la malade se trouva trois ou quatre fois soulagée et désenflée de manière à se croire guérie; mais ce soulagement fut toujours de courte durée; quatre ou cinq heures après, le ventre était ballonné comme auparavant; elle n'éprouva pas de coliques pendant toute la durée de la maladie, malgré l'énorme distension du péritoine et des intestins supérieurs (1). La seule chose dont elle se plaignit, ce fut d'être très-affaiblie et d'avoir toujours l'estomac plein de ventosités. Le tissu cellulaire et les muscles disparaissaient, le mouvement vital s'éteignit ainsi peu à peu, jusqu'à ce qu'enfin le 1er juillet elle cessa de vivre.

L'ouverture du cadavre, faite 36 heures après, montra l'estomac et les intestins grêles très-distendus, avec des taches bleuâtres de peu d'importance (c'étaient, à mon avis, les produits de l'approche de la putréfaction). Le péritoine ne présentait pas d'état morbide, et le mésentère et l'épiploon, qui d'après l'état de corpulence qui avait précédé devaient avoir acquis un grand développement, se présentaient au contraire comme atrophiés. Il n'y avait pas de gaz enfermés dans le sac du péritoine, mais bien une quinzaine d'onces de sérosité.

(1) Mes observations m'ont démontré que la distension intestinale a toujours lieu dans les trois intestins supérieurs et dans l'estomac, plutôt que dans les circonvolutions du colon.

Cet examen pathologique me confirma dans l'idée que la tympanite n'était pas une maladie d'inflammation ni une maladie causée par le défaut de mouvement péristaltique, mais bien un état morbide des fonctions des intestins supérieurs, et peut-être même de l'estomac, par lequel les propriétés chimiques et nutritives du chyle étaient dénaturées de manière à modifier et presque neutraliser la sanguification et la nutrition. En effet, dans les quatre cas de tympanite que nous avons eu occasion de traiter, il ne nous est jamais arrivé de rencontrer ni chaleur, ni rougeur, ni cette augmentation de sensibilité qu'on observe toujours dans les affections inflammatoires des différentes parties du corps humain, et spécialement du péritoine et des intestins (1). L'abdomen d'un tympanitique n'est pas plus sensible que celui d'une femme au sixième mois d'une troisième grossesse. Il peut être palpé de tous côtés, et frappé jusqu'à le faire résonner, sans que le malade s'en plaigne ou s'y refuse d'aucune manière.

Quant à l'opinion de la cessation du mouvement péristaltique par l'inaction des fibres musculaires des intestins, nous avons constaté au contraire que ce mouvement n'a jamais manqué dans les cas que nous avons observés, même au degré le plus avancé de la maladie, ce qui était pleinement prouvé par l'évacuation régulière des matières fécales, avec élimination simultanée de quantité de gaz, ainsi que par la facilité d'obtenir, à l'aide des purgatifs, de nombreuses évacuations alvines.

La tension intestinale n'est à notre avis qu'un symptôme de peu d'importance; toute la gravité de la maladie est dans la perte des forces et dans la marche rapide du marasme.

Le second cas s'est présenté à mon observation quatre ans après.

Obs. II. — C'était un pauvre cabaretier, habitant d'un petit village au milieu des rizières, appelé Zonzana, âgé de près de 45 ans et d'une constitution hépatique. Il avait depuis son enfance une forte obstruction au foie. La peau était jaunâtre, sans pourtant qu'il eût jamais eu l'ictère. Il vint me voir pour me consulter sur une distension abdominale qui le gênait depuis une semaine. A l'examen, je trouvai l'abdomen tendu et résonnant comme un tambour, sans sensibilité locale, sans coliques ni vomituritions. La langue était nette et humide; les évacuations lentes et toujours dures; le pouls faible, petit, à 80 pulsations; la physionomie abattue. Il se plaignait d'avoir perdu l'appétit et d'avoir toujours l'estomac plein de ventosités, quoiqu'il en éliminât beaucoup journellement et par en haut et par en bas. Je le soumis tout de suite aux embrocations d'eau à la glace sur le ventre, que je fis continuer pour 24 heures, après quoi je les remplaçai par de la glace pilée renfermée dans deux grandes vessies. Leur application fut continuée pendant une autre journée.

Le malade n'éprouvant aucun changement revint me voir quelques jours après; il se trouvait dans le même état qu'auparavant. Ce fut alors que, persuadé de l'inutilité de la condensation chimique des gaz abdominaux, je me décidai à attaquer directement l'orgasme gastro-intestinal par de fortes doses de camphre, d'après la formule suivante.

Recipe :	Camphoræ subtiliter pulveratæ,	6 grana.
	Extracti cinchonæ officinalis gummosi,	8 —

Misce : fiat pillula, dentur tales æquales n° viginti, sumat unam omni quarta hora.

(1) Dans la péritonite, ainsi que dans l'entérite, la sensibilité locale est si exaltée que les malades sont toujours obligés de tenir les extrémités inférieures en état de flexion et d'éviter toute pression abdominale, même le poids des couvertures.

-versité. Toutefois la Faculté pouvait abréger ce temps d'études préliminaires d'un an, et même de deux ans, en faveur des fils des docteurs en médecine de Paris, pourvu qu'ils fussent maîtres ès-arts de l'Académie de cette ville et jugés capables d'être admis aux examens. Mais une obligation rigoureuse dans les premiers temps était celle du célibat. Ainsi Jean Despois, admis au baccalauréat en 1395, fut exclus de la licence parce qu'il s'était marié dans l'intervalle, et ne put rentrer à la Faculté qu'après la mort de sa femme. Ainsi Charles de Meauregard, doyen en 1443, s'étant marié trois ans après, fut déchu de tous ses titres, et il le méritait doublement, ayant épousé, non pas une femme ordinaire, mais une veuve, ce qui constituait une sorte de bigamie du côté de la femme dans les idées philosophiques de ce temps.

Ce ne fut qu'en 1452, et, chose à noter, du propre mouvement d'un prêtre, que le célibat fut aboli pour les docteurs en médecine. Le cardinal d'Estouteville, envoyé par le Saint-Siége pour organiser les trois Facultés, qualifia cette exigence des réglemens aussi énergiquement que nous pourrions le faire; c'était, selon ses expressions, une chose impie et absurde : *impium et irrationabile*. M. Sabatier ne nous dit pas si les *anciens* docteurs réclamèrent; cela est possible; on accueille rarement bien les réformes dont on ne peut profiter.

Dans un prochain article, nous suivrons le candidat à travers les honneurs du baccalauréat, de la licence et du doctorat, et nous examinerons toute l'étendue de ces priviléges que l'ancienne Faculté soutint avec tant d'énergie et voulut porter si haut, qu'un jour enfin elle ne put plus que déchoir.

VARIÉTÉS.

AGENDA DU MÉDECIN POUR L'ANNÉE 1835.

Broché,	2 f.	
Demi-rel. en mouton maroquiné,	3	25 c.
Maroquin, crayon,	3	50
Idem à patte maroq.	4	
Idem id doublé soie crayon.	5	
Idem id. à patte,	5	50

A Paris, chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine de Paris, place de l'École-de-Médecine, n. 4.

— Cours de chimie élémentaire, par M. Bouchardat, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. Première partie (chimie inorganique). La deuxième partie sera en vente dans le courant de ce mois. Prix de l'ouvrage complet, 8 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'École-de-médecine, n. 13 *bis*.

J'ordonnai qu'on lui frottât le ventre trois fois par jour avec de la flanelle chaude, et qu'il usât pour quelque temps de caleçons et gilets de flanelle. Une semaine après, ayant eu occasion de passer par le village en question, je fus chercher des nouvelles de mon tympanitique. Tout était rentré dans l'état normal; l'appétit et les forces reparaissaient de jour en jour. Je lui fis répéter encore huit pilules avec l'ordre de n'en prendre qu'une par jour.

Le malade n'éprouva pendant l'usage des pilules qu'une sensation de forte chaleur dans les boyaux et une constipation opiniâtre. Mais ces symptômes cessèrent aussitôt après la suppression des pilules, et la santé fut entièrement rétablie sans que le système hépatique eût éprouvé aucun changement.

Le troisième cas que j'ai été appelé à examiner et traiter, eut lieu à Londres, vers le commencement de novembre 1825.

OBS. III. — Le fameux improvisateur Philippe Pistrucci, qui demeurait depuis quelque temps dans cette capitale chez son frère, à l'hôtel de la Monnaie, me fit appeler pour lui donner mon avis sur une distension abdominale qui l'incommodait depuis un mois, mais qui depuis quelques jours avait pris un développement si extraordinaire, qu'il ne pouvait plus se baisser ni se servir de ses habits ordinaires. Son médecin, le docteur Billing, praticien très-distingué, et un des médecins du London-Hospital, lui avait fait prendre bon nombre de potions purgatives qui lui avaient procuré assez d'évacuations alvines, mais sans résultat pour la distension abdominale. Les vents sortaient en grande quantité avec l'élimination des excrémens, mais la distension revenait au bout de quelques minutes. En l'examinant, je vis tout de suite que nous avions affaire à une tympanite et je demandai alors de me trouver en consultation avec le médecin qui m'avait précédé dans le traitement.

Après cette consultation, je fus chargé seul du traitement. Je conseillai à mon malade de commencer tout de suite l'usage du camphre sous la formule suivante :

Recipe : Camph. rasæ pulveratæ, 7 grana.
Extracti gummosi cinchonæ officinalis, 8 —

Misce; fiant pillulæ n° duo. Sumantur omni quarta hora, die et nocte per dies tres.

Nourriture animale de facile digestion et 12 onces de vin de Porto partagées en trois repas; défense de prendre du bouillon; je recommandai en même temps de faire exécuter des frictions sèches avec de la flanelle au bas-ventre.

Le malade éprouva après la prise des six premières pilules une sensation de forte chaleur dans les intestins et de la soif. Ces symptômes n'eurent pas de suite. Le troisième jour, le ballonnement était réduit à presque rien. J'ordonnai de ne plus prendre que deux doses de camphre chaque jour pendant quatre jours.

Une semaine après, toute trace de distension était dissipée; l'appétit, ainsi que les forces, se rétablissaient de plus en plus. M. Pistrucci a conservé depuis cette époque la meilleure santé.

Le quatrième cas de tympanite que j'ai observé et traité à Paris, est à mon avis le plus remarquable, soit par le degré avancé de la maladie, soit par les conséquences que ce fait doit apporter dans le traitement du carreau et de la *tabes mesenterica.*

OBS. IV. — Le 20 avril 1832, à Paris, je fus appelé pour la première fois près du nommé Ambroise Nattier, âgé de 9 ans, chez son père, maître de l'hôtel des Deux Frères, rue Grenelle Saint-Honoré.

Cet enfant, malade depuis un mois, était obligé de garder le lit depuis une semaine. Sa maladie avait commencé par une distension flatulente abdominale. A présent il se trouvait très affaibli et son ventre tendu et résonnant dépassait d'un bon pouce la hauteur du cartilage xyphoïde. La peau de l'abdomen était froide et insensible à la pression. L'enfant ne se plaignait que d'une légère douleur sur le trajet du sterno-pubien droit. Point d'indices de fluctuation; point d'œdème dans aucune partie du corps; le pouls extrêmement petit et faible, à 80 pulsat.; langue humide et nette; pas de coliques, pas de vomituritions; explosion fréquente de ventosités sans soulagement important; évacuations alvines tous les trois jours, composées de matières dures et pelotonnées. On remarquait quelques-unes des glandes lymphatiques du cou engorgées et indolentes. Ayant demandé si le malade avait souffert des écrouelles, on me répondit qu'il avait toujours joui de la meilleure santé, et que c'était seulement depuis un mois qu'on avait vu enfler les glandes en question.

Le petit malade était traité par deux médecins; on lui avait appliqué plusieurs fois les sangsues à l'anus; on lui avait fait prendre très souvent des bains chauds et des lavemens émolliens. La maladie traîna ainsi à un mois, quand le 17 mai je fus appelé à diriger exclusivement le traitement.

Le marasme avait fait pendant cet espace de temps des progrès effrayans. Ce n'était plus que le squelette d'un enfant couvert de la peau, ayant au milieu un gros ventre tendu et sonore.

Le malade ne me répondait que d'une voix très faible; le pouls était à 90, très-petit; on remarquait alors de la fluctuation dans l'abdomen. On ne voyait aucun indice d'œdème ni à la figure, ni aux mains, ni aux pieds. L'urine était abondante; pas de chaleur au ventre, pas de coliques, pas de soif; langue humide et pâle.

Sa nourriture n'avait été composée que de bouillon d'herbes et de choux-fleurs cuits à l'eau. Les glandes lymphatiques du cou, que j'avais remarquées engorgées un mois auparavant, étaient dans le même état. De l'ensemble du traitement et du peu de rapports que j'avai eus avec les deux médecins en question, il résultait qu'on n'avait pas considéré la maladie comme une tympanite, mais comme une péritonite ou une mésentérite. On avait, dans les derniers jours, prescrit l'usage des onctions mercurielles à l'abdomen.

Dans cet état de choses, je fis envelopper tout de suite l'enfant dans des flanelles chaudes; j'ordonnai de lui préparer un consommé fait avec de la viande de bœuf, du mouton et du poulet, et d'en donner quatre grandes cuillerées à soupe chaque trois heures avec une demi-once de vin de Bordeaux; ensuite de lui faire prendre les pilules de camphre d'après la formule suivante :

Recipe : Camphoræ rasæ subtiliter pulveratæ, 2 grana.
Squillæ maritimæ pulveratæ, granum semis.
Extracti cinchonæ officinalis gummosi, 4 grana.

Misce; fiat pillula; dentur tales n° 6, sumat unam omni tertia hora ante nutrimentum.

Recipe : Decocti graminis, 40 uncias.
Sit pro potu.

18 mai, neuf heures du matin. Le petit malade a pris les six pilules; il a dormi assez bien; il a rendu près de 26 onces d'urine. Le pouls est toujours faible, à 90 pulsations. Le camphre n'a pas encore porté sur la circulation. La chaleur de la peau est un tant soit peu augmentée; l'abdomen est encore tendu et sonore (1). Je prends la mesure de sa périphérie à la hauteur de l'ombilic, afin de vérifier à chaque 24 heures les différences d'extension qui pourraient survenir. Le malade a envie de quelque nourriture solide; je lui permets un peu de blanc de poulet. Pr. : on répète six autres pilules d'après la formule de la veille; on lui permet quelques petits morceaux de poulet rôti; qu'on fasse des frictions avec de la flanelle chaude sur l'abdomen, pendant une demi-heure, quatre ou cinq fois dans la journée; qu'on conserve les urines qu'il fera dans les 24 heures; toujours quelques cuillerées de vin dans la journée.

19 au matin. Il a mangé hier avec beaucoup de goût le peu de poulet qu'on lui a permis, et il a dormi une bonne heure après cette nourriture. Il a passé une nuit excellente. La peau se réchauffe, et le pouls est ce matin sensiblement relevé; il est à 80 pulsations. Il a éprouvé dans la nuit de la soif et de la chaleur générale; la langue néanmoins est humide et nette; le ventre est moins tendu et moins sonore; on voit ce matin la pointe du cartilage xyphoïde, que l'énorme distension des muscles abdominaux avait tenue couverte depuis deux mois; les urines sont assez abondantes.

Il a achevé les pilules. (Qu'on en répète 12 autres de la même formule d'avant-hier; qu'on en donne 6 demain et 6 après demain; toujours défense de nourriture végétale.)

Je pris moi-même la dimension de l'abdomen avec un ruban, puis je recommandai à la mère de renouveler la mesure à la distance de chaque 24 heures, et de m'envoyer tous les deux jours la différence à Blincourt, où j'allais dans la journée pour rester quelques jours.

Le 22 mai, le père m'écrivit que le ventre était encore diminué d'un bon pouce, que l'appétit continuait, et que les forces revenaient avec une rapidité étonnante.

Je conseillai de répéter l'usage des pilules de 3 grains de camphre trois fois par jour, ajoutant qu'on pouvait commencer à permettre au petit malade de se lever un peu dans la journée.

Le petit malade a commencé à sortir du lit le 25 mai; il est resté levé trois heures sans difficulté. Ainsi cet enfant, qui sept jours avant était à l'agonie, par suite du marasme, pouvait se lever et avait gagné assez de force pour rester hors du lit plusieurs heures consécutives sans éprouver la moindre gêne.

La correspondance avec M. Nattier père, relativement au traitement de son fils, continua jusqu'au 8 juin. A cette époque, je voulus me rendre de nouveau à Paris pour voir de mes propres yeux l'important résultat que j'avais obtenu dans une tympanite bien plus grave que celle des trois autres cas que j'avais eu occasion d'observer.

A mon arrivée à l'hôtel, le 8 juin, notre petit malade se trouvait debout, à un des coins de la porte cochère, observant les passans. Ma surprise fut grande à la vue du changement qui s'était opéré dans l'organisation extérieure de cet enfant. La figure s'était recouverte de chair, et la peau avait repris cette fraîcheur qui est propre aux enfans bien portans.

Rentré avec lui dans une salle au rez-de-chaussée, je le fis déshabiller et je me fis apporter le ruban qui marquait la périphérie de l'abdomen à l'époque du 18 mai. La dimension était diminuée de moitié; on ne rencontrait plus ni résonnement, ni fluctuation. L'abdomen pourtant ne présentait pas un état normal; on lui trouvait une telle dureté à l'extérieur, qu'on aurait dit que le péritoine et les muscles abdominaux avaient doublé d'épaisseur, ce qui faisait que le ventre avait une forme sphérique plutôt que sa figure aplatie ordinaire; le pouls était assez relevé et à 80; les glandes lymphatiques du cou dans le même état qu'au commencement de la tympanite; la langue humide et nette; la digestion facile. Les évacuations alvines avaient lieu régulièrement tous les jours.

Je prescrivis des pilules de 4 grains de camphre et de 6 grains d'extrait gommeux de cinchona officinalis chacune, à prendre une le matin, l'autre le soir, pendant huit jours, avec ordre de les suspendre si jamais il survenait des coliques.

L'amélioration continua avec une progression rapide. Une semaine après, sa mère m'écrivit à Blincourt que son Ambroise était parfaitement rétabli et courait avec les autres enfans dans le jardin des Tuileries.

Il est à remarquer que ces doses élevées de camphre administrées à un enfant qu'on regardait absolument comme affecté de péritonite et de mésentérite, n'ont produit aucun degré d'irritation ni de sensibilité intestinale, et que, bien loin de produire de la constipation, les évacuations alvines se sont au contraire régularisées après la prise du remède.

J'ai encore vu cet enfant après mon retour à Paris, au commencement d'août : il avait bonne mine et bon appétit; il avait repris ses

(1) Le ventre ne présentait de la fluctuation que depuis cinq ou six jours. Ce symptôme est, d'après mes observations, tout-à-fait secondaire et de nulle importance; il est la conséquence locale de la tympanite, ne reconnait pas pour cause une idiosyncrasie générale, et se dissipe toujours avec la résolution de la tympanite.

études, et, chose remarquable, les quatre ou cinq glandes du cou n'avaient encore éprouvé aucun changement; toujours la même grosseur, la même insensibilité. Je n'ai voulu opposer à cet état morbide du système glandulaire que la régularité de la nutrition. J'ai recommandé seulement de faire éviter à cet enfant le séjour dans des endroits humides et mal aérés, ainsi que la nourriture liquide et végétale, encore pendant quelque temps. L'enfant est toujours bien portant; il a grandi sensiblement; ses muscles se sont développés, et le corps a pris de la vigueur.

D'après l'exposé que nous avons fait des quatre différens cas de tympanite qui se sont présentés à notre observation, nous croyons devoir résumer les faits de la manière suivante.

La tympanite de Marie Gatti, qui a résisté près de quatre mois à toute espèce de traitement même irritant ou échauffant, sans avoir jamais présenté d'indices de développement d'inflammation dans aucun des organes contenus dans la cavité abdominale, a continué sa marche progressive vers le marasme, sans qu'aucune des fonctions les plus importantes de l'économie animale ait éprouvé aucune altération. La nutrition générale seule était en défaut. Aussi la section du cadavre a démontré que ni la distension intestinale, ni la péritonéale, ni l'état pathologique du mésentère et de ses glandes, ne pouvaient d'aucune manière être envisagés comme causes directes de l'extinction du principe vital; on peut en dire autant de la collection séreuse abdominale qui s'est présentée dans les derniers jours de la vie, et que l'autopsie a montré n'avoir causé aucun ravage.

Il nous reste donc à expliquer quelles ont été les causes de la consomption et de la mort. L'analyse des phénomènes qui accompagnent la marche de la *tabes tympanitica*, nous démontrent jusqu'à la dernière évidence que la cause de la maladie est dans l'absence ou la modification morbide du suc réparateur, c'est-à-dire du chyle, et nullement dans la distension intestinale, ou dans le vice des glandes du mésentère.

Nous avons toujours observé que la marche du marasme n'est jamais rapide dans la tympanite; il n'en serait pas ainsi si l'action des vaisseaux lymphatiques des intestins était entièrement supprimée. Il arriverait alors ce qu'on voit dans les animaux morts d'inanition: la mort aurait lieu dans l'espace de sept à huit jours. La sécrétion des urines, ainsi que le manque d'évacuations alvines fluides, sont également une preuve que la partie liquide des alimens a été absorbée et transmise au canal thoracique, et de là à la circulation.

La chimification même ne semble pas être troublée dans la tympanite; la langue est toujours humide, et presque jamais il n'y a de nausées ni de vomissemens. La femme Gatti n'a jamais accusé d'autre souffrance que celle d'avoir l'estomac plein de vents, et de se sentir de jour en jour plus faible. On a vu chez cette femme le pouls devenir rapidement petit et comme vide; les veines cutanées se perdre, disparaître, puis le tissu cellulaire, puis les muscles, et enfin la chaleur animale se perdre, et la respiration ne cesser que lorsque l'organisme n'avait plus de liquides à présenter à la circulation, sans laisser poindre à aucune époque de la maladie le plus petit mouvement d'ébullition fébrile.

Les deux autres cas ont été guéris avec trop de rapidité pour être le sujet de longues investigations. Il y a toutefois à observer, relativement au cas de l'improvisateur Pistrucci, traité à Londres avant moi par le docteur Billing, que l'usage des purgatifs avait toujours produit bon nombre d'évacuations intestinales fluides, sans pourtant réussir à dissiper les gaz qui ne cessaient jamais de se reproduire aussitôt les évacuations cessées.

Le ventre restait ainsi dans un état de distension permanente, et présentait la forme de l'abdomen d'une femme enceinte de six mois; le ballonnement ne causait au malade ni coliques, ni vomissemens, ce qui faisait que M. Pistrucci ne se regardait point comme malade; et il était plus étonné de ne pouvoir pas se débarrasser de ces énormes ventosités, qu'effrayé des conséquences qu'il en avait à craindre.

Le malade avait presque perdu l'appétit, et perdait de plus en plus ses forces; mais on attribuait tout cela au manque d'exercice et à quelques chagrins domestiques. Le symptôme le plus remarquable était dans la nature des vibrations artérielles; l'artère radiale se présentait comme à moitié vide. Le camphre à hautes doses a produit un effet admirable; tout a repris l'état normal en six jours.

Le quatrième cas, celui de l'enfant Nattier, est, à mon avis, encore plus important: je pense qu'il doit apporter de grands éclaircissemens soit sur la *tabes mesenterica*, soit sur le carreau des enfans.

La première fois que je fus appelé à visiter cet enfant, je remarquai trois ou quatre glandes lymphatiques du cou assez engorgées, et presque insensibles à la compression. Cet engorgement datait de près de 3 mois, et se montrait stationnaire depuis un mois. Le ventre, très-ballonné et insensible, présentait pourtant à la partie saillante du muscle sterno-pubien droit, quelque sensibilité, et pouvait en quelque manière simuler une mésentérite lente ou une affection de ses glandes; et ces symptômes, accompagnés de la distension péritonéale dans un enfant en bas-âge, pouvaient bien autoriser un médecin à croire qu'il avait sous les yeux tout simplement le carreau.

La seconde fois que je fus appelé en consultation, le marasme avait fait des progrès si effrayans, que certainement le petit malade n'aurait pas vécu plus de quinze ou vingt jours sans le changement de traitement. Son corps n'était plus qu'une masse informe d'os tenus ensemble par la peau et par un gros ventre. La figure était dénaturée par une espèce d'allongement de la mâchoire inférieure, à ne plus le reconnaître. Cette scène de mort a disparu en trois jours, après la prise de 48 grains de camphre. Les veines cutanées qui avaient presque disparu, ont bientôt commencé à se remplir, et la peau à reprendre cet état de réplétion dont on la voyait privée depuis deux mois.

La rapidité de l'amélioration est encore une preuve évidente que le désordre morbifique qui avait altéré les fonctions de l'assimilation, n'était pas une altération organique, mais une simple altération de la fonction de la chylification. Si l'enfant Rattier avait péri, j'ai l'intime conviction que l'autopsie n'aurait présenté dans le système abdominal aucun désordre pathologique de nature à être considéré comme cause directe de la mort.

C'est ce qui arrive toujours à l'autopsie du carreau: on ne sait pas où trouver la cause directe de la mort. Les observations de M. Guersent viennent à l'appui de ce que nous avançons. (Voir l'article *carreau* du Dictionnaire de médecine pratique.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les Annales universelles sont moins riches depuis quelque temps en travaux originaux que de coutume. Ainsi les fascicules des quatre mois de septembre, octobre, novembre et décembre, ne contiennent que les articles suivans: 1° *histoire d'un volvulus grave conduit à guérison par des moyens mécaniques*, par A. Bonati; 2° *observations théoriques et pratiques sur la manière d'agir de la kréosote, particulièrement de la kréosote impure, dans quelques maladies générales et externes*, par Marzuttini; 3° *observations cliniques sur la kréosote*, par Guelfi; 4° *lettre au professeur Pistelli sur une pleuro-cholécystite*, par Linoli; 5° *histoire d'un opisthotonos mortel avec autopsie, pour venir à l'appui de la théorie de Bellingeri sur l'antagonisme nerveux*, par Ferro; 6° *histoire d'un opisthotonos tendant à démontrer la même théorie*, par Paolini; 7° *histoire d'un emprosthotonos*, par Morotti; 8° *histoire d'une ophthalmie symptomatique*, par Gelson; 9° suite de l'*essai sur les causes qui ont retardé le progrès de la réforme rasorienne*, par Freschi; 10° *sur le phénomène de la vision*, par Catadell'Aqua; 11° *lettre du professeur Folchi sur une expérience physiologique*.

Les observations de tétanos indiquent parfaitement leur but par leur titre même; ce sont autant d'autopsies qui semblent démontrer qu'en effet la contraction des muscles fléchisseurs tient à une affection de la moitié postérieure de la moelle, et à la moitié antérieure pour les muscles extenseurs. On sait qu'à Paris nos anatomo-pathologistes n'ont pas été si heureux dans la recherche des causes organiques du tétanos, et qu'à côté des cas où ils ont cru trouver quelque chose, il en est beaucoup où ils n'ont rien trouvé du tout.

HISTOIRE D'UN VOLVULUS GRAVE conduit à guérison par des moyens mécaniques; par le docteur Antonio BONATI.

Ce travail sera lu avec un grand intérêt par les praticiens, auxquels il indiquera une ressource à peu près nouvelle dans des cas jusqu'à présent désespérés, en même temps qu'il cite un exemple remarquable de succès à l'appui du précepte.

OBS. — Giuseppi Barinetti, âgé de 22 ans, constitution saine et robuste, n'avait jamais eu d'autre affection qu'une sciatique, suite d'une chute, dont il était presque complètement guéri, lorsque le 15 mai 1834 au matin, en faisant de puissans efforts pour aller à la selle, il se sentit pris d'une vive douleur à la région iliaque droite, qui s'accrut promptement au point qu'il fallut le transporter chez lui. Là ses amis lui firent prendre une once et demie d'huile de ricin qu'il vomit avec son déjeuner, et à trois heures après midi le docteur Bonati appelé trouva dans l'état suivant.

Physionomie abattue; nausées; douleur abdominale à la région indiquée, médiocrement intense, mais augmentant à la pression; le cordon spermatique et le testicule du même côté devenus subitement douloureux et tuméfiés; la peau moite, le pouls très-petit et point fréquent. Une saignée de 14 onces, des lavemens et des cataplasmes émolliens, une boisson laxative, rien n'y fit; une nouvelle saignée le soir, une troisième le lendemain matin, une quatrième le troisième jour, eurent à peine quelque influence sur la douleur; mais les vomissemens ne semblaient cesser que pour bientôt reparaître; la soif était vive; le pouls toujours petit; toutefois la langue était humide, sans rougeur, et le sang des trois premières saignées n'était nullement inflammatoire.

Dans la nuit du troisième au quatrième jour, le docteur Sormanni fut appelé en consultation. Le sang tiré le matin offrait enfin une légère couenne, et le pouls toujours petit s'était accéléré. On appliqua 30 sangsues sur l'abdomen et on mit le malade dans un bain.

Le quatrième jour, nul soulagement; les vomissemens, auparavant acides, rejettent par deux fois des substances noirâtres fétides, dans lesquelles on trouve un ver lombric; météorisme du ventre; hoquet. (On fait une cinquième saignée.) A dix heures du matin, on appelle en consultation le docteur Strambio, qui conseille la glace à l'intérieur et à l'extérieur, et des lavemens froids avec l'eau et le lait. Le soir, absence du vomissement; le hoquet est plus rare. (Continuation de la glace; émulsion d'amandes amères avec addition d'eau de laurier-cerise; 40 sangsues sur l'abdomen.)

Dans la nuit, deux vomissemens de substances noires, fétides, véritablement stercorales. Tout le cinquième jour, l'état du malade demeure le même; mais le soir, deux lavemens avec l'infusion de tabac ayant déterminé deux selles abondantes, il y eut une amélioration générale; seulement le malade accusait une inquiétude insolite qui l'obligeait à changer de position à chaque instant. On prescrivit un bain de deux à trois heures, où il ne put rester que cinq quarts d'heure; et en le reportant dans son lit il fut pris de contraction spasmodique des muscles extenseurs du cou, du dos et des membres inférieurs, avec perte de connaissance; une selle fit disparaître ces symptômes.

La nuit fut très-inquiète; le vomissement reparut de nouveau avec la douleur et le hoquet; et le sixième jour au matin, le pouls était très-petit et très-fréquent, la face hippocratique.

Dans de semblables circonstances, que restait-il à faire? Tous les moyens purement pharmaceutiques avaient été employés en vain; l'état du malade allait en empirant; le développement, la marche, l'ensemble des symptômes ne laissaient aucun doute aux médecins consultans sur la présence d'un volvulus; on résolut de recourir aux injections forcées par le rectum. Une saignée fut faite encore dans la matinée et une émulsion avec le laudanum administrée. A six heures du soir, on procéda à l'opération.

Le patient couché sur son côté droit, à l'aide de l'*hydroballe* (sorte de pompe aspirante et foulante à jet continu), on lui injecta dans le rectum trois *boccali* d'une décoction de son, en se réglant à la fois sur la sensation du malade et sur celle de la main appliquée sur l'abdomen, bien que le météorisme ne permît pas de sentir bien distinctement la marche du liquide dans le gros intestin. On arrêta l'injection quand, la respiration étant devenue brève et fréquente, le malade accusa un sentiment de suffocation; le pouls était presque imperceptible. Après quelques instans, il évacua environ un tiers de la décoction, sans que les symptômes en fussent amendés ou la respiration revenue quelque peu à l'état normal. Des frictions huileuses sur le ventre n'eurent aucun effet, et le soir tous les symptômes s'étaient aggravés.

M. Bonati proposa et fit accepter l'emploi du mercure coulant. A onze heures du soir, il se disposait à en faire avaler une once et demie; mais à peine le malade avait-il pris le premier quart de cette dose, que tout l'appareil des symptômes se développa d'une manière alarmante; anxiété générale, respiration anxieuse, hoquet continu, pouls imperceptible. Heureusement cette scène effrayante dura peu, et après un borborygme impétueux, causé par le mouvement antipéristaltique de tout l'intestin, le malade rendit par la bouche la décoction de son injectée avec l'hydroballe, que l'on reconnut avec la dernière évidence à l'odeur, à la couleur, et enfin au son, qui se déposa par le repos au fond du vase. Dès ce moment les symptômes se calmèrent à vue d'œil; et deux autres doses de mercure, prises à intervalle d'une demi-heure, ne les exaspérèrent point. La nuit fut tranquille, le hoquet rare. Avant huit heures du matin, le malade avait eu trois selles. On fit une saignée, répétée le soir; le sang était légèrement couenneux. Le huitième jour, nouvelle saignée; nulle trace de couenne. Le neuvième au soir, l'appétit se déclare, et du 24 mai, dixième jour de la maladie, jusqu'au 2 juin, époque où le malade quitta le lit, la convalescence alla en s'assurant chaque jour, et il ne se présenta aucun symptôme digne d'être mentionné.

Des questions importantes se rattachent à cette observation : était-ce bien d'abord à un volvulus que l'on avait affaire? Il est impossible d'en douter, dit l'auteur, si l'on considère la constitution du sujet, l'absence de toute affection abdominale antérieure, l'absence de tout prodrôme, la cause et la brusque apparition de la maladie, ces vives douleurs dans la région iliaque droite où se rencontrent le plus souvent les causes organiques du volvulus, cette apyrexie tellement complète les deux premiers jours que le sang n'offrit de couenne qu'à la cinquième saignée; et enfin le subit décroissement des symptômes après l'administration du mercure. On ne peut affirmer aussi sûrement si l'invagination avait lieu du bout supérieur dans l'inférieur, ou de l'inférieur dans le supérieur; toutefois, outre la rareté de celle-ci, on verra quelles raisons portent à regarder comme très-probable un volvulus du premier genre.

Ce diagnostic établi, comment expliquer le mode d'action du mercure? On doit se rappeler d'abord que les deux tiers de la décoction de son avaient été retenus dans les intestins, soit par la prédominance du mouvement antipéristaltique, soit que l'extrême distension des parois eut mis obstacle à leur contraction; et d'une autre part le liquide n'avait pas franchi la valvule de Bauhin, puisqu'avant l'administration du mercure il n'en était point sorti par les vomissemens. Il est infiniment probable que le mercure arrivé de haut en bas sur la valvule de Bauhin l'aura entr'ouverte, et que le mouvement péristaltique réveillé avec énergie aura fait franchir au lavement cette issue désormais libre, et l'aura ainsi reporté jusqu'à l'orifice supérieur du canal digestif.

Plusieurs anatomistes de renom, Meckel et Panizza entre autres, ont nié que cette valvule pût jamais livrer passage à des matières remontant du gros intestin dans l'intestin grêle; outre l'action de son sphincter qui s'y oppose, le professeur Panizza a fait remarquer que la lame inférieure de cette valvule, plus longue que la supérieure, et recevant par là la plus grande part du choc des matières qui remontent, s'applique d'autant mieux contre cette dernière et ferme d'autant plus hermétiquement l'ouverture que la pression est plus forte; et il a corroboré cette démonstration par des expériences directes dans lesquelles ni solides, ni liquides, ni même fluides aériformes, comprimés avec force dans le gros intestin, n'ont pu vaincre la résistance de la valvule.

Mais à ces autorités on peut opposer Rieberand, Sabatier, Borsiéri, qui admettent que, dans certains cas, cette résistance a été évidemment surmontée; et les expériences trouvent un contrepoids dans celles de Widemar, Dehaën, Hales et enfin de Palletta, qui ont fourni des résultats tout contraires.

Dehaën, après avoir donné la description d'une machine propre à réduire l'iléus dans les cas les plus désespérés, raconte les essais qu'il a faits sur des chiens. Chez quelques-uns de ces animaux, l'eau tiède injectée dans le rectum par le moyen des mouvemens successifs de sa machine, était rejetée par la bouche jusqu'à la distance de trois pieds; chez l'un d'eux même le liquide entraîna une portion de tœnia par la même voie. Les chiens, remis en liberté après l'expérience, vomissaient encore quelque peu, et revenaient ensuite à un état de santé complet, avec leur gaîté accoutumée et seulement un appétit vorace. Hales (*Hémostatique*, cap. 25) rapporte des faits encore plus remarquables. En versant de l'eau chaude dans le rectum d'un chien maintenu verticalement suspendu, il vit le liquide franchir peu à peu la valvule iléo-cœcale, et, d'un intestin à l'autre, arriver jusqu'au pylore. Enfin, comme pour écarter complétement toute idée de danger, Paletta écrit : « La valvule peut être vaincue dans la plus grande partie des cas, comme l'ont démontré les injections faites sur le vivant et sur le cadavre par Dehaën, par Widemar et par moi; et dans aucune de ces expériences on n'a vu les intestins remplis et distendus de manière à offrir quelque danger de rupture. »

Pour se rendre compte de résultats si divers, il faut bien admettre que la valvule n'est pas aussi forte ni aussi méthodiquement conformée chez tous les sujets; que chez quelques-uns elle résiste, tandis que chez d'autres elle cède; circonstance bien importante pour le traitement du volvulus. Notre malade, jeune et robuste, paraît avoir été pourvu d'une valvule résistante, puisque, ni la force mise en jeu par l'hydroballe, ni les mouvemens antipéristaltiques de l'intestin, n'avaient pu la faire franchir. Maintenant, que l'effet du mercure ait dû se borner à ouvrir la valvule, et que la réduction du volvulus ait été due au choc du liquide remontant du gros intestin dans les petits, c'est ce que les considérations suivantes auront peu de peine à établir.

Si l'on prend un bout d'intestin isolé et qu'on y pratique une invagination du bout supérieur dans le bout inférieur, le canal est à la vérité rétréci dans le lieu de l'invagination, mais il n'offre aucun arrêt, aucun cul-de-sac qui empêche de passer le liquide venant d'en haut. Le liquide passe donc sans avoir aucune action sur l'invagination. On peut cependant concevoir un cas où un liquide lourd, comme du mercure, pourrait déplisser le volvulus; si, par exemple, un arrêt mécanique, ou une contraction de l'intestin, ou une courbure très-forte, venaient à retenir le liquide au-dessous de l'invagination, par son propre poids il tendrait à distendre l'intestin selon sa longueur, et par conséquent à attirer le bout inférieur, qui laisserait ainsi le bout supérieur libre. Mais dans les volvulus de l'intestin grêle, on ne saurait compter sur une exception de cette nature.

Mais si on pratique l'invagination en sens inverse, le canal présente une disposition toute différente. Il y a d'abord un cul-de-sac circulaire formé par l'introduction d'une portion de l'intestin dans l'autre; puis au centre une lumière étroite, qui est la continuation du canal. Si l'on verse un liquide dans un intestin ainsi disposé, une partie s'écoulera par le canal du centre; mais l'autre se portera dans le cul-de-sac, s'y accumulera, et agira par son propre poids avec d'autant plus de force, qu'à mesure de son accumulation elle élargit le cul-de-sac aux dépens du canal central, qui finit par être presque oblitéré. Ainsi le repli de l'in-

testin sera forcé de descendre, et l'invagination sera très simplement réduite.

Dans notre observation, nous avions deux liquides poussés en sens contraire; il pourrait donc rester du doute sur l'espèce du volvulus. Mais observez bien que l'ingestion du mercure n'a fait qu'accroître les symptômes, tandis que le vomissement du lavement les a subitement améliorés; et comme les accidens du volvulus tiennent à une sorte d'étranglement et doivent disparaître dès que celui-ci est levé, tout porte à penser que c'est l'impulsion du liquide aqueux qui a opéré la réduction, puisque c'est à ce moment qu'ont eu lieu les signes de la réduction.

Cependant le malade n'a pas été guéri sur-le-champ : à quoi a tenu ce retard de la cure? évidemment à l'inflammation qui avait commencé à se développer, bien qu'énergiquement combattue par des émissions sanguines réitérées; et ici l'auteur fait observer avec justesse que si le succès a couronné cette fois ses efforts, tandis que d'autres ont échoué avec la même médication, cela tient aussi au soin qu'il a eu de ne pas laisser grandir l'inflammation, et survenir les épanchemens ou la gangrène qui marche à sa suite. On conçoit que, dans des cas de ce genre, l'injection forcée risquerait d'ajouter à la gravité des accidens; il est évident aussi qu'elle ne peut procurer de succès certains que quand nulle autre affection antérieure n'a désorganisé l'intestin. Ainsi, en 1803, l'hydrohalle fut employée sans succès par le docteur Stramhio, pour deux cas de volvulus désespéré; mais l'un était compliqué d'un squirrhe étendu du pylore et du duodénum, et l'autre d'un ulcère cancéreux qui avait perforé l'estomac.

Les conclusions de ce mémoire sont faciles à tirer :

1° Le mercure avalé par la bouche est utile dans l'invagination du bout inférieur de l'intestin grêle dans le bout supérieur, même quand l'inflammation s'est déclarée, pourvu qu'elle n'ait pas encore amené de suites fâcheuses;

2° L'invagination du bout supérieur de l'intestin grêle dans l'inférieur réclame l'usage des injections avec l'hydrohalle (ou tout instrument du même genre); mais comme il est impossible *à priori* de déterminer l'espèce de volvulus, il faut recourir à la fois à l'hydrohalle et au mercure. Si le volvulus siégeait dans le gros intestin, quelle que fût sa nature, les injections forcées suffiraient seules pour le réduire.

OBSERVATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR L'USAGE INTERNE DE LA KRÉOSOTE IMPURE (l'huile empyreumatique de goudron) DANS QUELQUES AFFECTIONS GÉNÉRALES ET EXTERNES; mémoire lu à l'Académie d'Udine le 25 juillet, par M. Giambatista MAZZUTTINI, chirurgien-opérateur, etc.

Dans l'un de nos derniers numéros, nous avons présenté en faisceau les expériences et les observations recueillies en Allemagne sur l'emploi de la kréosote, mais uniquement à l'extérieur; et ce n'est aussi que comme moyen topique qu'elle a été essayée en France. Le mémoire dont nous allons rendre compte complétera l'histoire thérapeutique de ce médicament, en montrant les effets qu'on en peut attendre lorsqu'on le fait prendre à l'intérieur. Un autre intérêt s'y rattache; c'est que l'auteur, considérant le haut prix de la kréosote pure et la difficulté de se la procurer, a essayé d'y suppléer avec ce qu'il appelle kréosote impure, substance de peu de prix, facile à préparer dans toute officine; et que ses essais lui ont parfaitement réussi.

La kréosote impure n'est autre chose que *l'huile empyreumatique de goudron*, retiré par cette substance par la première distillation et isolée du liquide aqueux sur lequel elle surnage, et contenant avec une grande quantité de kréosote, de l'eupione et d'autres huiles pyrogénées. Cette huile donnée à l'intérieur à petites doses, paraît douée de propriétés énergiques, qu'il se résument pour la théorie italienne dans une action *contro-stimulante*. Comme cette expression est moins intelligible pour des lecteurs français, nous donnerons une idée plus nette de sa manière d'agir en énumérant ses effets les plus constans sur l'économie. Lorsqu'on l'administre depuis la dose de 8 gouttes jusqu'à 20 gouttes par jour, elle produit l'embarras de la tête, des vertiges, le ralentissement de l'énergie morbide de la circulation, la diminution ou la cessation complète de la fièvre *angioitique* ou déterminée par un foyer inflammatoire local; une prostration considérable des forces nervoso-musculaires volontaires, l'abaissement de la chaleur animale; des baillemens et une sensation de langueur et de défaillance dans la région épigastrique. A ces titres, elle est donc indiquée contre les maladies par excès de stimulus ou inflammatoires, et se range à côté du tartre émétique.

A l'extérieur, selon l'auteur, elle donne également des résultats contro stimulans. Mais elle a deux propriétés spéciales qui l'emportent sur toutes les autres, savoir : une action résolutive pour abattre la tuméfaction inflammatoire; et une autre action modificatrice de la condition pathologique qui entretient les caries et les ulcères de diverse nature. Sous ce double rapport elle surpasse tous les autres contro-stimulans, même la saignée et le tartre émétique.

D'après ces inductions générales, il paraît probable que la plupart des propriétés de l'huile de goudron sont dues à de la kréosote pure qu'elle contient en grande proportion. Des expériences directes semblent même démontrer que l'action de la kréosote impure à l'intérieur en est plus puissante que celle de la kréosote pure; ainsi le docteur Zecchini a pris un jour deux gouttes de kréosote pure; quatre gouttes le lendemain; le troisième jour 6 gouttes, et 8 le quatrième, sans avoir ressenti aucun effet.

La partie clinique de ce travail se compose de treize observations d'un haut intérêt, si les résultats qu'elles annoncent se vérifiaient sur une plus large échelle.

Obs. — Homme de 31 ans, affecté de dyscrasie scrophuleuse chronique, d'une pneumonie lente, et enfin de carie au tibia droit, près du genou, et au poignet gauche avec gonflement considérable des parties molles ambiantes. Tous les remèdes avaient été employés sans succès. Le 9 mai, on donna 2 gouttes de kréosote impure à l'intérieur en pilules, mêlées avec de la mie de pain, en en augmentant la dose jusqu'à 8 gouttes par jour. Vers le quatrième jour, les effets généraux du médicament se prononcèrent. Au huitième jour, la respiration était plus facile, la toux et l'expectoration bien diminuées; l'inflammation autour des os cariés dissipée, les fongosités déprimées; la matière sanieuse moins abondante, moins fétide et plus dense. Dans l'espace d'un mois, il avait pris 400 gouttes de kréosote; la fièvre et les symptômes pulmonaires avaient disparu; la carie était en voie de guérison, et le malade est aujourd'hui parfaitement guéri, bien qu'il ait interrompu l'usage de la kréosote, sans avoir pris aucun autre médicament.

Le second cas est celui d'un jeune garçon de 15 ans, portant un cordon de ganglions lymphatiques engorgés et en partie suppurés, s'étendant de l'apophyse mastoïde jusqu'à l'extrémité acromiale de la clavicule et occupant tout le côté droit du cou. La kréosote impure, portée jusqu'à la dose de sept gouttes par jour, agit avec une telle efficacité qu'au bout d'un mois les abcès étaient cicatrisés, l'engorgement dissous, en un mot la guérison complète.

Ces deux premiers faits montrent de quelle utilité peut être la kréosote impure dans les scrophules. Les suivans confirment ces résultats, dans des circonstances même encore plus difficiles. Ainsi nous voyons se dissiper sous l'influence de ce nouveau moyen, une dyscrasie scrophuleuse avec carie de l'articulation scapulo-humérale et induration chronique des glandes de l'aîne; une carie scrophuleuse du second os métatarsien du pied droit, datant de 18 mois, qui semblait réclamer impérieusement l'amputation, et se compliquait d'ailleurs d'une autre carie attaquant trois os de la main; une nécrose syphilitique des os palatins, des cornets et du vomer qui avait résisté au mercure; des ulcères, des ophthalmies chroniques; puis des dartres de diverse nature; un ulcère au nez de nature darteuse et cancéreuse; dans ces derniers cas on appliquait aussi la kréosote à l'extérieur. Les applications externes se faisaient sous la forme d'une pommade; toutefois l'auteur a remarqué que certains ulcères chroniques, après s'être améliorés sous l'influence de cette pommade, s'accoutument pour ainsi dire à ses effets et redeviennent stationnaires. En les pansant avec la kréosote même on achève alors promptement de les guérir. La douzième observation est d'un ordre différent, et mérite une relation plus étendue; il s'agit d'une gangrène par cause externe.

Obs. — Un individu de 45 ans tombe au-devant d'un chariot pesamment chargé; les deux roues lui passent sur le tiers inférieur de la jambe droite; de là lésions graves des parties molles et fracture comminutive des os. Le quatrième jour la gangrène apparaît et s'étend rapidement jusqu'à la moitié de la jambe. L'émétique, les saignées locales et générales sont mis en usage, mais sans succès; on se détermine à recourir à la pommade de kréosote, composée d'un gros de kréosote pour une once d'axonge. On était au 9e jour de l'accident, cinquième jour de la gangrène. La pommade fut appliquée à midi; dès le soir même la turgescence inflammatoire avait diminué dans les parties vivantes menacées de mortification; le lendemain elle avait cessé. La gangrène se borna; les escarres tombèrent en quelques jours; et au moment où l'auteur écrivait, 26e jour de la fracture, la plaie était déjà réduite des deux tiers.

L'auteur déduit de cette observation des conséquences nombreuses qu'il ne faudrait pas prendre trop à la lettre; car c'est en thérapeutique surtout que les faits isolés entraîneraient dans de grandes erreurs l'expérimentateur trop prompt à conclure; mais qui méritent cependant quelque attention, comme indications à vérifier. Selon lui, 1° la kréosote impure a dans la gangrène une action évidemment contro-stimulante, capable avec le concours de la méthode antiphlogistique générale d'arrêter les progrès du mal; 2° elle diminue notablement la sécrétion du pus; chose

importante dans ces vastes plaies qui succèdent à la gangrène et qui épuisent le malade par la suppuration; elle a la même propriété lorsqu'on l'administre à l'intérieur; ainsi, dans un cas de carie de deux vertèbres du saerum, les pilules de kréosote en diminuant notablement la quantité de la suppuration, améliorèrent beaucoup l'état du malade et retardèrent évidemment sa mort; 3° elle détermine le développement de bourgeons charnus plus fermes, moins saignans, moins luxurians, plus propres conséquemment à la cicatrisation; 4° elle favorise et accélère la reproduction organique des parties détruites; 5° enfin elle a sur la kréosote pure l'avantage de ne pas dessécher l'escarre gangréneuse; on sait que pour en obtenir la chute, Hahn fut obligé d'avoir recours à un onguent résineux. (Voyez le mémoire sur l'usage externe de la kréosote, inséré dans l'avant dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE.)

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LA KRÉOSOTE; par le docteur Giuseppe Guelfi.

Ce mémoire fait pour ainsi dire suite au précédent; seulement, au lieu d'expérimenter avec l'huile de goudron, le docteur Guelfi a fait usage de la kréosote pure. Il la donne également à l'intérieur sous forme de pilules ou l'applique à l'extérieur; et il cite quatorze observations où son emploi lui a heureusement réussi.

A l'extérieur, c'est à la solution aqueuse de kréosote qu'il a donné la préférence. Elle lui a servi de gargarisme fort efficace contre un scorbut commençant, et un ulcère de la bouche avec carie de la mâchoire supérieure; il s'en est servi en lotions dans un cas de dartre et un autre cas de teigne; en injections dans un cas de blennorrhée chronique chez une femme et de blennorrhagie aiguë chez un jeune homme. Enfin des plaies récentes ou anciennes, et diverses brûlures, sous l'influence de ce topique, ont promptement marché à la cicatrisation. Assez d'observations analogues ont été recueillies en France et en Allemagne pour qu'il suffise de citer celles-ci brièvement: les deux suivantes sont plus neuves et plus importantes à la fois. Il s'agit de maladies de poitrine.

OBS. — Une femme de 36 ans, cloîtrée, menant une vie dévote, depuis environ cinq ans ne jouissait pas d'une bonne santé. Il y a quatre mois qu'elle commença à ressentir le soir, avec des sueurs partielles la nuit, et des secousses continuelles d'une toux sèche qui souvent amenait des vomissemens de sang pur; enfin des douleurs vagues parcouraient constamment la poitrine. On avait employé les remèdes usités en pareil cas, mais sans obtenir d'amélioration soutenue. Le docteur Guelfi administra la kréosote pure en pilules à la dose de deux gouttes par jour, portée ensuite jusqu'à six gouttes sans inconvénient. Après quelques jours de son emploi, la fièvre et les autres symptômes diminuèrent par degrés; et il y a deux mois que cette femme, ayant de moyen, est parfaitement rétablie et en état de reprendre les exercices de son couvent.

Le sujet de la seconde observation est l'auteur lui-même. Ayant été fortement mouillé et atteint par suite d'une bronchite aiguë qu'il combattit par deux copieuses saignées, il en conserva une toux sèche et une douleur vague dans la poitrine. Sans cesser de se livrer au pénible exercice de sa profession, il fit usage durant plusieurs jours de la kréosote pure en pilules, en prenant tout d'abord six gouttes par jour. Dès le second jour, il survint une expectoration abondante; le cinquième, la guérison était parfaite. Tout ce qu'il ressentait en avalant ses pilules se bornait à une chaleur nullement incommode à l'œsophage et à une légère constipation.

« Dans cinq cas de légères phlegmasies de poitrine, ajoute-t-il, j'ai administré la kréosote pure; et quatre ou six jours de l'emploi de ce remède ont suffi pour obtenir une complète guérison. »

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE, DI BOLOGNA,

SUR L'USAGE INTERNE DE LA KRÉOSOTE; lettre adressée au professeur Pietro Studiati, par le docteur CARTONI.

D'après les articles que nous avons déjà passés en revue, on voit que la question qui agite le plus en ce moment les thérapeutistes italiens est celle de la kréosote, principalement administrée à l'intérieur. L'observation suivante, bien remarquable à tous égards, est extraite du *Nuovo giornale dei litterati di Pisa*, n. 74.

OBS. — En janvier 1834, je fus appelé près d'un jeune Irlandais qui, attaqué depuis deux ans par des symptômes d'une affection pulmonaire, avait passé l'hiver précédent à Nice. Il avait 27 ans. Doué d'une santé fort délicate, avant l'époque de la puberté il avait été sujet aux scrophules, et depuis il avait eu des ulcères et des bubons syphilitiques. Sa maladie de poitrine avait débuté par une difficulté inaccoutumée de la respiration, une toux sèche d'abord et très-opiniâtre, plus tard accompagnée d'expectoration plus ou moins abondante. L'hiver passé à Nice ne l'ayant point soulagé, il venait passer le suivant à Pise. Quand je le vis, il avait rarement de la fièvre, rarement aussi d'abondantes sueurs; la nutrition se faisait suffisamment bien; il pouvait se coucher sur l'un et l'autre côté. Le côté gauche de la poitrine était mat à la percussion et ne laissait entendre presque aucun bruit respiratoire au stéthoscope; mais la voix y résonnait comme un écho, mêlée toutefois à un peu de sifflement. Il crachait, surtout la nuit et le matin, une matière tantôt blanche, filante, réunie en masse, et de nature évidemment muqueuse; plus souvent ses crachats étaient globuleux, verdâtres, d'odeur de grenouille, se divisant facilement en petits globules, surtout dans l'eau chaude, et offrant alors l'aspect puriforme; quelquefois, ils étaient légèrement striés de sang.

Je diagnostiquai une affection tuberculeuse du poumon gauche. Il serait fastidieux d'énumérer tous les remèdes que j'employai pour l'arrêter, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur: vésicatoires, ventouses scarifiées, frictions avec la pommade émétique, séton sur la poitrine; rien n'y fit. Sur la fin du mois de mars, le malade était amaigri, la respiration toujours plus difficile, les crachats constamment puriformes et un peu sanguinolens, la fièvre intense et continue, le pouls fort et résistant. A peine pouvait-il sortir de sa chambre. Je fis une saignée de 9 onces; je recommandai le repos, un régime borné à des potages et à un peu de viande rôtie, et je suspendis tout médicament, même le lait d'ânesse, dans le dessein d'expérimenter la kréosote. Après trois ou quatre jours, la fièvre avait disparu, le pouls ne montait pas à plus de 78 à 84 pulsations, et enfin le 22 avril je pus commencer le nouveau traitement.

Je donnai 2 gouttes de kréosote, une le matin, une le soir, versées dans un petit morceau de sucre creusé exprès de manière que le malade pût l'avaler sans ressentir aucune ardeur à la gorge. Le troisième jour, j'ajoutai une troisième goutte prise à midi; le cinquième, il en prit 4 gouttes, une toutes les six heures. Dès le troisième jour, le malade m'annonça que la respiration était devenue plus facile, mais que la chaleur à la peau était plus forte que de coutume; le pouls allait à 90 et 94. Dans la nuit du quatrième au cinquième jour eut lieu une transpiration copieuse et universelle; en outre, il salivait beaucoup, quoique la bouche et la gorge ne fussent nullement enflammées. Le cinquième jour, le pouls était à 100. Le sixième jour, respiration libre; le malade se promène long-temps sans inconvénient; la toux est rare, l'expectoration muqueuse en petite quantité; les sueurs et la salivation continuent. Le huitième jour, le malade, content de son état, et bien décidé à continuer l'usage de la kréosote, me vit pour la dernière fois; il était prêt à partir pour Livourne et à retourner de là en Irlande.

L'auteur insiste, en terminant, sur cette amélioration rapide, et sur la triple propriété que possède la kréosote, d'accélérer la circulation, de produire d'abondantes sueurs, et enfin d'accroître la sécrétion salivaire. A la vérité, ces dernières propriétés, fondées sur un seul fait, auraient besoin d'une démonstration plus rigoureuse; mais ce fait, réuni à ceux que nous avons déjà mentionnés précédemment, peut servir à démontrer dans la kréosote prise à l'intérieur un médicament énergique et dont la matière médicale n'a pas moins à attendre que la thérapeutique chirurgicale.

MÉMOIRE SUR LA RÉSECTION DU CUBITUS, par le docteur LUIGI MALAGODI, membre correspondant de la société médico-chirurgicale de Bologne.

La résection partielle du cubitus a déjà été tentée plusieurs fois, mais dans une petite étendue. Ainsi son extrémité humérale a été enlevée par Gorcke en 1793, puis par Justamond, Moreau père, Moreau fils, Crampton, Roux, Delpech, Syme, Percy et d'autres chirurgiens militaire français; par Dinns et Mazzossa à Milan, par Baroni deux fois à Bologne; son extrémité carpienne, en 1779, suivant Orred, par un Anglais qui en enleva trois pouces; enfin sa diaphyse a été attaquée par Withusen à Copenhague, en 1819; par Cittadini à Arezzo, en 1820; par Warnuth à Wircebourg, en 1827, et par Holscher, en 1830. Mais aucun n'avait été si loin que M. Malagodi, et il est le premier qui ait osé enlever le cubitus presqu'en entier, en laissant à peine un court fragment de son extrémité humérale. Voici le fait.

OBS. — G. Barbarini, paysan âgé de 20 ans, homme très-robuste et de tempérament sanguin, reçut un coup de bâton à la partie moyenne et externe de l'avant-bras. Ce ne fut sur l'instant qu'une contusion légère, et qui n'apporta pas même d'interruption dans ses travaux. Mais quelques jours après il survint une douleur obtuse et profonde au lieu de la contusion; et, au bout de six mois, on s'aperçut d'un gonflement de la partie moyenne du cubitus, qui s'accrut peu à peu, et força enfin le malade à venir à Fano, où il fut reçu à l'hôpital de Sainte-Croix, le 17 juin 1834.

L'avant-bras avait le double de son volume normal, principalement à son tiers inférieur, où se voyait une aréole assez étendue formée par les tégumens rouges et amincis. Au centre de cette aréole était une croûte sous laquelle, en la soulevant, on apercevait un petit pertuis ulcéreux par où une sonde pénétrait, sans beaucoup de difficulté ni de douleur, à une grande profondeur, en traversant comme un tissu d'os ramollis. En comprimant l'avant-bras dans tous les points du gonflement, on sentait sous la main une sorte de crépitation, comme si l'on avait brisé de minces lamelles osseuses. Cette sensation, ainsi que le gonflement, diminuait du côté du radius; et à deux travers de doigt de l'olécrâne, on sentait aussi le bord inférieur du cubitus dans son état naturel.

Il y avait là évidemment une maladie de l'os et probablement un ostéo-sarcome occupant toute l'épaisseur et presque toute la longueur du cubitus. Deux seules ressources se présentaient: l'amputation et la résection de l'os. En tentant celle-ci on se réservait encore l'autre comme dernière ressource; il y avait quelque probabi-

lité que le radius n'était point affecté; sur ces raisons le chirurgien édifia le plan de son opération, résolu à s'assurer d'abord de l'intégrité ou de la lésion du radius pour choisir ensuite entre la resection et l'amputation.

Quelques jours de repos furent donnés au malade qu'on prépara par la diète, avec un purgatif et une large saignée, et le 20 juin 1834 on procéda ainsi qu'il suit. Le sujet fut placé horizontalement sur un lit, de telle sorte que le bras malade demeurait exposé à la lumière du jour. Deux aides le tenaient, l'un par le poignet, l'autre par le coude, et un tourniquet avait été placé sur l'artère humérale. « Je fis avec le bistouri droit, dit l'auteur, une incision commençant sous l'apophyse styloïde et portée en ligne courbe jusqu'à la partie supérieure du cubitus, en regardant par sa concavité l'altération de la peau indiquée. Un autre, commençant et finissant aux mêmes points, fit avec la première une ellipse qui embrassait toute la portion de tégumens amincie, rouge, adhérente et ulcérée. Je soulevai les tégumens à la partie supérieure et rasant la tumeur osseuse avec un couteau à tranchant convexe, je disséquai les chairs de l'avant-bras détachant, de l'os malade les muscles et les apouévroses et en général tout ce qui me paraissait sain et digne d'être conservé, jusqu'à ce que, arrivé dans l'espace interosseux, je pus m'assurer que le radius ne participait point à la maladie. Alors revenant vers l'articulation cubito-carpienne, j'ouvris le ligament capsulaire du carpe, et je désarticulai la petite tête du cubitus, coupant en travers le tendon du cubital externe qui, passant sur l'apophyse styloïde, ne pouvait être conservé. J'isolai ensuite, à partir de ce point, toute la masse morbide jusque vers l'articulation cubito-humérale où je trouvai une portion de l'os assez saine pour permettre de le scier; et ayant glissé une lame d'os sous le point sur lequel devait agir la scie, j'opérai ainsi la resection de toute la portion malade. Le tourniquet fut alors relâché; l'artère interosseuse et deux artères tégumenteuses eurent seules besoin d'être liées. Je procédai ensuite au pansement; j'affrontai les bords de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives; je les recouvris de charpie et je maintins le tout par un bandage allant de la main jusqu'au milieu du bras.

« L'opération soutenue avec courage fut promptement terminée. Le tempérament très-robuste du malade m'engagea à employer un traitement contre-stimulant assez énergique; je prescrivis en conséquence une solution étendue de tartre stibié, une diète rigoureuse, et deux heures après l'opération une large saignée. Le soir douleur au bras, pouls fébrile; seconde saignée. On en fit cinq en cinq jours, toutes, excepté la première, offrant un sang couvert de couenne. L'appareil fut levé le 5e jour; la plaie était en grande partie réunie. Elle le fut complètement au 35e jour, et avant le 40e, Barbarini était retourné chez lui.

» A cette époque, il remuait la main et les doigts, et serrait déjà les corps volumineux avec quelque force. Deux mois après, ayant eu occasion de le revoir, je pus vérifier la solidité de la guérison; et je reçus de l'opéré même l'assurance qu'il pouvait se livrer aux travaux champêtres comme il l'aurait fait avec son membre dans l'état d'intégrité. »

Bien que le cubitus soit l'os principal de l'avant-bras, il n'a dans son extrémité inférieure qu'une connexion fort légère avec l'os pyramidal du carpe; et l'on peut dire que la solidité de l'articulation de la main réside tout entière dans ses connexions avec le radius. A la vérité l'articulation de l'avant-bras avec l'humérus appartient presque entièrement au cubitus; mais pourvu que l'on conserve un pouce seulement de son extrémité articulaire, cela suffit pour garder les attaches du triceps et du brachial antérieur, qui maintiennent les mouvemens de flexion et d'extension de l'avant-bras, en sorte que l'articulation demeure réellement intacte. Lorsqu'on enlève tout le reste du cubitus, comme dans l'observation rapportée, les muscles qui s'insèrent à la diaphyse de cet os, et qui servent à la pronation et à la supination de l'avant-bras et à quelques mouvemens des doigts sont nécessairement isolés et en partie enlevés; mais ce qui en reste contracte des adhérences avec les parties voisines, et bien que réduits à une attache moins solide, ils agissent cependant encore à un degré satisfaisant. Les vaisseaux et les nerfs sont hors d'atteinte. La plaie est plus étendue et le danger plus grand peut-être qu'après l'amputation du bras; mais l'avantage d'un membre conservé est incalculable. Enfin les essais sur le cadavre et ce premier succès sur le vivant ont démontré que l'exécution n'en est pas difficile.

A ces observations de l'auteur italien, nous en ajouterons une qui n'est peut-être pas sans importance. Il paraît qu'il a ouvert la capsule de l'articulation radio-carpienne; et, pour qui connaît la gravité de ces lésions articulaires, et tout au moins le danger d'ankylose qui en résulte, c'est une complication qu'il serait utile d'éviter. C'est donc, à notre sens, un précepte excellent à suivre de ne pénétrer que dans l'articulation radio-cubitale; on sait qu'un ligament triangulaire et fibro-cartilagineux la sépare de la grande articulation du poignet, qu'on laissera ainsi en dehors des limites de l'opération.

III. OSSERVATORE MEDICO.

SUR UN NOUVEL INSTRUMENT POUR LA PUPILLE ARTIFICIELLE; lettre du docteur Luigi de Balba, chirurgien de l'hôpital général militaire de Naples, au professeur Græfe, de Berlin.

Nous sommes fort peu partisans des instrumens nouveaux en général et surtout des instrumens compliqués, à moins que les difficultés opératoires qu'ils sont destinés à aplanir ne soient de nature à en démontrer la nécessité ou du moins la haute utilité. Alors seulement ils ont droit à prendre place dans l'arsenal chirurgical; car avant la simplicité si désirable dans le manuel opératoire, il est une condition à remplir beaucoup plus importante, la sécurité.

Des diverses méthodes proposées pour la pupille artificielle, la *corectomie*, qui consiste à enlever un lambeau de l'iris, l'emporte sur les autres surtout par cet avantage de laisser une ouverture permanente; mais elle offre de grandes difficultés. On divise aisément la cornée; on attire sans peine encore une portion de l'iris au dehors en la saisissant avec un crochet ou avec de petites pinces; mais le temps difficile est celui de la rescision. L'opérateur a les deux mains occupées, l'une tenant le crochet, l'autre les ciseaux; il ne peut donc qu'imparfaitement fixer l'œil, ouvrir les paupières; le moindre mouvement du globe oculaire dérange le rapport si nécessaire des deux instrumens; l'iris s'échappe des pinces, et se détache à sa circonférence ou se déchire; et quand même on évite ces accidens, les doigts de l'opérateur engagés dans les anneaux des ciseaux de Daviel, ou appuyant sur les branches de ceux de Quadri qu'un ressort tient écartées, se trouvent toujours à une assez grande distance de la portion du tranchant qui doit agir; en sorte que, comme Quadri l'a bien remarqué, le moindre tremblement dans la main qui tient les branches fait considérablement dévier le tranchant du point qu'il doit attaquer.

Pour aplanir ces difficultés bien connues de tous ceux qui ont pratiqué la corectomie sur le vivant, il s'agissait de réunir ces deux temps de l'opération, la traction et l'excision de l'iris. C'est ce qu'a tenté M. de Balba au moyen de l'instrument ingénieux qu'il appelle son *corectome*.

Cet instrument se compose du crochet de Beer, destiné à saisir l'iris, et de deux petites branches qui, réunies, représentent assez bien une pince dépilatoire, ou mieux une petite tenaille à mors tranchans, laquelle, moyennant un mécanisme propre et à l'aide d'un ressort courant sur la tige du crochet, s'avance en temps opportun dans la direction de l'œil pour exciser la portion d'iris déjà saisie. Il n'est pas plus embarrassant qu'une aiguille à cataracte, et se tient comme elle avec le pouce, l'indicateur et le médius.

Une incision de deux lignes étant donc faite à la circonférence de la cornée, on porte sur l'iris le crochet, dépassant la petite tenaille d'environ cinq lignes. On tire en-dehors une portion de cette membrane suffisante pour y tailler une pupille assez large; le doigt médius de la même main qui tient l'instrument pèse sur le ressort, fait ainsi avancer les mors tranchans de la tenaille à deux lignes au-delà du crochet; arrivés là, les mors se rapprochent en vertu de leur propre élasticité, et la rescision de l'iris se trouve accomplie subitement, sans contusion, sans déchirure, et dans la proportion convenable, l'instrument ayant été calculé pour obtenir une pupille de deux lignes carrées. L'opérateur a non-seulement une main tout entière de libre, mais encore même les deux derniers doigts de la main occupée, qui assurent le point d'appui ou enfin peuvent être de quelque utilité au besoin.

SUR LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU FROID DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES DE POITRINE; mémoire lu à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, le 27 septembre 1834, par le docteur V. CAMPAGNANO, médecin de l'hôpital central de la marine royale.

L'auteur commence par relever toute l'importance de la question qu'il agite; puisqu'il ne s'agit de rien moins, dit-il, que d'abattre une erreur aussi funeste aux malades qu'elle est invétérée et générale, et de montrer sous un jour tout nouveau une partie aussi intéressante de la clinique médicale.

Le froid, cause si funeste et si énergique de maladie, est en même un des moyens les plus précieux de la thérapeutique. Une foule d'auteurs, anciens et modernes, se félicitent de l'avoir employé pour le traitement d'affections diverses, soit à l'intérieur, au moyen de l'eau froide ou à la glace, soit à l'extérieur, sous diverses formes et à divers degrés d'intensité. Mais tandis que des médecins de tous les temps et de toutes les nations appliquaient ainsi les réfrigérans internes ou externes au traitement de presque toutes les maladies de l'homme, de celles même où long-temps on avait regardé comme mortel le froid extérieur, la scarlatine, l'érysipèle, la rougeole, etc.; il y a lieu de s'étonner que personne encore, établissant par des expériences directes les effets thérapeutiques du froid dans les inflammations de poitrine, n'ait songé à appeler sur ce point l'attention des praticiens.

A quoi tient donc ce préjugé universel que dans toute phlegmasie aiguë ou chronique de poitrine, les bains froids sont nuisibles aussi bien que les réfrigérans à l'intérieur? On peut le rapporter aux idées suivantes; on craint: 1° que le bain froid étant quelquefois une cause d'affections catarrhales, n'exaspère cette même maladie que l'on prétend guérir; 2° que le bain froid, chassant le sang de la surface cutanée, ne le refoule à

l'intérieur, et ne détermine une pléthore plus considérable des vaisseaux pulmonaires, et par suite l'augmentation de la phlogose et l'hémoptysie par la rupture de quelques vaisseaux; 3° que la pression de l'eau sur le thorax s'opposant jusqu'à un certain point à la libre dilatation de cette cavité, ne donne lieu à une accumulation du sang dans les organes thoraciques, et n'ajoute de nouvelles forces à la cause prochaine de la maladie; 4° enfin que les réfrigérans donnés à l'intérieur, produisant, par la rapide soustraction du calorique, un retrait spasmodique dans les poumons, ne déterminent la suffocation ou n'arrêtent l'expectoration. Mais à toutes ces objections les réponses sont faciles. Le bain froid ne détermine de catarrhes que quand, soit dans le bain, soit surtout au moment où on le quitte, on laisse le corps mouillé, nu et exposé à l'air; il ne s'agit donc de ne pas commettre cette imprudence. Si l'on ne peut nier que le bain froid ne refoule le sang dans les parties internes, qu'on le prenne frais et à une température à peine plus basse que celle du corps; on annulera aussi bien la pression de l'eau sur le thorax, en ne plongeant le malade que dans la quantité d'eau nécessaire pour le recouvrir. Enfin la quatrième objection n'est fondée sur rien; loin de là, l'irritation pulmonaire, dérivant du stimulus du sang et du calorique, accumulés outre mesure dans l'organe enflammé, la soustraction de l'un ou de l'autre de ces deux organes ou de tous deux à la fois devrait diminuer l'irritation et rendre l'expectoration plus facile.

Ceci est la partie purement théorique du mémoire, et celle assurément qui intéressera le moins des lecteurs français. Mais la partie clinique a une toute autre portée. Le docteur Campagnano a employé le froid de deux manières : à l'intérieur, au moyen de boissons froides ou même glacées; à l'extérieur à l'aide des bains.

Relativement à la première méthode, il ne compte plus ses succès. Il y a déjà dix ans, qu'il traite toutes les pleurésies, péripneumonies, etc., avec la neige, soit la neige pure, soit sous forme de limonade; et il assure en avoir toujours obtenu de favorables résultats. Pour ne point se borner à une simple assertion générale, il cite brièvement trois observations.

Le sujet de la première était une dame affectée d'une grave pneumonie consécutive à une hémoptisie; les saignées générales et locales, les vésicatoires, la diète lactée, etc., n'avaient apporté aucune amélioration; elle se guérit par le fréquent usage de la neige dont elle consommait près de dix rotoli par jour. (Le rotolo pèse environ 33 onces.)

La seconde se rapporte à une dame de qualité qui, au dixième jour d'une péripneumonie très-grave, était près de succomber. L'expectoration s'était supprimée; la dyspnée considérable, jointe à un râle particulier, le refroidissement des extrémités, la sueur froide et visqueuse, etc., ne laissaient aucun espoir. Le docteur Campagnano appelé en ce moment fit aussitôt avaler de la neige; à la troisième cuillerée, l'expectoration se rétablit, la respiration devint plus libre, la fièvre s'apaisa; et en persévérant dans le même moyen administré fréquemment, la malade guérit, contre l'attente générale.

Une autre dame de qualité, atteinte au sixième mois de grossesse d'une grave pleurésie, n'avait pu arrêter les progrès de cette redoutable affection avec les remèdes les plus efficaces; elle fut sauvée également par le fréquent usage de la neige.

L'auteur n'a pas eu d'aussi fréquentes occasions d'expérimenter les bains froids; cette méthode ayant rencontré de plus grands obstacles soit du côté du public, soit de la part de tous les médecins. Il n'a donc pu recueillir que sept observations, dont voici le résumé.

Obs. — Un soldat fut conduit à l'hôpital central de la marine royale, pour une toux accompagnée de fièvre, à laquelle s'associa bientôt une diarrhée bilieuse. Lorsqu'il fut soumis à l'examen du docteur Campagnano, il était dans l'état suivant : fièvre continue, chaleur brûlante, peau sèche, langue effilée et rouge; toux avec expectoration d'une matière puriforme abondante; respiration anxieuse; diarrhée; contraction de l'abdomen; dureté et sentiment douloureux à l'hypocondre gauche; consomption. Après beaucoup d'essais inutiles, le malade fut enfin soumis à l'action du bain froid. Le résultat en fut surprenant; tous les symptômes commencèrent dès lors à diminuer graduellement, et enfin le malade fut parfaitement rétabli.

Le sujet du second fait était un faiseur de parasols, atteint d'une violente inflammation qui de la gorge s'était propagée à la poitrine. Il était à l'agonie quand on appela le docteur Campagnano, qui ne vit rien de mieux à faire dans un cas si désespéré que de prescrire le bain froid. La guérison suivit.

Un troisième succès fut obtenu sur un horloger, de constitution grêle, atteint d'une hépato-pneumonie grave, caractérisée par la toux, l'expectoration d'un mucus altéré, avec des stries sanguines considérables, difficulté de respirer, fièvre brûlante, et douleur étendue de l'hypochondre droit à la poitrine.

L'auteur eut à traiter ensuite une jeune nonne de tempérament délicat et d'une sensibilité très-marquée. Elle avait une toux très-fatigante, avec expectoration d'un mucus rare, strié de sang; douleur occupant toute la région thoracique, fièvre ardente, langue rouge et effilée, soif, etc. Tous les remèdes employés avant le bain froid avaient également échoué.

La 5e et la 6e observation sont des exemples de phthisie pulmonaire amendée par l'usage des bains frais. La dernière est du même genre, et offre quelques détails intéressans.

Obs. — Un jeune garçon de 17 ans, affecté depuis son enfance d'une diathèse rachitique et scrophuleuse rebelle à tous les traitemens, commença, en juin 1833, à présenter les prodrômes d'une affection tuberculeuse des poumons, laquelle fit bientôt de rapides progrès, et, dès le mois d'octobre, força le malade à s'aliter. Il avait une fièvre continue, une chaleur brûlante, une toux fatigante, avec expectoration abondante de matière puriforme; dyspnée, sueurs excessives, abattement des forces, marasme. L'inutilité des autres moyens employés détermina l'auteur à faire un usage très-fréquent de la neige, soit seule, soit mêlée à une émulsion d'amandes amères, ou encore fondue dans du lait. Avec ce système soutenu pendant plusieurs jours, tous les symptômes disparurent, à part une toux discrète, et quelques retours d'une légère altération fébrile. En mars 1834, l'affection reprit son caractère d'acuité, et fut combattue par la même méthode et avec le même succès. Au mois de juillet suivant, l'inflammation de poitrine s'étant réveillée et propagée aux viscères abdominaux, le malade fut mis dans un bain frais, duquel il retira un prompt soulagement; et depuis cette époque jusqu'à ce jour, on n'a pas trouvé de moyen plus efficace, pour calmer les symptômes et arrêter les progrès de cette affection opiniâtre, que de plonger le malade dans son bain dès qu'on voit réapparaitre la fièvre et avec elle la chaleur, la dyspnée et la toux.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° L'usage interne et externe du froid administré avec prudence, est de la plus haute utilité dans les inflammations de poitrine aiguës et chroniques;

2° Cette méthode n'a entraîné aucun inconvénient dans les cas où l'auteur l'a déjà appliquée;

3° Son utilité est en raison directe de l'ardeur fébrile et de la diminution de la partie séreuse du sang;

4° Le froid est applicable à toutes les périodes de ces affections, même durant l'expectoration qui, loin d'en être diminuée ou supprimée, se fait au contraire avec plus de facilité;

5° Cette méthode n'exclut pas les autres moyens;

6° Enfin si elle ne peut dans tous les cas vaincre les inflammations aiguës ou chroniques, celles par exemple qui sont entretenues par une lésion organique, un défaut de développement physique, ou une diathèse indomptable, au moins réussit-elle toujours comme un excellent palliatif pour diminuer l'ardeur fébrile et l'abondance des sueurs, calmer la toux et la dyspnée, et enfin pour donner aux malades un soulagement et une prolongation de vie qu'on n'obtiendrait d'aucun autre moyen.

Nous ne finirons pas sans ajouter que, sur la demande de l'auteur, l'Académie a nommé une commission composée de MM. Dimitri, Minichini, de Marinis et Mauri, pour répéter et vérifier ces expériences au lit des malades, dans le grand hôpital des Incurables; nous espérons que les journaux italiens nous mettront à même de tenir nos lecteurs au courant des résultats obtenus.

— Nous renverrons à la prochaine revue l'analyse du *Filiatre Sebezio*, qui contient plusieurs articles très-intéressans.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

La séance extraordinaire de l'Académie des sciences a été entièrement occupée par la lecture de l'éloge de Cuvier, par M. Flourens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 décembre.—*Présidence de M. Boulay.*

La correspondance comprend un envoi de plusieurs ouvrages en allemand et en latin adressés par l'ambassadeur de Russie. Le conseil nommera des commissaires pour en faire un rapport.

M. le président annonce que S. M. recevra la députation de l'Académie jeudi premier janvier à midi. On tire au sort les membres qui feront partie de cette députation; ce sont MM. Emery, Boudron-Charlard, Guersent, Desmarais, Baffos, Jourda, Bordin jeune, Chereau, Richerand, Hamel, Jadioux et Lagneau. MM. les académiciens qui ont leur costume de cérémonie sont d'ailleurs invités à s'y joindre.

M. Amussat annonce que la femme à laquelle il a amputé la jambe pour cause de gangrène va bien; le moignon est presque entièrement cicatrisé; l'état général serait parfait sans la maladie du cœur qu'elle portait déjà auparavant. Il attribue

la prompte cicatrisation du moignon en grande partie à ce que les artères ont été tordues et non pas liées. (Voyez cette observation à la correspondance.)

Il fait ensuite la motion spéciale que les communications faites à l'Académie, qui n'ont guère lieu qu'à la fin de la séance et en présence d'un très-petit nombre de membres, soient mieux encouragées qu'elles ne l'ont été jusqu'ici, et qu'elles soient admises dès quatre heures ou au plus tard quatre heures et demie.

M. le Président répond que le nouveau conseil décidera sur cette motion. Puis il annonce que l'Académie est en possession du titre de 1,000 fr. de rente qui a été remis par les mains de madame veuve Michel, afin de servir à un prix annuel destiné au meilleur mémoire sur les effets du chagrin.

— M. Martin-Solon, au nom de la commission des épidémies, lit un rapport sur les relations des épidémies de l'année 1830 qui ont été adressées à l'Académie.

M. Rochoux relève l'expression de *gastro-encéphalite épidémique* dont s'est servi l'un des auteurs de ces relations. Il n'a jamais existé d'encéphalite épidémique.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. DEVERGIE, par M. CULLERIER. — DISCUSSION SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES.

M. Cullerier lit un rapport sur un mémoire de M. Devergie, qui n'est autre chose que l'analyse de la *clinique des maladies syphilitiques* publiée par cet auteur. Les principaux points mis en relief sont; que la syphilis n'est pas d'origine moderne; que rien n'y démontre la présence d'un virus tel qu'on l'entend communément; et enfin que le traitement antiphlogistique suffit pour la guérir dans tous les cas, bien que M. Devergie ne veuille pas rejeter absolument le mercure. M. le rapporteur loue l'esprit dans lequel ce mémoire est rédigé; il pense aussi qu'il faut abandonner la théorie du virus, s'attacher seulement à bien reconnaître les symptômes et préciser les indications; et dans les cas où l'expérience a montré l'utilité du mercure, l'employer comme un médicament bon en soi, mais non comme doué de la propriété de détruire le virus.

Une discussion longue et animée suit ce rapport.

M. Castel est aussi d'avis que la syphilis est d'origine ancienne; il pense que la première femme qui s'est livrée à une grande lubricité a pu en acquérir des symptômes, et qu'aussitôt elle a dû les communiquer. Sur ce point les opinions de M. Devergie sont donc dignes d'approbation; mais il y a de l'exagération à prétendre qu'on guérira toute syphilis sans mercure. Ce n'est pas cependant, ajoute l'orateur, que je regarde le mercure comme le véritable spécifique de la vérole; ce qui la guérit surtout, c'est l'oxigène; témoin les succès obtenus par les praticiens de Montpellier avec les préparations d'or. Il est aisé de s'assurer que dans les frictions, par exemple, le mercure ne s'introduit pas dans l'économie; après avoir frictionné un membre avec l'onguent napolitain, recouvrez-le d'un linge ou d'un papier; le lendemain vous retrouverez le linge ou le papier recouvert du mercure revenu à l'état globulaire.

M. Lombert conteste cette efficacité prétendue de l'oxigène. Pour faire reparaître des globules de mercure dans l'onguent mercuriel, il n'est pas nécessaire de frictionner un membre; il suffit de frotter avec cet onguent sur une table de bois ou de pierre; et d'ailleurs cela ne prouve rien. Mais si l'oxigène seul agit, d'où vient donc l'effet de cet onguent même où le mercure est combiné à l'axonge sans oxigène? Et pour citer d'autres préparations sur lesquelles le doute soit encore moins possible, comment expliquer l'action des sulfures, des chlorures, etc., qui assurément ne contiennent point d'oxigène?

M. Castel. Je pense que, de la manière qu'on les administre, ils en contiennent toujours. (Vives dénégations.) L'efficacité de l'oxigène a d'ailleurs été bien prouvée; on se souvient de la pommade d'Alyon. Et loin qu'il y ait paradoxe à nier l'utilité du mercure métallique, c'est au contraire une opinion triviale, tant elle est généralement admise. Pourquoi donc aucun médecin ne conseille-t-il le mercure à l'état de métal, si c'est le métal seul qui guérit?

M. Desgenettes. Je suis parfaitement d'avis que la vérole est ancienne et très ancienne; non pas que je regarde comme telle la maladie de Job, quoique des gens fort savans aient cherché à faire prévaloir cette opinion. (On rit.) La première femme lubrique contracta des chancres qu'elle communiqua; voilà l'origine de la vérole. D'où vient cependant qu'on l'a généralement rattachée au retour de Christophe Colomb? Cela est très-simple: parce qu'elle était mal connue et parce qu'on l'a confondue avec d'autres affections épidémiques qui s'étaient déclarées vers ce même temps. Il suffit pour s'en convaincre d'ouvrir les historiens de la vérole; on voit qu'à cette époque des fractures survenues au moindre mouvement étaient rapportées à l'influence de la syphilis; les faits de ce genre ne se rencontrent aujourd'hui que dans la diathèse cancéreuse et au dernier degré du scorbut. Il n'est pas jusqu'à la peste qu'on n'ait prise aussi pour la vérole, et je saisirai cette occasion de rectifier un fait historique. Il s'agit d'une inscription que j'ai publiée le premier, que d'autres ont reproduite, et qui, je ne sais comment, n'a été exactement donnée nulle part. Deux ou trois ans avant le retour de Colomb, un chevalier du nom d'Alberti fut enterré à Rome dans l'église des Servites, sur la voie Flaminienne; il a là un fort beau cénotaphe sur lequel on lit:

HIC JACET ALBERTUS DE ALBERTI
QUI, ANNUM AGENS TRIGESIMUM,
PESTE INGUINARIA OBIIT.

C'est-à-dire, voilà comment on a cité l'inscription; et de se hâter de conclure qu'il était mort de bubons syphilitiques, *peste inguinariâ*: les mots s'y prêtaient. Malheureusement après ces deux mots on a omis ce qui suit: IN OBSIDIONE MESSANÆ, au siége de Messine. Or, si l'on consulte les historiens, on verra qu'en effet à cette époque il y eut au siége de Messine une peste véritable qui fit de grands ravages, et qui est certainement la maladie dont est mort cet Alberti. Il était d'ailleurs hors de toute vraisemblance qu'on eût accordé l'inhumation dans une église à un individu mort de la vérole à Rome, où les malades de ce genre étaient alors en exécration.

M. Lepelletier du Mans. La question du traitement sans mercure est grave; j'ai à indiquer des faits positifs qui pourront servir à l'éclaircir. Lorsque j'étais chirurgien en chef de l'hôpital du Mans, j'y recevais un grand nombre de militaires atteints de symptômes primitifs de vérole; tous étaient traités et guéris par le mercure; nous n'en vîmes rentrer aucun à l'hôpital pour cause de récidive. Quelquefois nous avions du trop plein, et nous versions alors notre excédant sur l'hôpital de Rennes, où le traitement sans mercure était en vigueur, et quand les malades ainsi traités avaient eu des symptômes réellement syphilitiques, ils nous revenaient fréquemment avec une syphilis constitutionnelle; il en est rentré peut-être quatre-vingts pour cette cause à l'hôpital du Mans.

M. Cullerier. Personne ne nie que le mercure guérisse la syphilis; mais la question agitée est celle-ci: Faut-il toujours l'employer? Pour mon compte personnel, je ne le crois pas; je crois que le mercure, comme tout autre médicament, ne doit être donné que dans certaines conditions et pour remplir des indications spéciales; ce sont ces conditions qu'il faudrait bien étudier, et tous les jours j'ai la preuve que c'est ce qu'on néglige le plus. Dès qu'on a reconnu une affection vénérienne, on donne le mercure sans distinction des cas, et l'on échoue ainsi fort souvent.

Maintenant peut-on guérir toujours la syphilis sans mercure? ce serait là une prétention vaine et détruite par un trop grand nombre de faits. Mais on s'est élevé, et on a eu raison, contre l'abus du mercure, contre le préjugé qui le regarde comme le remède unique et indispensable. Il y a des pays où l'on guérit la vérole sans connaître même le mercure; bien plus, il y a des cas de syphilis qui, après avoir été soumis au traitement mercuriel six, huit et dix fois sans succès, loin de s'amender, finissent par empirer sous l'influence de ce moyen.

M. Castel. Je ne pense pas que personne aujourd'hui se fasse une loi d'employer *toujours* le mercure; on attend d'abord les indications. Il n'est même pas rare de voir des chancres, des bubons, etc., guérir sans mercure. Dans les climats chauds, l'influence de la température suffit souvent. Le principe septique qui constitue la vérole, qu'on le nomme virus ou autrement, s'échappe alors par la transpiration.

M. Gérardin. M. le rapporteur vient d'émettre son opinion personnelle; mais elle diffère essentiellement de celle de M. Devergie, qui proscrit sans exception toutes les préparations mercurielles.

M. Cullerier. M. Devergie ne rejette pas absolument le mercure: lui-même le dit dans son mémoire.

M. Gérardin. Je croyais avoir entendu le contraire; du moins cette restriction est-elle peu de chose, et c'est aux antiphlogistiques que M. Devergie accorde une large préférence. Tout son livre n'est écrit que pour faire prévaloir cette opinion: il la soutient par des faits recueillis dans plusieurs hôpitaux militaires de France et dans des hôpitaux étrangers. Or, M. Lepelletier vient de nous dire ce qu'il a observé à l'hôpital du Mans; j'en pourrais affirmer autant pour ce qui regarde l'hôpital militaire de Strasbourg. Et ici remarquez une singulière inconséquence: les médecins militaires de Strasbourg qui avaient été les premiers à rayer le mercure du traitement de la syphilis, ont été les premiers aussi à reconnaître l'insuffisance des antiphlogistiques; seulement, n'osant pas revenir à un médicament qu'ils avaient tant dénigré, ils en ont vanté un autre, et remplacé le mercure par l'iode. C'était bien la peine, en vérité! Maintenant, je prierai M. le rapporteur de nous dire quelle est, pour son compte, la pratique qu'il a adoptée.

M. Cullerier. J'emploie le traitement antiphlogistique, non pas à l'aveugle et dans tous les cas, mais toujours au début et tant que l'irritation subsiste. Lorsqu'elle est tombée, je me règle sur les symptômes; et selon les indications j'ai recours à divers moyens, tantôt le mercure et tantôt d'autres remèdes. Le mercure n'a de valeur pour moi que selon les indications.

M. Roux. Il est bien important ici de préciser la question, et de ne pas parler de la syphilis en général et d'une manière vague. La syphilis présente deux ordres de symptômes, les uns primitifs, les autres consécutifs. Pour les symptômes consécutifs, je crois que tout le monde tombera d'accord que le mercure est le moyen par excellence. La question se restreint donc aux symptômes primitifs. Ces symptômes sont au nombre de trois, la gonorrhée, les chancres, les bubons; tous trois demandent à mon avis un traitement spécial, malgré leur origine commune. Ainsi, pour la gonorrhée, ma conviction bien intime est que le mercure ne vaut rien, qu'il ne fait qu'entraver la marche de la maladie; et chose remarquable, les individus traités par le mercure pour cause de chaude-pisse, quelque vénérienne qu'elle puisse être, sont plus sujets aux symptômes consécutifs que ceux qui ont été guéris d'une autre manière. Les bubons donnent lieu souvent à des symptômes constitutionnels; mais non cependant dans le plus grand nombre des cas. On peut donc les traiter par les antiphlogistiques, et au besoin essayer, quoiqu'avec réserve, le mercure. Mais le symptôme le plus dangereux sous le rapport des suites, est le chancre, principalement ceux qui sont très-petits, et dont Fabre avait déjà signalé la malignité; c'est contre les chancres que je pense que le mercure doit toujours être administré.

M. Cullerier. M. Roux admet trois symptômes primitifs de la vérole; je n'en reconnais qu'un seul, qui est le chancre. Le bubon est toujours consécutif; quand on l'a cru primitif, c'est qu'on n'avait pas aperçu les chancres à cause de leur petitesse. (Oh! oh!) Messieurs, ce que j'avance est fondé sur un grand nombre d'observations et de recherches; et je déclare que je n'ai pas pu rencontrer encore un bubon primitif. Quant à la blennorrhagie, elle a sa contagion propre; mais elle n'est pas vénérienne, et jamais on n'emploie le mercure pour la guérir. Ces considérations ont leur valeur pour la pratique; vous venez d'entendre M. Roux dire que le mercure est nécessaire pour tous les symptômes consécutifs; la preuve du contraire, c'est qu'il ne l'admet lui-même qu'avec réserve pour le bubon qui est toujours consécutif. Tout le traitement doit donc se réduire à ceci: étudier les symptômes et la constitution individuelle, en déduire des indications et s'y conformer.

M. Roux. Je suis fâché de ne pouvoir me ranger de l'opinion de notre habile et savant collègue. Mais outre que tous les praticiens ont rencontré des bubons primitifs, ou *d'emblée*, ceux-ci ont un caractère spécial qui les distingue des bubons consécutifs aux chancres. Ainsi le bubon primitif est plus long-temps à paraître; il arrive d'ordinaire à une époque déterminée, 15 à 20 jours après l'infection; et il s'abcède presque constamment; tandis que le bubon suite de chan-

cre ne suppure presque jamais. Je ne comprends pas que l'existence des bubons primitifs puisse être niée.

Quant à la blennorrhagie, sans doute elle n'est pas toujours vénérienne. Je prévois l'objection; comment alors les distinguer? Cela n'est pas si difficile. La blennorrhagie vénérienne commence quelques jours après l'infection, s'accompagne d'érections fréquentes avec douleurs violentes, et a généralement une durée de 45 jours. La blennorrhagiee simple n'a ni ces caractères ni cette durée; voila donc des signes surabondans et plus que suffisans pour assurer le diagnostic. A la vérité ces signes manquent au début; mais cela importe fort peu; puisque même en cas de syphilis ce n'est jamais au début qu'on administre le mercure. M. Cullerier me demande ensuite pourquoi, si elle est vénérienne, elle ne cède pas au mercure? Je réponds à cela que je n'en sais rien, pas plus que je ne sais pourquoi les petits chancres donnent plus souvent lieu à des symptômes consécutifs que les bubons; mais c'est un fait.

M. Cullerier. Le dernier fait au moins est facile à expliquer; c'est que le bubon n'est jamais primitif.

M. Gimelle. La durée d'une chaudepisse n'est nullement un signe caractéristique de sa nature vénérienne; elle dépend le plus souvent de la constitution et du tempérament du malade. Je ne crois pas pour ma part que ce diagnostic différentiel soit possible; au reste, si la chaudepisse ne cède pas au mercure, il est rare aussi qu'elle cède aux antiphlogistiques; presque toujours il faut recourir aux toniques ou au copahu pour compléter la guérison.

Dans la syphilis bien avérée au contraire, nous avons tous essayé les antiphlogistiques, et nous avons vu sous leur influence les accidens primitifs disparaître avec une grande facilité. Mais qu'arrive-t-il après? Au bout de trois à six jours, les malades se croyant guéris vont célébrer leur sortie à la barrière; et sans s'être exposés à une nouvelle contagion, ils rentrent à l'hôpital avec de nouveaux symptômes. J'avais donc fini pour mon compte par revenir franchement au mercure; une fois l'irritation passée et les chancres devenus stationnaires, j'abandonnais les antiphlogistiques et j'administrais le mercure à petites doses en frictions ou à l'intérieur. Lorsque M. Devergie lui même m'a succédé dans le service des vénériens au Gros-Caillou, il a trouvé dans les salles 120 à 130 malades soumis à cette méthode; aucun ne présentait les accidens graves qu'on a attribués à l'emploi du mercure, et M. Devergie a fait l'éloge du traitement que j'avais suivi. Voilà donc l'indication: donnez le mercure dès que les chancres deviennent stationnaires. Après cela il faut être bien averti que toutes les préparations mercurielles ne réussissent pas également chez tous les individus, et il est souvent utile et même indispensable de les varier.

M. Lodibert. Il faut ajouter à ce qu'a dit M. Gimelle, que, si des malades traités par la méthode antiphlogistique sont rentrés à l'hôpital pour des symptômes consécutifs, d'autres traités par le mercure dans son propre service, y sont revenus aussi pour de semblables conséquences.

M. Lepelletier. Le mercure est toujours efficace quand il est bien employé. Si l'on cite des exceptions, elles tiennent à ce qu'on n'a pas eu égard aux indications, ou bien encore à ce qu'aucun médicament n'agit constamment avec le même succès. On n'en peut pas exiger de celui-ci plus que de tout autre. Il faut donc bien saisir les indications; dans la syphilis à son début, il y a deux élémens divers, l'inflammation qu'il faut avant tout combattre, puis le principe syphilitique lui-même. Peut-il arriver cependant qu'en se bornant à combattre l'inflammation on arrive à dissiper les symptômes syphilitiques? A cet égard il faut distinguer. Si cela est possible pour les symptômes primitifs, il en va tout autrement lorsqu'il y a infection générale; et c'est en vain qu'alors on voudrait rallier la syphilis aux inflammations ordinaires.

M. Lisfranc. Aux faits allégués pour démontrer que les symptômes consécutifs se montrent fréquemment après le traitement antiphlogistique, j'en pourrais ajouter un grand nombre tirés de ma propre pratique. Je me bornerai à un fait plus général. Depuis plus de quinze ans à Londres, dans les hôpitaux de l'amirauté, on traitait la syphilis par les seuls antiphlogistiques; les récidives ont été si graves, que l'autorité a dû intervenir; et l'on m'a assuré qu'elle a défendu d'employer cette méthode à l'avenir.

Un mot sur la nature de la gonorrhée. On vient de dire qu'elle n'était point vénérienne: il n'est pas cependant de praticien qui n'ait vu, après la guérison d'une chaudepisse, survenir des symptômes consécutifs. Bell a essayé d'expliquer le fait, en disant qu'il y avait dans ces cas double infection, blennorragique et syphilitique, théorie paradoxale qui ne vaut pas qu'on la réfute. L'anatomie pathologique nous donne une meilleure solution de ce problème. Lorsque j'étais interne à l'hôpital St-Louis, on y recevait tous les individus atteints de syphilis dans la garde sédentaire de Paris; plusieurs, entrant avec une chaudepisse aiguë, étaient pris accidentellement de fièvres graves et succombaient. J'ai eu à cette époque de nombreuses occasions de constater, par la dissection de l'urètre, que ce canal était le siége de petites ulcérations superficielles qui avaient le caractère syphilitique. Ne sait-on pas, d'ailleurs, qu'il est des chaude-pisses rebelles qu'on ne peut vaincre qu'avec le mercure? Si l'on pouvait de prime-abord distinguer ces deux cas, l'inflammation simple du canal et ses ulcérations, je crois qu'avec les antiphlogistiques on réussirait toujours à guérir la première; toujours, c'est-à-dire à part quelques cas d'exception, car on ne peut poser de règle absolue en thérapeutique. Mais cette distinction, malgré ce qu'on vient de dire, me paraît impossible; nous ne pouvons donc qu'une chose, traiter l'inflammation d'abord, et jamais alors on n'emploie le mercure; puis, l'inflammation tombée, saisir l'indication la plus apparente et faire choix du traitement qu'on présume le plus rationnel.

De toutes ces discussions sur le mercure et les antiphlogistiques, il résulte toutefois un grand bienfait; c'est que l'attention a été portée sur la haute valeur des antiphlogistiques, sinon seuls, au moins combinés à d'autres modes de traitement. Ainsi à ma clinique de la Pitié, où j'ai toujours soin de retenir quelques cas de syphilis pour l'instruction des élèves, j'ai obtenu des succès marqués dans des cas où le mercure et les sudorifiques avaient échoué, en leur associant de petites saignées pratiquées par intervalles.

M. Cullerier déclare qu'il adopte parfaitement les idées de M. Lisfranc.

M. Moreau. Depuis long-temps une question aussi importante n'a occupé l'Académie: importante, car elle n'intéresse pas seulement la pratique actuelle, mais aussi la génération à venir. Depuis que la méthode antiphlogistique a été tentée sur une si large échelle, je n'ai jamais tant vu de syphilis consécutives et même héréditaires. Voici ce qui arrive: un jeune homme a eu des symptômes primitifs, on les a fait disparaître par les antiphlogistiques; il se marie, et souvent, sans présenter lui-même aucun symptôme, il communique cette affection à sa femme, ou bien même, sans que la femme ait à en souffrir, elle donne le jour à des enfans d'une constitution malingre et qui offrent en naissant tous les caractères de la syphilis constitutionnelle. Je le répète, la question est si importante pour l'hygiène publique, que je désirerais qu'on en fît un sujet de prix.

M. Velpeau. Il faut continuer cette discussion à la prochaine séance.

M. Rochoux. Je dirai quelques mots d'un symptôme de la vérole fort rare en Europe, très-commun au contraire dans les régions équinoxiales et dans les colonies, aux Antilles, par exemple. C'est ce qu'on appelle le *pian*: il consiste dans des pustules humides qui surviennent aux plis des bras, aux aînes et aux aisselles, et qui sont très-contagieuses. Ainsi, quand elles attaquent des nourrices, elles se communiquent très-promptement aux enfans portés sur les bras, et se montrent alors de prime-abord sur les fesses. Voilà donc un nouveau symptôme éminemment contagieux.

Dans ce qu'on a dit de la nature et du principe de la syphilis, on a oublié de rappeler les expériences de M. Ricord, qui montrent que la vérole s'inocule aussi facilement que la variole. Il y a donc là un principe contagieux, de quelque nom qu'on veuille l'appeler; et je ne vois pas pourquoi on rejetterait le mot de virus. Ceci ne regarde d'ailleurs que l'étiologie de la maladie, et ne fait rien au traitement, qui doit être uniquement basé sur l'expérience.

Un dernier mot sur la blennorrhagie: on dit qu'elle est vénérienne lorsqu'il a des chancres dans l'urètre: pourquoi alors ne pas dire simplement que ce sont des chancres?

M. Lisfranc. Parce qu'il est impossible de distinguer un cas de l'autre. Mais dans le doute, et quand il s'agit pour l'individu guéri de se marier, je pense qu'il est prudent de lui faire subir un traitement mercuriel, afin de prévenir les accidens consécutifs.

La discussion est close et le rapport adopté.

M. Lisfranc présente la moitié gauche d'une mâchoire inférieure affectée de cancer, qu'il a enlevée par désarticulation à l'aide d'un procédé qui lui appartient, et sans lier la carotide. L'opéré va bien jusqu'à ce jour et tout fait espérer une prompte guérison. M. Lisfranc prend texte de ce fait pour rappeler sa doctrine sur les tumeurs cancéreuses; nous reproduirons ces importantes remarques avec l'observation elle même dès que le malade sera guéri.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

GANGRÈNE SPONTANÉE DE LA JAMBE; AMPUTATION AVANT LA DÉLIMITATION DE LA GANGRÈNE; TORSION DES ARTÈRES; GUÉRISON.—Observation présentée à l'Académie royale de médecine, dans sa séance du 23 décembre 1834, par M. Amussat.

Obs. — Mme Poisson, âgée de 49 ans, marchande des quatre saisons, depuis dix ans, sous l'influence d'une affection du cœur, était sujette à des catarrhes pulmonaires graves et à de violens accès de suffocation. Dans les premiers jours de décembre 1834 elle fut prise de douleurs rhumatismales ayant leur siége dans les muscles de la poitrine. Ces douleurs augmentaient encore son malaise habituel, elles disparurent en quinze jours sous l'influence d'un vésicatoire et d'émissions sanguines locales. Son épaule gauche seule la faisait encore assez souffrir pour lui ôter l'usage de son bras.

Le lundi 15 décembre, au moment de sortir pour aller à St-Louis prendre des bains propres à achever sa guérison, elle sentit un léger besoin d'aller à la garde-robe. Il y avait à peine quelques minutes qu'elle était sur le vase, lorsqu'elle éprouva dans la jambe gauche, et depuis le bout des orteils jusqu'au genou, un froid glacial et une crampe si douloureuse, qu'elle ne put s'empêcher de crier. Elle était seule; elle fit quelques pas hors de sa chambre pour appeler du secours; ne pouvant se faire entendre, et sentant ses forces l'abandonner, elle rentra avec beaucoup de peine dans sa chambre, où elle tomba presque sans connaissance avant d'avoir pu gagner son lit. Enfin le hasard amena une voisine qui, la trouvant dans cet état, en appela d'autres afin de pouvoir la relever et la coucher. Elle était sans connaissance et tellement cyanosée, que M. Pichon, le médecin ordinaire, appelé trois quarts d'heure après l'accident, craignit un moment d'avoir affaire à une attaque de choléra. Il faut ajouter à ces symptômes les palpitations tumultueuses du cœur, une orthopnée considérable, l'absence du pouls dans les radiales, une insensibilité complète à la peau. La jambe gauche était d'un blanc mat, d'un froid glacial, et dont les orteils étaient contractés convulsivement; enfin le jarret était le siége de douleurs horribles qui arrachaient des hurlemens à la malade, et redoublaient au moindre mouvement.

Une potion tonique et des frictions stimulantes sur la jambe, réussirent à la réchauffer et à ramener un peu de lucidité dans ses idées.

Le mardi 16, la jambe malade devint brûlante, d'un rouge livide, se tuméfia jusqu'au genou, et commença à se couvrir de phlyctènes surtout à la région plantaire et dorsale du pied. Les douleurs continuèrent, et les accidens allèrent croissant jusqu'au 18 au matin, époque à laquelle M. Pichon fit appeler M. Amussat. Alors elle avait de la fièvre; sa face était injectée, ses idées peu nettes, sa jambe très-douloureuse, noire jusqu'au milieu du mollet, d'un rouge livide plus haut jusque vers le genou, couverte de larges phlyctènes, et présentant à la partie poste-

rieure et externe de la cuisse une traînée inflammatoire qui remontait à 7 ou 8 po. au-dessous du creux du jarret. M. Amussat, de concert avec M. Pichon, pensa qu'il serait utile de faire l'amputation dès le soir même. Ils firent à cet effet appeler en consultation MM. Marjolin et Larrey. Ce dernier vint seul, et pensa qu'il fallait attendre que la gangrène fût bornée. Il pratiqua lui-même une saignée de 8 onces à la jugulaire gauche, afin de combattre les accidens inflammatoires et de diminuer l'état de congestion du cerveau et de la face.

Le 19, M. Amussat ayant observé que la maladie semblait vouloir se borner au-dessous de la tubérosité du tibia, crut qu'il était urgent que l'opération fût faite dès le lendemain.

Le 20, à 3 heures, la plupart des confrères dont il s'était entouré ayant penché pour la désarticulation, il ouvrit l'articulation du genou, dont il sortit un flot de pus mêlé de sérosité. De plus, au moment d'opérer la section des chairs, il vit que les muscles de la face externe et postérieure de la cuisse étaient bruns, verdâtres, imprégnés de pus et de gaz. Dès lors il n'hésita plus, et il pratiqua sur le champ l'amputation à la partie inférieure de la cuisse. Il tordit quatre vaisseaux, l'artère fémorale, une grosse musculaire et une petite. Le quatrième vaisseau était la veine qui fut prise pour une division de la fémorale, d'abord parce qu'elle donna un jet de sang comme elle, ensuite parce que ses parois étaient tellement épaissies qu'elle affectait tout-à-fait la forme d'une artère. Après avoir réuni par première intention avec des bandelettes de sparadrap, on appliqua le bandage ordinaire et on replaça la malade dans son lit.

Le reste de la journée se passa assez bien. La nuit, la malade ne se plaignit que d'un peu de froid, quoiqu'elle eût la peau chaude, et de soubresauts dans le moignon, qui lui arrachaient quelquefois des cris. L'appareil changé dans la journée du 21, était à peine taché par un peu de sérosité. Dans la nuit qui suivit, la malade eut un peu de fièvre, des douleurs assez fortes, de l'agitation et du délire.

Dans la matinée du 22 ces accidens étaient calmés, et ils n'ont plus reparu depuis. La cuisse a été pansée chaque jour; la plaie ne fournit un peu de suppuration qu'à sa partie inférieure; toute la portion supérieure est si bien réunie, qu'on a pu ôter les bandelettes de sparadrap le 26. Un peu de faiblesse, des douleurs passagères et assez vives dans le moignon, du froid et des fourmillemens dans la jambe non amputée, un peu de céphalalgie sans fièvre, tel est l'état actuel de la malade, qui permet d'espérer que sa guérison ne se fera pas long-temps attendre.

A l'examen de la jambe, on a trouvé, outre les désordres produits par la gangrène, dans l'artère poplitée, au-devant de l'articulation tibio-fémorale, un caillot adhérent à la membrane interne, rouge, assez consistant, et se prolongeant à quelques lignes dans la tibiale antérieure. Un caillot de même nature, mais plus allongé, plus mince et moins adhérent, a été trouvé dans le point de la veine qui correspondait à l'oblitération de l'artère. Les parois de cette veine étaient épaissies et lui donnaient l'apparence d'une artère jusqu'à un pouce au dessous du caillot; au même niveau, le nerf sciatique était gonflé et noirâtre, ainsi que le tissu cellulaire environnant.

Cette observation, très-importantes par le succès qui a suivi l'amputation et qui donne ainsi un démenti à une règle de pratique généralement adoptée, fait naître encore d'autres réflexions relativement à sa cause. La gangrène était-elle due à une artérite; et le caillot trouvé dans l'artère était-il cause ou effet de la mortification? La question est restée indécise et les avis partagés. Nous pensons quant à nous que le caillot n'a point été produit ici par une artérite qui aurait causé la gangrène; il ne remontait pas assez haut pour cela. D'où provenait donc la gangrène? Nous ne saurions le dire; toutefois nous inclinons à penser que c'est précisément à l'absence de l'artérite qu'il faut attribuer le succès d'une amputation si hardiment et si heureusement décidée.

QUELQUES OBSERVATIONS DE MÉDECINE PRATIQUE, par M. Antoine Mottard, docteur en chirurgie de l'université de Turin.

Monsieur,

Étant un de vos abonnés, vous me permettrez de vous adresser la lettre suivante, dont vous ferez ce que bon vous semblera. C'est un ensemble de divers sujets dont j'avais à vous entretenir. Les voici :

Élève interne du grand hôpital de Turin pendant mes études de chirurgie, et devant un jour préparer des malades à l'opération de la cataracte, en juin 1833, il me vint l'idée de voir l'effet de la solution de belladone introduite par le nez sur la pupille; j'en fis l'expérience sur moi même en humectant une prise de tabac avec cette solution; après quelques minutes, l'œil correspondant à la narine par laquelle je pris ce tabac, me parut d'une grosseur démesurée, et la pupille était extrêmement dilatée; cette dilatation ne cessa qu'après deux jours. Ayant communiqué cette observation à M. Riberi, professeur très-distingué, il répéta l'expérience qui eut le même succès. Je viens également de la répéter sur une femme de 75 ans.

Dans votre n° 29 vous parlez des propriétés de l'agaric blanc pour combattre les sueurs chez les phthisiques; voici un cas où la vertu de cette substance ne peut être contestée.

Obs. — M. Ducret Philippe, âgé de 23 ans, élève de physique, atteint de phthisie depuis deux mois qui fut combattue par les mucilagineux, la décoction de Lichen d'Islande, la pommade d'Autenrieth, etc. Après un mois, il ne restait pour ainsi dire plus que des sueurs d'une abondance extraordinaire qui affaiblissaient et inquiétaient gravement le malade; je ne savais quel parti prendre, ne devant point encore recourir aux astringens et aux toniques. Sur ces entrefaits, je reçois le numéro ci-dessus, j'emploie l'agaric à la dose de 15 grains pour 10 pilules, chaque deux heures, qui parurent modérer les sueurs sans aucun inconvénient. Enhardi par ce léger soulagement, j'en ordonne 30 grains pour 15 pilules, chaque heure; les sueurs s'arrêtent comme par enchantement. Je suspends pour voir venir. Au bout de deux jours elles reparaissent un peu, même prescription pendant trois jours; elles cessent entièrement; et depuis 40 jours, le malade a regagné ses forces et a presque atteint sa santé primitive.

Vous nous entretenez quelquefois, monsieur, des ressources que la nature nous fournit par ses eaux; veuillez insérer dans une de vos feuilles qu'une société d'actionnaires va faire élever un vaste et commode établissement à la source des eaux thermales et acidules de l'Échaillon, à Saint-Jean-de-Maurienne. Ces eaux, dont la température s'élève à 32° du thermomètre de Réaumur, sont composées, d'après les expériences de M. Giobert, savant chimiste, 1° d'acide carbonique libre; 2° de carbonates solubles de chaux de magnésie et de fer; 3° de sulfates de soude, de magnésie, et de chaux; 4° de muriates de soude, de chaux et de magnésie; plus, d'iode. Cette analyse, qui n'est qu'ébauchée, sera incessamment achevée, ainsi que les travaux, par les soins de l'administration de la ville, sous la protection du ministre de l'intérieur; plus tard, je vous en donnerai tous les détails, de même que la description topographique, sans omettre surtout les maladies contre lesquelles ces eaux sont employées avec plus d'avantage.

Agréez, etc.,

Antoine Mottard,
Docteur en chirurgie de l'université de Turin.

BIBLIOGRAPHIE.

De la rhinoplastie, art de restaurer complétement le nez; ouvrage dédié à S. A. le vice-roi d'Égypte et de Syrie, par L. Labat, D.-M., ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte, etc. — Un volume in-8° avec huit planches.

Tandis que les Anglais et les Allemands possédaient des traités spéciaux sur les diverses opérations qui se rattachent à la rhinoplastie, notre littérature française, assez riche en observations et en mémoires séparés, manquait cependant d'un ouvrage où tous les faits fussent rassemblés et mis en rapport, où tous les procédés fussent comparés et discutés, soit dans leurs avantages, soit dans leurs inconvéniens. M. Labat a comblé cette lacune, et son livre, qui se recommande à la fois par une connaissance approfondie des faits et par l'expérience personnelle de l'auteur, est un excellent résumé de ce que nous savons sur la rhinoplastie.

Il commence par l'histoire de cette opération, cite les procédés de Galien et de Celse, fait l'histoire de la méthode italienne attribuée à Tagliacozzi et qu'il restitue à Branca le Sicilien, puis de la méthode indienne ordinaire qui a presque seule prévalu parmi nous. Il y a une autre méthode également en usage aux Indes au rapport de M. Dutrochet, et qui consiste à prendre, soit le nez, soit tout autre morceau de la peau d'un esclave pour refaire le nez perdu. A cette occasion, M. Labat examine ces deux questions, d'abord : si une portion de tégumens entièrement séparée du corps peut contracter de nouvelles adhérences; et les observations sont si nombreuses et si authentiques qu'elles ne permettent pas le doute; secondement, si quand le nez manque il est possible de pratiquer la rhinoplastie à l'aide d'un nez ou de toute autre partie prise sur un autre individu? On trouve dans les auteurs un certain nombre de faits qui parlent en faveur de cette méthode; et, à vrai dire, il ne paraît pas plus difficile de recoller un nez étranger que le nez même de l'individu totalement séparé du corps. Toutefois les chances d'insuccès sont trop nombreuses pour qu'on ose tenter une ente animale de ce genre; au moins faudrait-il pour agir avec quelque sécurité que le nez ou le lambeau étranger, jusqu'à sa parfaite réunion au lieu où on l'applique, demeurât adhérent par un pédicule suffisant à son premier propriétaire. De cette manière il est permis de croire qu'on réussirait, mais est-il permis de le tenter? Bien que M. Labat refuse de se prononcer nettement sur cette question, on voit qu'il incline assez fortement pour l'affirmative; et même, en attendant qu'un chirurgien plus hardi, dans des temps plus heureux, introduise cette idée dans la

pratique, l'auteur fait entendre très-clairement qu'il a imaginé un lit propice et un appareil à la fois simple et très-sûr pour obtenir l'immobilité parfaite chez les deux bénévoles patiens. Pour dire à ce sujet toute notre pensée, nous n'avions pas eru qu'une pareille opération valût seulement la peine d'être discutée; nous dirons même que le cas s'est offert à nous d'une vaste perte de substance au front, pour laquelle une domestique dévouée offrait de céder un lambeau de sa peau à son maître; et nous rejetâmes bien loin cette idée, qu'un autre chirurgien avait déjà accueillie. Mais s'il n'est pas permis à notre sens de faire à un individu sain une perte de substance pour réparer celle d'un autre, en est-il de même si l'on ne prend au premier qu'une partie qu'il lui faut lui-même sacrifier? Cette circonstance place la question sous un tout autre jour; et l'opération pourrait déjà s'étayer d'un suffrage imposant en rhinoplastie. « Une fois dit M. Dieffenbach, je fus sur le point d'employer la peau de la jambe d'un jeune homme à qui je devais amputer la cuisse; mais je ne voulus pas risquer de perdre, par cette tentative hasardeuse, la confiance de la malade que je ne possédais pas encore à un très-haut degré. »

La rhinoplastie une fois remise en honneur n'a pas tardé à s'enrichir d'une foule de procédés, soit pour remédier à la perte complète du nez, ou seulement à la perte d'une partie de cet organe. Pour l'absence totale du nez, M. Labat rapporte dans tous leurs détails l'observation de M. Lisfranc, qui a créé un procédé nouveau; celle de M. Blandin, qui a eu la même prétention, et enfin une opération qui lui est propre, et qui a été couronnée d'un plein succès. Il a suivi en cette occasion les procédés connus; mais il y a ajouté quelques modifications. La principale a pour but de faire simuler au nez artificiel le pli naturel de l'aile du nez.

« Après avoir examiné avec soin, dit-il, l'endroit où les bords saignans du nouveau nez devaient être greffés, j'incisai profondément d'avant en arrière et de dedans en dehors les deux tiers supérieurs du pourtour des ouvertures nasales, et dirigeai l'incision en sens inverse dans leur tiers inférieur. A l'aide de cette disposition, j'obtins de chaque côté un sillon dirigé obliquement en dehors à sa partie supérieure, et obliquement en dedans à sa partie inférieure, sillon dans lequel j'enchâssai les bords du lambeau que je fixai de chaque côté par quatre points de suture entrecoupés. Le troisième de ces points en commençant de haut en bas, au lieu de ne traverser les lèvres du lambeau qu'à une ligne et demie de son bord, comme je l'avais pratiqué pour les autres, y pénétrait au contraire à la distance de deux lignes et demie, ce qui me permit, en serrant le nœud, de faire froncer cette partie de la peau, et de lui faire simuler le pli de l'aile du nez. »

Il recommande également de tailler la cloison nasale de la largeur de six lignes, de la doubler dans sa longueur et de la traverser au milieu par un point de suture qui rapproche les deux côtés de la surface saignante, de manière à obtenir une sorte de pilier fixe solide, un peu élargi en arrière et en avant de manière à soutenir parfaitement la pointe du nez; et non pas seulement une cloison mobile, comme le font la plupart des rhinoplastes.

Le nez peut avoir perdu son lobe, ou bien une de ses parois latérales, ou sa partie dorsale, ou seulement une de ses ailes, ou bien encore sa cloison. De là les procédés divers de Delpech, de MM. Dupuytren, Lisfranc, Dieffenbach, Larrey et de l'auteur lui-même; il ne manque à cette énumération, pour être complète, que le nouveau procédé récemment appliqué à Berlin par M. Dieffenbach, et dont il a montré à Paris le manuel opératoire sur le cadavre. Tous ces procédés sont plus ou moins connus; tantôt on a pris le lambeau au front, tantôt à la joue, tantôt à la lèvre supérieure, ou bien enfin au cuir chevelu; ou encore, on s'est borné à rapprocher les portions restantes de la peau du nez et à pratiquer une simple rhinoraphie; enfin, comme on sait, le dernier procédé de M. Dieffenbach, pour ôter la difformité résultant de la perte d'une aile du nez, enlève à l'autre côté une quantité de tissus à peu près égale, ce qui laisse à l'opéré un nez plus ou moins retroussé. C'est encore à M. Dieffenbach que revient l'idée de faire servir à ces réparations le cuir chevelu, innovation moins heureuse; car, malgré l'assertion contraire de l'opérateur, les cheveux qui renaissent du lambeau transplanté constituent une difformité nouvelle et assez désagréable.

Lorsque le nez n'a subi qu'une perte de substance incomplète, M. Labat propose un procédé nouveau qui se rattache à la méthode taglietienne, et qui, nous l'avouerons, nous séduit par sa facilité et sa simplicité. Il s'agit de prendre le lambeau sur le dos de la main, dans cette région lâche et extensible qui sépare le premier du second os métacarpien. Il faudrait avant tout préparer le malade à garder la position nécessaire, l'avant-bras plié de manière que le nez corresponde par sa base à l'intervalle qui sépare le pouce de l'indicateur, mais de toutes les positions que peut exiger la méthode italienne, il n'en est pas qui ne soit de beaucoup plus pénible. Les détails de l'opération peuvent aisément se suppléer; on modèlerait et on taillerait le lambeau avec la forme et les dimensions convenables.

Il est une autre difformité du nez qui n'a pas encore fixé l'attention des opérateurs français, mais M. Dieffenbach a édifié sur ce point une doctrine à peu près complète. M. Labat décrit les trois procédés qu'il met en usage selon les indications, et qui sont assez mal connus et décrits en France. Lorsque le nez enfoncé est proportionnellement trop long pour la face et recouvre d'une manière difforme la lèvre supérieure, voici quelle est l'opération qu'il pratique. Il applique en travers, sur la limite supérieure de la dépression, le tranchant d'un bistouri droit; et pratiquant une incision un peu oblique en bas et en arrière, il incise cette portion nasale jusqu'à la peau de la joue. Il fait ensuite une seconde incision en plaçant le tranchant du bistouri immédiatement au-dessous de la limite inférieure de la dépression, et en dirigeant cette section un peu obliquement en haut, jusqu'à ce qu'elle rencontre la première au niveau de la joue. De cette manière on a donc retranché une portion triangulaire de toute l'épaisseur du nez. Dès que le sang est arrêté, on rapproche les deux portions du nez séparées par cette perte de substance, et on les réunit par suture. Le bout du nez se trouve donc rapproché du front de toute la hauteur du morceau retranché. On conçoit qu'on outrepasserait le but si l'on opérait un retranchement trop considérable; il ne saurait guère aller à plus d'un demi-pouce. Le résultat est un nez retroussé; et c'est probablement cette première opération qui a suggéré au chirurgien prussien son nouveau procédé pour dissimuler la perte d'une aile nasale.

Les deux autres procédés nous ont paru tendre au même résultat, en ménageant toutefois le dos du nez, et opérant le retranchement sur les parties latérales, lorsque l'organe n'a pas trop de sa longueur actuelle. Nous avouons que nous n'avons pas gardé de leur description une idée bien claire et précise, ce qui tient peut-être à la difficulté du sujet. Mais du moins eût-il été bon de consacrer à ce procédé une petite place dans les planches mises à la fin du volume. Enfin, quand l'enfoncement de la voûte nasale est général, M. Dieffenbach y remédie en pratiquant un lambeau au front et le glissant sous le dos du nez pour lui servir en quelque sorte d'arc-boutant et d'appui.

M. Labat finit en parcourant rapidement les opérations du même genre pratiquées sur diverses régions du corps, et que nous avons rallées sous le titre général d'autoplastiques. C'est pour ainsi dire la table des matières d'un traité général qu'il nous promet sur ce sujet; nous ne pouvons que l'encourager dans ce dessein.

VARIÉTÉS.

— La compagnie d'exploitation et de colonisation des landes du midi de la France vient de publier un rapport intéressant sur l'état sanitaire et les moyens d'assainissement de cette contrée. Ce rapport, signé par un conseil de salubrité où figurent, sous la présidence de M. Orfila, MM. Cruveilhier, Darcet, Parent-Duchâtelet, Pelletier, etc., a été rédigé par M. Jolly, secrétaire et médecin inspecteur des établissemens de la compagnie. Il contient, sur une portion peu connue de notre pays, des notions curieuses; M. Jolly montre fort bien qu'il n'est pas dans cette vaste étendue d'environ 700 lieues carrées que comprennent les Landes dans leur plus grande étendue, une seule partie qui ne soit susceptible d'être assainie et fertilisée. Tous les essais qui ont été faits dans ce double but ont pleinement réussi jusqu'à ce jour. Le sol n'attend que des bras et des capitaux pour changer de face, et se placer à côté de ces terrains si long-temps incultes, et aujourd'hui florissans, de l'Angleterre et des Pays-Bas. M. Jolly fait connaître la condition malheureuse des habitans de la contrée dans sa situation actuelle; on n'en compte qu'environ quarante par hectare; des fièvres endémiques la désolent; la vie moyenne n'est là que de 19 à 20 ans, et son terme ordinaire 60. Le rapport se termine par un projet de réglement sanitaire pour les travaux de canalisation. Nous reviendrons sur cet utile et intéressant travail.

— Recherches historiques sur la Faculté de Médecine de Paris, depuis son origine jusqu'à nos jours; par J.-C. Sabatier (d'Orléans). Un vol. in 8°. Prix : 5 fr. Paris, 1835. — Chez Deville-Cavellin, rue de l'École-de-Médecine, n° 10.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'EAU FROIDE DANS LE TRAITEMENT DE PLUSIEURS AFFECTIONS CHIRURGICALES, par MM. Josse père et fils, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu d'Amiens (1).

Ire Partie. — Applications générales.

L'usage thérapeutique de l'eau remonte à une haute antiquité; il est contemporain de l'art de guérir; mais la manière de se servir de ce topique a subi des variations nombreuses, selon les idées qu'on se faisait de son mode d'action, idées évidemment en rapport avec les connaissances médicales et surtout l'esprit des temps. Pendant le règne du paganisme, des offrandes, des sacrifices, etc., étaient nécessaires pour transmettre à l'eau des vertus divines. « Hippocrate, en lisant les inscriptions votives appendues dans le temple d'Esculape, et où étaient rapportées les maladies et la guérison de ceux qui les avaient consacrées au dieu de la santé, sut démêler parmi les propriétés attribuées à l'eau qui passait pour avoir guéri, celles qui appartenaient essentiellement à ce liquide et celles qui n'étaient qu'une pure supposition de la part des prêtres. » (Percy.) Le père de la médecine, fidèle au principe qu'il avait établi, « contraria contrariis curantur, » laissa de côté les pratiques idolâtres. Une éponge imbibée d'eau froide et appliquée sur les parties malades, des arrosemens plus ou moins fréquens, tels furent les moyens mis par lui en usage pour éteindre le feu morbide. Les médecins grecs, imitateurs fidèles du vieillard de Cos, suivirent long-temps ses traces avec docilité. A une autre époque, l'usage de l'eau presque tombé dans l'oubli, fut remis subitement en vigueur. On se contentait alors de tremper, à chaque pansement, dans l'eau froide, les pièces d'appareil dont on devait se servir. Mais la médecine, habituée depuis long-temps à la polypharmacie aveugle, mise en crédit par les Arabes, ne put se contenter d'un remède aussi simple, et l'esprit superstitieux de l'époque fit adopter la pratique la plus absurde : on eut recours aux sortiléges, aux conjurations, aux charmes; on pansa du secret. Plus tard, certains praticiens, sans se rendre raison de l'action de l'eau, en observèrent exactement les effets dépouillés de pratiques superstitieuses, et supposèrent qu'elle agissait en conservant la propreté qu'ils regardaient comme indispensable à la guérison. Enfin, on couvrit les parties malades de linges imbibés d'eau (linteis aquâ ebriis). On plongea des membres entiers dans des bains froids. Un praticien célèbre de nos jours, pensant que l'eau n'agit que par absorption, par une vertu émolliente, en tenant les parties dans un état de moiteur, de souplesse, de ductilité, d'imbibition, qui de la peau se communique au tissu lamelleux, et de

(1) Cet excellent mémoire est extrait des *Mélanges de chirurgie pratique*, publiés par M. Josse fils, d'après la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens et les leçons de M. Josse père. Nous rendrons compte prochainement de publication intéressante.

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

I. — Ancienne faculté. (IIe article.)

L'examen de baccalauréat n'avait lieu qu'une fois dans l'année. Il fallait avant tout que les candidats fissent leur *supplique* à l'assemblée générale des docteurs, qui se tenait pour cet effet la veille du quatrième dimanche de carême. Chacun d'eux était brièvement interrogé par un docteur sur un sujet médical; puis ils devaient remettre les pièces justificatives de leur temps d'études à une commission qui en faisait son rapport le samedi suivant; et le lundi l'examen était ouvert.

Le doyen présidait à l'examen. On lui adjoignait deux collègues, choisis l'un dans l'ordre des jeunes docteurs, l'autre parmi les anciens, et suivant le modensité pour les professeurs. Ils prêtaient, aussitôt après leur élection, un serment très-précis de remplir leurs fonctions avec impartialité; d'ailleurs de grandes précautions avaient été prises pour empêcher un candidat incapable de franchir cette première porte de la Faculté. L'examen ne durait pas moins d'une semaine; le premier jour on interrogeait sur la physiologie et l'anatomie; le second jour sur l'hygiène; le troisième sur la pathologie. Puis on indiquait à chaque candidat un aphorisme d'Hippocrate, qui devait être expliqué et commenté deux jours après. Il avait à subir une petite argumentation sur ses commentaires; et après toutes ces épreuves, les examinateurs n'avaient pas le droit d'admission; le plus ancien d'entre eux devait faire un rapport sur le mérite des candidats à la Faculté réunie en assemblée générale, où chaque docteur votait de vive voix la nomination ou le rejet des sujets présentés. Et ce mode d'élection n'ayant pas encore paru offrir assez de garanties, un décret de la Faculté du 27 mars 1714 y substitua le scrutin secret pour mieux assurer l'indépendance des suffrages.

Chaque bachelier reçu faisait alors son *principium*; c'est-à-dire qu'il récitait un aphorisme d'Hippocrate ou d'un autre auteur de médecine, après avoir toutefois prêté un serment solennel en cinq articles, parmi lesquels nous citerons surtout l'obligation « d'aider la Faculté contre quiconque entreprendrait quelque chose contre ses statuts ou contre son honneur. » La Faculté se créait ainsi une sorte de milice d'autant plus active, qu'elle combattait pour des priviléges auxquels chacun avait part.

Ce long examen du baccalauréat n'était que le prélude d'épreuves multipliées. Au mois de mai ou de juin suivant, avait lieu l'examen sur la botanique qui durait tout un jour; un peu plus tard, il fallait répondre sur la matière médicale, *de omni materiâ medicinali*, durant une semaine entière, trois heures chaque jour, à tous les docteurs-régens, qui étaient tenus d'interroger à tour de rôle, sous

là se propage jusque dans l'intimité des fibres de toute espèce, conseille d'entourer les parties malades de corps qui conservent long-temps leur humidité. Dans ces différentes méthodes, rien n'indique l'idée de soumettre les organes affectés à des affusions (1) incessamment continuées, depuis quelques heures jusqu'à trente et quarante jours, si besoin est. C'est à mon père, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, qu'est due cette innovation importante qu'il a mise à exécution depuis plusieurs années avec un succès extraordinaire.

Tous les praticiens qui n'ont pas employé l'eau d'une manière empirique ont cherché à remplir la même indication, savoir : combattre la phlogose. Et en effet, il n'est peut-être pas une seule affection morbide qui ne reconnaisse l'inflammation comme cause, comme effet ou comme complication. Ce grand phénomène de l'organisme constitue la principale partie des maladies, peut être cause ou effet de beaucoup d'autres, complique quelquefois celles qui sont le plus étrangères à sa nature, et réclame toujours une attention toute spéciale, de la part du médecin qui veut guérir et ne jamais nuire. Pour pouvoir s'expliquer l'action de l'eau d'une manière rationnelle et régler son mode d'application, il est bon de déterminer quel est le mécanisme et la nature de ce phénomène si général appelé phlogose. Des expériences récentes peuvent donner sur ce point des notions assez exactes. Si on s'en rapporte à l'observation, nul doute qu'on ne trouve avec Haller, Cullen, Vicq-d'Azyr, Hunter, Bichat, Burns, etc., que l'inflammation consiste dans l'action augmentée des capillaires, dans l'expansibilité active de ce système de vaisseaux, dont l'énergie, proportionnée à l'excitation qu'il éprouve, appelle, avec plus ou moins de force, le sang de toutes les parties environnantes. Cette doctrine fut généralement adoptée jusqu'à ces dernières années. Cependant avant les expériences qui viennent d'être faites, certains praticiens, et parmi eux mon père, guidés par l'observation seule, pensaient qu'à une certaine époque de l'inflammation, les capillaires perdaient leur extensibilité active et n'étaient plus dilatés que par la force mécanique du sang que les gros troncs artériels poussaient vers eux en trop grande quantité et avec trop de violence; que la stagnation du sang était bien due au défaut d'action du système capillaire, mais que cette faiblesse n'était qu'apparente; que si les petits vaisseaux perdaient leur force tonique, c'était que, vaincus, ils cédaient à une force supérieure dont l'action continuelle empêchait leurs efforts constans de réaction. Ces idées devaient conduire, par les conséquences les plus rationnelles, à chercher des agens thérapeutiques capables de diminuer l'impulsion trop forte du sang, et de rendre aux capillaires leur force contractile. Telle est en effet la manière d'agir des moyens reconnus les plus utiles en médecine, et principalement de l'eau.

Si on avait toujours le choix, il faudrait établir en principe général qu'on doit employer l'eau par affusions à courant continu; mais la nature des parties ou de la lésion peut s'y opposer, et forcer de recourir à une autre méthode. Ainsi des linges trempés dans l'eau, et renouvelés sans cesse, peuvent jusqu'à un certain point remplacer les affusions; mais cette manière exige aussi beaucoup d'attention. Les compresses doivent être appliquées négligemment, ou plutôt simplement posées sur les parties, afin que l'air passant à travers leurs plis entraîne l'eau que le calorique morbide a réduite en vapeur, et qu'une nouvelle couche d'eau froide vienne à son tour remplacer celle qui se vaporise, et absorber une nouvelle quantité de calorique pour changer d'état. Cette manière de produire la réfrigération est puissante; on connaît l'énorme quantité de calorique que tous les corps en général, et surtout l'eau, absorbent pour passer à l'état de gaz. On fait geler le mercure en exposant au soleil la boule d'un thermomètre entourée d'un linge imprégné d'un liquide facilement vaporisable (l'éther, par exemple). Dans les pays chauds, c'est au moyen de la vaporisation de l'eau qu'on abaisse la température des appartemens; on conserve aussi la fraîcheur de l'eau en la renfermant dans des vases très-poreux, à travers les parois desquels elle filtre sans cesse et sans cesse est vaporisée. Dans ces circonstances, l'eau emprunte aux corps les plus voisins une grande portion du calorique qu'ils contiennent et abaisse leur température; c'est ainsi que l'eau contenue dans les linges passe à l'état de vapeur en s'emparant du calorique des parties enflammées; mais on sent qu'il faut, pour que cet effet soit continu, qu'à mesure qu'une couche d'eau est réduite en vapeurs, elle puisse s'échapper et être remplacée par une autre qui change d'état à son tour. A cette fin, il est nécessaire que les compresses soient appliquées négligemment et laissent des espaces nombreux pour le passage libre de l'air, qui se chargera des vapeurs formées. Je ne puis donc approuver le conseil de M. Percy, qui veut qu'on choisisse les tissus qui conservent le plus long-temps leur humidité, et, pour éviter autant que possible la vaporisation de l'eau, qu'on entoure les parties d'un corps imperméable. C'est vouloir plonger celles-ci dans un bain chaud, dont la température augmentera en raison du degré de la phlogose. Cette chaleur pourra sans doute être utile dans certains cas, mais le plus souvent elle sera nuisible. Elle n'a d'ailleurs aucun rapport d'action avec les affusions dont je parle. Je recommanderai donc, comme une chose de la plus haute importance, d'employer exclusivement des linges de toile, par la raison qu'ils se sèchent plus promptement, et de les disposer de manière à ce que rien ne contrarie la vaporisation de l'eau. Le moyen que je viens d'indiquer convient toutes les fois qu'on ne peut pas faire usage des affusions; lorsque, par exemple, les blessures sont situées dans certaines régions du tronc ou de la face, ou lorsque, les symptômes morbides étant très-faibles, on craint que l'action trop brusque du froid ne nuise au lieu de servir. Les affusions sont toujours possibles dans les lésions des membres, et deviennent indispensables lorsque celles-ci sont graves, et lorsqu'une inflammation doit être violente ou l'est déjà. Quant à l'appareil, c'est à la sagacité du chirurgien à choisir celui qui conviendra le mieux, suivant les cas, les lieux et les personnes. Cependant je ne crois pas inutile de donner une idée de ceux que nous avons employés avec le plus de fruit et de commodité.

1° Un vase portant près de son fond un robinet (1), est rempli d'eau et placé sur une table étroite et élevée, auprès du lit du malade, de manière à ce qu'il soit, d'un pied et demi environ, au-dessus du membre blessé. Une toile cirée, étendue sous celui-ci, est destinée à garan-

(1) On ne peut pas trouver l'idée des affusions continues dans cet aphorisme d'Hippocrate. « Articulorum tumores et dolores, absque ulcere, et podagricas affectiones, et convulsa, hæc magna ex parte frigida largè effusa levat et minuit, doloremque solvit; moderatus namque torpor dolorem solvendi facultatem habet. » Le précepte suivant, du même, relatif aux ulcères, n'indique rien de plus: « Affundatur copiosè aqua frigida. »

(1) Ces vases en fer-blanc, en zinc, en cuivre ou en toute autre matière, se trouvent dans beaucoup de maisons; on les nomme communément *fontaines*; ils servent à contenir de l'eau destinée aux ablutions des mains.

---

peine d'une amende de quatre livres tournois. Ainsi se passait l'été; l'automne était la saison des thèses. C'était d'abord la thèse de physiologie, soutenue depuis 6 heures du matin jusqu'à midi devant un jury composé de trois anciens et de six jeunes docteurs, auxquels pouvaient se joindre les autres docteurs présens. Puis la thèse sur l'hygiène, appelée la thèse *cardinale*, du cardinal d'Estouteville qui l'avait instituée, pour laquelle le candidat était argumenté par les bacheliers depuis 7 heures jusqu'à midi. Après chacune de ces épreuves, examen ou thèse, le soutenant ou les bacheliers donnaient un dîner aux examinateurs; et un décret spécial de la Faculté permettait de donner le dîner où l'amphytrion le voudrait, pourvu que ce fût dans un lieu honnête. Une excellente histoire se rattache à cet usage. Les chanoines de Notre-Dame de Paris, qui assistaient aux thèses et aux examens, étaient de temps immémorial invités par le récipiendaire. En 1650, la Faculté songeant à réformer l'abus de ces dîners, les bons chanoines se révoltèrent. Il y eut des sommations et des procédures; les combats du Lutrin devaient pâlir à côté de ceux-là. La Faculté en sortit victorieuse; les chanoines perdirent leur procès et leurs dîners; à dater de cette époque aussi, ils cessèrent d'assister aux actes de la licence.

Deux années séparaient le baccalauréat de cette dignité nouvelle. Durant ce temps, outre les examens indiqués, les bacheliers étaient tenus de lire dans les écoles, c'est-à-dire d'expliquer et de commenter les auteurs approuvés par la Faculté. Ces leçons se faisaient dès cinq heures du matin; et avant que l'école eût quitté la rue du Fouarre, c'était dans ces petites salles basses, jonchées de foin ou de paille, que le maître faisait sa leçon, éclairé par deux chandelles, et assis sur une botte de paille qui lui était réservée pour dominer son auditoire.

La licence s'obtenait par une nouvelle supplique, et par des examens nouveaux, sur la pratique médicale, qui duraient ordinairement une semaine. Tous les docteurs-régens étaient convoqués pour interroger les candidats; tous avaient droit de suffrage; et l'admission ou le rejet était prononcé à la majorité des voix. Le candidat jugé *incapable* était renvoyé à deux ans plus tard.

Tout licencié avait droit d'exercer la médecine; aussi, lorsque les licenciés allaient, escortés du grand appariteur et des bedeaux de l'école, inviter les membres du parlement, les ministres, le prévôt des marchands, etc., d'assister à la cérémonie du *paranymphe* ou de leurs fiançailles avec la Faculté, une formule ambitieuse annonçait qu'on apprendrait dans cette solennité, *quos, quales, et quot medicos urbi atque universo orbi medicorum collegium, isto anno, sit suppeditaturum.*

Voici en quoi consistait le *paranymphe*. Après que les licenciés, en présence d'une nombreuse assemblée, avaient entendu leurs noms proclamés, et avaient reçu, tête nue et à genoux, du chancelier de l'Académie, la licence et faculté de lire, enseigner, interpréter et exercer la médecine, *hic et ubique terrarum*; ils étaient conduits à l'église cathédrale, où ils remerciaient Dieu d'avoir conduit à bien leurs travaux. Alors le chancelier, remplissant les fonctions de légat du pape, prononçait à demi-voix une courte prière, et rappelait aux futurs docteurs qu'appartenant à l'église, au moins par religion, ils devaient toujours être disposés à tout sacrifier pour la défense de la vérité.

Le doctorat n'était point indispensable pour enseigner ni pour pratiquer; aussi beaucoup de médecins se bornaient à la licence. Mais ceux qui se fixaient à Paris, ceux qui désiraient avoir part aux prérogatives et aux émolumens de la Faculté, devaient porter le titre de docteur. Ce titre n'exigeait point d'études nouvelles. Quinze jours après la licence, on pouvait présenter à la Faculté la supplique ac-

tir le lit et à faciliter l'écoulement de l'eau, qui est reçue dans un seau qu'on a placé près du lit à cet effet, et dans lequel on fait descendre l'extrémité de la toile cirée. Rien n'est plus simple, comme on le voit. Au reste cet appareil peut être modifié de mille manières, et quelquefois avec avantage.

2° On peut plus commodément encore se servir de deux seaux: ces objets se trouvent partout; l'un, auquel on aura adapté un robinet ou simplement fait un trou, sera suspendu au-dessus du lit du malade; l'autre sera placé près du lit pour recevoir l'eau surabondante. Afin de pouvoir plus facilement changer le courant, il est bon d'adapter au robinet ou d'ajuster dans le trou qu'on a pratiqué, un tube quelconque, et s'il est possible, une sonde de caoutchouc, que sa flexibilité rendra excessivement commode. La toile cirée peut elle-même être remplacée; ainsi les anciens se servaient d'une peau d'animal. Cette méthode pourrait peut-être être reprise avec avantage. Sans laisser filtrer l'eau qu'elle reçoit, une peau préparée prend cependant une certaine humidité qui l'entretient dans un état de souplesse et de fraîcheur fort utiles. On peut encore remplacer avantageusement la toile cirée par une plaque faite de métal ou de toute autre substance imperméable; mais la meilleure manière de disposer ce corps solide, c'est de le façonner en gouttière dans laquelle on peut placer le membre, sur des corps mous, susceptibles de s'humecter, et qu'on dispose suivant les circonstances. Cette gouttière a plusieurs avantages, principalement dans les cas de fractures, d'écrasemens considérables des extrémités inférieures. Elle expose moins à mouiller la couche du malade; elle facilite le renouvellement de l'eau, mais surtout elle conserve dans leurs rapports les parties blessées et les maintient dans une immobilité salutaire. La forme de cette gouttière variera suivant le besoin; du reste elle ne sera pas autre que toutes celles dont on a fait usage jusqu'ici, quoique dans des intentions différentes. Mais il faudra toujours se rappeler que les parties ne doivent jamais être soustraites au contact de l'air, qui, suivant la charmante expression du poète latin, doit venir *lécher* les tissus (1).

Les objets étant ainsi préparés, on placera la partie malade dans la position la plus convenable; elle sera, comme je l'ai dit plus haut, couverte de compresses négligemment posées sur elle. Une autre compresse entourera le robinet par une de ses extrémités, par l'autre elle sera étendue sur l'appareil, en partant de l'endroit le plus élevé. Cette compresse est destinée à empêcher l'eau de tomber de tout son poids sur les organes malades et à la disperser sur une plus grande surface. Si à cause de l'étendue et de la gravité des lésions, l'application d'un appareil devenait nécessaire, il n'est pas besoin de dire qu'il devrait être le plus léger, le plus simple et le moins serré possible. Les affusions doivent être faites en même temps sur toute l'étendue de la lésion; car, sans cela, la maladie, en cédant dans les points où la réfrigération s'opère, gagne et s'étend dans les endroits où les affusions n'arrivent pas. Nous avons observé ce fait plusieurs fois. Une femme avait un gonflement phlegmoneux de l'avant-bras, suite d'un panaris: le membre malade étant placé dans une demi-flexion, la main un peu plus élevée que le coude, offrait deux plans inclinés en sens opposé. On dirigea le courant d'eau sur la main, ce qui humectait à peu près la moitié de l'avant-bras. Les parties immédiatement en contact avec l'eau furent bientôt dans un état d'amélioration notable; mais la maladie avait persisté dans les lieux que les affusions n'avaient pas atteints, et avait envahi le reste de l'avant-bras et l'articulation du coude. Les affusions furent augmentées, et on s'assura que l'eau atteignait tout l'avant-bras. L'état de cette partie devint sensiblement meilleur; mais bientôt la fluxion gagna le bras et s'élança vers l'épaule. Ainsi la phlogose détruite d'un côté reparaissait de l'autre. Il fallait donc, à l'exemple d'Hercule, abattre cette nouvelle hydre d'un seul coup. La direction des affusions fut changée, et dirigée de l'épaule vers le coude. La marche envahissante de la phlogose fut arrêtée, mais l'avant-bras s'enflamma de nouveau. Il fut évident que la progression et la renaissance de la fluxion, étaient dues à ce que toutes les parties enflammées n'avaient pas été atteintes en même temps par l'eau. Pour remédier à cet inconvénient, on établit deux courans, l'un de l'épaule vers l'articulation huméro-cubitale, et l'autre de la main vers cette même partie. La maladie cessa alors pour ne plus reparaître. C'est ainsi qu'on devra se conduire toutes les fois que l'inflammation aura trop d'étendue pour qu'un seul courant puisse l'atteindre dans tous ses points.

Lorsque sur une partie enflammée on se borne à appliquer des compresses mouillées, elles ont bientôt acquis un degré de température égal à celui des tissus qu'elles recouvrent, et en peu de temps elles sont entièrement séchées. Si on les remplace, le même effet se reproduit. Faut-il dire que les parties ont soif d'eau? non, cette expression serait vicieuse en ce qu'elle indique implicitement l'absorption de l'eau, et donne ainsi une fausse idée de la manière d'agir de ce liquide. La rapidité avec laquelle les compresses se sèchent étant toujours en rapport avec la violence de l'inflammation, il faudrait admettre que plus celle-ci est forte, plus l'absorption est prompte. Qui ne sait, au contraire, que la phlogose trouble le jeu des organes, pervertit les fonctions, et l'absorption plus particulièrement que toute autre (1)? Dans l'état normal, la peau absorbe difficilement. Le corps d'un homme plongé pendant assez long-temps dans un bain tiède, et se trouvant ainsi dans les conditions les plus favorables à l'activité de l'absorption, n'augmente pas de poids. On explique ce fait en disant que l'exhalation pulmonaire donne issue aux liquides absorbés; mais toujours est-il que si la peau jouit à un faible degré de la faculté absorbante dans des circonstances favorables, cette faculté devra être nulle ou fort peu appréciable dans des conditions opposées. Toutes les fois que l'eau reste accumulée sur une partie sans pouvoir être renouvelée, la fluxion persiste plus long-temps. Ce fait s'explique: l'eau qui touche les tissus enflammés s'est bientôt mise en équilibre de température avec eux, et comme elle conduit mal le calorique, elle retient la chaleur morbide, acquiert promptement un haut degré de température, et devient à son tour cause d'irritation. Cet effet est encore bien plus marqué, lorsqu'à la manière de M. Percy on recouvre l'appareil d'un corps imperméable. Si l'absorption de l'eau était la cause de son action antiphlogistique, c'est bien dans ce cas qu'elle devrait jouir de toute son efficacité. Nous avons remarqué que les points sur lesquels reposaient les membres malades, étaient toujours les derniers à guérir, quoique étant en contact avec de l'eau, puisque

(1) *Lambere flamma comas.* (Virgile.)

(1) Le sang extravasé dans une ecchymose, épanché dans une cavité splanchnique quelconque, dans le tissu du cerveau, par le fait d'une apoplexie, etc., est repris par l'absorption. Ainsi disparaissent le cristallin abaissé dans l'opération de la cataracte, le fœtus dans une grossesse extra-utérine. Mais si les parties au sein desquelles sont déposés ces corps étrangers s'enflamment, aucune absorption n'a lieu.

---

coutumée; le doyen fixait alors le jour de la *vespérie* et celui de la réception, les deux dernières épreuves par lesquelles il fallait passer.

La *vespérie* était une sorte d'examen avec argumentation sur une ou deux questions posées par le président; le tout flanqué de deux discours destinés à relever l'importance de la profession, et à en faire comprendre les devoirs. C'est par là que commençait et que finissait la séance. La réception était purement cérémoniale. Après lui avoir fait prêter le serment des docteurs, le président rappelait en peu de mots au récipiendaire les devoirs de sa profession, prenait un bonnet carré avec lequel il traçait un signe de croix, le posait sur la tête du candidat, lui donnait sur la tête, des deux doigts de la main, un signe fort léger *in signum manumissionis*, et finissait par l'embrasser en qualité de confrère. Le nouveau docteur, s'asseyant alors à la gauche du président, proposait une question à discuter au plus jeune des docteurs. Puis le président engageait une seconde discussion avec celui qui avait présidé l'acte de vespérie. Enfin le nouveau docteur prononçait un discours de remerciement, et la séance était levée.

Toutes ces épreuves, tous ces sermens, tous ces discours d'apparat, tout ce cérémonial, quel que soit le jugement qu'on en porte aujourd'hui, avaient du moins cet avantage de pénétrer le médecin de la dignité de la profession qu'il embrassait, d'en fermer le seuil à l'ignorance, et d'établir entre tous les docteurs des liens de confraternité qui n'existent plus parmi nous. On aurait pu craindre que le mérite pauvre n'en fût exclus. A tous les élèves sans fortune, lorsque la chose était constatée, on faisait remise des sommes à payer pour la licence et le doctorat; ils devaient seulement s'engager d'une manière formelle à rembourser ces sommes à la Faculté, lorsqu'ils seraient arrivés à une condition de fortune meilleure.

Une des recommandations les plus précises qui fussent faites aux jeunes docteurs, était de ne s'occuper que de leur art et de ne point se livrer à des occupations étrangères. Malheureusement la chirurgie était comprise dans ces professions profanes qui dégradaient la dignité du médecin, condition dont on conçoit l'utilité pour les temps où la chirurgie était une branche du métier de barbier, mais qu'il ne fallait plus conserver quand cette science rivale s'éleva dans Paris aussi haut que la médecine. Les querelles de la Faculté avec les chirurgiens sont dans tous les souvenirs, et furent peut-être ce qui contribua le plus à diminuer la considération qu'on lui accordait. D'autres discussions, soutenues par esprit de corps contre les médecins de Montpellier, et dont l'influence se fit sentir jusque dans les questions de science et de pratique, apprêtèrent de nombreux sujets de risée à l'ennemi commun de toutes les Facultés, Molière. Quelques médecins de Montpellier s'étant établis à Paris, la Faculté revendiqua le privilége dévolu à ses membres d'exercer seuls dans la capitale. De là des factums, des plaidoyers, des écrits, des injures. Les médecins nouveaux employaient l'émétique; la Faculté proscrivit l'émétique. Le parlement eut à prononcer sur ces querelles. L'association des médecins étrangers, connue sous le nom de *chambre royale de médecine*, résista vingt ans aux poursuites et même aux arrêts obtenus contre elle. Enfin la Faculté s'adressa directement à l'autorité royale, et Louis XIV la remit en possession de ses priviléges.

Heureuse la Faculté si un triomphe si long-temps attendu, si chèrement obtenu, l'avait détournée de nouvelles querelles! Mais tout privilége tend à s'a-

on les plaçait sur des linges mouillés. Sans négliger, comme cause de cet effet, la pression que ces parties éprouvent, nous avons pu nous convaincre qu'il était dû spécialement à ce que l'eau ne pouvait être renouvelée aussi souvent que partout ailleurs. On devra donc varier autant que possible, la position du membre malade. En somme, on peut dire que l'absorption de l'eau, lorsqu'elle a lieu, n'est qu'un phénomène entièrement secondaire, et qui n'a aucune influence sur l'action salutaire de ce topique.

L'eau n'agit réellement qu'en s'emparant du calorique morbide accumulé dans les tissus enflammés; aussi sa température mérite-t-elle une attention toute particulière. Il n'est cependant pas possible de tracer des règles précises à cet égard, tout ce qu'on peut dire, c'est que la température de l'eau doit être moins élevée que celle des parties sur lesquelles on l'applique, et aussi basse que le malade pourra la supporter sans douleur. Ces deux points extrêmes peuvent s'étendre depuis 0° et même au-dessous, jusqu'au degré de la chaleur animale et au-delà. Vouloir déterminer d'une manière plus précise la température que l'eau doit avoir pour être utilement employée, c'est vouloir résoudre un problème avec des inconnues. Tout ce qu'il est permis d'avancer comme règle de conduite, c'est que la première application de l'eau doit faire naître, sur les parties, l'impression du froid; mais ce n'est nullement indiquer le degré de température: qu'est-ce en effet que le froid? une abstraction, une chose purement négative; l'absence d'un fluide qu'on suppose exister; ou plutôt une différence dans l'état respectif de deux corps; différence telle que celui qui contient une moindre quantité de la substance inconnue appelée calorique, sera froid, par rapport à celui qui en contient davantage. Pour les êtres organisés le froid n'est qu'une sensation, susceptible comme telle d'être exaltée, détruite ou modifiée par des causes générales, individuelles ou locales, mais toujours infinies. Ainsi ce qui sera froid pour l'habitant de la zone torride, le Brésilien, l'Arabe, l'Indien, le Cafre, sera chaud pour l'habitant des pôles, le Groënlandais, le Lapon, le Samoïède. Cet effet général, qu'on observe dans les diverses régions du globe, se remarque individuellement dans l'homme, suivant son état de force ou de faiblesse, de santé ou de maladie. Il se reproduit encore, d'une manière tout-à-fait locale, dans les diverses parties du corps humain. Je le répète, il est impossible de donner des règles bien précises, relativement à la température que l'eau doit avoir. Ici encore, comme cela a lieu presque toujours en médecine, c'est à la sagacité du praticien à savoir spécialiser les préceptes généraux.

Le thermomètre le plus sûr qu'on puisse suivre pour fixer la température de l'eau, c'est la sensation qu'elle produit. Lorsqu'une lésion quelconque réclame l'usage de ce liquide, on commence par l'employer à la température de l'atmosphère: celle-ci, on le conçoit, est excessivement variable; mais quelle qu'elle soit, l'action de l'eau sur les tissus vivans se rapportera toujours à l'un de ces trois effets: 1° l'eau n'absorbera que peu ou point la chaleur des parties et ne produira pas de soulagement: quelquefois même les douleurs augmenteront sous son influence; 2° elle produira un refroidissement pénible, qui bientôt deviendra douloureux: et si on ne suspend pas l'action du médicament, les souffrances qu'il cause, quoique d'une nature différente, deviennent peut-être aussi cruelles que celles qu'on voulait calmer (1); 3° enfin, l'eau produira un refroidissement, marqué quelquefois par de légers frissons, et vivement senti par le malade, qui cependant n'accuse aucune impression douloureuse. Bientôt ce refroidissement est suivi d'un état de bien-être particulier et de la cessation entière des douleurs. — Dans le premier cas, rien n'est plus facile que d'abaisser la température du liquide, au moyen d'un morceau de glace que l'on fait fondre dans le vase qui le contient. Souvent même il suffit de prendre de l'eau sortant d'une source ou d'un puits. — Dans le second cas, quelle que soit déjà la température de l'eau, il faut encore l'augmenter. — Dans le troisième cas enfin, l'effet produit est tel qu'on doit le désirer. Il est entre ces trois points une foule de degrés intermédiaires qui se rapprochent plus ou moins des *jalons* que nous venons de poser.

Le besoin de réfrigération varie encore suivant l'époque de la maladie. Lorsque les symptômes inflammatoires commencent à diminuer, que la source du calorique morbide semble vouloir tarir, il arrive fort souvent que la réfrigération, qui jusque-là avait, pour ainsi dire, été insensible, devient douloureuse. Il ne faut pas croire que cet effet soit dû à une recrudescence de la maladie; il suffit pour le faire cesser, d'élever un peu la température du topique. Mais le plus souvent ce signe est celui qui indique que l'action de l'eau cesse d'être nécessaire, et détermine l'époque à laquelle on doit suspendre les affusions. Il ne faut pas se hâter cependant, car nous avons observé que la phlogose se reproduit, avec la plus grande facilité, lorsqu'on cesse les affusions en temps inopportun. Il est donc préférable de continuer l'usage de l'eau, peut-être inutilement, que de s'exposer à le discontinuer trop tôt. D'un côté, en effet, rien de fâcheux à craindre; de l'autre, au contraire, la phlogose peut reprendre toute sa violence, et alors le moindre des accidens qu'on ait à redouter est la durée plus longue de la maladie et des souffrances qu'elle entraîne. On a malheureusement des occasions trop fréquentes de vérifier ce fait. L'eau, comme moyen thérapeutique, inspire peu de confiance aux malades (1); c'est avec répugnance qu'ils se soumettent d'abord aux affusions; aussi, dans les premiers momens, il est rare qu'elles soient faites avec le soin qu'elles exigent. On a beaucoup de peine à convaincre les personnes chargées du soin des malades, et les malades eux-mêmes, de la nécessité rigoureuse de ne jamais interrompre les affusions. Ce n'est que quand ils ont acquis, par l'expérience souvent chèrement achetée, la conviction de l'énergie médicatrice de l'eau, qu'ils mettent à son application tous les soins qu'elle réclame. Il est vrai de dire que les affusions sont souvent très-gênantes, et que, selon l'espèce de lésions, leurs effets tardent quelquefois à se manifester clairement (2). Dans les inflammations superficielles, l'effet est prompt, le soulagement presque instantané; aussi les malades ont-ils, en peu d'in-

(1) Il est à remarquer que cet effet peut avoir lieu, quoique l'eau paraisse chaude pour un organe en santé.

(1) La plupart des hommes, et même une grande partie des médecins, regardent l'eau comme incapable de produire aucune cure, ou de prévenir aucune maladie. Il s'en trouve même qui la croient contraire à la santé. Cette erreur vient de ce que l'eau est si simple et si commune. Les hommes sont avides de ce qui est difficile et rare, principalement en médecine, où l'on voit des remèdes cachés avec soin, faire fortune et guérir toutes sortes de maux, puis tomber tout d'un coup d'abord qu'on dévoile le mystère au public. (Smith, *Traité des vertus médicales de l'eau commune.*)

(2) Il ne suit pas de là que l'eau produit des phlegmasies internes très-dangereuses, comme l'avancent sans aucun fondement MM. Marx et Paillard. Si, dans leur pratique, ils ont éprouvé ces accidens, c'est qu'ils ont mal employé l'eau. Quant

grandir, tout monopole est intolérant de sa nature. La Faculté repoussa l'opium, le mercure, le quinquina, comme elle avait repoussé l'émétique, parce qu'ils venaient d'une source étrangère. C'était une sorte d'inquisition qui s'élevait en médecine, et prétendait imposer à chacun ses dogmes, dont le premier était de la reconnaître infaillible. Quand enfin, malgré tous ses efforts, ces divers médicamens furent admis par décret dans la matière médicale, Guy-Patin, ce vaillant champion des priviléges de son ordre, en pensa mourir de chagrin. Le dix-huitième siècle allait s'ouvrir, époque fatale à bien d'autres priviléges, mais tout d'abord à ceux de la Faculté.

Après des luttes nombreuses, elle était parvenue à étouffer autant qu'il était en elle le génie de la chirurgie française, en rabaissant les chirurgiens de robe longue au niveau des barbiers, en leur défendant de faire des lectures ni actes publics, et les forçant enfin à recevoir leur instruction d'elle seule et à fléchir sous son autorité. Maréchal et Lapeyronie devaient venger la chirurgie de ces fourches caudines; l'Académie de chirurgie, instituée par leurs soins, jeta dès ses premières années un éclat qui éclipsa la Faculté de medecine. En 1774 fut posée la première pierre du collége de chirurgie, qui est aujourd'hui l'école de medecine; et par une coïncidence singulière, l'année même où les chirurgiens en prirent possession, la Faculté était obligée d'abandonner ses écoles de la rue de la Bûcherie, que trois siècles de vétusté menaçaient d'une ruine prochaine; triste présage de décadence pour l'institution même! Elle transporta son enseignement aux anciennes écoles de droit, rue Saint-Jean-de-Beauvais.

Vers ce même temps, un coup plus rude devait lui être porté. De nombreuses épidémies et épizooties désolaient diverses provinces de France. En 1776, le roi, par arrêt du conseil d'état, créa une commission qui devait tenir ses assemblées une fois la semaine et s'occuper de cet important sujet. La commission était composée de huit membres; Lassone, premier médecin du roi, fut nommé inspecteur, directeur-général des travaux; Vicq d'Azyr commissaire-général; le choix des six autres docteurs fut laissé à la disposition de Lassone. La Faculté n'avait pas même été consultée.

La Faculté, émue à cette nouvelle, nomma quatre commissaires pour s'entendre avec Lassone; mais ce qu'elle avait voulu était arrivé; elle avait voulu tenir à distance tous les médecins qu'elle n'avait point reçus elle-même; tous aussi l'abandonnant à son tour se tournèrent vers l'institution nouvelle, qui devint peu à peu une large association médicale. Le péril croissait de jour en jour; en 1778, la Faculté prit un arrêté qui ordonnait la dissolution immédiate de cette société. Celle-ci n'en tint compte; loin de là, elle prit un titre officiel, pour lequel elle demanda des lettres-patentes; ce fut dès lors la *Société royale de médecine*, composée de deux présidens, d'un directeur-général, d'un secrétaire perpétuel, de vingt-quatre associés ordinaires, de l'université de médecine de Montpellier, de onze Facultés qui s'y étaient associées, de soixante associés régnicoles et de soixante associés étrangers. Bien plus, comme tous les pouvoirs qui s'en vont, la Faculté se vit abandonnée par vingt-huit de ses propres docteurs, qui entrèrent dans la société rivale.

Une lueur d'espoir lui revint encore; une imprudence perdit tout. Le roi lui faisait demander son avis sur les lettres-patentes à accorder à la société royale; celle-ci, sans attendre la réponse, répandit des invitations imprimées pour la séance publique qu'elle devait tenir le 30 juin 1778. Une de ces lettres fut dépo-

stans, pu se convaincre de l'efficacité du topique, et on est sûr de leur docilité. Dans les inflammations profondes, au contraire, le bien se fait quelquefois plus long-temps attendre ; le véritable foyer de la phlogose se dérobe à l'action directe des affusions ; la réfrigération n'arrive aux organes enflammés qu'à travers d'autres tissus qui leur servent pour ainsi dire de rempart. Mais l'action de l'eau n'en est pas moins extraordinaire, quoiqu'un peu plus lente et exigeant plus de persévérance dans son emploi. Cependant le médecin seul, à qui la nature de la lésion révèle d'avance les accidens qui devraient l'accompagner, peut juger de l'action réelle du topique. On conçoit alors qu'un malade déjà prévenu contre le remède, se croit pour ainsi dire autorisé à le négliger, lorsqu'il n'apprécie aucun effet salutaire de sa part. Aussi il faut au médecin toute l'autorité que lui donne la confiance entière de ses cliens, pour qu'il puisse imposer cette méthode de traitement, dont au reste on lui rend grâce plus tard. L'opinion qui existe dans le monde sur la nature des remèdes, la propension qu'on a pour les choses extraordinaires, nuiront long-temps à l'emploi de l'eau comme médicament. Elle devra forcer la confiance. On pourrait, il est vrai, céder en partie aux idées du vulgaire sur la médecine, et donner à l'eau, qui, comme la vérité, est mal reçue quand elle est seule, une espèce de passeport, en lui associant quelque substance qui cache sa *nudité*, sans rien changer à son action ; mais je n'ose le conseiller, pour ne pas ouvrir la porte à une foule d'abus ; car c'est de cette manière que, sans y attacher d'importance ou dans le seul but d'accroître l'énergie d'un médicament, on finit par changer sa nature à tel point que ses propriétés deviennent toutes différentes. On se persuade que c'est toujours le même médicament, et on s'étonne de ne pas le voir agir comme l'indiquait celui qui l'avait conseillé. En général, lorsqu'on emploie un agent curatif préconisé par d'autres praticiens, on ne met pas assez de soin à se conformer aux indications marquées par eux, à reproduire toutes les circonstances qu'ils ont notées. Rien cependant n'est plus important, surtout lorsqu'une substance telle que l'eau n'a pas réellement de propriétés bien marquées par elle-même, qu'elle les doit toutes à la manière dont on l'applique. Il est alors une foule de soins qui peuvent paraître minutieux, inutiles même au premier coup d'œil, et qu'on est tenté de négliger. Mais on doit bien se persuader qu'il est possible à un praticien, quelque habile qu'il puisse être, de ne pas apprécier du premier coup l'utilité de détails dont plusieurs années d'expérience et d'essais différens ont prouvé l'importance au praticien qui les a signalés. Aussi on ne saurait résister à cette tendance qui nous porte à nous écarter de la ligne tracée, tendance louable et utile sans doute, puisque c'est elle qui nous empêche de rester enchaînés au char de la routine, mais à laquelle il ne faut céder qu'avec une parfaite connaissance de cause.

Je dois dire, avant de terminer, que le courant des affusions doit toujours être abondant, afin que la plus grande quantité possible de calorique soit enlevée par l'eau aux tissus enflammés, sans que la température de celle-ci en soit sensiblement accrue (1), de telle sorte que l'action réfrigérante du topique soit continue et toujours égale. La réfrigération ne se fait pas ici tout-à-fait de la même manière que quand on se sert de compresses mouillées. Celles-ci, comme nous l'avons déjà dit, s'échauffent et se sèchent d'autant plus vite que la vaporisation, qui est toujours en rapport avec le degré de température de l'eau, se fait plus promptement. Lorsqu'ensuite on les renouvelle, la température se trouve subitement abaissée pour s'élever encore graduellement, jusqu'à ce qu'une nouvelle compresse vienne la remettre au même point. Il se produit ainsi, après chaque refroidissement, une réaction qui sera d'autant plus marquée qu'on aura mis plus d'intervalle dans le renouvellement des linges mouillés. De là la nécessité de changer à chaque instant les compresses. Les affusions sont réellement préférables ; mais pour qu'elles jouissent de tous leurs avantages, il faut qu'elles soient continues et suffisamment abondantes. Nous avons pu nous convaincre, par de nombreux essais, que l'action de ce moyen thérapeutique ne réside pas uniquement dans la température de l'eau qu'on emploie, mais bien aussi dans la quantité de ce liquide qui se trouve, dans un temps donné, en contact avec les parties malades. Plus l'inflammation est ou doit être considérable, plus le flot qui baigne les tissus affectés doit être considérable aussi. Mais cela n'a cependant rien d'absolu, et il faut se garder de conclure ce que nous venons de dire, que, plus les affusions seront grandes, plus la température de l'eau sera basse, plus aussi l'effet qu'on obtiendra sera avantageux. Il n'en est pas ainsi : il existe entre la phlogose et l'abondance nécessaire des affusions, une relation qu'il faut saisir (1) ; il y a plus, c'est que, si ce rapport n'existe pas, si la température de l'eau est trop peu élevée, si la quantité d'eau est trop considérable relativement au degré d'altération morbide contre laquelle on l'emploie, l'effet qu'on obtient, loin d'être avantageux, devient nuisible ; il s'établit une espèce de réaction ; la peau rougit ; il s'y développe même une éruption vésiculeuse. Mais il est à remarquer que cela n'arrive jamais que dans les inflammations peu prononcées, chroniques, dans lesquelles la chaleur morbide est peu marquée ; et lorsque dans ces circonstances on a fait usage d'affusions trop abondantes ou trop prolongées. Cet inconvénient se manifesterait de même à la fin des inflammations aiguës, si on s'obstinait à continuer trop long-temps les affusions ; mais, d'un côté, nous avons vu qu'il y a aussi danger à les supprimer trop tôt. Ce fait nous a fait reconnaître la nécessité de ne pas suspendre brusquement l'emploi de l'eau. Ainsi, lorsque les affusions deviendront douloureuses, après avoir élevé la température de l'eau et diminué sa quantité, on finira par les remplacer au moyen de compresses mouillées, que par degrés on renouvellera moins souvent, et qu'on finira par supprimer tout-à-fait. Lorsque l'inflammation existe depuis quelque temps dans les tissus, l'eau tarde quelquefois à manifester son action ; cependant la fièvre, la douleur, l'agitation, etc., enfin tous les signes de réaction générale cessent aussi vite que dans le cas contraire ; mais les phénomènes locaux tardent davantage à se dissiper ; le gonflement persiste et semble échapper à l'action du topique. Toutefois cette résistance n'est qu'apparente ; il se fait dans les tissus un travail qui les dispose à la résolution ; et au bout d'un certain temps, relatif à l'étendue des désordres, lorsque celle-ci commence, elle marche avec une promptitude qu'on ne croyait pas devoir espérer. Les choses se passent

---

à nous, nous pouvons affirmer que nous avons souvent vu le lit des malades entièrement mouillé, et que jamais aucun accident, quel qu'il soit, n'en est résulté.

(1) La capacité de l'eau pour le calorique est considérable. Personne n'ignore, par exemple, que la quantité de calorique qui élève l'eau à 1 degré, ferait monter le mercure à 33.

(1) Ceci explique pourquoi la glace, dont l'action est plus énergique, est cependant moins efficace que l'eau employée à la température ordinaire, et pourquoi les affusions agissent encore de la même manière lorsqu'on a été obligé de porter l'eau à un degré plus élevé de température.

---

sée sur le bureau dans une assemblée des professeurs et des régens de la Faculté ; séance tenante, elle rendit un décret par lequel étaient déclarés déchus de leur grade et de leurs privileges tous ceux de ses membres qui avant le 30 juin ne seraient pas venus abjurer leur erreur près du doyen et promettre de renoncer à la prétendue société de médecine ; de plus, defense était faite à cette société de tenir sa séance.

Cette espèce d'excommunication eut un demi-succès : la séance du 30 juin n'eut pas lieu. Mais la Faculté n'avait pas bien calculé cette fois la force de ses adversaires. Le 26 juin elle reçut par un huissier un arrêt du conseil-d'état, par lequel le roi « cassait le décret rendu contre les docteurs membres de la Faculté ; ordonnait à l'huissier chargé de la signification de le biffer des registres de la Faculté ; faisait défense d'y donner suite ou d'en produire de pareils, etc. » Force fut de céder ; mais la Faculté ne pardonna point à la société de médecine, et surtout à Vicq d'Azyr, la part qu'ils avaient prise à cette lutte, et elle acheva de se déconsidérer en refusant à Fourcroy la réception gratuite qu'il avait méritée au concours, punissant en lui l'ami de Vicq d'Azyr. La société royale de médecine, plus jeune, plus vigoureuse, marchant avec les idées du siècle, n'eut pas de peine à l'emporter sur une institution décrépite où les cours se faisaient encore d'après le système des anciens statuts. Aussi le nombre des élèves diminuait ; les leçons étaient désertes ; et quand au milieu du bouleversement de 1792, une loi déclara que les Facultés étaient abolies, celle de Paris ne laissa après elle aucun regret mérité ; la loi n'avait frappé qu'un cadavre.

D'où vient que cette Faculté, jadis si puissante et si célèbre, était réduite à un état d'épuisement tel, que, sans la révolution, elle aurait expiré d'elle-même ? C'est que, pour les institutions comme pour les hommes, le mouvement est la condition de la vie ; il faut marcher, si l'on ne veut mourir. Toutefois, parmi ces cérémonies vieillies, ces usages d'un autre temps, il est certaines dispositions qui auraient mérité de leur survivre ; mais elles ressortiront mieux de la comparaison que nous établirons dans un autre article entre l'ancienne et la nouvelle Faculté.

— Le dernier concours des hôpitaux a donné les résultats suivans :

Ont été nommés élèves internes, MM. Barthez, Baron, Dariste, Debroux, Dubois, Duluc, Florimont, Forget, Froment, Godefroy, Godin, Gras, Guesnard, Laborie, Landeau, Hebert, Leriche, Marjolin, Martel, Mercier, Nivet, Padieu, Pedebidon, Pigute, Prestat Rochoux, Taupin, Pigla.

Prix pour les internes. — M. Beau, médaille d'or ; M. Cazalis, médaille d'argent.

Mention honorable. — MM. Piet et Hache.

Deuxième prix. — M. Gerdy, médaille d'argent.

Accessit. — M. Sernois, livres.

Mention honorable. — MM. Sanie et Fleury.

Prix pour les élèves externes. — M. Saupin, des livres.

Accessit. — M. Laurence, des livres.

Mention honorable. — MM. Vessières, Benoist, Guesnard, Rendu.

de la même manière dans les inflammations profondes. Qu'on ne tire donc pas de ce fait un argument contre les avantages du moyen curatif que nous signalons (1).

Mais quand on fait usage des affusions avant que les symptômes inflammatoires soient déclarés, c'est alors que leur action est aussi rapide qu'évidente. Nous pouvons affirmer que, quelle que soit l'étendue de la lésion, quelle que soit l'importance des organes blessés, quel que soit le mode d'action des causes vulnérantes, écrasemens, déchirures, contusions, dilacérations de toute espèce, plaies par armes à feu, par piqûres, par arrachement, broiement, etc.; fractures comminutives, ouvertures d'articulations, etc.; toutes les fois que la vie ne sera pas actuellement éteinte dans les organes affectés, les affusions employées aussitôt après l'accident préviendront à coup sûr toute réaction, soit locale, soit sympathique. Nous sommes tellement convaincus de l'action sûre et énergique des affusions, que nous ne craignons pas d'avancer qu'on pourra appliquer ce moyen au traitement de plusieurs phlegmasies internes, soit en établissant un courant intérieur, comme dans la cystite spontanée, et surtout dans celle qui suit l'opération de la taille, soit en disposant les affusions sur divers points des cavités, comme dans les maladies du ventre et celles du cerveau et de ses enveloppes.

Livrons-nous maintenant à quelques aperçus sur plusieurs affections dans lesquelles l'expérience a fait reconnaître l'excellence de l'eau.

(*La seconde partie à un numéro prochain.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. HEIDELBERGER KLINISCHE ANNALEN.

Le cahier 3e du vol. X (année 1834) contient: 1° une *revue des travaux les plus récens dans le domaine de la matière médicale* (suite), par le professeur Dierbach, de Heidelberg; 2° *nouvelles observations pour servir à l'histoire de l'empoisonnement par des saucisses corrompues*, par le docteur Paulus, de Stuttgart; 3° *observation d'une morsure de vipère*, par le docteur Sibergundi; 4° *observation d'un cas de flux cœliaque occasioné par une désorganisation du gros intestin*, par le même; 5° *cas de tumeurs sanguines aux parties génitales externes de la femme*, communiqués par M. le professeur Nægele. Nous avons déjà fait remarquer que ces sortes d'observations sont assez fréquentes (Gazette médicale, n° 47, 1834), et depuis quelque temps nous en avons publié plusieurs exemples. Ceux qui sont rapportés sous ce titre n'offrent rien qui n'ait déjà été observé; 6° *de l'opération césarienne sur une femme vivante, comparée à cette même opération sur une autre femme morte subitement à la fin de la gestation*, par le docteur Reuter; 7° *d'une espèce particulière de vice de conformation des bassins de femme*, par M. le professeur Nægele; 8° *de la pleurésie lente*, par le docteur Heyfelder.

De l'opération césarienne sur une femme vivante, comparée à cette même opération faite sur une autre femme morte subitement à la fin de sa gestation; par le docteur Reuter.

La femme qui fait le sujet de la première observation, opérée à cause d'un vice de conformation, suite du rachitis, n'a survécu que huit jours et a succombé à une métro-péritonite; l'enfant a été retiré vivant. La seconde opération fut entreprise sur une femme qui venait de mourir; l'enfant était mort également.

Ces deux observations ne présentent d'intéressant que les résultats comparatifs suivans. Quelle que soit la difficulté des indications à suivre pour l'opération césarienne sur une femme vivante, cette difficulté est plus grande encore quand il s'agit d'opérer sur une femme qui vient de succomber à une mort subite. Dans ce dernier cas, ces indications dépendent de la certitude que l'on peut avoir de la vie de l'enfant et de la mort de la mère; mais cette dernière certitude n'existe pas dans l'espace de temps où l'opération doit être faite pour sauver la vie de l'enfant, à moins que la vie de la mère n'ait cessé par une cause extérieure évidente. Cet espace de temps est tout au plus de trois heures. Pour ce qui concerne la certitude de la vie de l'enfant chez une femme morte subitement, on a de plus grandes difficultés à y parvenir que chez une femme vivante, qui peut, par les sensations qu'elle éprouve, donner des indications; de plus, l'enfant participe plus ou moins de l'état maladif qui a précédé la mort subite de la mère; ses mouvemens sont plus faibles, moins intenses et moins sensibles à cause du manque de la réaction de la matrice. L'opération offre encore chez la seconde plus de difficulté que chez la première; en effet, chez une femme morte subitement ou dans un état de mort apparente, le sang stagnant dans les veines s'échappe avec plus de facilité et donne lieu à des épanchemens considérables, circonstance qui, avec l'état d'inertie et de flaccidité de la matrice, rend moins sûre la main de l'opérateur et devient, en cas de mort apparente, une des complications les plus fâcheuses; chez la femme vivante, au contraire, la matrice est plus ferme, plus résistante, et s'oppose par ses contractions, mieux que tout autre moyen hémostatique, à l'épanchement du sang, qui est aussi moins à craindre, parce que les vaisseaux veineux sont moins distendus.

D'une espèce particulière de vice de conformation des bassins de femme, par M. le professeur Nægele.

Ces bassins présentent les particularités suivantes:

1° La déviation des os a lieu dans un sens oblique tel que la symphyse des pubis poussée d'un côté, et la saillie du sacrum dirigée de l'autre ne se correspondent plus en face, mais se trouvent dans une direction oblique; en sorte que, dans le sens des diamètres obliques, les détroits et l'excavation du petit bassin sont rétrécis; tandis que, dans le sens opposé, ils ont non-seulement leurs dimensions naturelles, mais sont encore agrandis si la déviation est considérable. On peut dire que le détroit supérieur, ou plus particulièrement une surface plane circonscrite par une ligne tirée le long de la crête des pubis et de la ligne innominée des ilions jusqu'au sacrum, et une autre surface plane tracée par la pensée au centre de l'excavation, au point où l'on a coutume de déterminer l'ouverture moyenne, représentent, vues par devant, un véritable ovale couché obliquement, dont le diamètre oblique rétréci serait le petit diamètre ou l'antéro-postérieur, et le diamètre oblique resté normal ou agrandi serait le grand diamètre ou le transversal.

2° La symphyse sacro-iliaque du côté où est tournée la petite extrémité de l'ovale, est entièrement ossifiée, de manière qu'on n'y remarque plus ou à peine des traces d'articulation.

3° Le sacrum du même côté paraît on arrêté dans son développement, ou vicieusement conformé.

4° La symphyse des pubis est tournée du côté opposé à celui où l'on remarque l'ossification de la symphyse sacro-iliaque, tandis que le sacrum regarde plus vers le même côté.

5° La cavité pelvienne est en quelque sorte dirigée obliquement de haut en bas.

6° La paroi antérieure du bassin, du côté où existe l'ossification sacro-iliaque, loin d'être voûtée en dehors, comme à l'état normal, est au contraire aplatie, en sorte que sa surface interne est presque plane, et qu'une ligne qui partirait du milieu ou même de l'extrémité de la ligne innominée de l'ilion, dans le cas où la déviation du bassin serait forte et longerait le corps et la branche transversale du pubis jusqu'à la symphyse, ferait une ligne à peu près droite. Jamais M. Nægele n'a observé dans ces sortes de bassins que la paroi antérieure du côté affecté fût courbée ou voûtée de dehors en dedans.

Une conséquence naturelle de ce vice de conformation, c'est que la cavité cotyloïde du côté aplati est dirigée plus en avant, tandis que celle du côté opposé l'est entièrement en dehors; aussi, en examinant de face un tel bassin, on voit en plein dans la première, tandis que l'autre ne s'aperçoit qu'en partie et de côté. Une autre remarque à faire, c'est que l'os ilion du côté ossifiées plus étroit, de l'épine antérieure et supérieure à l'épine postérieure et supérieure, que celui du côté opposé, qui, de même que tout l'os innominé en général, ne présente aucune anomalie.

En ce qui concerne les autres propriétés de ces os de ces bassins, leur force, leur solidité, leur structure, leur couleur, etc., elles ne sont aucunement altérées. Quant à la colonne vertébrale, sur les neuf observations citées par l'auteur, dans deux cas elle n'a présenté aucune déviation; dans deux autres les vertèbres lombaires étaient courbées à gauche, là où la soudure sacro-iliaque était faite à droite, et à droite là où elle s'était faite à gauche. Dans quatre cas, la face antérieure des vertèbres était légèrement tournée du côté où existait l'ossification sacro-iliaque.

L'état des vertèbres n'a point été constaté dans le neuvième cas: dans

(1) Lorsqu'on expérimente un remède sur l'indication d'un autre praticien, on a une propension naturelle, je dirai même un désir dont on ne se rend pas compte, de trouver ce remède en défaut. On ne voudrait pas le rejeter sans raisons, mais on n'hésite pas à le faire lorsqu'on peut s'autoriser d'un fait qui, sans qu'on s'en doute, n'est souvent qu'un prétexte. C'est là une des faiblesses si nombreuses du cœur humain, dont il est peu de personnes capables de se défendre.

aucun le vice de conformation qui nous occupe n'était la suite du rachitisme ou de l'ostéomalacie ; dans aucun il n'avait été déterminé par une cause ou violence externe, comme chute, coup, contusion ; jamais aussi les personnes n'avaient éprouvé de douleurs ni dans le bassin, ni dans les extrémités inférieures.

M. Nægele connaît jusqu'à présent neuf exemples bien constatés de ces bassins ainsi vicieusement conformés ; ils ne diffèrent entre eux que par le degré de rétrécissement et le côté où existe l'ossification ; sous tous les autres rapports, ils sont d'une identité si parfaite, qu'on peut facilement prendre l'un pour l'autre. Cette ressemblance est importante à remarquer en ce qu'on peut en conclure une identité de cause et de mode de développement.

Des neuf bassins dont l'auteur donne ici une description détaillée, il avait eu occasion d'observer les nos 1 et 2 dès 1803 ; ils avaient appartenu à deux jeunes femmes, toutes deux primipares ; l'une avait été accouchée au bout de 36 heures de travail, par le forceps, d'un enfant mort, et avait succombé le quatrième jour à une métro-péritonite ; l'autre n'avait pu être délivrée qu'au moyen de la perforation, et était morte dans les 24 heures suivantes. Les nos 4 et 5 lui furent communiqués par M. le professeur D'Outrepont de Würzbourg, qui lui envoya les bassins. Les deux femmes étaient également primipares, comme toutes celles qui font le sujet des exemples suivans ; chez la seconde, on avait tenté en vain l'application du forceps, puis la perforation ; elle avait succombé sans être délivrée ; la première était morte aussi des suites d'un accouchement laborieux.

Les nos 6, 7, 8 et 9 furent observés, les deux premiers à Milan, par M. le docteur Mencke de Brême, ami et élève de M. Nægele, dont il possède toute la confiance ; les deux autres, par le fils de M. Nægele ; savoir, l'un au musée pathologique de Vienne, la mère était morte d'une rupture de l'utérus ; l'autre à Paris, dans la collection de l'hospice de la Maternité. L'accouchement avait eu lieu en 1822 ; la femme, apportée à l'hôpital après quatre jours de travail, y était morte sans être délivrée pendant l'opération de la perforation.

Le n° 3 appartient à M. Nægele lui-même ; l'individu qui portait ce bassin était une jeune fille de 19 ans, forte, paraissant très-bien conformée, régulièrement menstruée depuis l'âge de 16 ans. La mesure de Baudelocque indiquait largement 7 pouces ; à l'exploration interne, on ne trouva point, comme cela a lieu ordinairement chez les primipares, la tête située profondément en avant et d'un ballottement difficile ; mais elle était placée très-haut et très-mobile ; on ne pouvait atteindre l'angle sacro-vertébral ni avec un ni avec deux doigts. Le travail durait depuis trois jours, et la tête était tellement engagée à l'entrée de l'excavation que l'on crut en toute sûreté pouvoir appliquer le forceps ; mais on rencontra des difficultés auxquelles on ne s'était nullement attendu ; et l'on fut obligé d'employer une telle force, que plus tard on regretta de n'avoir point eu recours à la perforation. L'enfant fut retiré mort, et la mère succomba au bout de cinq jours à la fièvre puerpérale.

La description que nous allons donner de ce bassin, d'après M. Nægele, suffira pour faire connaître tous les autres.

Au premier coup-d'œil on aperçoit toutes les défectuosités que nous avons énumérées au commencement de cet article ; mais à part ces défauts, il pourrait passer pour un bassin régulier, bien conformé et normal sous le rapport de la force, de la solidité, de la structure et de la couleur : sec et dénudé de toutes les parties molles il pèse avec les trois vertèbres lombaires, 17 onces et 3 gros et demi.

L'os innominé gauche est comme tourné en haut et en dedans, de manière que la crête de l'os des îles, la cavité cotyloïde et la tubérosité sciatique de ce côté sont situées plus haut que du côté opposé : de même l'épine sciatique gauche est dirigée plus en haut et plus en arrière que l'épine sciatique droite ; l'écartement entre la première et l'apophyse transverse de la première vertèbre du coccyx n'est que de 9''', tandis que la distance entre l'apophyse transverse et l'épine sciatique du côté droit est de 1'' 9'''. Une ligne tirée de la moitié de la ligne innominée de l'os des îles gauche, et prolongée derrière le corps et la branche horizontale du pubis gauche jusque près de la symphyse s'écarte peu de la ligne droite.

La largeur de l'os des îles gauche depuis l'épine antérieure et supérieure jusqu'à l'épine postérieure et supérieure est de 5'' 7'''

La même largeur de l'os des îles droit, 5 10

Aux deux os, la crête est encore sous forme d'épiphyse.

Le sacrum se compose de quatre, le coccyx de six fausses vertèbres.

La hauteur du sacrum est de 2 11

La longueur du coccyx de 1 10

Une ligne droite tirée du milieu de l'angle sacro-vertébral, jusqu'au sommet du coccyx a 4 2

La moitié gauche du sacrum est beaucoup plus étroite et moins bien développée et conformée que la moitié droite.

Une ligne tirée depuis la symphyse sacro-iliaque droite jusqu'à l'endroit où se trouve ordinairement la symphyse sacro-iliaque gauche a 3 4

La distance de la symphyse sacro-iliaque au centre de l'angle sacro-vertébral, est à droite de 2 2

A gauche, de 1 4

Excavation de la face antérieure du sacrum régulière.

L'écartement entre le milieu de l'angle sacro-vertébral et l'endroit où se réunissent le corps et la branche horizontale du pubis est à gauche de 1 10

A droite, de 3 5

L'éloignement de ces mêmes points des pubis des épines antérieures et supérieures des os des îles, est à gauche de 4 1

A droite, de 5 2

L'os innominé droit et la moitié du sacrum correspondante sont régulièrement conformés ; seulement, comme ce dernier n'est composé que de quatre fausses vertèbres, il n'existe que trois paires de trous sacrés.

La symphyse sacro-iliaque gauche est entièrement ossifiée, de sorte qu'on n'y trouve plus aucune trace d'une articulation antérieure ; les deux os paraissent ne plus en faire qu'un ; seulement, on remarque à l'endroit où existe ordinairement la symphyse de petites aspérités très-insignifiantes, qui ne peuvent être prises pour des vestiges d'une articulation que par ceux qui savent qu'il en existe ordinairement une à cet endroit.

Le détroit supérieur, ou plutôt une surface plane circonscrite par la ligne tirée le long de la crête des deux os pubis et de la ligne innominée des deux os des îles, prolongée jusqu'au sacrum, représente un ovale couché obliquement et dirigé d'arrière en avant et de gauche à droite, dont la petite extrémité est formée par la région où doit se trouver la symphyse sacro-iliaque gauche, et la grosse par le corps et la branche horizontale du pubis droit.

Le diamètre *oblique gauche*, qui peut presque être considéré comme le grand diamètre de cet ovale, mesure 4'' 7'''

Le *droit*, 3 5

Une ligne tirée du milieu de l'angle sacro-vertébral au bord supérieur de la symphyse pubienne, mesure 3 9

Au centre de l'excavation pelvienne, là où l'on a coutume de fixer l'ouverture pelvienne moyenne, on peut décrire dans la pensée une surface plane ovalaire qui sera égale à celle tracée au détroit supérieur.

L'éloignement du milieu de l'excavation du sacrum du milieu de la symphyse pubienne est de 4 4

Le diamètre antéro-postérieur de la cavité pelvienne, ou plutôt la distance entre les deux extrémités du diamètre antéro-postérieur établi dans l'excavation d'un bassin régulier, est de 3 11

L'éloignement des deux épines sciatiques est de 3

La branche gauche de l'arcade pubienne se dirige en descendant plus en dehors et en arrière que la branche droite.

La distance entre les deux tubérosités sciatiques est de 3

Nous avons dit que ces différens bassins présentaient des défectuosités à peu près uniformes, et qu'ils ne différaient entre eux que par le côté où se trouvaient l'ossification de la symphyse sacro-iliaque et le plus haut degré du rétrécissement. Mais M. Nægele avait déjà observé en 1811 (1) que la déformation dont il est question ici, c'est-à-dire le rétrécissement d'un des côtés du bassin par le rapprochement mutuel de l'angle sacro-vertébral et du corps de l'un des pubis, se rencontrait plus fréquemment à *gauche* qu'à *droite*. Cette observation se trouve de nouveau constatée aujourd'hui ; en effet, sur les neuf bassins examinés dans ce travail, l'ossification de l'articulation sacro-iliaque et le rétrécissement du bassin se rencontrent sept fois à gauche et deux fois seulement à droite.

L'auteur parle encore, en passant, d'un bassin qui a avec ceux dont il vient d'être question de la ressemblance, en ce qu'il présente également une déviation oblique ; que la symphyse pubienne est un peu dirigée à gauche, le sacrum à droite, et que les apophyses transverses

(1) Erfahrungen und Abhandl.

des vertèbres qui composent ce dernier os paraissent arrêtées dans leur développement; mais toutes ces défauts n'existent qu'à un degré très-léger et n'ont jamais mis obstacle au travail de l'enfantement. Une différence essentielle le sépare des autres bassins, c'est que la symphyse sacro-iliaque du côté rétréci n'est point ossifiée. D'ailleurs, il est reconnu qu'il existe des bassins avec ossification de l'une des symphyses sacro-iliaques sans aucune déviation.

Quelles sont maintenant les causes qui président au développement de ce vice de conformation, et en particulier à l'ossification de l'une des symphyses sacro-iliaques? Est-ce une inflammation ancienne qui a existé dans les premières années de la jeunesse? et l'espèce et le degré de conformation vicieuse que l'on observe à l'un des côtés du bassin sont-ils la suite de l'ossification? ou bien une courbure de la colonne vertébrale, dans la jeunesse, a-t-elle été cause de cette défectuosité? ou enfin, ce vice de conformation dépend-il d'un défaut d'organisation originaire, d'après lequel les noyaux osseux destinés à la formation des parties du sacrum se trouvant arrêtés d'un côté dans leur développement, la nature aurait effectué la réunion des vertèbres sacrées supérieures avec l'un des os iliens au moyen de l'ossification?

M. Nægelé, tout en paraissant pencher pour cette dernière explication, à l'appui de laquelle il cite l'exemple d'un bassin de femme d'ailleurs bien conformé, mais auquel il manquait la portion gauche de la première vertèbre sacrée, remplacée par un appendice transverse qui pouvait être regardée comme le rudiment de la portion de vertèbre manquante, ne se prononce pour aucune d'une manière affirmative. Il pense qu'on a besoin encore d'observations plus nombreuses et plus exactes; il conseille donc fortement de pousser plus loin ces recherches, de remonter aussi haut que possible à l'état antécédent des malades, et d'examiner surtout, dans les autopsies, la conformation de la colonne vertébrale.

L'auteur pense que cette sorte de vice de conformation n'est pas fort rare: peut-être que Delpech (*Mémorial des hôpitaux du midi*), en parlant des rétrécissemens obliques du bassin et de leur fréquence, a en vue ces espèces de bassins. Cependant il ne voudrait pas l'affirmer; mais il ne doute pas que ce soit de ces bassins que M. Dubois a fait mention dans sa thèse pour le concours de la chaire de clinique d'accouchemens. (GAZETTE MÉDICALE, mai 1834.)

Si, outre cette fréquence, on fait attention que ce vice de conformation se développe chez des personnes d'ailleurs bien bâties et qui n'ont jamais été atteintes de rachitis ou d'ostéomalacie, et chez lesquelles aucune autre maladie ou circonstance antécédente ne peut faire soupçonner son existence; si l'on se persuade avec raison combien il est difficile de reconnaître cette difformité, soit par l'introduction des doigts dans l'intérieur, soit par l'application du compas d'épaisseur, soit par l'exploration extérieure surtout des personnes grasses, et lorsqu'on est peu familiarisé avec la connaissance du défaut d'organisation que l'on recherche; si enfin on se rappelle que, dans tous les cas de cette espèce connus jusqu'à présent, la mère et l'enfant ont toujours succombé, on ne pourra nier que *l'étude de ce point de pathologie du système osseux ne soit de la plus haute importance pour la pratique des accouchemens, et que cette espèce de difformité ne doive, dans nos traités et manuels d'obstétritie, occuper une place dans le chapitre des vices de conformation du bassin, de même que les difformités dépendant du rachitis ou de l'ostéomalacie.*

Il est bien entendu que cette circonstance doit être prise en grande considération sous le rapport de la symphyséotomie, et particulièrement par ceux qui considèrent le rétrécissement oblique comme une indication principale pour cette opération.

D'ailleurs le savant professeur de Heidelberg promet de revenir plus amplement sur cette matière si intéressante.

DE LA PLEURÉSIE LENTE; par M. le docteur HEYFELDEN.

Les trois observations suivantes de pleurésie *chronique* ou *lente*, comme l'appelle l'auteur, nous paraissent trop intéressantes sous le rapport de la pathologie, de la thérapeutique, et de leur terminaison, pour ne point être rapportées. Dans les trois cas la maladie s'est terminée par guérison; une fois par voie de résorption, les deux autres fois par élimination du pus, dans un cas par les bronches, dans l'autre par issue à travers les parois thoraciques.

Nous rapportons avec quelques détails la première observation, dont le diagnostic est posé d'une manière tout-à-fait française; nous y avons surtout remarqué l'habileté et la sagacité avec lesquelles M. le docteur Heyfelder se sert du sthétoscope et de la percussion; moyens qui nous paraissent en général trop négligés en Allemagne, dans le diagnostic des maladies de poitrine.

OBS. I. — Fréd. Lauchert de Sigmaring, âgé de 6 ans, fort et bien portant, né de parens sains, eut au mois de décembre 1833 une éruption humide à la face, principalement à l'oreille et à la région auriculaire; elle céda à l'emploi des diurétiques. Vers la fin de janvier 1834, inflammation de la glande parotide qui se dissipa au bout de quinze jours par un traitement antiphlogistique. Le 27 février se déclarent, après un refroidissement, tous les signes d'une phlegmasie intestinale qui atteint bientôt un très-haut degré d'intensité. (Traitement antiphlogistique et moyens dérivatifs.)

Au bout de cinq jours, et après deux exacerbations, la fièvre et les signes de l'inflammation intestinale disparaissent; mais des symptômes du côté de la poitrine, qui s'étaient montrés dans le principe de l'affection intestinale, deviennent plus marqués; toux plus fréquente et plus forte persistant jour et nuit, chute des forces, amaigrissement, douleur à l'épaule gauche; de nouveau pouls fréquent et tendu, soif, inappétence, fièvre continue avec exacerbations irrégulières. Peu à peu le malade recherche de préférence le décubitus sur le côté gauche; au mois de mars, il ne peut plus se coucher que sur ce côté; toute autre position, même la position assise, augmente la toux et la dyspnée; on remarque que les battemens du cœur sont très-sensibles du côté droit; la respiration, devenue courte, accélérée, inquiète, s'accompagne d'un râle muqueux; nuits sans sommeil; sueurs qui épuisent le malade; urines rares, claires, d'un rouge vif.

Le 8 avril, le malade est dans l'état suivant: Position accroupie sur le côté gauche; la paroi thoracique droite bombée vers le haut; émaciation extrême; sueurs profuses; pouls petit, inégal, accéléré; grande faiblesse; perte de l'appétit; langue et gencives rouges, chaudes, humides; expression de douleur, d'anxiété et teinte de cyanose dans la figure; yeux enfoncés; doigts maigres, effilés; avec courbure des ongles; soif fatigante sans pouvoir boire beaucoup; décubitus forcé sur le côté gauche; toux; respiration courte, fréquente, anxieuse; les muscles thoraciques paraissent frappés d'inertie; insomnie, ou, à la moindre tendance à dormir, réveil en sursaut; élévation et déviation du sternum; courbure de la colonne vertébrale; différence notable des deux côtés du thorax constatée par la mensuration; dilatation plus forte du côté gauche, surtout dessous les fausses côtes; déviation à droite du cœur, dont les battemens fréquens et quelque peu irréguliers ne sont presque plus perçus à la région précordiale gauche; son mat du côté gauche de la poitrine et absence de tout bruit respiratoire; égophonie sous la troisième côte; son métallique quand le malade est couché un instant sur le côté droit, puis placé sur son seant. Du côté droit, la percussion et l'auscultation ne démontrent rien d'anormal; pulsations du cœur par momens irréguliers, et non isochrones avec les battemens parfois intermittens du pouls.

Donc plus de doute sur la présence d'un liquide dans la cavité thoracique gauche. Quarante-huit heures après ce premier examen, on aperçut même une tuméfaction considérable entre les troisième et quatrième, et une plus forte encore entre les sixième et septième côtes. La paracentèse indiquée est faite en ce dernier endroit à l'aide du histouri; il s'échappe de la plaie, par un jet abondant et continu, une quantité énorme de pus (6 chopines), et le malade en éprouve aussitôt un soulagement marqué; il demande à manger, et après avoir satisfait ce désir il se livre pendant quatre heures à un sommeil véritablement réparateur; car à son réveil il éprouve un sentiment de bien-être; la toux a disparu et la respiration est plus libre; il est à remarquer aussi que pour la première fois l'urine se sécrète en plus grande abondance, et que sa couleur est plus naturelle. Comme le pus continue à suinter, on n'interpose point d'éponge préparée entre les lèvres de la plaie. (Eau de Selters coupée avec du lait; bouillon mucilagineux; infusion de digitale pour abattre l'éréthisme du pouls qui a persisté.)

Nuit bonne; sommeil jusqu'au matin; un seul accès de toux. Le lendemain, plus d'égophonie, mais point encore de bruit respiratoire; battemens du cœur plus réguliers, moins sensibles dans la région précordiale droite.

Le dixième jour après l'opération, son du côté thoracique gauche moins mat; quelques traces du retour de la respiration de ce côté; différence des deux côtés de la poitrine moins sensible à la mensuration. Du reste, état normal; retour des forces; le malade peut se lever quelques heures. (Plus de médicamens; on continue l'eau de Selters avec le lait; diète légère et nourrissante.)

Le pus, qui a continué à se faire jour à travers les bords de la plaie, tend à diminuer; il cesse parfois pendant quelques jours, puis revient; au commencement de juin seulement la suppuration tarit entièrement et laisse la plaie se cicatriser. L'enfant peut alors être considéré comme guéri. Soumis le 29 juin à un examen attentif; il présente les particularités suivantes: Les deux côtés de la poitrine donnent à la percussion, en arrière et en avant, un son également sonore; des deux côtés bruit respiratoire presque égal; la mensuration ne fait plus voir qu'une différence de trois quarts de pouce entre les deux moitiés du thorax, immédiatement au-dessus des mamelons; mais les fausses côtes sont encore fortement bombées en devant et en dehors; battemens du cœur encore sensibles à droite, quoiqu'à un plus faible degré; colonne vertébrale paraissant avoir repris sa direction verticale; omoplate et mamelon un peu plus aplatis à gauche qu'à droite; dans les inspirations profondes, la moitié droite du thorax parait se dilater davantage que la moitié gauche.

OBS. II. — L'individu qui fait le sujet de cette seconde observation est un soldat âgé de 20 ans, de taille moyenne, d'une apparence scrophuleuse. Pendant l'hiver de 1823—24, il fut pris par un temps humide d'une affection subinflammatoire de la poitrine, qui fut traitée par des moyens antiphlogistiques et dérivatifs, mais n'en revêtit pas moins un caractère catarrhal chronique. Bientôt il s'y joignit tous les symptômes de la pleurésie lente que nous venons de décrire. M. Heyfelder ayant perdu de vue ce malade, eut occasion de le revoir au bout de neuf semaines; tous les symptômes avaient disparu sans expectoration et sans élimination par les parois thoraciques; il examina la poitrine et trouva *une grande différence entre les deux moitiés du thorax, dont la gauche était aplatie et comprimée; le mamelon de ce côté paraissait enfoncé et l'omoplate inclinée. De plus, le côté gauche ne se dilatait point pendant les inspirations, mais restait entièrement inactif, tandis que le côté droit se dilatait avec force. Enfin, son mat et absence du bruit respiratoire dans toute l'étendue de la partie gauche du thorax.*

Le cas suivant a été communiqué à M. Heyfelder par M. le docteur Batzer.

OBS. III. — M. N., 33 ans, constitution scrophuleuse, mais santé florissante; sujet aux affections rhumatismales et catarrhales. Pendant l'hiver 1829-30, la sécrétion du mucus nasal, d'ordinaire très-abondante, diminua et fut remplacée par une secrétion copieuse de mucosités venant des bronches, de la trachée-artère et du pharynx. Cependant on n'observa point de toux; elle ne survint que l'été suivant, à la suite d'un refroidissement, mais sans influer sur le reste de la santé, qui continua à être bonne jusqu'au 7 novembre 1830. Tout à coup M. N. fut pris d'un accès de toux s'accompagnant d'efforts de vomissement, et suivi bientôt d'une expectoration abondante d'une humeur lymphatique insipide et inodore; puis il survint un peu de soulagement; mais vers le même soir reparut l'irritation du larynx et de la trachée-artère avec fièvre et toux continuelle. Après quarante-huit heures, il s'y associa une expectoration d'une matière épaisse, jaune et visqueuse, répandant une odeur analogue à celle de l'hydrogène sulfuré. Le 15, sueurs profuses et urines critiques, suivies de la cessation de la fièvre; mais la toux et l'expectoration persistèrent; la première avait même pris, sans cause connue, un caractère convulsif et spasmodique. Le malade était sans cesse couché sur le côté gauche, où il rapportait aussi la principale douleur. Dans les premiers jours de décembre, l'expectoration se montra entremêlée de stries de sang. Une saignée fut faite sans aucun résultat. Depuis cette époque, il survint tous les sept jours à peu près une expectoration puriforme mêlée de stries sanguines qui durait vingt-quatre à quarante-huit heures, s'annonçant, pendant un temps plus ou moins long, par une toux sèche et sans douleur de poitrine; puis le malade avait ordinairement un intervalle libre de six jours. (Diète douce, calmante; à l'extérieur, des dérivatifs; à l'intérieur, des antiphlogistiques et des narcotiques.)

Cependant M. N. dépérissait de jour en jour et était devenu extrêmement sensible à tout ce qui pouvait irriter le système dermoïde, lorsque, le 10 février 1831, il fut pris subitement d'un violent accès de toux, pendant lequel il rendit une grande quantité de pus fétide et des concrétions membraniformes que l'on reconnut être les parois d'un sac contenant du pus. Depuis ce moment, l'état du malade s'améliora sensiblement. Dans les mois de mars et d'avril, il rendit de nouveau de semblables membranes, puis la toux diminua et toute espèce d'expectoration cessa. On passa un séton au côté gauche de la poitrine, les médicamens furent supprimés et remplacés par de l'eau de Selters avec du lait. Il est à remarquer qu'avec la cessation de la toux et de l'expectoration purulente, la sécrétion du mucus nasal se rétablit et redevint aussi abondante qu'auparavant. A dater de cette époque, la santé de M. N. s'est toujours consolidée; mais il lui est resté une différence très-sensible des deux côtés du thorax, et on ne peut méconnaître un certain degré d'inertie des parois thoraciques du côté anciennement affecté.

Il résulte de ces trois observations et de huit autres publiées par le docteur Krüger-Hansen et feu le docteur Becker, que la pleurésie lente affecte le plus souvent le côté gauche. Sur ces onze cas, elle n'a été observée qu'une seule fois à droite.

Chez nos trois malades, il paraît avoir existé une prédisposition à cette affection par cause scrophuleuse. Ces faits confirment aussi l'observation déjà faite, que la pleurésie lente naît pendant le cours d'affections catarrhales ou rhumatismales qui ont été entravées dans leur marche.

Dans les trois cas, mais surtout dans le premier, la pleurésie lente apparaît comme un abcès par congestion, avec lequel elle a de commun sa marche lente et insidieuse; c'est pourquoi l'auteur préfère le nom d'*inflammation lente de la plèvre* à celui de *pleurésie chronique*.

On retrouve dans ces observations les trois modes de terminaisons par la guérison indiqués par Becker: l'élimination du pus à travers les parois thoraciques, la résorption et l'expectoration. La première issue peut ici encore être considérée comme la plus favorable, en ce que l'évacuation du liquide épanché se fait plus vite, et que la guérison arrive plutôt; de là découle pour le médecin l'obligation de recourir à la paracenthèse chaque fois que le sthétoscope et la percussion ont fait reconnaître l'épanchement.

II. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

PAR HUFELAND ET OSANN.

Les cahiers d'août et de septembre contiennent: 1° *Observations pratiques*, par le docteur Krimer; 2° *de la rubéole (rotheln)*, par le docteur Wagner; 3° *du galvanisme comme moyen d'introduire dans le corps des substances alimentaires*, par le docteur Schrœder. A l'occasion de deux cas où l'auteur a employé ce moyen thérapeutique avec succès, il entre dans les détails sur les différens modes d'application, mais ne rapporte rien d'intéressant qui n'ait déjà été dit par MM. Smith et Fabré-Palaprat. 4° *Quelques remarques sur le choléra*, par le docteur Ellissen; 5° *remarques pratiques sur la syphilis*, par le docteur Droste. Cet article est divisé en deux parties; dans la première, l'auteur discute l'identité de la gonorrhée et de la syphilis, et paraît incliner vers l'affirmative. Dans la seconde, il passe en revue les différentes formes d'altérations que le virus syphilitique produit selon les tissus qu'il affecte, examine en même temps les principaux traitemens par le mercure, et s'étend principalement sur celui de Dzondi, auquel il donne la préférence. 6° *Epidémie d'une fièvre épigastrico-nerveuse*, par le docteur Kahleis; rien de remarquable. 7° *Asphyxie par la vapeur de charbon*, par le docteur Graff. D'après l'autopsie faite sur trois cadavres, les personnes qui succombent à l'action de la vapeur du charbon meurent plutôt par apoplexie que par asphyxie.

QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT DE L'INDURATION ET DU SQUIRRHE DE L'UTÉRUS, par le docteur KRIMER.

L'auteur commence par élever des doutes sur les succès récens obtenus surtout en France, par l'ablation d'une portion de l'utérus dans le cas de squirrhe ou de cancer. Il demande si, dans tous les cas, on avait affaire à de simples affections cancéreuses; s'il n'y avait pas là quelquefois de véritables indurations, des engorgemens variqueux avec ou sans ulcération non squirrheuse, si enfin on a suivi assez long-temps les malades, pour pouvoir répondre d'une guérison complète. C'est ainsi qu'il cite l'observation de Mme de C.....ky, âgée de 43 ans, d'une constitution faible, délicate, mais douée de beaucoup d'esprit et d'une humeur enjouée (comme s'exprime l'auteur de l'observation), qui souffrait d'un squirrhe de toute la portion vaginale de la matrice, prêt à passer à l'état cancéreux. Un opérateur des plus distingués de Paris fit l'ablation de la portion malade en présence d'un nombreux public. Quatorze jours après il déclara Mme C.....ky radicalement guérie, et la présenta comme telle à une assemblée de médecins. En effet, sa santé se soutint pendant près de deux mois; mais voilà qu'au bout de ce temps il se montra des fleurs blanches qui devinrent de plus en plus abondantes et de mauvaise nature. La malade fut envoyée aux eaux de Spa, qui provoquèrent des hémorrhagies tellement fortes et fréquentes, qu'on fut obligé d'en interrompre l'usage. Elle vint à Aix-la-Chapelle sept mois après l'opération: soumise au toucher, on découvrit des végétations et des ulcérations cancéreuses occupant la portion vaginale de l'utérus; bientôt fièvre hectique, marasme; et cette malheureuse alla mourir aux bains d'Ostende.

Les pompeuses descriptions des résultats brillans que MM. Dupuytren, Bellini, Stoltz, Récamier, Lisfranc et autres disent avoir obtenus, continue M. Krimer, en portant hardiment le scalpel sur les dégénérescences squirrho-cancéreuses de l'utérus, m'ont entraîné à les imiter; et il cite cinq faits où cette opération, entreprise dans les conditions les plus heureuses, réussit il est vrai dans le principe, mais où toutes les malades éprouvèrent des récidives.

A la suite de ces observations il conclut, avec M. Jœrg, que tout squirrhe ou cancer de l'utérus est aggravé et accéléré dans sa marche par les procédés opératoires; il ne parle cependant que des extirpations partielles; car, ajoute-t-il, pour ce qui regarde l'ablation de tout l'organe, les faits pour ou contre ne sont pas encore assez nombreux pour asseoir un jugement définitif. Probablement, dans les cas où on a obtenu un succès assuré, on avait affaire à de simples indurations, tuméfactions ou engorgemens variqueux. Dans de pareils cas on doit toujours faire usage de moyens plus doux. Le traitement qu'il emploie est le suivant: d'abord sangsues à l'orifice de la matrice, ou, chez les jeunes filles, aux petites lèvres; à l'intérieur, quatre à cinq fois par jour un scrupule de sel ammoniac avec quatre à huit grains de poudre de ciguë. Chez les scrophuleuses, il ajoute quinze à vingt grains de charbon animal. Cette médication est continuée pendant quatorze jours ou trois semaines. Après la première menstruation, on reprend les poudres, puis on a recours à l'hydrochlorate d'or appliqué au col de l'utérus de la manière suivante. Au moyen d'un tuyau de platine ou d'ébène long de cinq pouces et large de trois lignes, introduit dans le vagin jusqu'au-devant du col de l'utérus, on porte, avec un pinceau une dose de 2 à 3 grains de ce médicament fraîchement pulvérisé avec du sucre, sur la partie affectée. Cette opération est répétée tous les jours; dans les intervalles on fait des injections d'eau de camomille avec de l'eau de laurier-cerise; on suspend toute médication s'il survient une nouvelle menstruation, qui alors est plus facile et plus abondante qu'avant; deux jours après celle-ci, on reprend le traitement, qui est encore continué pendant trois semaines. Le plus souvent les symptômes de l'affection utérine ont disparu: si les fleurs blanches persistent, des bains ferrugineux froids les font cesser.

Ce traitement a non-seulement réussi dans des affections utérines bénignes, mais encore là où il y a manifestement un état squirrheux, quand il pouvait être entrepris à temps.

DE LA RUBÉOLE, par le docteur WAGNER.

Sous le titre de *Rœtheln* les auteurs allemands distinguent un exan-

thème pour la description duquel ils ne sont nullement d'accord; les uns en font une modification de la scarlatine, les autres une variété de la rougeole, d'autres encore l'admettent comme un exanthème particulier. De ce nombre est le docteur Wagner; il est à regretter que dans la courte description qu'il donne de cette maladie et dans laquelle on observe des symptômes appartenant à la scarlatine et à la rougeole, seulement à un degré affaibli, cet auteur n'ait pu réussir à lui établir des caractères qui puissent la faire distinguer de ces deux dernières.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

RÉSULTATS COMPARATIFS DE LA VACCINATION, PRATIQUÉE SUR PLUSIEURS MILLIERS D'INDIVIDUS.

Les discussions qui ont agité l'an dernier l'Académie royale de médecine, et qui se représenteront plus d'une fois encore, sur la valeur des revaccinations, ont fait sentir le besoin d'observations nombreuses et soigneusement constatées. Nous avons reproduit déjà les résultats obtenus des revaccinations tentées dans l'armée prussienne; on leur comparera avec intérêt les tableaux suivans fournis par l'armée wurtembergeoise. Les conséquences qu'en a tirées le docteur Heim paraîtront sans doute à beaucoup de nos lecteurs, ainsi qu'à nous-mêmes, un peu hasardées; mais la question est trop importante pour ne pas donner place à toutes les opinions, et surtout à celles qui se fondent sur une aussi grande masse de faits.

RÉSULTATS COMPARATIFS DE REVACCINATION OPÉRÉE

	Dans l'armée wurtembergeoise, depuis 1829,	Dans quatre régimens, pendant l'été 1833.
	Sur 4802 individus,	1633 individus,
1° Eurent une vaccine légitime	1208	577
Portaient des cicatrices légitimes	664	293
— défectueuses	259	116
Ne portaient point de cicatrices	281	168
Etaient marqués de la variole	4	»
2° Eurent une vaccine incomplète ou modifiée	956	366
Dont :		
Portaient des cicatrices légitimes	572	193
— défectueuses	278	134
Ne portaient point de cicatrices	104	19
Etaient marques de la variole	2	»
3° Individus chez lesquels le caractère de la vaccine n'a point été déterminé d'une manière précise	223	»
Dont :		
Portaient des cicatrices légitimes	159	»
— défectueuses	71	»
Ne portaient pas de cicatrices	1	»
Etaient marqués de la variole	2	»
4° Individus dont ni les caractères de la vaccine, ni ceux des cicatrices, n'ont pu être déterminés	691	»
5° Individus chez lesquels la revaccination a été tout-à-fait sans résultats	1722	740
Dont :		
Portaient des cicatrices legitimes	957	382
— défectueuses	500	222
Ne portaient point de cicatrices	259	136
Etaient marques de la variole	8	»

De ces données statistiques il résulte :

1° Que si des 4,802 individus revaccinés, portés au premier tableau, on retranche les 691, chez lesquels les résultats de la revaccination n'ont point été déterminés avec précision, quoique peut-être pour la plupart ils eusseot eu une bonne vaccine; il en reste encore 4,111 chez lesquels ces résultats ont pu être constatés d'une manière régulière. Sur ce nombre, le rapport des revaccinations avec un bon résultat est de 30 à 100, à peu près le tiers; celui des revaccinations avec résultat incomplet ou modifié de 24 à 100, le quart; celui des revaccinations sans résultat de 46 à 100, les cinq douzièmes. Le caractère des cicatrices n'eut nulle part d'influence sur les effets de la revaccination; sur les 4,111 revaccinés, 3,727 portaient des cicatrices normales, et cependant la revaccination réussit chez 1,208 d'entre eux, ainsi à peu près sur un tiers. D'un autre côté, sur 3,888 dont on put constater l'état des cicatrices, 644 n'en portaient pas de traces, ce qui fait un peu plus d'un sixième; et cependant parmi ces derniers 259, c'est-à-dire plus du tiers, ne contractèrent point la seconde vaccine, et 104, ou le sixième, ne l'eurent qu'incomplètement.

2° Les proportions sont à peu près les mêmes pour les individus portés au second tableau; sur 1683 revaccinés, 577 (34 sur 100, ou à peu près le tiers) le furent avec un parfait résultat; 366 (22 sur 100, environ le cinquième) avec un résultat incomplet ou modifié; 740 (44 sur 100, un peu moins des cinq douzièmes) sans aucun résultat. Sur 100 individus, 51 portaient des cicatrices normales, 28 en portaient de défectueuses, et 21 n'en portaient pas du tout.

Ces résultats concordent entièrement avec ceux obtenus tout récemment dans plusieurs corps de l'armée prussienne, où généralement un tiers des individus vaccinés eurent de véritables boutons vaccinaux. (*Rust's magazin*, b. 39, h. 3. — Voyez aussi GAZETTE MÉDICALE, année 1833, n° 70.)

De ces différens résultats et des observations et réflexions qui les accompagnent, M. le professeur Heim de Ludwigsburg, à qui nous devons ces recherches intéressantes, déduit les conséquences suivantes.

1° Aucune vaccination, même la plus légitime, ne détruit *pour toujours* toute susceptibilité pour une nouvelle vaccine, ou, ce qui revient au même, elle ne protége point *pour toujours* contre la contagion varioleuse. — La durée préservative de la vaccination ne dépasse pas 17 ans chez l'homme. — Tout individu non variolé, quoiqu'en général peu susceptible de contracter plus d'une fois la variole, conserve une capacité bien plus grande pour la vaccine, qu'il peut avoir plusieurs fois, selon qu'il vit plus ou moins long-temps.

2° Ainsi l'état des cicatrices de la première vaccination perd de son importance pratique, et il ne peut plus être d'un grand intérêt de se demander si après un certain laps de temps, après l'âge de 17 ans, par exemple, on peut avec de bonnes cicatrices être encore préservé pour long-temps ou même pour toujours.

3° Il est donc nécessaire de revacciner, au plus tard après la dix-septième année, même les individus qui portent de bonnes cicatrices. *Cette revaccination doit être répétée tous les ans jusqu'à ce que le virus-vaccin ait bien pris.* On peut alors se considérer comme préservé de nouveau pour 14 ans, terme moyen, d'après Grégory, de la durée préservative de la vaccine.

4° Des cicatrices défectueuses sont en général d'une vaccination non préservative. Cependant certaines personnes portant de ces sortes de cicatrices, et d'autres qui n'en montrent plus de traces, ont été garanties jusqu'à 20, 30 ans, et même au-delà.

5° C'est un préjugé de croire que *le bon vaccin du bras d'un adulte revacciné soit moins propre pour revacciner un autre adulte que celui tiré du bras d'un enfant. Au contraire, beaucoup d'adultes revaccinés une première fois sans résultat du bras d'un enfant, le furent huit jours après du bras d'autres adultes avec le plus beau résultat, quelques-uns cependant simplement avec un résultat modifié.*

6° Il paraît en conséquence que le virus vaccin d'adultes convient mieux aux adultes et celui d'enfans mieux aux enfans. Cependant des essais de vaccination pratiqués sur des enfans non encore vaccinés, avec du vaccin d'adulte, ont parfaitement hien réussi, de même aussi que des vaccinations sur adultes avec du vaccin d'enfans.

7° Si l'on considère que plusieurs personnes ont été, dans leurs premières années, vaccinées avec un résultat modifié ou incomplet, et tout récemment au contraire avec un succès parfait; que d'autres, soit dans leur enfance, soit lors de leur revaccination, n'ont en chaque fois qu'une vaccine imparfaite, mais que chez elles on a lieu de s'attendre, à la prochaine revaccination, à un résultat complet, on pourra avec raison regarder la vaccine incomplète ou modifiée, et analogue en quelque sorte à la variole modifiée, comme l'avant-coureur d'une prochaine susceptibilité pour la vraie vaccine, susceptibilité approchant de celle pour la varioloïde; ou comme le signe d'une diminution incessante de la force préservative contre le virus varioleux. On admettra de même que la vaccine incomplète peut se reproduire plusieurs fois chez le même sujet, jusqu'à ce que la propriété préservative du vaccin qui, après une certaine époque, va toujours en diminuant, soit entièrement détruite, ou qu'il se soit développé une nouvelle vaccine légitime.

EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB CONTRE LES HÉMORRHAGIES.

Quoique ce médicament ait déjà long-temps été proposé contre les hémorrhagies, on trouvera quelque intérêt dans les observations suivantes, où il fut employé avec un succès étonnant après que tous les autres moyens avaient échoué.

OBS. I. — G. I..., âgé de 16 ans, d'une constitution délicate, avait souffert depuis deux ans d'une toux sèche, et plus tard d'une inflammation aiguë du cœur, dont il fut guéri avec beaucoup de peine au moyen de fortes émissions sanguines, du calomel et de l'acide prussique à haute dose. Une convalescence très-longue, ainsi qu'une irritabilité très-prononcée des organes respiratoires, en furent la

suite. Il y a dix-huit mois, à la suite d'un effort, la toux augmenta et la respiration devint difficile, et le lendemain il se déclara une forte hémoptysie. Les saignées générales et locales, des bains de pieds chauds, des sinapismes sur les pieds, des fomentations de glace sur la poitrine, les sels ammoniac et de Glauber, des pilules de glace, l'alun, le salpêtre, l'extrait de ratanhia, les acides minéraux et d'autres astringens ne firent pas cesser l'hémorrhagie, qui fit perdre au malade en 36 heures cinq livres de sang, sans compter 52 onces qui furent tirées au moyen des émissions sanguines. Le malade était d'une pâleur cadavérique, froid, les battemens du pouls et du cœur insensibles; une défaillance succédait à l'autre; la respiration était à peine sensible et plusieurs fois on crut le malade mort. Dans cet état désespérant, on prescrivit :

Prenez : Acétate de plomb pur,	2 grains.
Opium pur,	1/4 de grain.
Sucre de lait,	4 grains.

Faites une poudre; à répéter cette dose six fois seulement; à prendre une poudre toutes les deux heures.

Dès la seconde dose l'hémorrhagie cessa. On donna au malade du vin du Rhin et du bouillon gras par petites cuillerées. Le malade reprit des forces, les battemens du cœur redevinrent sensibles, ainsi que le pouls; l'hémorrhagie ne revint plus, si ce n'est que le malade rendit quelques caillots de sang coagulé; il jouit d'un sommeil paisible; la peau devint plus chaude, et le lendemain il était hors de danger. Les poudres furent continuées encore deux jours, et il en fut pris en tout 18. La convalescence fut longue; mais après quatre mois le malade était mieux portant qu'avant cet accident, et il jouit encore aujourd'hui d'une bonne santé.

Encouragé par cet exemple et par beaucoup d'autres, où ce médicament héroïque a été administré à de plus fortes doses avec succès, sans occasioner d'accidens, l'auteur l'a employé encore dans d'autres hémorrhagies.

Obs. II. — Une dame âgée de 49 ans, affectée très-souvent de métrorrhagies et de fleurs blanches, après avoir abusé du coït pendant la nuit, et avoir eu le matin une dispute avec voies de fait, fut prise d'une métrorrhagie extrêmement abondante; elle augmenta encore par un vomitif qui provoqua trois vomissemens; on avait déjà employé inutilement plusieurs hémostatiques. Le médecin la trouva presque mourante; il lui administra à la hâte 3 grains de sucre de saturne avec un peu de vinaigre étendu, et après 7 gouttes de teinture thébaïque. L'hémorrhagie cessa une demi-heure après; cette dose fut répétée encore deux fois dans l'intervalle d'une demi-heure. L'hémorrhagie ne revint plus; les fleurs blanches s'améliorèrent et la menstruation se fit d'une manière régulière. La malade reprit des forces et fit un voyage de Paris à Londres sans éprouver d'hémorrhagies.

Obs. III. — Mme fut atteinte d'une métrorrhagie à la suite d'un avortement au troisième mois. On employa tous les moyens indiqués en pareil cas, excepté la compression de l'aorte. Cet état durait déjà depuis trois jours; enfin il s'écoula à la place du sang un fluide couleur de chair, et déjà l'on voulait pratiquer la transfusion, lorsque M. Krimer administra l'acétate de plomb à la dose de 3 grains, avec un quart de grain d'opium; à prendre une poudre toutes les heures. L'hémorrhagie cessa. La malade avait pris huit poudres.

Cinq jours après, il se déclara un faible écoulement lochial qui disparut bientôt. La malade reprit lentement ses forces, et trois mois après la menstruation se rétablit d'une manière régulière.

M. Krimer dit avoir employé depuis à plusieurs reprises ce médicament après que tous les autres moyens avaient échoué; une fois dans un cas d'épistaxis qu'on ne pouvait faire cesser, il donna la prescription suivante, qui lui réussit au mieux.

Prenez : Opium pur,	1/4 de grain.
Acétate de plomb pur,	2 grains.
— de potasse,	3 —
Sucre de lait,	5 —

Pour une poudre qu'on doit prendre dans un pain à cacheter.

Il fait remarquer que, quoiqu'il n'ait jamais observé de suites fâcheuses de ce médicament donné à dose héroïque, il ne l'emploie qu'après que tous les autres moyens ont échoué, et ne le continue jamais plus long-temps que deux jours.

DU CARBONATE D'AMMONIAQUE COMME SPÉCIFIQUE contre toutes les formes et dans tous les stades de la scarlatine.

Dans un opuscule publié à Berlin en 1833, sous le titre de *Ueber das scharlachfieber und ein gegen alle formen und stadien desselben hœchst wirksames specificum*, M. le docteur Strahl rapporte qu'en 1832, pendant qu'il exerçait la médecine dans le physicat de Friedland (Prusse occidentale), il y régna une épidémie de scarlatine de mauvais caractère, qui s'étendait fort au loin et s'était propagée jusqu'à Kœnigsberg, où, comme partout ailleurs, elle se montrait très-meurtrière. « Dans le cercle où je pratiquais, dit ce médecin, il n'y avait pas de village qui ne fût atteint, et il n'était point rare de voir mourir quatre à six enfans dans une journée. Chargé par l'autorité de mettre un terme aux progrès de ce terrible fléau, j'arrivai à une époque où il avait atteint son plus haut degré de violence. Mal secondé par des parens en général extrêmement pauvres et dont l'incurie égalait l'ignorance; ne pouvant d'ailleurs voir les malades que tous les quatre ou cinq jours, à cause de leur grand nombre et de l'éloignement des villages, il ne me fut point possible de songer à une méthode de traitement régulière et établie d'après les règles de l'art. Cependant, telle était la violence du mal, qu'il n'y avait de salut à espérer que dans l'emploi de moyens prompts et énergiques. Dans ce cruel embarras, je me rappelai un remède qui a été vivement recommandé par les médecins de l'Amérique du Nord : je veux parler du *carbonate d'ammoniaque*, qui, d'après eux, devait agir efficacement contre toutes les formes et dans tous les stades de la scarlatine.

» La formule est la suivante :

Prenez : Carbonate d'ammoniaque,	2 gros.
Eau distillée,	6 onces.
Sirop de guimauve,	1 once.

M. D. S. Prendre toutes les deux heures une demi-cuillerée à une cuillerée à bouche.

» J'avoue que ce ne fut pas sans une grande répugnance et sans avoir long-temps combattu, que je me résignai à l'emploi de ce médicament, bien décidé à le discontinuer au premier effet nuisible que j'en remarquerais. J'en fis d'abord l'essai sur des malades que j'avais occasion de voir souvent. Le résultat que j'obtins dans les premiers cas graves où je l'administrai, surpassa tout ce que j'avais osé espérer. Je vis avec une surprise extrême ces symptômes qu'ordinairement nous considérons comme des symptômes encéphaliques, rétrograder d'une manière incontestable, dès que les malades eurent pris la première potion. Et, chose digne de remarque, dans des familles nobles où il m'était permis de suivre un traitement régulier, là où le calomel, les sangsues, les applications froides et d'autres moyens avaient échoué, le carbonate d'ammoniaque encore montra ses excellens effets. Je pus les observer aussi, et même à un degré encore plus étonnant dans la scarlatine dite nerveuse, ataxique. La face pâle et affaissée du malade s'animait d'une nouvelle turgescence vitale; le pouls tremblottant et vacillant reprenait de la fermeté et du calme; le délire cessait, en un mot tout danger avait fui; l'angine la plus intense n'exigeait pas d'autre traitement, le carbonate d'ammoniaque suffisait à tout.

» J'employai donc ce remède dans la plus grande extension chez tous les enfans, pour toutes les formes, dans tous les stades de la scarlatine, et toujours avec un succès brillant et assuré.

» Je réponds sur mon honneur de la vérité de ce que j'avance. De 140 malades, sur lesquels j'en comptais beaucoup de très-gravement atteints, je n'en perdis pas un seul.

» Lorsque dans le traitement des accidens consécutifs, de l'hydropisie, par exemple, les diurétiques même les plus énergiques manquaient leur effet, j'administrais avec un plein succès le carbonate d'ammoniaque.

» D'après cet exposé où il n'y a rien d'exagéré, je crois pouvoir regarder le carbonate d'ammoniaque comme un véritable spécifique contre la scarlatine, et le recommander comme tel aux médecins praticiens. L'action marquée que ce remède a sur les affections consécutives à la scarlatine, prouve qu'il agit comme un véritable spécifique contre le principe même du mal; caractère qui ressort encore de l'effet constamment heureux qui suit son administration, quels que soient le stade ou la forme de l'exanthème dans lesquels on l'emploie. »

Ces paroles du docteur Strahl se trouvent rapportées par le docteur Roesch, dans un article sur une épidémie de scarlatine inséré dans les numéros 25 et 26 du journal que nous analysons (1).

Il ajoute : Convaincu de l'insuffisance de toutes les méthodes thérapeutiques connues jusqu'aujourd'hui contre la scarlatine, et engagé par le ton de conviction qui règne dans l'ouvrage de M. Strahl, dans lequel du reste ce médecin fait preuve d'instruction et de connaissances, je résolus à mon tour d'expérimenter un médicament si puissamment recommandé. Je l'employai d'abord dans les scarlatines malignes : voici le résultat de mes expériences.

1° Dans trois cas où l'acide hydrochlorique, le calomel et d'autres moyens avaient échoué, je ne fus pas plus heureux avec le carbonate d'ammoniaque : les malades moururent un jour ou deux après l'administration de ce dernier remède. Il est vrai de dire que ces trois malades n'en prirent qu'une petite quantité; on pourrait m'objecter aussi que peut-être je le donnai trop tard.

2° Un garçon de onze ans avait vu son état s'améliorer visiblement aussitôt après l'administration du carbonate d'ammoniaque; mais il succomba plus tard à une fièvre lente consécutive.

(1) Bericht über das scharlach fieber in meinem Bezirke im Winter und Frühjahr, 1834.

3° Dans quatre cas qui appartenaient sans contredit aux plus désespérés, j'obtins du carbonate d'ammoniaqne les effets les plus benreux. La première malade, une petite fille de sept ans, n'en prit qu'environ un demi-gros : les trois autres, denx filles et un garçon, tous de quatre ans, en prirent bien chacun une demi-once dans l'espace de quatre à six jours. Les symptômes les plus alarmans, tels que le coma alternant avec une agitation délirante, l'angine gangrénense, le flux nasal, en un mot les indices du danger le plus imminent, disparurent par l'effet de ce médicament.

4° L'nne des petites filles de quatre ans ayant en plus tard deux abcès qui suppnrèrent beaucoup, pnis la fièvre bectique, et étant arrivée au dernier degré d'émaciation, je donnai de nouveau du carbonate d'ammoniaque et fis faire des injections d'une décoction de quinquina et d'essence de myrrbe dans les foyers purulens, que je toncbai fréquemment aussi avec la pierre infernale. La petite malade se rétablit complétement et très-rapidement, dès que j'eus preserit de nouveau le carbonate d'ammoniaque.

5° Dans les maladies consécutives, excepté le cas que je viens de citer, je n'ai jamais eu besoin de recourir à ce remède, les autres m'ayant toujours parfaitement bien réussi. Je tiens du docteur Gross, de Tuttlingen, qu'il a employé avec beaucoup de succès le carbonate d'ammoniaque dans un cas d'anasarque consécutif à la scarlatine.

Sans doute, d'après ces faits encore trop peu nombreux, on ne saurait asseoir un jugement définitif sur l'action spécifique du carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine; mais ils suffisent pour jnstifier d'avance toutes les nouvelles expériences qu'on pourra tenter à cet ègard.

TRAVAUX ACADÉMIQUES,

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 JANVIER.

PLUIE DE CRAPAUDS.

Un particulier écrit de Saint-Amour qu'il a vu à deux reprises de petits crapauds qui, après une pluie d'été, se trouvaient en grande abondanee dans nne partie du chemin qu'il parcourait. Ayant parlé de ce fait aux paysans des environs, on lui dit qu'il tombait sonvent de ces crapands avec la pluie. Il n'en voulnt rien eroire, et, de ce qu'il n'a pas cru alors, il pense être en droit de conelnre aujourd'hui que ceux qui diseot avoir vu tomber des crapauds, se sont trompés ou ont menti.

AMIDON.

A l'occasion d'une communication récente que M. Payen a faite sur ce sujet, et dont nous avons donné l'aoalyse, M. Guibonrt adresse une lettre dont le but principal est de rappeler qu'il avait indiqné avant M. Payen la division entière et sans residu de la fécule de pomme-de-terre dans l'ean bouillante et dans l ean acidulée et alcalisée. Il ajoute que le premier de ees caractères n'appartient pas à toutes les feeules, qui offrent à cet égard de grandes variations. Ainsi, dit-il, l'amidon de fromeot laisse constamment dans l ean bouillante nn residu insolnble qui a la forme de flocons légers et irrégnliers. L'amidon d'orge, plus fortement organisé, laisse pour résidu des tégumens denses et isolés, arrondis ou reniformes, et la résistance de cet amidon à la dissolution permet d'expliqner la qualite indigeste de la farine d'orge comparée à celle du blé. La féenle du sagou est, de toutes, la plus résistaote à l'action de l'eau bouillante, qui ne parvient qu'à peine à déformer son tégument.

Des expérienees récentes, ajoute M. Guibourt, m'ont aussi fait reconnaitre que les fécules pouvaient différer par le nombre des parties qui entrent dans leur composition. Par exemple la fécule de pomme-de-terre étaut formée d'un même principe amylacé sons les trois états *d'amidin tégumentaire*, *d'amidin gélatineux* et d'amidon soluble, il existe des féenles qui n'offrent que la première ou les deux premières de ces modifications, tel est l'amidon de la gomme adragante, qui est entièrement formé d'une matière dense organisee, cédant à peine quelque peu de substance soluble à l'eau bouillante.

NOUVEAU PORTE-CAUSTIQUE URÉTRAL.

— M. Tanchou adresse un instrument destiné à la cautérisation de l'urètre, et au moyen duquel il eroit pouvoir éviter les inconvéniens dont on n'est pas toujours exempt avec les iostrumens employés jusqu'ici.

Cet instrument se compose d'un porte-canstique ordinaire; mais celui-ci est monté snr une tige en spirale métallique qui lui permet de tourner dans tous les sens saos violenter le canal; de plus, ce porte-canstique est dirigé par un stylet bontonné qui le précède dans sa marche. De eette manière, on est sûr 1° de ne pas faire de fansse route, comme cela arrive fréquemment avec l'instrument de Ducamp; 2° de déposer précisément le nitrate sur le point que l'on veut cautériser.

Commissaires MM. Larrey et Roux.

— M. Geoffroy offre à l'Academie un ouvrage intitulé : Etudes progressives d'un naturaliste pendant les années 1834 e. 1835, et presente dans une note écrite quelques explieations à ce sujet. Le dernier tiers de cet ouvrage contient, dit-il, des idées entièrement oeuves, et que je n'ai pas eru devoir communiquer préalablement même à un ami, un collègue que j'ai coutume de consulter pour mes travanx. Ces idées sont relatives à l'attractioo considérée par rapport aux êtres vivans.

« Kepler et Newtoo, dit M. Geoffroy, sont venus, il y a plus d'un siècle, mettre dans la science cette idée d'attraction. Kepler, homme d'un génie divinateur, eut la pensee de remonter anx canses des choses, et de donner comme le résultat de ses méditations cette proposition : La pesanteur est le fait universel de la nature. Newton, plus réserve sur le fait de la causalité, se conteuta d'établir sa théorie (qu'il nommait indifféremment gravitation ou attraetion) sur la certitude mathématique, à la suite de ses longs et puissans calculs; c'est là ce qne la conviction et la gratitude accueillirent généralement.

» Cependant, continne M. Geoffroy, cette magnifique pensée devait-elle être présentée dans nn sens aussi absolu? devait-elle promettre de satisfaire aussi pleinement à toutes les révélations, à toutes les manifestations de relation de la matière? On l'a cru et sonvent repété. Comment cela? Quand ces points de doctrine n'arrivaient anx hommes que par des savans spéciaux, par les deux astronomes que je viens de nommer. Et en effet, qu'auraient-ils embrassé dans les considérations qu'ils ont prodnites, qui sont, selon eux, les appartenances de la philosophie qu'ils eroyaient devoir donner tous les actes phénomenaux de l univers? Ce qu'ils se sont appliqués à déconvrir et qu'ils ont si admirablement mis en lumière, c'est uniquement la marebe des corps planétaires dans l'étendue embrassée par la sphère d'activité d'une des étoiles du firmament. Certes c'était déjà là une vue immense, nn service qui les a fait justement proclamer les plus utiles penseurs parmi les bommes.

» Mais ees denx grands astronomes n'ont pourtant apporté à la philosophie naturelle que des éclaircissemens pour une seule section des sciences. Ils ont visité en hommes de génie les ebamps astronomiqnes; à tous autres égards les seiences sont restées dans l'enfance, surtout les notions qui s'appliquent à la matière observée de près, et dans ses actions à très-courte distance.

» Voilà ce qu'avec son discernement ordinaire, le général en ebef de l'armée d'Orient soutenait nne demi-heure avant de quitter l'Egypte, dans une vive altercation qu'il eut avec Monge sur ce sujet, avee Monge qui se retranchait dans le mot de Lagrange : Il n'y avait qu'un monde à découvrir. Cette conversation mémorable est contenue tout entière dans mon ouvrage, p. 182.

» Or, c'est du point où sont venues les doctrines de l'attraction newtonienne, attraction consideree senlement à l'égard du système planétaire, que je snis parti pour éteodre et appliquer à nos usages socianx les vues aequises à la seience. J'ai pensé, et avee bien des philosophes, Maupertuis et autres, que l'attraction devait être considerée comme une souree où il faudrait aller encore puiser; qu'il y avait là nn fait d'essence qui ne pouvait être propre seulement aux masses planétaires, pour constituer une appartenanee de toutes choses.

» Les astronomes, pour qne eette essence se manifestât dans leur champ d'observatioo, ont trouvé lenrs lois seeondaires. Ils n'avaient besoin que d'elles pour se rendre nn compte satisfaisant des phénomènes planétaires. Mais d'autres savans s'occupant des faits de la vie répandus à la surface de la terre, des faits de l'organisation animale, des modifications incessaotes et des mutations inoombrables de toutes les parties à petite dose de la matière, devaient se confier au fait général formulé par Newton, au fait dit *attraction*, pour y chercher et trouver les conditions secondaires qui, étant appliquées à un autre ehamp d'observation, firent de ce fait d'attraction, dérivé du principe oewtooien, le principe d'une explication universelle.

» Voilà le problème que je me snis proposé de résondre depuis trente-trois ans, qui toutes les nuits obsédait mon esprit, que chaque fois je résolvais ou croyais résoudre par fragmens, et dont je vous apporte la solution, ou du moins celle que j'ai conçue.

» Un fait secondaire, ce sont les considérations que j'applique dans l'iotitulé : *Loi de soi pour soi*. Je n'ai rien à dire sur cela que de vous déposer mon mémoire dans lequel mes raisons sont dédnites.

» Depnis six jours on allait mettre sous presse mon diseours préliminaire; j'ai cru remarquer que lundi dernier on avait attribné à M. Cuvier quelques vues fausses qu'il n'avait jamais eues, et que l'on avait anssi atteuné les services que j'ai rendus à mon vieil ami lors de son entrée en carrière. J'ai profité de cette porte ouverte ponr donner mes opinions à cet égard, et j'ai fait en eonséquence des annotations à mon discours preliminaire, où je remets chaque ehose en sa place. »

— M. Geoffroy ayant achevé la lecture de cette note, M. Flourens, anteur de l'éloge bistorique de M. Cuvier, répond qu'il n'a attribné à l'illustre naturaliste ancune opinion qu'il n'eût snffisamment manifestée, et que les vues qui penvent paraitre fausses à M. Geoffroy, ne sont pas telles à ses yeux; tout ce qu'il a dit dans l'éloge de M. Cuvier est le résultat d'un examen attentif et conseiencieux des documens qui lui ont été sonmis, et il demande qu'on respecte l'expression de ses opinious comme il est disposé à respecter celle des opinions de ses confrères, même quand il ne les partage pas.

ÉLECTIONS.

On procède à l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Auguste de Saint-Hilaire, qui passe cette année aux fonctions de présideut. Au premier tonr de scrutin, M. Biot obtient 21 suffrages, M. Dupin 14; les quinze autres voix sont réparties entre MM. Poinsot, Freycinet, Poncelet et Ampère. Au deuxième tour de scrutin, le nombre des votans étant seulement de 49, majorité 25, M. Biot obtient 27 suffrages et M. Dupin 18. M. Biot est déclaré élu et vient prendre place au bnreau.

DE LA SAPONINE.

M. Thénard fait en son nom et celui de M. Dumas un rapport sur un mémoire de M. E Fremy, relatif à un nouvel acide retiré de la saponine.

La saponine, substance remarquable par la propriété qu'elle a, même à la proportion d'un millième, de rendre mousseuse par agitation l'eau dans laquelle elle est dissoute, fut découverte il y a peu d'années par M. Bussy, dans le *gymnocladus canadensis*. Les expériences de M. Fremy semblent démontrer son existence ou celle d'une matière semblable dans le marron d'Inde, comme on la rencontrera probablement bientôt dans d'autres végétaux. M. Fremy a cru devoir étudier l'action qu'ont sur elles les divers réactifs. En se livrant à ces recherches il a trouvé un acide qui paraît être nouveau.

Cet acide, que l'auteur nomme *acide esculique*, se forme toutes les fois qu'on fait réagir à chaud les acides puissans sur la saponine. Celle-ci se dissout d'abord, bientôt la dissolution se trouble et donne lieu à un dépôt blanc d'acide esculique.

Cependant il existe sous ce rapport une différence notable entre la saponine de la saponaire et celle des marrons d'Inde. La première ne donne d'acide esculique qu'avec les acides, à l'aide de la chaleur; la seconde en donne, au contraire, avec ceux-ci, soit à chaud, soit à froid; et encore lorsqu'on la soumet à l'action de la potasse ou d'un courant électrique.

M. Fremy donne dans son mémoire les principales propriétés de l'acide esculique, sa composition, sa capacité de saturation et quelques uns de ses sels. Il signale en même temps quelques produits qu'il a retirés des marrons d'Inde, entre autres une matière amère, soluble dans l'eau, qui cristallise en belles paillettes. Nous pensons, disent en terminant les commissaires, que M. Fremy doit être invité à continuer ses recherches, à examiner pourquoi la saponine de marron d'Inde ne se comporte pas de même avec les alcalis et avec la pile; quels sont les produits qui prennent naissance lorsqu'on la soumet à l'influence de l'un de ces agens, etc. Quoi qu'il en soit, ajoutent-ils, le travail de M. Fremy nous paraît dès à présent mériter l'approbation de l'Académie.

RACINES DES PLANTES.

M. Dumas fait, en son nom et celui de M. Turpin, un rapport sur un mémoire de M. Payen, relatif aux racines des plantes.

M. David avait vu que les solutions de tannin nuisent à la végétation, et c'est ce que M. Payen a reconnu en répétant les expériences de l'illustre chimiste anglais. En cherchant les limites de cette action, il a reconnu qu'une solution qui renferme un millième de tannin seulement, ne tarde pas à causer la mort de la plante dont elle baigne les racines. Il a vu que le siége de l'altération est dans les radicelles, et en particulier dans les spongioles proprement dites. Ces parties, quand la plante est immergée dans la solution de tannin, deviennent bientôt opaques et engorgées au point de ne plus pouvoir transmettre les liquides qu'elles sont destinées à pomper. Il fallait savoir si l'action du tannin dans ce cas, dépendait de l'effet qu'on lui connaît sur les matières azotées en général, ou bien d'une action particulière sur la fécule. Pour décider cette question, l'auteur a soumis à la distillation les spongioles d'un grand nombre de plantes, et des portions de radicelles prises à quelque distance des spongioles. Dans ce dernier cas, le produit de la distillation est toujours acide, tandis que dans le premier il est constamment alcalin et ammoniacal. Ainsi dans les spongioles il existe une matière azotée qui prédomine assez sur le reste pour donner le caractère au produit de la distillation, et il était probable qu'une partie de l'effet du tannin était dû à cette circonstance. Mais il fallait aussi s'assurer qu'il n'y avait aucune action exercée sur la fécule, et M. Payen a fait à ce sujet des expériences d'où il résulte qu'il n'y a pas de fécule dans les spongioles; et que la matière azotée dont il s'agit, uniformément répandue dans les spongioles, accompagne plus haut le tissu cellulaire, et ne s'y retrouve pas plus bas.

Par une expérience très-simple, en faisant végéter les mêmes plantes dans de l'eau pure et de l'eau alcaline, l'auteur s'est assuré que dans le premier cas la matière azotée demeure intacte, tandis que dans le second elle est entièrement dissoute. Les spongioles devenues transparentes ne se développaient plus, ne donnaient plus d'ammoniaque à la distillation et ne rougissaient plus par le nitrate de mercure. L'auteur, disent en terminant les commissaires, a très-clairement expliqué l'effet nuisible du tannin, et il a mis hors de doute l'existence d'une matière azotée dans les spongioles et autour des vaisseaux de la plante; ils pensent qu'en raison du grand nombre de plantes essayées et de la variété des familles auxquelles elles appartenaient, on peut dire que toutes les plantes phanerogames offriront cette circonstance de structure. Ils engagent l'auteur à étendre ses expériences aux bourgeons et aux diverses parties de la fleur, qui, comme on le sait, sont fort azotes.

CONSTITUTION MOLÉCULAIRE DE LA FÉCULE AU MOMENT DE SA LIQUÉFACTION.

M. Biot lit une note sur ce sujet.

M. Payen ayant annoncé qu'il avait trouvé un moyen de nettoyer la fécule, de manière qu'après cette préparation, si on lui fait subir l'action de la diastase, elle ne laisse après la liquéfaction qu'une quantité inappréciable de résidu insoluble, M. Biot a voulu essayer si ce procédé donnerait le même résultat en dissolvant la fécule par les acides. L'honorable académicien ayant reconnu qu'il réussit également bien, et qu'il n'enlève à la fécule aucune quantité sensible de matière à rotation active, en a profité pour des expériences dont le but était de déterminer combien un poids donné de fécule, amené juste à l'état de complète liquéfaction qui précède la transmutation en sucre, développe comparativement de matière active sous l'influence des acides divers, si cette matière est moléculairement pareille ou différente, selon l'acide employé. Pour résoudre ces questions et une foule d'autres qui s'y rattachent, il fallait observer des solutions pondérées de fécule sans résidu sensible, et en outre assez limpides pour que leur pouvoir rotatoire pût être immédiatement observé. Or, c'est ce qu'on obtient par le procédé de M. Payen, lorsque d'ailleurs les quantités relatives d'eau, de fécule et d'acide, ainsi que la température, sont convenablement réglées, de manière que la formation du sucre soit nulle ou en quantité assez minime pour n'exiger qu'une très-petite correction.

M. Biot a donc opéré ainsi sur la fécule fraiche extraite de tubercules sains soigneusement lavés, puis décapée à la manière de M. Payen, ensuite légèrement séchée pendant vingt-quatre heures dans une étuve à 20 ou 25°, et exposée ensuite à la libre action de l'air. Dix grammes de fécule préparée ont été placés dans un matras à large col, dans lequel on a versé ensuite une quantité connue de mélange acide fait dans les proportions convenables pour que la liquéfaction s'opérât complétement au-dessous de la température de 100°. L'augmentation de poids par suite de cette addition étant notée, le matras a été exposé à l'action de la chaleur et agité constamment tant que les diverses phases du phénomène s'accomplissaient, ce qui avait lieu en peu de minutes; car pendant cet intervalle la masse graduellement échauffée s'épaississait, se prenait en empois, puis s'éclaircissait et se résolvait enfin en un liquide limpide, incolore, transparent comme de l'eau pure, dans lequel on voyait seulement quelques rares filamens très-légers qui y flottaient avec un excessivement petit dépôt d'apparence sablonneuse ou saline réuni au fond, et qui provenait peut-être, dit M. Biot, de quelques sulfates que les lotions préalables ne peuvent pas dissoudre. Le mélange maintenu après la liquéfaction au feu pendant 8 à dix minutes, et de manière à ce que la température se maintînt entre 90 et 95° centésimaux, limites entre lesquelles il ne se fait que très-peu de sucre, avec un mélange comme celui qui était employé dans l'expérience, on laissa ensuite refroidir le matras, et la liqueur resta limpide bien au-dessous de la température à laquelle elle avait été maintenue d'abord. Au bout d'un jour le matras fut pesé de nouveau. En retranchant le poids du vase et celui des dix grammes de fécule, on avait le poids particulier de la solution acide après l'évaporation. Connaissant ainsi les proportions pondérables du mélange, il ne restait plus qu'à mesurer sa force rotatoire et sa densité actuelle, après quoi le calcul faisait aisément connaître l'arc de rotation que la matière liquéfiée des dix grammes de fécule aurait produit sur un certain rayon simple du spectre, si au lieu d'être disséminée dans la solution acide elle eût été observée seule sous l'épaisseur d'un millimètre et avec une densité hypothétique égale à l'unité. Cet élément définitif et comparable pour toutes les substances, est ce que M. Biot nomme leur pouvoir moléculaire.

M. Biot a opéré ainsi avec les acides sulfurique, hydrochlorique et acétique; mais ce dernier, employé même à dose assez forte, n'amenait pas aisément la liquéfaction, ou même paraissait ne pas devoir la produire au-dessous de 100°. M. Biot y ajouta quelques gouttes d'acide hydrochlorique qui la déterminèrent à l'instant, et la solution composée s'est depuis maintenue parfaitement liquide.

Or, les résultats bruts ainsi obtenus, sauf les petites corrections qui doivent les compléter, ont donné pour ces trois expériences des pouvoirs de rotation moléculaire qui sont comme les nombres 136, 131, 137, le plus faible correspondant au mélange d'acide hydrochlorique, dans lequel en effet la petite quantité de sucre formée a été un peu plus sensible que dans les deux autres; de sorte qu'en ayant égard à cette circonstance, on peut, à ce qu'il semble, conclure que dans ces trois expériences les pouvoirs de rotation moléculaire des matières non saccharifiées ont été égaux, ce qui, joint à l'identité de constitution et de poids dont ces matières dérivent, prouve que dans l'état de liquéfaction elles se sont encore trouvées constituées d'une même manière et en même poids sous l'influence de mélanges acides différens.

L'idée se présentait naturellement de les comparer à la dextrine, produit à rotation active et pareillement dirigé vers la droite, qu'on retire des solutions limpides de fécule non saccharifiée quand on en sépare l'acide par un moyen quelconque. Maintenant la dextrine la plus pure, celle qu'on obtient de la fécule de pomme de terre par la diastase, ou de la fécule de panais par l'action seule de l'eau, possède un pouvoir de rotation moléculaire qui est exprimé par le nombre 212, tandis que les trois expériences précédentes donnent pour moyenne 135. Mais pour comparer ces nombres, il fallait les ramener à une même condition hygrométrique des substances employées. Or, la dextrine à laquelle le nombre 212 s'applique avait été amenée à l'état de plaques solides parfaitement diaphanes, au moyen d'un séjour prolongé dans une étuve dont la température différait peu de 50°, tandis que la fécule qui donne ici le nombre 135 n'avait été que séchée légèrement à une température bien inférieure. Cette circonstance n'influait en rien sur les expériences actuelles, où il suffisait d'employer constamment une même fécule dans un même état hygrométrique; mais elle influait sur la comparaison que l'on ne pouvait faire avec la dextrine, soit que d'ailleurs les deux substances fussent diverses ou semblables, pour rapprocher davantage les termes de cette comparaison. Vingt grammes de la même fécule qui avaient servi pour les trois dissolutions acides ont été maintenus pendant douze heures dans une étuve à 50°. La perte se trouva être ensuite de 7 grammes vingt-huit centièmes, de sorte que les 20 grammes de la fécule employée aux expériences ne représentaient exactement que 12,72 grammes séchés à 50°, et cela s'est encore retrouvé ainsi rigoureusement après douze heures d'une nouvelle exposition de la capsule dans l'étuve. Par conséquent, le nombre 135, qui exprimait le pouvoir de rotation moléculaire de la fécule employée aux solutions acides, se serait accru dans le rapport de 12,72 à 20 si on lui eût substitué la même fécule séchée à 50°, ce qui l'aurait portée à 212, c'est-à-dire précisément à la même valeur trouvée par des expériences précédentes pour celui de la dextrine pure séchée à 50°. Ce qui conduit inévitablement à conclure que la matière de la fécule liquéfiée complétement sous l'influence des acides est dès lors identique en poids et en constitution moléculaire à la dextrine pure séparée de tout acide, ou même obtenue par des procédés dans lesquels nul acide n'est intervenu, du moins sauf les petites modifications probablement insensibles que pourraient apporter à ce résultat les corrections indiquées plus haut, et que M. Biot n'a pas encore eu le loisir d'y appliquer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 JANVIER. — *Présidence de M. Lisfranc.*

INVASION DU CHOLÉRA A MARSEILLE.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Robert, docteur-médecin à Marseille, qui donne à l'Académie des détails sur l'invasion du choléra dans cette ville. Voici les principaux faits relatés dans cette lettre, qui a été écoutée avec une grande attention.

Depuis 1830, Marseille et une grande partie de la Provence ont été exposées à une sécheresse extraordinaire; pendant ces quatre années il n'est tombé que dix à douze pouces d'eau, tandis que le terme moyen par année est de dix-neuf pouces. Pendant tout l'hiver dernier il n'a plu que le 10 janvier; le printemps a été sans pluie; l'été, la chaleur a monté jusqu'à 24 et 26° Réaumur, sans une seule goutte d'eau jusqu'au 20 août, époque d'un violent orage qui n'a cependant pas rafraichi l'air; et le thermomètre s'est soutenu constamment jusqu'au 11 décembre, à une hauteur de 12 à 14°. Tontefois du 7 au 24 novembre, dans plusieurs averses successives il est tombé environ 9 pouces d'eau.

Le 11 décembre, après un vent du nord violent, il a gelé; le froid a été à — 2 et 3° Réaumur; le 21 un brouillard épais et ayant quelque chose de sinistre a couvert la ville plusieurs heures et s'est renouvelé trois à quatre jours après. Tels sont en substance les faits météorologiques qui ont précédé ou accompagné l'invasion du choléra.

Il a débuté le 11 décembre par attaquer un plâtrice, âgé de 71 ans, très-robuste, logé sur un grand chemin, à une très-belle exposition et loin du port. Atteint à trois heures du matin il avait succombé le troisième jour.

Le 14, un jeune homme de 35 ans, son ami, logé dans la même maison, et l'ayant visité plusieurs fois durant sa maladie, est frappé à son tour et meurt le quatorzième jour. Quelques jours après la servante ent la diarrhée cholérique; elle eut le bonheur d'échapper.

Le 22, deux nouveaux cas. Un banquier, âgé de 40 ans, atteint à trois heures du matin, mort à cinq heures du soir. Un autre malade de 57 ans succomba en treize heures.

Le 24, une dame de 60 ans, meurt en 8 heures. Le 25, un cordonnier de 35 ans, très-fort, mort en 16 heures. Une femme de la halle, morte en 48 heures. Le 26, un avoué, âgé de 36 ans; les premiers symptômes avaient paru céder et on le croyait sauvé; il est mort le 29. Le 27, deux femmes mortes en moins de 12 heures. Le 28, un vieillard très-robuste, mort en 12 heures; une femme de la halle, morte en 15 heures. Le 29, une dame, épouse d'un médecin, est prise à sept heures du matin; le soir elle n'était pas encore hors de danger. Un cholérique avait aussi été porte à l'hôpital et y était mort dans la journée.

Là s'arrête la lettre de M. Robert; il y a donc eu à Marseille dans un espace de 18 jours 15 cholériques dont 13 morts, et une seule hors de danger. Ce qui est bien remarquable, c'est que jusque-là il n'y a en d'accidens ni dans les dispensaires, ni dans les casernes, ni dans les hôpitaux; à part la première maison attaquée où l on a compté trois malades, tous les autres cas ont été isolés et répartis sur tous les points de la ville; le choléra semble avoir frappé de préférence dans la classe aisée et dans des rues bien aérées; les vieux quartiers et la classe pauvre en sont encore exempts. Enfin la plus jeune des victimes avait 35 ans. Au reste, il y a à Marseille une infinité de faux choleras, beaucoup de cholerines, beaucoup de rhumes avec le type de la grippe; peu d'autres maladies populaires.

Cette lettre est renvoyée à la commission du choléra.

NOUVEAU MOYEN CONTRE LA MIGRAINE.

Parmi les ouvrages imprimés adressés à l'Académie, il s'en trouve un ayant pour titre: *Découverte du vrai siége de la migraine et des moyens de la guérir sans remède en 10, 20 et 30 secondes*, par M. Bonniceau.

M. H. Cloquet demande qu'on fasse un rapport verbal sur ce moyen. On répond que le réglement s'y oppose. Nous suppléerons à cette rigueur du réglement en disant que le moyen proposé par M. Bonniceau consiste dans la compression exercée à l'aide du pouce sur le trajet du rameau frontal, depuis le commencement de l'arcade sourcilière jusqu'à la reunion de son tiers interne avec les deux autres; et dans les cas où cette douleur est plus vive vers la région occipitale, il comprime derrière le condyle entre l'atlas et l'axis, et alternativement parfois entre celle-ci et la troisième vertèbre. Tontefois ce moyen ne réussit que lorsque la migraine est à l'état de pure névrose; si elle est passée à l'état de névralgie, il faut recourir au traitement ordinaire de ces affections. Il va sans dire que, névrose ou névralgie, l'auteur en place le siege dans les nerfs qui parcourent les tégumens du crâne.

— M. Bory de Saint-Vincent adresse à l'Académie l'*Histoire de l'expédition de Morée, partie des sciences naturelles*.

M. Louiseet fait la motion que M. Bory de Saint-Vincent soit inscrit sur la liste des candidats à la première place vacante d'associé libre. Cette proposition est adoptee.

M. Lisfranc, président, propose de voter des remerciemens à son honorable prédécesseur et aux membres du bureau sortans. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. le président annonce que la députation et le bureau de l'Académie ont été reçus par S. M. à l'occasion de la nouvelle année. (Lisez le discours.) Voici le discours que j'ai prononcé:

Sire,

L'Académie royale de médecine, pénétrée de gratitude pour la protection dont l'honore Votre Majesté, s'empresse de lui offrir l'hommage de son profond respect.

Vous avez ordonné, Sire, qu'on s'occupât de la réorganisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine. Cette heureuse prévoyance de Votre Majesté excite toute la reconnaissance de l'Académie.

Rivale des autres sciences physiques, toujours occupée des intérêts sacrés de l'humanité, la médecine n'a pas été étrangère aux découvertes qui donnent tant de lustre à la France. Nous osons espérer, Sire, qu'à l'ombre de la paix et sous l'égide des institutions dont le pays vous a confié la garde, la patrie continuera de s'enorgueillir des bienfaits que les sciences médicales répandront encore sur les contemporains et sur la postérité.

Le roi a répondu qu'il était très-sensible aux hommages de l'Académie; qu'il appréciait ses travaux et l'encourageait à continuer; qu'il espérait voir la médecine marcher chaque jour vers des progrès plus grands, et qu'il en félicitait l'Académie.

TOPOGRAPHIE ET STATISTIQUE MÉDICALES.

M. Villeneuve, au nom de la commission de topographie et de statistique médicales, lit un rapport sur un manuscrit intitulé: *Considérations sur la nécessité de dresser la topographie médicale de tous les cantons, de tracer des préceptes hygiéniques qui leur soient applicables, et en particulier sur la topographie médicale et l'hygiène du canton de Coze, département de la Charente-Inférieure*, par M. Morean.

L'auteur pense que pour tracer une topographie médicale de toute la France, il faut procéder d'abord par cantons, puis par arrondissemens, ensuite par départemens, et enfin s'élever de là à des considérations générales.

Passant ensuite à celle du canton de Coze, objet spécial de son travail, il fait remarquer que ce canton, soumis à des influences de sol et de climat uniformes, est aussi affecté de maladies épidémiques remarquables par leur uniformité. Ainsi on y voit revenir chaque année une phlegmasie de la muqueuse buccale, laryngée et trachéale, offrant un aspect couenneux et plus ou moins rebelle aux efforts de l'art. Les émissions sanguines la font passer le plus ordinairement à l'état chronique. Pendant l'hiver et le printemps de 1833, plus de trois cents individus, particulièrement des enfans, en furent atteints. Cette épidémie enleva le huitième des malades.

Les moyens qui ont le mieux réussi à M. Morean, sont: l'ipécacuanha à doses vomi-purgatives, les vésicatoires aux parties antérieures et postérieures du cou. Le quinquina produisait de bons effets quand la maladie était passée à l'état chronique. Enfin un moyen dont il s'attribue la première application, consiste dans des frictions avec l'huile de croton tiglium sur les régions antérieure et postérieure du cou.

La commission propose d'adresser à l'auteur des remerciemens, et de réclamer son concours pour le grand travail de statistique dont elle doit présenter le plan à l'Académie.

M. Génégar de Mussy désapprouve le plan général proposé par M. Morean. Les circonscriptions administratives, départemens, arrondissemens, cantons, sont tout-à-fait arbitraires et en dehors des circonstances qui peuvent influer sur les constitutions médicales. La marche la plus rationnelle consisterait à diviser la France par bassins circonscrits par des rivières ou des montagnes.

M. Villeneuve. La commission n'a point émis d'opinion à cet égard; elle travaille à un plan général qui sera soumis à l'Académie.

Le rapport et ses conclusions sont adoptes.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ: DE LA CAUSE DES MALADIES; PAR M. GUIBERT, MÉDECIN.

M. Bochoux, chargé de ce rapport, commence par une longue dissertation sur l'éclectisme et la méthode expérimentale, et, comme de coutume, rejette bien loin le premier. La méthode expérimentale a tout fait dans toutes les sciences; elle n'est due ni à Galdée ni à Bacon; elle est aussi ancienne que le monde; elle dirige les premiers pas de notre enfance; les animaux même, pourvu qu'ils aient des fonctions cerebrales un peu developpées, en sont partisans déclarés; enfin elle nous est impérieusement commandée par notre organisation.

M. Guibert aussi paraît être partisan de la méthode expérimentale, ce qui est bien peu dire, puisqu'apparemment elle lui est aussi impérieusement commandée par son organisation, qu'à tout autre. Dans tous les cas, il en a fait, au jugement même de l'honorable rapporteur, un singulier usage. Voici le resumé de son mémoire.

L'introduction du fluide électrique dans l'économie, est la cause de toutes les maladies. Cette introduction a lieu chaque fois que le corps est exposé à éprouver un refroidissement marqué. Le fluide s'écoule au contraire quand le corps s'échauffe. Conclusion: on peut donc donner ou guérir toutes les maladies, en refroidissant ou en réchauffant convenablement les sujets de l'expérimentation.

M. le rapporteur conclut que cette théorie porte un caractère d'exagération qui en fait presque une erreur.

M. Castel. M. Rochoux a contre l'éclectisme de fortes préventions qu'il ne laisse guère passer l'occasion de remettre en lumière. Sa principale objection est que l'eclectisme n'est pas un système. Eh! sans doute ce n'en est pas un, c'est seulement un acte du jugement, qui consiste à trier le bon du mauvais, à prendre l'un et à laisser l'autre, sans être arrête par aucune idee préconçue; et sous ce rapport, l'éclectisme sert manifestement les intérêts de la science. La méthode expérimentale est certes un puissant moyen de decouvrir; mais elle ne suffit pas seule pour arriver à la vérité, puisqu'elle peut mener et qu'elle a conduit à l'erreur les hommes les plus recommandables. Tout récemment je suis venu combattre ici une des opinions professées par Haller; et qui, plus que Haller, a été partisan de cette méthode? Dites que c'est la méthode la plus sûre, je le veux bien; mais ne dites pas que seule elle peut tout faire. Il faut, pour s'en servir avec succès, être bien sûr de son jugement. Tel experimentateur fera des expériences toute sa vie, sans arriver à rien conclure; tel autre, dès les premiers faits, s'élancera de prime-saut aux plus hautes inductions, en devinant les intermédiaires.

M. Génégar. Je partage l'opinion de M. Castel. Loin que la méthode expérimentale soit l'unique moyen de procéder et de découvrir, les plus grandes découvertes ont été faites par synthèse, et devinées pour ainsi dire avant les expériences, qui, plus tard, sont venues les confirmer. C'est ainsi que Newton a inventé l'attraction, qu'un physicien moderne a deviné l'identité de l'électricité et du magnétisme minéral. Il n'y a pas de méthode dans ces découvertes; ce sont des inspirations qui appartiennent au génie; l'expérience sert plus tard à les vérifier.

Le rapport et ses conclusions sont adoptés.

M. Leroy-d'Etiolle communique ses recherches sur les maladies de la prostate, considérées comme causes de la rétention d'urine.

Séance levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES BLESSURES PAR ARMES DE GUERRE, rédigé d'après les leçons cliniques de M. le baron DUPUYTREN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et publié sous sa direction; par MM. PAILLARD et MARX (1).

On se souvient encore des savantes leçons cliniques que les journées de juillet 1830, et plus tard les événemens de juin donnèrent lieu à M. Dupuytren de faire sur les plaies par armes à feu. La GAZETTE MÉDICALE a pris soin, à chacune de ces époques, de reproduire ce qu'elles offraient de plus saillant; plus tard les Leçons orales, ont consacré à cette grande question la moitié d'un volume. Mais ces diverses publications, limitées par leur nature, ne touchaient qu'aux points capitaux; MM. Paillard et Marx ont eu l'heureuse idée de rédiger les leçons de leur maître sous une forme plus dogmatique; de là le nouveau traité que le nom seul de l'auteur recommande déjà suffisamment pour le faire préférer à tous ceux qui l'ont précédé et qui d'ailleurs avaient déjà vieilli.

Du reste, bien que par son titre il semble s'adresser spécialement aux chirurgiens militaires, il est trop difficile de poser une limite distincte entre les plaies par armes de guerre et les plaies d'autre origine pour que l'auteur ait toujours pu l'observer. C'est donc en réalité un véritable *Traité des plaies*, où sont discutées toutes les questions de cette importante division de la pathologie chirurgicale.

L'ordre suivi par les rédacteurs est simple et facile à saisir. Un premier chapitre, écrit avec une érudition singulière et qui ne se trouvait jusque-là dans aucun livre de chirurgie, traite de la nature et de l'action spéciale des diverses armes de guerre, et ne comprend pas moins de quinze sections. Dens les huit chapitres suivans sont successivement traitées les blessures: 1° *par ponction ou piqûre*; 2° *par armes tranchantes*; 3° *par armes piquantes et tranchantes* à la fois; 4° *par déchirure, rupture ou arrachement*; 5° *par armes contondantes*; 6° *par écrasement*; 7° *par armes à vent et à vapeur*; 8° *par la poudre à canon*. Les plaies d'armes à feu, plus importantes que toutes les autres, occupent à elles seules trois chapitres; l'un qui explique leurs effets physiques; l'autre où sont décrits leurs effets vitaux; le dernier est consacré à la thérapeutique. Là finit le premier volume.

Dans le second se trouvent d'abord cinq chapitres qui complètent la description générale des plaies. Ils traitent des hémorrhagies, de la fièvre traumatique, des abcès viscéraux, de la pourriture d'hôpital et des cicatrices. Le tétanos, qu'on pourrait s'étonner de voir manquer dans la série des complications, a été rattaché aux plaies par piqûre. Enfin, la seconde partie, étudiant les blessures par régions, les examine successivement à la tête, à la face, au cou, à la poitrine, à l'abdomen et aux organes génitaux; celles des membres ont paru suffisamment traitées dans la description générale pour qu'il ne fût pas besoin d'y revenir.

Nous glisserons légèrement sur l'analyse de plusieurs de ces chapitres. La chirurgie militaire a reçu de nos longues années de guerre un tel perfectionnement, qu'il était bien difficile à M. Dupuytren lui-même d'innover souvent; aussi le principal mérite de cet ouvrage consiste surtout, dans les questions où se sont élevées plusieurs opinions, à faire prévaloir celle que l'auteur préfère de tout le poids de son expérience. Toutefois, de temps à autre il trouve des faits curieux qui avaient échappé à ses devanciers; c'est surtout sur ces observations nouvelles ou peu connues que nous dirigerons l'attention de nos lecteurs.

Les instrumens piquans de forme arrondie, tels que les poinçons et autres, sembleraient devoir faire des plaies de forme arrondie, dont les cicatrices représenteraient un point arrondi, saillant ou enfoncé. Il en est tout autrement; sur un individu de 33 ans qui s'était porté trois coups de poinçon dans la poitrine pour se détruire, M. Dupuytren ayant trouvé que les petites plaies étaient longitudinales et semblables à celles qu'aurait pu faire un canif, présuma que le poinçon avait dû agir en écartant seulement les fibres de la peau, et pour déterminer dans quel sens se ferait l'écartement dans les diverses régions, il fit multiplier sur le cadavre des essais dont voici les curieux résultats.

L'instrument employé était un poinçon conique de trois pouces de long à peu près, ne marquant dans sa partie la plus large que trois lignes un quart au graduomètre à trous. On obtint constamment des plaies allongées d'autant plus longues que le poinçon était enfoncé plus profondément; on en rapprochait facilement les bords en tirant la peau dans un certain sens; et dans une région donnée du corps, les petites plaies affectaient toujours la même direction. Ainsi, au cou et à la partie antérieure de l'aisselle, elles étaient dirigées de haut en bas; au thorax, elles étaient parallèles à la direction des côtes ou des espaces intercostaux; à la région antérieure de l'abdomen, elles étaient obliques supérieurement et inférieurement, et semblaient affecter la direction des fibres musculaires; à la partie moyenne, elles étaient dirigées de haut en bas; aux membres, elles étaient parallèles à leur axe.

Les piqûres des tissus fibreux, cartilagineux et osseux peuvent donner lieu à des accidens graves. Les accidens attribués dans la saignée à la piqûre du tendon du biceps ne sont pas imaginaires; cette lésion amène vers le 4e ou 5e jour des douleurs profondes accompagnées de gonflement; bientôt suit la rétraction du membre, puis la fièvre; ces accidens durent des semaines et même des mois entiers, et se terminent par résolution, ou par abcès chroniques, qui ne guérissent qu'après l'exfoliation des portions mortifiées du tendon ou de l'aponévrose. Le traitement en est d'abord antiphlogistique; plus tard pour détruire l'adhérence de la cicatrice aux tissus profonds, on doit avoir recours aux douches d'eau simple, d'eau en vapeur, et aux embrocations huileuses.

Lorsqu'une arme piquante a pénétré dans une articulation, M. Fleury de Clermont a recommandé l'application d'un vésicatoire autour de l'articulation blessée et sur la blessure même; on l'entretient plusieurs jours et même au besoin on le renouvelle. M. Dupuytren a plusieurs fois employé ce moyen avec un plein succès. Que si la lésion articulaire se termine par suppuration et que la synoviale distendue vienne à se rompre, rien n'est plus grave; le pus s'épanche dans les parties environnantes, et l'amputation est ordinairement la seule ressource. M. Dupuytren a vu succomber un blessé qui n'avait pas voulu s'y soumettre.

Lorsqu'un corps étranger demeure perdu dans l'économie, il se passe des phénomènes que M. Dupuytren a eu souvent occasion d'étudier. Y a-t-il de la suppuration alentour? Le corps étranger est enveloppé d'un kyste purulent de nature muqueuse, et au bout d'un certain temps un trajet fistuleux établit une communication avec l'extérieur ou une cavité intérieure. Au contraire, toutes les fois qu'il n'y a ni inflammation ni suppuration, on les trouve entourés d'un kyste absolument séreux, sécrétant une sérosité limpide, et qu'il faut faire suppurer après l'extraction du corps étranger si l'on ne veut voir se reproduire sous la cicatrice un nouvel amas de sérosité.

Les effets physiques des plaies par armes à feu sont décrits avec un soin et une exactitude toutes nouvelles. M. Dupuytren insiste particulièrement sur le peu d'étendue du trou d'entrée de la balle comparé au fond de son trajet ou au trou de sortie; des expériences directes ont montré, contre l'opinion de Ledran et de M. Richerand, que cet effet est au moins aussi marqué au crâne qu'en toute autre région. Il se tire de là une conséquence pratique assez curieuse, c'est que lorsqu'une balle a pénétré dans l'intérieur d'un os, il est fort difficile de la faire sortir par son trou d'entrée, et souvent même il est besoin d'agrandir cette issue au moyen d'une couronne de trépan.

Les circuits des balles frappant une surface concave, ou contournant sous la peau la paroi convexe d'une cavité viscérale, l'effet des ricochets, etc., sont le sujet d'une discussion fort étendue. Une balle dirigée sous une certaine obliquité à la surface d'une masse de liquide peut être réfléchie; M. Dupuytren cite le fait d'un jeune homme qui, placé d'un côté d'une rivière, et ayant tiré sur un poisson avec un fusil chargé à plomb, aussi perpendiculairement qu'il lui fût possible, envoya par un ricochet de ce genre un grain de plomb à un ami placé sur l'autre rive; l'œil fut perforé et se vida par suite de la blessure.

Les plaies d'armes à feu sont rarement accompagnées d'hémorrhagie, lorsqu'elles n'intéressent que des vaisseaux d'un médiocre calibre; mais il n'en est plus ainsi quand le vaisseau est volumineux. Quelquefois alors l'hémorrhagie ne se déclare pas sur le coup; les parties molles et même les parois du vaisseau, violemment contuses, forment une sorte d'escarre qui met obstacle à la sortie du sang; quelquefois aussi l'individu est frappé de commotion, de stupeur, de syncope. Dans ce dernier cas, une ou deux heures suffisent pour que le blessé reprenne ses forces, et que l'écoulement du sang se manifeste. Dans le premier, c'est à la chute des escarres que l'hémorrhagie survient, c'est-à-dire en général du dixième au quinzième jour. Cette hémorrhagie consécutive est d'autant plus grave que le sujet est déjà affaibli; il faut être bien averti alors que la ligature portée sur l'extrémité du vaisseau coupe avec facilité les tissus enflammés qu'elle embrasse. M. Dupuy-

(1) Deux volumes in-8°. Chez Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis.

tren pose en principe de faire alors la ligature du tronc même des vaisseaux qui fournissent le sang.

Le premier moyen à employer pour le traitement d'une plaie d'arme à feu, même la plus simple, est le débridement pratiqué à l'entrée et à la sortie de la balle, et s'étendant dans tout son trajet, de manière que les doigts introduits par les deux orifices passent librement et se rencontrent sans éprouver aucune gêne. Mais d'une part, il ne faut jamais les pratiquer que la stupeur ne soit dissipée et l'action organique des parties rétablie; d'autre part, le débridement est inutile dans les régions peu fournies de chairs ou lorsque la balle n'a traversé qu'une faible partie de l'épaisseur d'un membre. Lorsque les os sont brisés, faut-il amputer toujours ou toujours chercher à conserver le membre? M. Dupuytren laisse la décision de cette question, importante au jugement de chaque chirurgien, selon les circonstances dans lesquelles il est appelé à prononcer. Si l'on essaie de conserver le membre, on fera de larges débridemens, des contre-ouvertures s'il en est besoin, le membre blessé sera mis dans l'appareil des fractures compliquées, et le pansement renouvelé toutes les vingt-quatre heures.

Les accidens qui peuvent compliquer les plaies par armes de guerre sont le tétanos, la commotion, la stupeur, les hémorrhagies, la fièvre traumatique, les abcès viscéraux, la pourriture d'hôpital. M. Dupuytren s'est assuré par une fâcheuse expérience que l'amputation du membre blessé n'arrête pas toujours le tétanos, même à son origine. Dans la commotion, il faut d'abord s'attaquer aux phénomènes d'affaissement, à l'aide des stimulans spiritueux et diffusibles, présentés à l'entrée des narines, ingérés dans l'estomac, portés dans le rectum, ou employés en frictions sur la peau. Plus tard, lorsqu'il existe des symptômes de stase de sang dans les vaisseaux de la partie affectée, on aura recours à des émissions sanguines locales par les sangsues ou les ventouses scarifiées. Si les accidens se prolongent sans qu'il y ait de symptômes de stase ou de réaction inflammatoire, le moyen le plus efficace consiste dans de larges vésicatoires appliqués à la partie postérieure du cou et entretenus jusqu'après la disparition de presque tous les symptômes. Souvent en moins de douze heures l'état des malades s'en trouve sensiblement amélioré.

La stupeur, oubliée par beaucoup d'auteurs, a obtenu un article spécial un peu court peut-être, mais qui en donne toutefois la meilleure description que nous ayons vue. Le traitement consiste à favoriser la réaction par les stimulans à l'intérieur, et à fomenter la plaie avec du vin, des spiritueux, des infusions aromatiques.

L'histoire des abcès viscéraux ou métastatiques a été tracée à grands traits avec une rare profondeur. M. Dupuytren n'admet ni la théorie de l'absorption du pus, ni celle de la formation du pus dans les veines par l'effet d'une phlébite, et du transport de ce fluide dans tout l'économie par la circulation. On a vu en effet le pus absorbé en nature par les lymphatiques; mais il ne traverse pas les glandes, et là il subit une décomposition qui en change la nature. Quant à l'absorption veineuse, M. Dupuytren n'a rencontré nulle part la certitude d'un fait démontré; et il ajoute que, dans beaucoup de cas, on a pris pour du pus fourni pendant la vie une altération qui peut bien n'être que l'effet de la mort. Si l'on renferme du sang veineux dans des tubes de verre qu'on place sous l'aisselle de malades atteints de fièvre traumatique, on voit ce sang prendre un aspect grisâtre et puriforme. Enfin, que le pus soit mêlé au sang par absorption ou autrement, pourquoi, au lieu d'infecter l'économie tout entière, se porte-t-il de préférence sur certains organes? pourquoi n'est-il pas éliminé par les divers émonctoires de l'économie? Comment, lorsqu'on injecte du pus même en assez grande quantité dans les veines des chiens, n'obtient-on jamais de dépôts purulens dans les organes intérieurs? M. Dupuytren a fait ces expériences il y a déjà un grand nombre d'années.

Si l'on se souvient que Quesnay et après lui bien d'autres, ont vu de ces abcès survenir sans plaies; si l'on ajoute que jamais M. Dupuytren ne les a vus survenir sans qu'ils eussent été précédés, avant la plaie même, par des inflammations chroniques des viscères, des douleurs de diverse nature, principalement rhumatismale, etc., on concevra mieux la valeur de la théorie qu'il propose. Pour ne parler que des cas où la fièvre traumatique est la cause occasionnelle de ces abcès, cette fièvre a évidemment pour but et ordinairement pour résultat la formation d'une plus ou moins grande quantité de pus; c'est en quelque façon une fièvre pyogénique; elle donne aux humeurs qui affluent vers la partie malade la nature qu'elles doiveut avoir pour se convertir en pus. Quoi d'étonnant que cette disposition s'étende au-delà des humeurs qui affluent vers la partie enflammée, et détermine ainsi d'autres suppurations à l'intérieur? Le pus engendre le pus, disaient les anciens; et M. Dupuytren admet cet axiôme, en ce sens que la suppuration produit dans l'économie des dispositions particulières qui la multiplient partout où quelque point d'irritation peut exister. Avec ces idées, on conçoit qu'il existe un traitement prophylactique des abcès métastatiques lorsqu'on se prépare à une opération; le traitement curatif est encore à découvrir.

Nous avons assez longuement traité autrefois des idées ingénieuses de M. Dupuytren touchant les cicatrices qui succèdent aux plaies d'armes à feu, pour n'avoir besoin que de signaler le chapitre qu'il leur consacre. La seconde partie de l'ouvrage ne consiste qu'en applications spéciales, des principes généraux posés dans la première, et nous n'y insisterons point pour cette raison.

Un mot sur la contexture générale de ce traité. Il y a certainement de nombreuses parties qui sont traitées avec un soin, et nous dirions presque un amour tout particuliers; il en est d'autres où l'on désirerait plus de développemens. La question des fractures par armes à feu est trop rapidement touchée; celle des amputations nous a laissé le même regret. Les deux rédacteurs l'ont bien senti; ils ont essayé de combler la lacune par de longues et fréquentes notes, pleines de science, et où s'achèvent les discussions laissées incomplètes dans le texte. Mais le lecteur aurait préféré n'avoir pas besoin de cette sorte de dédommagement, et c'est la voix du maître qu'il demanderait à entendre.

Quoi qu'il en soit de ces légers reproches, MM. Marx et Paillard ont bien mérité de tous les amis de la science, en publiant ce livre. Lorsque l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, jadis trop étroit pour contenir l'auditoire, est aujourd'hui déshérité de ces belles et savantes leçons qui firent si long-temps sa gloire, il serait à désirer qu'ils nous en conservassent le dépôt complet. Nous ne pouvons donc que les engager à continuer pour les autres parties de l'art ce qu'ils ont fait pour celle-ci. Ils ont paru craindre pour le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu le reproche de s'occuper de chirurgie militaire. M. Dupuytren a victorieusement répondu par une préface qu'il paraît avoir dictée lui-même, et où il retrace le dévouement des chirurgiens de Paris en 1814 et en 1830. On lira avec un vif intérêt ces pages éloquentes qui appartiennent désormais à l'histoire de notre profession comme l'apologie et les voyages d'Ambroise Paré.

VARIÉTÉS.

— On nous écrit de Strasbourg :

Une des plus belles opérations césariennes vient d'avoir lieu à Strasbourg. M. le professeur Stoltz l'a faite le 20 décembre, à sept heures du soir, sur une femme âgée de 26 ans, taille de 44 pouces, et dont le bassin présentait un diamètre antéro-postérieur estimé à 2 pouces et demi. Le résultat de cette opération a été un enfant vivant très-bien portant, et à l'heure que nous écrivons, fin du quatrième jour, l'état de la mère est tellement satisfaisant qu'on peut espérer pour elle une issue favorable.

— En rendant compte de l'ouvrage du docteur Jacobi relatif à l'organisation des hôpitaux et maisons d'aliénés, le traducteur a, par erreur, mentionné au nombre des établissemens *publics* celui de Vanvres, fondé par MM. les docteurs Voisin et Falret, et qui est l'objet d'un examen approfondi de la part du docteur allemand. Cet établissement n'est point un hospice, mais un établissement privé appartenant à MM. Falret et Voisin, et dirigé par ces habiles médecins. Nous croyons leur être agréable en saisissant cette occasion de faire connaître avec plus de détails ce que dit et pense de leur établissement un des médecins les plus estimés d'Allemagne.

« L'établissement de Vanvres, près Paris, dit le docteur Jacobi, présente toutes les dispositions spéciales que réclamait la spécialité de sa disposition, soigneusement dérobées à tous les regards et unies à toutes les ressources, à toutes les commodités qu'exigent pour la classe élevée les habitudes du luxe et celles de la plus grande aisance.

» C'est avec un succès réel que les fondateurs de ce magnifique établissement, MM. Falret et Voisin, ont cherché à écarter par des soins très-ingénieux tout ce qui peut rappeler aux malades l'idée de la réclusion. Tous les murs y sont voilés par une végétation abondante; tout y a l'aspect d'une belle maison de plaisance appropriée, dans tous ses détails, au traitement des maladies mentales.

» L'étendue du parc, qui a plus de 60 arpens, favorise les exercices du corps si nécessaires à la guérison des aliénés, et les mouvemens du terrain les rendent à la fois plus agréables et plus utiles.

» La variété et la richesse des paysages, des eaux vives et abondantes, tantôt sous la forme d'un ruisseau, tantôt en fontaines jaillissantes, y charment les yeux, reposent doucement les sens, et distraient les malades de leurs fâcheuses préoccupations. Tout considéré, ajoute le docteur Jacobi, qui est aussi l'interprète des docteurs Zeller, Kramer et Lorent, l'établissement de Vanvres sera toujours, dans sa sphère remarquable, l'un des plus précieux que puissent élever la science et la philantropie en faveur des aliénés. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine, chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, *n° 5*; et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE CHOLÉRIFORME observée à Dieppe pendant l'été de 1834, par M. GAUDET, médecin-inspecteur des bains de mer.

Pendant la saison des bains de mer de l'été dernier, la cholérine a régné épidémiquement à Dieppe comme à Paris, comme en beaucoup d'autres lieux. Sa connexité évidente avec le choléra, les formes diverses qu'elle a affectées, la gravité de quelques-uns de ses cas, les différences notables qu'elle a présentées avec les épidémies semblables qui existaient ailleurs parallèlement à elle, l'uniformité et le succès du traitement qui a été dirigé le plus souvent contre elle, m'ont semblé fournir les élémens d'une histoire digne d'être accueillie par la GAZETTE MÉDICALE.

Cette épidémie a débuté par quelques cas isolés dans la dernière semaine du mois de juillet. Elle acquit son *summum* d'intensité pendant le mois d'août. A dater du 1er septembre elle déclina sensiblement; on vit à la fois décroître le nombre des malades et s'amoindrir les symptômes qu'ils présentaient.

Chaque fois que l'observateur se trouve en présence d'une maladie épidémique, et qu'il veut remonter à la nature et au *modus agendi* de sa cause génératrice, il se trouve arrêté par les mêmes difficultés. Il tient un compte exact de la météorologie et de toutes les conditions atmosphériques des lieux qu'elle a envahis; et, lorsque vient le moment de rechercher les rapports de ces faits acquis si patiemment avec le développement de l'épidémie, le lien de ces deux ordres de phénomènes lui échappe. Si, par impatience ou fausseté d'esprit, il veut renouer ces deux termes qui sont destinés encore long-temps à rester séparés dans la science, il tombe dans l'erreur qui a été commise relativement à l'épidémie de cholérine que Paris a vue cet été. On a longuement noté les états divers de l'atmosphère qui ont précédé et accompagné son invasion et sa marche, et ces deux élémens connus, on s'est cru légitimement autorisé à établir leurs relations mutuelles. Aussi qu'est-il arrivé? A la même époque j'étais témoin à Dieppe d'une épidémie de même nature que celle de Paris; j'enregistrais jour par jour, heure par heure, les circonstances atmosphériques qui ont été particulières à cette localité, et à la fin je me suis aperçu que la série de mes observations différait totalement de celles qui avaient été faites à Paris. Si maintenant je me livre au rapprochement qu'on a tenté à Paris entre la maladie épidémique et ses causes générales, je trouverai que deux élémens différens ou opposés sont destinés à rendre compte d'un fait identique. En même temps qu'à Paris et qu'à Dieppe, la cholérine a exercé son influen-

Feuilleton.

MANIFESTE DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

. . . : *Ridiculus mus.*

Nous avons toujours sincèrement et profondément déploré la malencontreuse idée qui a présidé à la création de la société phrénologique de Paris; à l'époque de sa fondation nous crûmes devoir faire quelques observations sur l'absurdité d'une institution semblable, dans le charitable but d'épargner à quelques gens d'esprit et de sens de notre connaissance les mystifications et le ridicule naturellement attachés à cette comédie scientifique. Nous fûmes assez heureux pour retenir sur le bord de l'abîme cinq ou six graves personnages, qui depuis n'ont cessé de nous en remercier; d'autres, pour qui nous professons la plus haute estime, ont eu le malheur d'être sourds à nos avis, mais nous avons au moins la consolation d'apprendre que, dans toutes les résolutions un peu importantes, ils font partie de la minorité.

Jusqu'ici la société de phrénologie n'a pas démenti les espérances qu'elle avait données au public; elle avait promis d'expliquer, de commenter, de paraphraser Gall et Spurzheim, et c'est ce qu'elle a fait par la parole et par la presse, aussi longuement, pedantesquement et ennuyeusement qu'on pouvait le souhaiter; elle avait annoncé des séances publiques annuelles où l'on reciterait les discours déjà prononcés dans la séance précédente, plus un journal dont chaque numéro serait la répétition du numéro antécédent, le tout fidèlement extrait et authentiquement copié pour la cent millième fois des livres publiés il y a quelques trente ans, et ensuite réimprimés à satiété dans toutes les langues de l'Europe par les deux physiologistes allemands; la société a tenu toutes ces promesses. Grâce à ses prospectus, à ses cours, à son journal, tout homme sachant lire sait par cœur maintenant les charmantes historiettes dont Gall a orné le récit de ses premières découvertes, ainsi que tous les lieux communs de morale et de philosophie sur l'innéité des facultés et des instincts de l'esprit humain, sur la diversité originelle des intelligences et autres textes d'amplification de ce genre.

Sous tous ces rapports donc nous n'avons pas à nous plaindre; mais il est un point sur lequel la société nous paraît avoir manqué à ses engagemens. Elle ne s'était pas chargée seulement en effet de propager, enseigner et populariser le système de Gall, elle avait promis en outre de le *perfectionner*, et jusqu'ici elle s'est bornée à le reproduire imperturbablement dans toute sa pureté, avec les mêmes faits, les mêmes preuves et les mêmes mots, sans y ajouter ni changer un iota. Elle a eu beau toucher des têtes, essayer des chapeaux, rassembler des plâtres, il lui a été impossible de découvrir des organes nouveaux ni de déranger les anciens; de manière que la pauvre espèce humaine, qui devait naturellement s'attendre à quelque acquisition nouvelle, se voit encore réduite à ses 27 ou au plus 35 organes, ce

ce épidémique sur la population de Genève. Que M. Lombard, avec l'exactitude rigoureuse qui caractérise son talent, ait relevé les états atmosphériques concomitans, et que cette opération donne des résultats sans analogie (ce qui est très-probable) avec ceux qui ont été recueillis à Paris et à Dieppe, nous aurons une troisième manière d'expliquer l'apparition d'une même maladie. Que conclure de ces considérations? que si on veut éclairer la question si épineuse des épidémies sous le point de vue de leurs causes générales par tous les résultats des phénomènes atmosphériques qui semblent les préparer et les accompagner, il faut multiplier les observations de ceux-ci et les augmenter de celles qui existent déjà en si grand nombre, éparses et sans valeur dans leur isolement. Alors qu'un esprit sain et laborieux s'empare de cet ordre de faits, qu'il en fasse une étude sérieuse et qu'il cherche à les enchaîner à l'ordre des faits atmosphériques. De telles recherches seront vaines peut-être, car il est des phéomènes, dans le monde matériel, dont il ne nous est pas donné de découvrir la liaison; mais du moins, par cette voie, négatifs ou affirmatifs, les résultats seront légitimes et seront comptés comme une acquisition faite au profit de la science.

Je me contenterai donc ici de donner le résumé des observations météorologiques et atmosphériques qui, d'après le langage ordinaire, semblaient liées à l'existence de l'épidémie, et je me dispenserai d'en tirer les inductions d'usage relativement à leur action sur le développement de la maladie épidémique.

Pendant le mois de juillet, dont les trois premières semaines se sont écoulées avant l'apparition des premiers exemples de cholérine, les vents de S., de S.-S.-O., de N.-E. ont dominé entre tous à Dieppe. Les vents méridionaux, lorsqu'ils inclinaient vers le S.-O, ont été accompagnés plusieurs fois d'un état électrique de l'atmosphère qui n'a éclaté en orage, avec ses phénomènes ordinaires ou sous forme d'une pluie fine et chaude, que si le rhumb de vent était fixé au S.-O. Ce cas est arrivé trois ou quatre fois pendant une demi-journée ou seulement quelques heures. Le N.-E. sur les côtes de Dieppe apporte une brise qui rafraîchit et purifie l'atmosphère; sous son influence, le ciel est bleu et découvert. La température thermométrique de ce mois ne s'est pas élevée au-delà de 17+o sur les bords de la mer, ce qui suppose 18+o dans l'intérieur de la ville.

Pendant le mois d'août, qui a donné naissance à la presque totalité des cholérines que j'ai observées, les vents ont conservé davantage encore leur prédominance méridionale, laquelle alla rarement dans l'aire jusqu'à S.-O. Aussi n'y eut-il ni pluie, ni orage. Le vent de terre, le S., qui fut fréquent, amenait 17 1/2 + o de température atmosphérique sur le bord de la mer. Quelques coups de N.-O. la maintinrent un peu plus bas pendant plusieurs des derniers jours de ce mois.

Dans la première quinzaine de septembre, époque du déclin de l'épidémie, excepté le N.-O., les mêmes vents dominèrent, ainsi que les mêmes circonstances atmosphériques. La terre, échauffée par les longues chaleurs de l'été, faisait monter le thermomètre à 19 + o.

La maladie qui fait l'objet de ce mémoire a cela de particulier qu'elle a été exclusivement observée chez des individus étrangers aux lieux où les causes épidémiques ont exercé leur action; elles ont sévi sur eux, venus d'ailleurs à titre de passagers de quelques semaines, aussi bien que sur la population indigène.

Les faits de cholérine à différens degrés dont j'ai tenu note sont au nombre de 35. D'après des rapports naturels, je les ai rangés en quatre sections.

La première renferme ceux que j'appelle simplement *cholériformes*;

La seconde, ceux qui ont présenté à la fois des caractères *cholériformes* et spasmodiques;

La troisième, ceux qui ressemblent essentiellement à la cholérine *ordinaire*, celle qui s'est montrée l'avant-coureur et la compagne inséparable de toutes les grandes épidémies de choléra;

La quatrième, enfin, ceux qui appartiennent aux premières années de la vie.

Cas cholériformes.

Les individus qui les ont offerts, après s'être endormis en parfaite santé, s'éveillaient au milieu de la nuit avec un frisson général, lequel était suivi d'abord de la réjection des alimens non digérés, puis de vomissemens bilieux plus ou moins répétés, et bientôt après de coliques et de déjections bilieuses aussi, et quelquefois spumeuses. Chez quelques-uns le début s'est montré plus rapide encore; ils étaient pris hors de chez eux par un état de malaise général. Il survenait incontinent des nausées, des réjections d'*ingesta* et de matières purement aqueuses, et trois ou quatre garde-robes sans douleurs intestinales. Ces malades se plaignaient en même temps d'une épigastralgie limitée à un point circonscrit de la région stomacale, et s'exaspérant à la fois spontanément et par la pression de la main. Un moment les extrémités restaient froides, la figure pâlissait, le pouls était légèrement amoindri dans son calibre.

Si les boissons chaudes, comme le thé et l'*infusum* de tilleul étaient rejetées, il suffisait, pour entraver les accidens, d'ajouter à chaque tasse quelques gouttes de laudanum de Sydenham. La diarrhée en particulier ne s'arrêtait que si le malade parvenait à garder un quart de lavement composé d'une décoction de tête de pavot avec addition de diascordium. On achevait de calmer les coliques par l'application de cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Au bout d'une ou deux heures de l'invasion des symptômes, on voyait survenir graduellement les signes d'une réaction: vive agitation, céphalalgie, injection de la muqueuse oculo-palpébrale et de la totalité du visage, accélération et force du pouls. Tels étaient les phénomènes de cette réaction, laquelle s'éteignait dans un sommeil paisible plus ou moins prolongé.

Cette cholérine, comme on voit, se développait, parcourait toutes ses phases et se terminait dans l'espace de quelques heures. L'appétit reparaissait dans la journée même; on remarquait seulement que cette maladie imprimait une altération notable aux traits du visage, et laissait après elle un sentiment de faiblesse qui était hors de proportion avec le degré de ses symptômes et la rapidité de ses phases.

Cas cholériformes avec prédominance spasmodique.

Ces cas ont en général appartenu à des femmes nerveuses dans leur constitution et dans les caractères de leurs maladies habituelles. Ils ont été beaucoup plus nombreux que les précédens; mais il est évident qu'ils doivent, les uns et les autres, être considérés comme les degrés d'une même maladie. Si les phénomènes de leur invasion n'étaient pas tou-

---

qui est bien peu. Les phrénologues anglais ont eu certes plus de succès, car ils comptent maintenant plus de 300 organes dans la boite crânienne. Voilà ce qui s'appelle perfectionner! Si on s'étonnait qu'une si grande quantité d'organes pût être contenue et fonctionner à l'aise dans un si étroit espace, on peut répondre qu'il suffit pour les loger de les supposer très-petits, et cette supposition est en vérité si facile à faire, que ce serait une sottise de s'en passer. Milton, pour faire entrer toute le population de l'enfer dans une salle à peu près grande comme l'église de Westminster, prit le parti très-simple de rapetisser les corps de ses démons. Les phrénologues, compatriotes du poëte, se comportent de même à l'égard des organes cérébraux. Les hypothèses scientifiques pouvant être à peu près considérées comme des fictions de poëte, et devant en conséquence être jugées surtout sous le rapport de l'agrément, celle-ci est une des meilleures que nous connaissions. La société de Paris, si peu fertile en inventions quant à la théorie, ne l'a pas été davantage dans les applications pratiques. Nous nous attendions à lui voir fonder, par exemple, quelques-uns de ces gymnases où l'éducation des enfans est dirigée non plus d'après les dispositions et vocations particulières que l'expérience découvre en eux, moyen vulgaire employé depuis le commencement des choses, mais d'après les indications fournies par l'inspection et l'évaluation de leur organisation crânienne; mais elle a laissé encore cet honneur à l'Angleterre.

Nous sommes loin, en faisant ces remarques, de vouloir atténuer en rien le mérite des travaux de la société. Nous confessons même volontiers qu'elle a fait tout ce qu'il était humainement possible de faire, d'après le plan de son organisation et le but qu'elle s'était proposé. Instituée pour enseigner et propager le système organologique de Gall, elle a rempli avec exactitude son programme; quant à cette clause de perfectionnement qui s'est glissée, on ne sait comment, dans son premier prospectus, il est évident qu'elle était téméraire et contradictoire à l'esprit de l'institution. On ne pourrait en effet perfectionner la théorie systématique de Gall sur les facultés humaines et leurs rapport avec l'organisation physique, sans la modifier, la changer, sans y ajouter et retrancher, en un mot, sans la détruire. C'est aussi à ce résultat que sont promptement arrivés les phrénologues anglais, ce en quoi ils ont été sévèrement blâmés par les crânologistes de l'école française, qui les regardent comme des hérétiques, et qui pis est, comme des brouillons qui gâtent l'affaire. La société a donc depuis son origine jusqu'à ce jour suivi son cours naturel. Elle n'a rien fait parce qu'elle était créée exprès pour ne rien faire, et nous lui devons même savoir gré d'avoir ou être à la fois et si inutile et si récréative.

On va voir combien il était nécessaire de préciser et caractériser la nature des travaux de la société phrénologique de Paris et de déterminer sa position scientifique jusqu'à ce jour, avant d'examiner la pièce singulière qu'elle vient de publier sous le titre de *Manifeste*.

Ce manifeste, en effet, commence une nouvelle ère dans l'histoire de la société phrénologique; il établit une ligne de demarcation profonde entre son passé et son avenir. C'est ce que nous allons montrer par une courte analyse de cette déclaration de principes.

Il importe d'abord d'avertir que ce manifeste a tous les caractères officiels désirables. Il a été rédigé par M. Mège, membre du comité de rédaction du journal, délibéré et voté en grande cérémonie, signé par le secrétaire-rapporteur des procès-verbaux, M. de Valetti, et par M. Fossati, vice-président. Il est donc en bonne et due forme, et nous pouvons le considérer comme l'expression authentique des opinions de la majorité.

jours les mêmes, la nature de leurs symptômes se ressemblait évidemment.

Après quelques jours de fatigue, de malaise, de chaleur cutanée et d'une constipation inaccoutumée ou bien sans ces préliminaires, et même après une journée passée dans un sentiment de bien-être, les accidens se développaient brusquement aussi, sans cause occasionelle appréciable, ou déterminés par quelque imprudence. Dans ce dernier cas, le malade s'était accordé une trop grande quantité d'alimens, ou il avait pris intempestivement un bain de mer, un lavement d'eau salée, on bien il avait eu le mal de mer en faisant une promenade en bateau. Après le repas qui suivait l'action de ces causes, il avait, contre son habitude, une digestion pénible. Dans la nuit, après deux ou trois heures de sommeil, il se réveillait avec un sentiment de malaise et de défaillance, de douleurs gastriques, de frissons, de coliques sèches ou suivies tantôt de quelques évacuations utérines liquides, tantôt d'efforts infructueux de défécation, de nausées avec ou sans vomissement. D'autres fois le début éclatait comme un coup de foudre, pendant une promenade ou immédiatement avant que le malade ne se mit au lit. Seulement alors il était envahi par le frisson général.

Dès lors il survenait une agitation extrême, des crampes aux jambes, une douleur fixe qui occupait transversalement l'épigastre et les hypocondres et s'augmentait à un haut degré par la pression de la main. Ces souffrances revenaient par crises qui arrachaient des plaintes aux malades, qui les obligeaient à sortir du lit, à marcher d'une manière égarée dans leur chambre ou à se coucher à plat ventre en se tordant le corps entier. Au lieu de cette douleur transversale, c'étaient d'autres fois des crampes gastriques revenant aussi par intervalles et accompagnées d'une sensation de constriction aux hypocondres, d'un état d'anxiété insupportable et de douleurs contusives générales. A ces crises s'ajoutaient des nausées continuelles avec vomissemens, et parfois de véritables coliques intestinales.

Pendant la durée de ces crises, j'ai vu les malades préoccupés péniblement de la crainte du choléra. Un tremblement général ou des frissons erratiques les tourmentaient à l'occasion du moindre mouvement. La peau du visage et des extrémités était rétractée, sensiblement refroidie, et prenait une nuance de couleur violacée. Les traits étaient contractés par la souffrance, le nez était effilé; la surface de la langue était blanche et *cotonneuse*; le pouls, diminué de calibre, était difficile à saisir. Il n'existait pas le plus léger degré de soif.

Cet état douloureux s'apaisait de lui-même peu à peu et était remplacé par un calme complet de quelques minutes, après lequel reparaissait la série des mêmes symptômes.

Les moyens employés pour combattre la cholérine spasmodique ont été les mêmes que ceux qui ont déjà été décrits dans la première section, sauf quelques modifications légères dans leur emploi.

Dans de certains cas, les boissons chaudes et aromatiques, comme l'*infusum* léger de tilleul avec addition de 5 gouttes de laudanum, étaient prises avec répugnance et amenaient sûrement le vomissement. Toute tentative de ce genre était inutile désormais; mais un quart de lavement d'eau de son, d'amidon et de 15 gouttes de laudanum, reçu et gardé, faisait disparaître merveilleusement les accidens. Si les tasses de tilleul étaient acceptées par l'estomac, au contraire, et qu'on pût les répéter coup sur coup, en y ajoutant, comme à l'ordinaire, quelques gouttes de laudanum, et que l'agitation du malade n'empêchât pas de renouveler sans cesse l'application des cataplasmes émolliens, très-chauds et laudanisés sur l'abdomen, ce résultat était obtenu avec une promptitude presque égale. Dans d'autres cas, quelques cuillerées d'une potion antispasmodique enrayaient bien les spasmes gastriques pour un instant, mais ils ne disparaissaient complètement qu'après l'usage de plusieurs tasses de tilleul très-chaudes et très-rapprochées l'une de l'autre.

Dès le moment où la douleur avait cédé, on ne voyait plus ni les crampes, ni les coliques, ni les nausées. Une vive réaction s'annonçait à la périphérie du corps par des bouffées de chaleur, bientôt suivies du réchauffement des extrémités et d'un état de moiteur général. L'esprit se tranquillisait; la tête s'endolorissait un peu. La figure se montrait vultueuse et turgescente avec une expression particulière d'abattement; les yeux s'animaient; la langue tendait à la sécheresse et engendrait le désir impérieux de boire; le pouls s'accélérait, prenait de la force et même parfois un peu de vibrance. De toutes les souffrances passées, c'était le cas le plus rare qu'ils restât quelques vestiges de spasme local et quelque sentiment de fatigue aux viscères abdominaux, et d'endolorissement aux lombes.

La réaction tombait d'ordinaire graduellement en quelques heures, et un sommeil calme signalait le retour à une franche convalescence. Si au réveil l'entière extinction de l'état spasmodique de l'estomac n'était pas consommée, si quelques phénomènes de la réaction persistaient encore, un bain tiède complétait les frais de la guérison.

Les jours suivants étaient marqués chez les convalescens par un aspect louche du visage, par un peu d'injection vasculaire aux paupières, par un enduit blanc sale de la langue, par l'obtusité ou l'abolition de l'appétit, par un certain degré de soif, par quelques pincemens d'entrailles, par un peu d'élévation du pouls et de chaleur cutanée quelquefois, et toujours par un sentiment très-prononcé de courbature et de faiblesse musculaire. Tous offraient la disposition la plus facile à un mouvement diarrhéique copieux, mais indolent, sous l'influence d'une alimentation trop substantielle ou trop abondante. Il n'était pas rare d'observer quelques signes d'irritation gastrique chez ceux qui s'y montraient sujets dans l'habitude de leur santé.

J'ai vu plusieurs fois les spasmes gastriques apparaître dans un état de simplicité qui leur imprimait une physionomie particulière. Si quelque précurseur les annonçait, c'étaient tout au plus un certain malaise et un peu de constipation qui duraient une journée. Ils se faisaient sentir à la partie antérieure et intérieure du thorax, vis-à-vis du cardia, persistaient quelques heures et se dissipaient d'eux-mêmes. D'autres fois ils occupaient les parties latérales des hypocondres, et se rejoignaient sur la ligne médiane, au niveau de la moitié pylorique de l'estomac, en s'accompagnant de la sensation d'une crampe, d'un serrement de cet organe. Dans les deux cas ils revenaient aussi avec le caractère de crise intermittente, escortée quelquefois seulement des phénomènes les plus légers de la période algide propre à la cholérine.

Cet état plus simple était aussi plus long que les états précédens. Les cataplasmes chauds sur le ventre et les boissons diaphorétiques suffisaient ordinairement à le combattre; mais quand il se prolongeait au-delà de quelques heures, on voyait une couleur terne se dessiner sur la figure du malade, et quelques coliques amener un peu de diarrhée. Le signal du soulagement était donné de même par une légère réaction, avec moiteur et développement du pouls; les phénomènes consécutifs se

---

La société déclare en commençant que son principal but, en publiant une profession de foi, a été de « mettre un terme à ces fausses attaques auxquelles est » toujours exposée une science dont les principes généraux *n'ont pas été suffisamment déterminés*, *ou ne sont pas encore assez connus*, sous le rapport » des *modifications qu'ils ont pu subir*. »

Ces déclarations et autres semblables, qui se trouvent en tête du manifeste, ont excité au plus haut point notre étonnement et notre curiosité. Nous ne nous doutions pas que les *principes généraux* de la science dite phrénologique eussent besoin d'être déterminés. Gall et Spurzheim d'abord, et leurs disciples ensuite, n'ayant fait autre chose depuis trente ans que prêcher le *credo* du système, avec une persévérance infatigable, tant sous des formes scientifiques que sous des formes populaires. Il n'en est rien pourtant, s'il faut en croire le manifeste, et nous voilà obligés de recommencer nos études. Ceci, à dire vrai, n'est pas encourageant. Quel espoir raisonnable pouvons-nous avoir de savoir un jour la phrénologie et quel nom faut-il donner à cette prétendue science, si les travaux de ces deux célèbres fondateurs, ceux de toute la génération qui les a suivis, et ceux même de la société phrénologique, existant depuis quatre ans, n'ont pu parvenir seulement à fixer ses principes généraux? Voilà donc cette science nouvelle, à laquelle ses adeptes promettent depuis un quart de siècle l'empire du monde intellectuel, qui en est encore à chercher son objet! La société, en faisant cette déclaration, n'en a pas pesé peut-être toute la gravité; elle a oublié son origine et violé ses statuts organiques, qui lui ordonnaient de croire à Gall et de l'enseigner. Or, Gall n'en était plus à chercher des principes; il croyait avoir trouvé; il était possesseur d'un système complet, précis, qu'il exposait dogmatiquement à ses disciples, et dont les déterminations fondamentales n'avaient jamais été mises en question jusqu'à ce jour par aucun phrénologiste; et c'est une société spécialement instituée pour propager sa doctrine et en étendre les applications, qui vient aujourd'hui, après nous avoir pendant quatre années récité les lambeaux des livres du maître, annoncer au public qu'elle ne reconnait plus *telle ou telle autorité*, qu'elle a des *opinions indépendantes*, qu'elle ne suit point une *ornière tracée*, et qu'elle a écrit sur sa bannière d'un côté *vérité*, et de l'autre *progrès!*

Ces sentimens sont fort respectables sans doute, mais révèlent que la société phrénologique a eu aussi sa révolution. Sa déclaration de principes n'est autre chose qu'une déclaration de l'anarchie qui règne dans son sein. Il est arrivé ce que nous avions prédit. Les discussions journalières, les observations de la critique, l'examen des faits ont fait naître des divisions parmi les membres de la société. Plusieurs n'ont pas voulu participer à la responsabilité du ridicule dont la naïveté de quelques croyans nous a donné l'amusant spectacle. L'unité de croyance et d'intérêts s'est trouvée rompue par les réclamations des dissidens, et c'est probablement pour amener une conciliation telle quelle, qu'on a eu recours à cette déclaration de principes.

Mais ce manifeste, tout en mettant les membres dans une position scientifique plus digne de vrais savans que celle où les avait placés le réglement de la société, compromet singulièrement la phrénologie elle-même, par les raisons que nous venons d'exposer. La suite du manifeste nous révèle ce résultat d'une manière plus évidente encore.

Après ces premières déclarations d'indépendance, le rédacteur du manifeste expose successivement, dans VII paragraphes, les *principes généraux* de la science dite phrénologique. Ces paragraphes sont désignés sous les titres suivans: « I

bornaient à un sentiment de courbature et de faiblesse générale et à un certain endolorissement dans la région des hypocondres. Je n'ai vu qu'une fois ces constrictions spasmodiques des hypocondres avoir quelque tendance à revenir chez le même individu, mais avec affaiblissement; et n'irradiant plus des parties latérales au milieu de la région épigastrique.

De toutes les cholérines de ce genre, une seulement eut une terminaison funeste. Ce fait mérite que je le rapporte, à cause 1° de la forme particulière qu'a revêtue la maladie épidémique, 2° des circonstances fâcheuses où s'est trouvé placé le médecin appelé à la traiter, 3° de la nature vraiment cholérique des symptômes qui ont marqué sa dernière période.

Obs. I. — Une dame de 42 ans, d'une constitution forte; mais affaiblie par une maladie de l'utérus dont les premières atteintes remontaient à dix années, et dont les progrès l'avaient mise récemment dans le cas de subir une cautérisation du col, prit les bains de mer avec une extrême réserve. Après plusieurs jours de leur interruption nécessitée par une circonstance toute naturelle, elle fut subitement saisie d'une douleur atroce qui occupait l'épigastre, la région du lobe gauche du foie et le quart inférieur du sternum. La pression extérieure ne s'éveillait pas sensiblement; mais tous les liquides les plus simples, tels que l'eau sucrée, le bouillon de poulet, le sirop d'éther étendu d'eau l'augmentaient. Il ne se développa aucun sentiment de nausée; il n'y eut d'abord qu'une selle liquide. La langue était blanche; la malade était sans soif, sans fièvre.

Cette douleur dura 18 heures avec la même intensité et ne cessa d'elle même qu'après des frissons répétés et suivis d'une réaction fébrile très-prononcée, qui dura toute une journée et pendant laquelle la malade resta plongée dans un abattement général et une torpeur accompagnée de céphalalgie, d'une soif inextinguible et de coliques qui amenèrent trois ou quatre garderobes liquides.

Depuis le début de la maladie, il ne fut employé que des moyens insignifians, tels que de simples délayans, que des cataplasmes et des lavemens émolliens. Des habitudes systématiques propres à la malade lui firent rejeter toute la thérapeutique qui me fut suggérée, par son état, chaque fois que je la visitai, et réduisirent à peu près mon rôle à celui de spectateur. Je trouvai une résistance prononcée chaque fois que je conseillai quelque activité dans le traitement. Il me semblait rationnel, en considération de la nature des symptômes et de la constitution médicale régnante, de recourir aux préparations opiacées, desquelles je me trouvais si bien chaque jour. Une crainte exagérée des effets de l'opium rendit toutes mes solicitations inutiles.

Les 3e et 4e jours qui suivirent le développement de la douleur gastrique, les nuits se passèrent sans sommeil; la fièvre avec 104 pulsations se conserva forte avec des alternatives d'abaissement et d'exacerbation, avec céphalalgie passagère et lancinante, et chaleur cutanée très-incommode. Borborygmes continuels avec issue de quelques gaz intestinaux; constipation depuis qu'un lavement d'amidon avait été pris et gardé; gastralgie à chaque dose de liquide, sans presque de sensibilité stomacale à la pression; pas de nausées. La langue était sans rougeur et enduite d'un épais limon blanc qui recouvrait jusqu'à sa pointe. Le visage prit une couleur jaune terne. J'obtins à grand' peine que des sangsues fussent appliquées à l'épigastre et que deux bains généraux fussent pris par la malade. Elle continua de s'obstiner à se borner à l'usage de l'eau de gomme. Le seul changement que ce traitement incomplet amena dans l'état de la maladie consiste en une diminution notable du calibre du pouls et de la chaleur cutanée. Le mal du reste empira.

Du 5e au 10e jour, une toux peu fréquente d'abord se montra avec les caractères particuliers qui distinguent les toux gastriques. L'inspiration la plus élevée la faisait naître comme la toux pectorale. Mais si la malade parlait ou expirait fortement, elle sentait un chatouillement dont elle rapportait le siége à la région épigastrique, et cette toux se développait, au moment précis où la paroi abdominale s'abaisse sur l'estomac. Dès l'instant où elle parut pour la première fois, il y eut dyspnée et douleur sous-sternale, correspondant à une douleur pareille qui occupait l'intervalle des omoplates, chaque fois que la malade parlait un peu. L'épigastre était spontanément douloureux; la pression de la main ne produisait guère qu'un sentiment d'étouffement. La langue était uniformément blanche. L'estomac recevait parfois sans douleur de petites doses de liquides émolliens et adoucissans et même une pêche cuite à l'eau; d'autres fois les plus minimes quantités de boisson le faisaient souffrir, quoique un aliment sous forme solide passât facilement.

La céphalalgie se montrait variable quant à ses retours et à ses caractères: elle prit une fois la forme d'une hémi-cránie. Le pouls se remontra avec son calibre ordinaire; il conservait habituellement 100 pulsations, qui étaient parfois pleines et fortes. La peau était alternativement moite ou sèche et brûlante.

Je regardais plus que jamais ces accidens gastriques comme *un trouble grave de l'innervation de l'estomac.* Durant ces jours perdus dans l'inaction, j'insistais pour qu'ils fussent combattus par des calmans, par des antispasmodiques et surtout par des révulsifs extérieurs. Rien ne put ébranler le refus constant de la malade; elle ne me permit pas de quitter la déplorable expectation où elle m'avait réduit jusque-là. Le traitement resta le même. (Décoction de racines de guimauve; eau sucrée; bouillon de poulet, une fois quelques cuillerées de potion gommeuse avec addition de sirop de pavot; cataplasmes laudanisés sur l'épigastre.)

Dans la soirée du dixième jour, des nausées survinrent pour la première fois; elles furent suivies dans la nuit du vomissement d'une grande quantité de bile safranée. Dans la matinée du onzième jour la toux gastrique et le sentiment d'oppression sous-sternale avaient disparu complétement. L'habitude extérieure exprimait un abattement profond. La chaleur cutanée avait disparu. L'estomac rejetait toutes les boissons et de temps en temps quelques gorgées de bile. Le pouls conservait la même accélération; mais il avait diminué notablement de calibre. Les extrémités avaient perdu de leur chaleur ordinaire. C'est dans ces circonstances que je réclamai les conseils de M. Morel père, qui jouit à bon droit de la confiance universelle des habitans de Dieppe. Nous convînmes de la gravité du pronostic. A cause de l'état de soulèvement de l'estomac, nous nous bornâmes à quelques boissons très-légères prises par cuillerées, comme l'eau de chiendent, de poulet, le sirop de groseilles très-étendu d'eau; mais nous insistâmes sur les moyens extérieurs, tels que vésicatoires aux jambes et sinapismes promenés sur les membres. Dès ce moment M. Morel voulut bien continuer de voir la malade avec moi.

Une douzaine de selles liquides eurent lieu dans la journée. Peu à peu le pouls devint filiforme, les extrémités se refroidirent sensiblement.

Dans la soirée, les mains se couvrirent d'une sueur froide. Agitation extrême, orbites excavés, nez effilé, langue un peu nuancée de couleur violacée, nausées et réjection des boissons prises dans la journée; épigastralgie; tension et douleur dans toute l'étendue de l'abdomen, pour lesquelles un liniment huileux fut employé.

Dans le milieu de la nuit l'agitation continuait d'être extrême par instans. La malade exhalait des plaintes et n'avait plus de pouls; la surface de tout son corps était refroidie; ses extrémités et sa figure étaient glacées; tous ses traits étaient effilés, ses yeux enfoncés et sa langue violacée et enduite d'une couche blanche cotonneuse. Soif, épigastralgie; pas de garderobes; sécrétion urinaire non-supprimée; raison intacte protestant énergiquement contre toute activité dans le traitement.

Dès le matin, le douzième jour, on amena la malade à prendre quelques cuillerées de vin de Malaga et d'une potion stimulante indiquée et éprouvée par l'expérience de M. Morel, à recevoir quelques quarts de lavemens de sulfate de quinine. La peau avait résisté à l'action des vésicatoires; on les chargea de muriate d'ammoniaque liquide.

A deux ou trois heures de là, bourdonnemens des oreilles; toute la face était froide et le front couvert d'une sueur glaciale. Traits de plus en plus effilés; yeux effarés, excavés et entourés d'un cercle noirâtre. Une certaine nuance violacée existait autour des lèvres; la langue avait la même teinte et se laissait imprégner de la matière colorante du vin de Malaga. Grande dyspnée, respiration anxieuse, plaintive; l'oppression sternale était la sensation dont la malade se plaignait le plus. La parole était entrecoupée, haletante. Intelligence entière; pressentimens sinistres; décubitus incliné à droite, le ventre s'était météorisé; des éructations amenaient avec facilité quelques gorgées de bile jaune et amère. Les sinapismes n'agissaient plus. Dans le courant de la journée, selles liquides, rendues involontairement malgré l'intégrité de la volonté; mouvemens convulsifs des muscles zygomatiques. Vers le soir, au moindre mouvement, défaillance, fixité et éblouissement des yeux. La respiration s'embarrassa de plus en plus, et s'éteignit tout-à-fait à 9 heures.

Phrénologie. II. *Méthode* III. *Philosophie.* IV. *Éducation.* V. *Législation.* VI. *Sculpture, Dessin, Peinture.* VII. *Appel*

Quant à la *phrénologie*, l'auteur la définit, l'étude du système nerveux en général, celle du cerveau et des sens en particulier, tant sur l'homme que sur les animaux, ou en d'autres termes, l'anatomie et la physiologie du système nerveux. A ce compte, nous admettons volontiers que la phrénologie est une science, et il n'y a pas de médecin qui ne soit à quelque degré phrénologue. Si la société est véritablement instituée pour étudier cette branche importante de la science de l'homme, nous sommes disposés à encourager des travaux et même à solliciter l'honneur d'en faire partie. Jusqu'ici il n'y a rien à dire; mais voici qui est plus sérieux.

« L'étude du cerveau et de ses annexes, continue le rédacteur, fournit aux
» phrénologistes des preuves incontestables de ce qu'ils appellent l'organologie
» ou pluralité des organes, c'est-à-dire que les diverses parties du cerveau sont
» destinées à des fonctions spéciales.... et se révèlent à l'extérieur par la forme
» du crâne et par le *tempérament* des individus. »

Ceci ressemble un peu plus à cette phrénologie que nous avions connue jusqu'ici; et sauf cette circonstance relative au tempérament qui, est une innovation contraire à la pure doctrine de Gall, tout le reste n'est à peu près que la formule générale du système du maître. Nous observerons seulement que si cette pluralité d'organes est démontrée aux phrénologistes, elle ne l'est pas aux yeux de tout le monde, et que c'est là précisément le point en question. Du reste nous avouons que, présenté sous cette forme générale et indéterminée, ce principe n'a rien que de très-plausible; c'est une vue qui peut fournir matière à des recherches intéressantes, et qui a produit déjà plusieurs travaux estimables; mais tant que sa réalité n'aura pas été démontrée par des preuves positives et incontestables, elle n'est, dans la science de l'organisation et de la vie, qu'une hypothèse plus ou moins ingénieuse. Elle cessera d'être une hypothèse, lorsque soit anatomiquement, soit physiologiquement, des organes particuliers auront été découverts, décrits et constatés. C'est ce que Gall a fait et Spurzheim après lui. Il ont découvert et compté l'un 27 organes, l'autre 35, décrit et expliqué leurs fonctions et donné la statistique anatomique complète des diverses régions de l'encéphale, correspondant à la statistique psycologique des facultés intellectuelles et morales. Entre leurs mains, cette vague idée de la pluralité des organes cérébraux, a pris une forme positive, et a constitué un véritable système. Jusqu'à présent, aucun phrénologiste français n'ayant, à notre connaissance, rien ajouté ni retranché aux déterminations de Gall et de Spurzheim, et comme d'ailleurs toutes leurs expériences, observations et commentaires sur les crânes des criminels et des honnêtes gens supposent l'admission préalable d'une classification quelconque, nous étions fondés à penser, avec tout le reste du public, que la société phrénologique de Paris, instituée pour *enseigner, propager et perfectionner* le système de Gall, l'avait en effet embrassé, et que la phrénologie n'était elle-même que cette doctrine. Dans toutes les occasions où on a opposé des faits aux classifications de Gall et Spurzheim, les phrénologistes de la société ont toujours soutenu ces deux maîtres. Voilà pourtant le *manifeste* qui dit maintenant que la phrénologie *est loin d'admettre comme démontrés l'existence, la position, les attributs fonctionnels de tous les organes définis et classés jusqu'à ce jour*, qu'elle laisse cette détermination aux inspirations *personnelles*, que l'organologie est une science *née d'hier*, qu'elle est *conjecturale* au même titre que beaucoup d'autres; qu'il faut attendre et rechercher des *faits*

Je ne puis m'empêcher de consigner à cette place un second fait de cholérine qui me semble intéressant par les rapprochemens dont il est susceptible avec le précédent, en même temps qu'il est fécond par ses enseignemens pratiques.

VOMISSEMENS; ÉTAT DE NAUSÉES CONTINUEL. — INUTILITÉ DES MOYENS ORDINAIRES. — SUCCÈS DES AFFUSIONS FROIDES.

Obs. II. — M. de S..., âgé de 36 ans, d'un tempérament éminemment nerveux, adonné habituellement à quelques excès, ayant eu déjà plusieurs fois des vomissemens bilieux opiniâtres, se trouvait sur la fin d'août dans les environs de Dieppe, où régnait la cholérine épidémique avec intensité. Il fut pris de ses vomissemens ordinaires le 2 septembre, à 5 heures du matin. Dans la même journée il vint en ville. Le 3, les vomissemens continuèrent. Le 4, on lui fit prendre une once de sel de Sedlitz.

Le 5, je le vis pour la première fois. Je le trouvai tourmenté par des nausées continuelles, suivies de temps en temps de vomissemens de bile porracée. Sa langue sans être sèche, était dépourvue d'humidité et enduite à sa ligne médiane d'une bande blanche, nettement circonscrite à ses bords. Il était sans fièvre. Je prescrivis, à petites doses, l'eau de Seltz pure, sucrée et animée par un peu de jus de citron, et des cataplasmes laudanisés sur l'estomac. L'eau de Seltz fut rejetée. A la fin de cette journée, il avait eu 8 vomissemens et une seule garderobe. La quantité de bile verte rendue équivalait à une pinte. Il s'était développé quelque douleur à l'épigastre; le pouls se montrait ralenti et concentré. En considération de l'épigastralgie, j'ordonnai 20 sangsues *loco dolenti*, et l'eau de gomme édulcorée prise par gorgées. La saignée locale parut amener deux heures de calme; mais après ce temps, les nausées se remontrèrent, accompagnées de crampes et de contractions gastriques sans vomissemens. Ces phénomènes spasmodiques semblaient étendre leur siége à une portion de l'œsophage.

La nuit se passa ainsi, avec un état d'agitation générale. Le 6, les crampes d'estomac et les nausées persistaient; elles s'accompagnaient d'un sentiment de pesanteur épigastrique. La langue conservait le même aspect; le pouls restait concentré et sans fréquence. J'employai successivement et inutilement un quart de lavement, dans lequel entraient deux jaunes d'œuf et 18 gouttes de laudanum de Sydenham; quelques cuillerées d'un mélange d'eau gommée, de sirop d'éther et de 5 gouttes de laudanum; quelques gorgées de chiendent gommé; un bain d'eau de de son de cinq quarts d'heure. Le malade eut quelque peine à rester dans ce bain. Les crampes parurent s'éloigner pendant sa durée, mais non l'angoisse de la nausée. En en sortant, il vomit de la bile jaune; ce qui lui procura un soulagement pendant lequel les nausées disparurent, et qui fut suivi d'une heure de calme, mouvement fébrile. Une nuit de sommeil continu fut le résultat d'un second bain pris dans la soirée.

Le 7, en s'éveillant, le malade se plaignit d'un sentiment pénible de vacuité et de tiraillement de l'estomac, sans que la région épigastrique fût douloureuse à la pression. Il but à plusieurs fois un verre d'eau et de sirop de gomme; aussitôt ses nausées recommencèrent, avec pesanteur, mais sans contractions spasmodiques. Sa langue semblait excoriée à ses bords et restait enduite à son milieu de la même bande blanche nettement coupée de chaque côté. Apyrexie complète. Je fis prendre de petites quantités d'eau blanchie de lait, réitérer le bain de son et appliquer un sinapisme sur la région de l'estomac. Ce topique au bout de 7 à 8 minutes produisit une rougeur vive sur la peau, accompagnée de beaucoup de douleur et d'agacement nerveux, et parut diminuer l'intensité des nausées. Dans l'espace des cinq heures qui suivirent son application, un verre et demi d'hydrogala fut pris sans augmentation des nausées, ni du poids stomacal; un demi-verre d'*infusum* de poulet, au contraire, les reproduisit avec violence pour un instant. Du reste, il n'existait plus de crampes gastriques, mais seulement de temps en temps quelques contractions, lesquelles semblaient partir de l'estomac et remonter à une certaine hauteur de l'œsophage, comme lorsque des gaz s'échappent par la bouche. Un second sinapisme fut opposé sur l'abdomen depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'hypogastre; il sembla d'abord provoquer plus de nausées qu'il n'en existait depuis le premier; mais ses résultats médiats furent une heure de sommeil et trois heures de calme sans nausées.

Depuis les mauvais succès de l'eau de poulet j'avais recommandé au malade de s'abstenir de toute boisson: dans la soirée une soif vive se manifesta pour la première fois. Il la fit cesser en se gargarisant la bouche avec de l'eau vinaigrée.

La nuit qui suivit cette journée fut bonne et sans nausées.

Le 8, à 6 heures du matin, un morceau de sucre trempé dans l'eau suffit à ramener, à un degré peut être moins marqué que la veille, le mal de cœur, un sentiment de battemens épigastriques et un malaise général. Le jus d'une tranche d'orange exprimé dans la bouche ne dérangea rien à ces symptômes. Que devais-je faire contre cette affection rebelle à tous les moyens employés? Je reconnaissais que j'étais là en présence d'une de ces maladies peu graves en apparence, que la nature ne guérit pas seule, qui, au contraire, par le fait seul de leur prolongation, finissent par se compliquer de la participation morbide des autres organes ou d'une lésion organique de la localité affectée. J'avais à combattre à n'en pas douter, un état de l'estomac jusqu'ici purement nerveux. Toutes mes pratiques avaient échoué; j'en cherchai donc une qui fût capable d'intervertir ce désordre local, en modifiant brusquement l'ensemble de l'économie. Je pensai aux affusions froides si heureusement employées par M. Récamier dans les névroses gastriques. On verra si j'eus raison de compter sur elles.

Le malade assis dans une baignoire vide reçut sur la tête six seaux d'eau de mer chauffée à 20 + 0, et versée avec une certaine lenteur. Il en éprouva un saisissement vivement désagréable; mais il fut instantanément débarrassé de ses nausées, de ses pulsations gastriques et de son état de malaise. De retour à son lit, le pouls se montra considérablement ralenti et la réaction s'opéra avec la plus grande facilité. Plusieurs heures se passèrent dans un état de bien-être complet.

Dans le courant de la journée, l'ingestion de petits fragmens de glace provoqua rapidement un vomissement de matières bilieuses. Dès ce moment, il se remontra un certain degré de nausée et d'embarras épigastrique.

J'étais encouragé à répéter l'affusion froide et par son premier succès et par l'avis de M. le docteur Flaubert, qui, ayant été appelé de Rouen, souscrivit à ce mode de traitement. Elle produisit une impression cutanée moins vive et fut administrée au même degré de température, avec 8 seaux d'eau partagés entre le *vertex* et la partie antérieure du tronc. Elle fit cesser tout accident et fut suivie d'une heure de sommeil. Plus tard, au milieu d'un sentiment de mieux complet, le malade eut un vomissement de matières mêlées de bile, à propos d'un mouvement brusque qu'il fit en voulant se coucher du côté gauche. Ce léger incident n'eut pas de suites, et je le quittai en lui recommandant de tromper sa soif, comme à l'ordinaire, en agitant de l'eau vinaigrée dans sa bouche. Il se réveilla plusieurs fois dans la nuit, sans ressentir de nausées

Le 9, à 7 heures du matin, sans avoir rien pris, M. de S... éprouvait des vestiges de mal de cœur, des battemens et du malaise à l'épigastre, lequel était souple et peu sensible à la pression. Il se plaignait d'une fatigue générale; sa figure présentait une certaine nuance de couleur terne; sa langue était beaucoup moins animée et son enduit était plus vaguement circonscrit qu'avant les affusions. La soif était peu marquée le plus souvent; si elle aiguillonnait parfois le gosier, elle cédait à des collutoires d'eau vinaigrée. Je le soumis à une affusion à 19° + 0 et à 12 seaux répartis sur la tête, sur le thorax et l'épigastre. L'impression du froid lui fut très-vive durant les trois premiers seaux; mais il se prêtait à l'opération avec une sorte de plaisir par l'idée du bien-être qu'il en retirait. Il se réchauffa, comme de coutume, avec la plus grande facilité et ressentit en peu d'instans une chaleur cutanée agréable, avec ralentissement du pouls. Quatre heures après, il put boire en deux fois la presque totalité d'un verre d'eau sucrée, sans en éprouver les effets ordinaires, tels que nausées, plénitude gastrique, etc. Des gaz circulèrent pour la première fois dans les voies digestives. La langue était plus humectée et pourtant il y avait de la soif.

Dans le courant de cette journée, il y eut quelques légers battemens, du tiraillement et du vide à l'estomac et aux hypocondres; ce que le malade comparait aux sensations analogues qu'il éprouverait par l'abstinence. Ces sensations disparurent sous l'influence d'une affusion de sept seaux, administrée à 19° + 0, et furent remplacées par un état de calme complet. Le soir même, il but un tiers de verre d'eau sucrée et reçut une affusion (la troisième du jour), de 8 seaux, à la même température, à la suite de laquelle il prit impunément une seconde quantité de boisson et fut parfaitement calme pendant deux heures.

La nuit se passa sans sommeil, avec agitation et soif pressante. Les collutoires vinaigrés ne suffirent plus à la faire passer. Le malade ne put résister à avaler un peu d'eau sucrée; il en attendait avec anxiété le résultat; mais il fut des plus heureux.

Le 10, sentiment général de courbature et de brisement, étourdissement céphalique dans la station assise; soif dévorante, langue imprégnée d'humidité, non

---

nouveaux pour savoir à quoi s'en tenir, que les classifications de Gall et de Spurzheim ne sont que des *cadres provisoires*; enfin que la science organologique, *certaine* dans ses généralités, est *douteuse* dans ses déterminations particulières; ce qui veut dire que, sauf le principe vague et indéterminé de la pluralité et spécialité des organes cérébraux, la phrénologie abandonne toutes les classifications et déterminations aux chances d'une nouvelle révision. Le manifeste, en conséquence, renonce à toute énumération définitive des organes, et se contente de reproduire dans le paragraphe de la *méthode*, les listes de Gall et Spurzheim entre lesquelles elle nous permet de choisir, sans les blâmer ni les approuver. Or, selon nous, abandonner les déterminations de Gall sans y en substituer d'autres, c'est remettre toute la science phrénologique en question, c'est frapper nommément de nullité tous les travaux de la société.

Ce qui nous étonne le plus dans l'histoire de ce *manifeste*, c'est qu'il ait excité tant de tumulte et de discussions dans le sein de la société à l'époque où il a été voté. Il nous semble que le rédacteur ne pouvait lui donner une forme plus innocente, et moins compromettante. Cette profession de foi sceptique n'est certes pas de nature à la brouiller avec personne, et quant à nous-mêmes qui sommes assez disposés à guerroyer quand il s'agit de phrénologie, nous pardonnons volontiers à cette phrénologie-ci qui prétend ne rien savoir, ne rien proposer, et qui se contente d'être *possible*.

Toutefois, malgré ces amendes honorables, l'esprit orgueilleux du phrénologisme reparaît dans le 3e paragraphe intitulé: *de la philosophie*, et dans les suivans sur la *législation*, l'*éducation*, etc.; ici on déclare que toute philosophie passée, présente et future rentre dans le domaine de la phrénologie. La métaphysique, la morale, la théologie, la logique, la psycologie, la pédagogie, l'éducation, la législation et que sais-je encore, toutes les sciences en un mot qui de près ou de loin touchent à l'homme physique ou moral, appartiennent de droit à la phrénologie.

Nous pourrions, pour l'amusement de nos lecteurs, citer ici quelques passages du texte qui contient ces belles choses. On y verrait que l'auteur a raison de se vanter d'avoir oublié tout ce qu'on lui appris dans les écoles sur la philosophie, car nous avons vu rarement, même dans les écrits des phrénologistes ordinaires, un si cruel abus de cette faculté de parler et d'écrire que Dieu a donnée à l'homme, et surtout au français. Les phrénologues conseillent aux philosophes d'étudier le cerveau, les philosophes pourraient bien leur conseiller d'étudier la langue, la logique et la philosophie. Il faut remarquer que tout ce beau dythyrambe en faveur de la phrénologie est placé entre la déclaration que cette science n'est pas encore faite et un *appel* à tout les penseurs, qu'on invite à venir la faire. Ainsi, la science *née d'hier*, la science *conjecturale*, la science *possible*, mais non *réelle*, n'en est pas moins la science des sciences, et la clef de voûte de l'édifice de la connaissance humaine! Voilà le beau chemin que l'esprit humain a fait en quatre mille ans et plus!

Nous avons voulu, dans cet article, signaler seulement le point le plus saillant de ce *manifeste* de la société phrénologique. La réfutation des erreurs sans nombre dont il fourmille, nous entraînerait trop loin et n'entre pas dans notre but. Nous sommes d'ailleurs toujours à temps d'y revenir.

— *Des circonstances indépendantes de notre volonté ont retardé la publication de la table des matières de la Gazette médicale pour 1834. Elle vient d'être mise sous presse, et sera envoyée à chacun de nos abonnés avec le numéro de samedi prochain.*

rouge, couvert d'un enduit mince à ses bords; rubéfaction du front; pouls à 76 pulsations par minute; plaisir indicible à boire un tiers de verre d'eau sucrée, affusion de 7 seaux désirée par le malade lui-même. L'impression de froid qu'elle amena fut sensiblement moindre. Elle provoqua, séance tenante, une émission d'urine; l'eau sucrée fut prise avec répugnance; ce qui n'entrava pas le calme d'habitude, auquel se joignit un sentiment de réaction générale qui dura pendant une heure. Au bout de ce temps; fatigue et sensation de délabrement du corps; épaississement de la salive et des mucosités buccales; langue non plus excoriée. Au milieu de la journée, le pouls s'éleva à 80 pulsations.

Après l'ingestion d'un demi-verre d'hydrogala non édulcoré, affusion à 18°+0, avec 10 seaux. Cet abaissement de la température de l'eau éprouva le malade, et amena le bien-être ordinaire avec 4 pulsations artérielles de moins. Nouvel hydrogala. Plus tard, un demi verre de chiendent ayant causé du dégoût fut rejeté sans autre incident. Troisième affusion de la journée suivie de l'ingestion d'un demi-verre d'hydrogala et de trois heures de sommeil. A onze heures du soir, un grain et demi d'extrait thébaïque en lavement fut donné pour obvier aux chances d'excitation de la nuit précédente. Un verre fut bu jusqu'au matin.

Le 11, affusion de sept seaux à 17°+0, laquelle fut trouvée très-froide. En quittant la baignoire, le malade se sentit allègre, gagna son lit en sautant et but un demi-verre d'eau de poulet non salée et un quart de verre d'eau rougie par une cuillerée à café de vin de Bordeaux. Cette dernière boisson lui causa une sensation délicieuse; il dormit trois heures. Une nouvelle quantité de ces boissons fut consommée jusqu'au milieu de la journée. (Affusion de six seaux à 17°+0.) Le malade sortit de son lit étourdi, vacillant; il y rentra alerte et ingambe. Il éprouvait un sentiment de quiétude physique; il avait beaucoup moins de ce délabrement stomacal; l'enduit de la langue semblait s'étendre à toute sa surface; la bouche était lubréfiée de mucosités; les traits de son visage et ses yeux étaient reposés. (Mêmes boissons; le bouillon de poulet n'agréa plus et pesa sur l'estomac.) Avant la troisième affusion de cette journée, étourdissemens en quittant le lit. (Six seaux à 17° 0.) En sortant de l'affusion, le pouls avait 16 pulsations de moins que le matin; plus d'étourdissemens. (Eau édulcorée de sirop de gomme.)

Le 12, deux affusions seulement à 17°+0 avec six seaux. Après un nouvel essai de bouillon de poulet, pesanteur d'estomac et sensation de fadeur à la gorge et à la bouche. Dans la journée, eau vineuse; eau légèrement édulcorée de sirop de groseilles. Après la deuxième affusion, le pouls tomba à 56. Le soir, il n'existait plus aucune sensation pénible de l'estomac; le malade se sentait disposé à dormir. Il eut un sommeil interrompu de rêvasseries.

Le 13, fatigue et faiblesse générales; vide douloureux de l'estomac; étourdissemens lorsque le malade se mettait sur son séant; la langue était enduite maintenant d'une couche jaune, uniforme, épaisse sur la ligne médiane, examinée à ses bords; pouls accéléré. (Affusion de six seaux à 17°+0.) Le malade en sortit encore fatigué, mais débarrassé d'étourdissemens et de sensations gastriques. Il ne se sentait plus de répugnance pour les boissons animales, et prit deux cuillerées de bouillon où il entrait du bœuf, du poulet et des légumes, puis après de l'eau vineuse. Il trouva le bouillon savoureux; une seconde et égale quantité lui causa du dégoût. La deuxième affusion de six seaux lui parut très-désagréablement froide, bien qu'elle fût à 18°+0. Déjà il n'avait pas reçu celle du matin avec plaisir. La seconde fit disparaître néanmoins le vide douloureux de l'estomac. A pris trois cuillerées de bouillon et eau vineuse.

Il y avait eu 15 affus. de pratiquées; elles s'arrêtèrent là, car elles commençaient à la fois à s'user dans leur action et à répugner au malade. On le fit sortir en voiture pendant une heure, dans le but d'essayer ses forces et de solliciter son estomac. Il s'habilla faible, mais non étourdi; la promenade réussit à merveille. En rentrant, étourdissemens de courte durée, bien-être au lit, malgré quelques frissonnemens passagers. (Bouillon et eau vineuse.) Sommeil. Une nouvelle quantité de bouillon prise le soir pesa et réagit désagréablement à la gorge.

Le 14, promenade d'une heure et demie. Le malade prit successivement dans la journée du raisin, de la gelée de pommes, de l'hydrogala, de l'eau vineuse, sans en être gêné; mais une semouille maigre lui inspira un dégoût qui s'étendit sur tout. Néanmoins il se leva, écrivit trois quarts d'heure sans fatigue. Le sommeil de la nuit fut tranquille.

Le 15, sentiment de vacuité gastrique. (Gelée de pommes; eau vineuse.) Deux promenades en voiture; chacune d'elles mit l'estomac en disposition de désirer et de recevoir quelque substance alimentaire. Après la première, il prit une soupe sans malencontre; après la seconde, il exprima avec satisfaction le jus d'une côtelette de mouton. Le soir, il mangea un échaudé. Dans tout le courant de la journée, il sentit ses forces accrues; il en fit l'épreuve en restant levé pendant six heures de suite.

Le 16, après une bonne nuit, dégoût général, vide de l'estomac, malaise. Dans cet état, M. de S..., entreprit une course de trois heures. Arrivé à sa destination, il eut une nausée et vomit des matières aqueuses qui le soulagèrent. A son retour, tête un peu étourdie; répugnance profonde pour toute espèce de boisson; sentiment de vide abdominal; une cuillerée d'eau et de sirop de gomme suffit à le combler et à le remplacer par un sentiment de pesanteur et de plénitude. Cette sensation revint dans la soirée, ce qui n'empêcha pas la nuit d'être parfaitement bonne.

Le 17, M. de S... quitta Dieppe dans l'état suivant : Langue humide, se débarrassant graduellement de son enduit; momens de vide et de tiraillemens gastriques que le moindre *ingestum* liquide ou solide fait disparaître; état capricieux, bizarre des fonctions de l'estomac, quant à ses appétits et à ses aptitudes digestives; forces générales augmentées. A quelques lieues déjà l'estomac put recevoir une assez grande quantité d'alimens.

Les jours suivans, il y eut bien quelques légers retours des caprices bizarres de l'estomac; mais ils finirent par céder aux soins que M. de S... mit dans son régime alimentaire. Depuis il n'a cessé de se bien porter, grâces à cette dernière condition qu'il continue d'observer, et dont il sent mieux que jamais maintenant la nécessité.

La confrontation raisonnée de toutes les circonstances particulières à chacun de ces faits ne me laisse aucun doute aujourd'hui sur les assertions suivantes : 1° Les affusions froides étaient rationnellement applicables au premier comme au second; 2° dans la supposition de leur emploi, les résultats eussent été aussi heureux dans l'un que dans l'autre. Maintenant j'avouerai avec une entière bonne foi que l'idée de recourir aux affusions froides chez la première malade ne m'est pas venue à l'esprit, et je ne m'en consolerais pas si je n'avais la conviction qu'une proposition de ma part relative à cet objet eût soulevé à l'instant ses résistances systématiques contre un moyen qui sort par lui-même des modes de traitement usités.

Pour ce qui regarde le second cas en particulier, si on m'a trouvé minutieux à décrire tous mes essais de traitement, tous les caprices de l'organe affecté et tous les tâtonnemens auxquels j'ai cru devoir me livrer pour trouver les *ingesta* qui lui convenaient, qu'on me pardonne cette surabondance de détails. Je n'ai voulu en omettre aucun; car tous m'ont semblé nécessaires au tableau d'une maladie qui, après avoir résisté à des moyens éprouvés par leur succès journalier dans le cours d'une même épidémie, a *été* enrayée par un traitement que l'expérience de tous n'a pas encore sanctionné. Les affusions froides, on le sait, sont encore peu connues sous le rapport des cas qui réclament leur application, de leur mode d'administration et de leurs effets dans la classe des névroses internes. J'appelle de tous mes vœux l'attention de mes confrères sur ce point de thérapeutique, qui renferme, selon moi, des ressources précieuses à la pratique médicale.

Cholérine ordinaire.

Je suis arrivé à la description de cette forme de la cholérine que tout le monde connaît, qui a précédé et accompagné l'irruption des grandes épidémies cholériques, et qui a régné à Paris à l'époque où je l'observais à Dieppe. Les circonstances de son invasion et de sa marche ont été moins uniformes que celles de la forme précédente; elle n'a point revêtu non plus le caractère spasmodique de celle-ci; en elle ont dominé les sécrétions morbides du canal intestinal, d'où la constance des vomissemens et de la diarrhée, phénomènes qui servent particulièrement à la distinguer. Les moyens dirigés contre elle ont été les mêmes; mais la modification apportée en elle par ses caractères prédominans ont entraîné le plus souvent la nécessité d'en employer quelques autres.

Elle débutait le plus souvent par une tendance au refroidissement des pieds, par des frissons suivis de nausées, de vomissemens bilieux répétés et d'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé. Ce dernier amenait de la céphalalgie, la congestion du visage, un état limoneux et jaunâtre de la langue et un sentiment de fatigue des membres. Ordinairement le jour suivant, après que les vomissemens s'étaient spontanément calmés et que la fièvre avait entièrement disparu, on voyait survenir les coliques, puis une diarrhée bilieuse. Chez les individus habituellement constipés, ces deux symptômes manquaient; mais alors les nausées et les vomissemens persistaient opiniâtrément.

D'autres fois, les frissons du début étaient les précurseurs immédiats des coliques et de la diarrhée, que j'ai vu se répéter jusqu'à douze fois en une seule nuit. Les nausées et les vomissemens ne venaient qu'après ou n'existaient pas. Si le premier cas avait lieu, les malades se plaignaient d'une anxiété extrême ou d'une défaillance allant parfois jusqu'à la syncope; ils avaient le visage pâle, un dégoût très-prononcé pour les alimens, une odeur bilieuse de l'haleine, et pendant sa durée des nausées préliminaires et des vomissemens, une concentration et un amoindrissement sensible du pouls. Les coliques et la diarrhée qui se montraient isolées, sans concomitance des nausées et des vomissemens, étaient notablement plus douloureuses et coexistaient avec des borborygmes, surtout si ces symptômes étaient exaspérés par l'habitude d'un régime stimulant.

Sous les influences qui donnèrent naissance aux variétés générales de la cholérine, on observa encore une foule d'indispositions plus simples, qui participaient de la même nature. Des personnes nerveuses et hypocondriaques, sujettes à quelque sensibilité épigastrique ou à la diarrhée et à une bouffissure abdominale pendant le temps de la digestion, voyaient augmenter, le plus souvent sans cause appréciable, surtout pendant la nuit, le nombre de leurs garde-robes. Elles étaient en même temps tourmentées par des nausées, des borborygmes, des coliques sourdes et passagères, par un sentiment de tension, de pesanteur abdominale, avec un état de langueur des facultés digestives.

Les coliques étaient quelquefois sèches ou n'entraînaient qu'une diarrhée ténue, qui durait une nuit et cessait d'elle même; ou bien la diarrhée était tout-à-fait indolente avec borborygmes et sentiment de pesanteur épigastrique. Ailleurs des individus qui, dans l'habitude de leur vie, avaient facilement des selles liquides et sans douleur, voyaient cet

accident se compliquer de quelques coliques. D'autres enfin, comme tributaires de l'épidémie, ne présentaient qu'un peu d'inappétence, une certaine nuance jaunâtre du pourtour des orbites, des ailes du nez, de la paume des mains, et quelquefois un sentiment de faiblesse inaccoutumé.

Si cette cholérine débutait et marchait avec moins de rapidité que la précédente, les moyens thérapeutiques qu'on lui opposait, quoique de même nature, agissaient aussi sur elle avec une lenteur proportionnée et avec un succès moins décisif. Les coliques et la diarrhée existant isolément, étaient combattues par des boissons astringentes gommées, seules ou associées à l'eau de Seltz, par des quarts de lavemens de pavot ou de ratanhia et de laudanum, par une potion opiacée et par des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Les coliques et la diarrhée cédaient assez souvent avec facilité; du moins on remarquait que les borborygmes et les selles liquides, s'ils persistaient, étaient devenus exempts de douleurs. Mais dans les cas si nombreux où ces symptômes coïncidaient avec les nausées et les vomissemens, et dans les cas surtout où la persistance de ceux-ci était liée à un état de constipation habituelle exagéré encore dans les conditions actuelles, les difficultés du traitement étaient augmentées. Les vomissemens rendaient nulle l'application des boissons convenables; les lavemens opiacés ne suspendaient que la diarrhée, encore étaient-ils contr'indiqués quelquefois par l'*infarctus fécal*. Dans ces circonstances il ne fallait rien précipiter; l'estomac, comme je l'ai toujours observé, se calmait de lui-même au bout d'un certain temps, et permettait l'usage des moyens appropriés. Alors le tilleul gommé, les bouillons légers de veau ou de poulet chez les uns, les eaux de Seltz naturelle ou artificielle chez les autres, chez tous les opiacés intérieurs et extérieurs, et quelquefois les bains tièdes, coupaient court à l'enchaînement des accidens. Ce résultat était obtenu du moment où le pouls reprenait son calibre et quelque élévation, où la peau se couvrait d'une certaine humidité.

Il était habituel que le malade conservât pendant quelques jours de la constipation, une grande pâleur du visage et un blancheur uniforme de la langue; qu'il se plaignît d'un peu de gastralgie, d'inappétence et surtout d'une débilité générale prononcée; enfin qu'il fût exposé à des retours de diarrhée à la moindre transgression du régime prescrit, ou sous l'influence d'un refroidissement, ou pour avoir quitté son lit prématurément. Dans ce cas l'observation d'une diète plus sévère et l'administration d'un laxatif répété selon le besoin, comme l'huile de ricin, l'eau de Pillna, les sels de Sedlitz et de Glauber, détruisaient cette tendance diarrhéique et ramenaient l'appétit, les forces et les apparences de la santé, à moins que la menstruation, survenant dans ces circonstances, ne fit elle-même les frais de cette guérison.

Une réduction apportée dans le régime habituel, et tout au plus quelques-unes des précédentes pratiques, suffisaient à faire disparaître les indispositions épidémiques plus légères. Les plus fortes comme les plus faibles de celles-ci, si on les abandonnait aux soins de la nature, tendaient à se prolonger et à s'aggraver. Je n'ai vu qu'une fois un individu jeune et vigoureux, garder impunément, pendant plusieurs jours, de violentes coliques accompagnées de déjections répétées jusqu'à quinze fois dans l'espace de 24 heures, sans rien changer à sa vie ordinaire. Ces accidens disparurent d'eux-mêmes, comme vaincus par l'énergie que constitutive du sujet. D'autres, doués d'une force de résistance moins complète, laissaient bien aller aussi leur indisposition sans précautions rationelles; mais la lutte finissait par tourner contre eux, et ils étaient forcés de réclamer les secours de l'art. Enfin une dame, après avoir en même temps négligé de légères coliques, et violé pendant leur durée les règles de toute prudence, en continuant de se baigner, en s'exposant à l'air froid du soir, en quittant un vêtement de laine accoutumé, et en suivant son régime alimentaire habituel, fut prise subitement des accidens les plus intenses que j'aie observés dans la cholérine foudroyante, avec cette différence qu'ils s'accompagnèrent de signes d'irritation gastro-intestinale, et que la convalescence en fut bien plus longue. Dans ce cas les évacuations alvines, au lieu d'être bilieuses, prirent une odeur fétide particulière et une couleur noirâtre, et causèrent en passant à travers l'anus, un sentiment brûlant d'érosion.

Cholérine des enfans.

Le premier âge n'a point été exempt de l'affection épidémique; mais il l'a offerte modifiée aussi bien à cause des conditions physiologiques qui lui sont particulières qu'à cause de la différence des moyens thérapeutiques, lesquels n'ont pu ni dû être les mêmes que chez les adultes. En général, quoique peu douloureuse, la cholérine des enfans avait une durée longue et tendait à revêtir les caractères d'une irritation gastro-intestinale à dater du moment de sa naissance; elle entraînait tout d'abord de l'inappétence, de la soif, une pâleur marquée du visage et de l'insomnie. La diarrhée, composée de matières jaunes, était toujours rebelle, et existait presque toujours seule, quoiqu'il ne fût pas sans exemple qu'elle fût associée à des vomissemens. Dès le début, la fièvre était sujette à des exacerbations irrégulières. L'époque de la maladie où apparaissaient les signes de l'irritation locale était variable, et correspondait au changement des matières diarrhéiques, qui de jaunes devenaient vertes et semblables à des herbes hachées.

Chez quelques enfans, la cholérine revêtait encore plus manifestement les caractères propres à l'entérite aiguë. La fièvre se maintenait avec de violentes exacerbations nocturnes et un état permanent de chaleur sèche et brûlante de la peau. Les lèvres et la langue, rouges et lisses, tendaient à se sécher; les yeux étaient abattus, la tête chaude, l'humeur des plus moroses; le ventre était ballonné partout, douloureux au-dessus du nombril et ne donnait que deux ou trois selles virescentes par jour. Le retour des selles jaunes d'abord, puis celui de l'apyrexie, étaient le signal de l'amendement des symptômes.

L'impossibilité de faire garder aux petits malades une certaine quantité de lavement de pavot laudanisé, et souvent de leur faire avaler les plus simples liquides, était en partie la cause qui prolongeait ces cholérines; elles ne duraient pas moins de huit à dix jours. Des bains entiers chargés de principes émolliens avaient l'avantage presque constant de provoquer chez eux quelques heures de sommeil. Au déclin de la maladie, une dose de manne dissoute dans un verre de lait coupé avec le thé de fleurs de mauve, accélérait la terminaison favorable. L'usage exclusif des potages gras servait à mettre la convalescence à l'abri de tout accident; mais les cas de phlogose intestinale réclamaient le traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur. Alors la convalescence était proportionnée à l'intensité des symptômes; les petits malades avaient à se relever d'un affaiblissement et d'un amaigrissement très-marqués.

Dans la catégorie précédente, qui ne renferme que des enfans au-dessous de 7 à 8 ans, la cholérine n'a pas été non plus sans se montrer à des degrés infiniment moindres. Des coliques légères, des selles liquides, accompagnées pourtant d'un état fébrile qui était hors de proportion avec elles, étaient les seuls phénomènes qu'on eût à combattre. Ils cédaient facilement à la diète et à quelques lavemens narcotiques et amylacés.

Au-delà de cet âge, la maladie tendait à reparaître avec les caractères qu'elle présenta aux époques ultérieures de la vie.

Après avoir décrit les diverses formes de la cholérine de Dieppe, et les procédés curatifs qui leur furent opposés, je me propose de jeter un coup d'œil sur les causes individuelles qui ont paru quelquefois préparer le développement de cette maladie épidémique, et de revenir sur quelques circonstances de sa marche et de sa durée, sur l'appréciation de certains de ces symptômes, comparés, d'une part, aux symptômes du choléra, et, de l'autre, aux symptômes qui ont été observés dans la cholérine de Paris, et enfin sur le traitement que j'ai dû préférer à tout autre, tant à cause du succès presque constant qu'il m'a offert dès le premier jour, qu'à cause des relations qui me semblaient exister entre lui et la nature des symptômes existans.

Etiologie.

Avec ces deux conditions que la cholérine a régné au milieu d'individus rassemblés dans le but commun de prendre les bains de mer, et que les bains de mer, par leurs effets physiologiques connus sur l'organisme, ont dû favoriser son développement, on s'attend à les voir figurer pour une part notable au nombre des causes occasionelles de cette maladie. Voici le relevé que j'ai fait pour éclairer ce point d'étiologie.

Sur 38 individus affectés de cholérine, 12 n'avaient pas pris de bains de mer; chez 3 le cas reste douteux. Sur les 23 qui restent, 6 n'ont pris qu'un très-petit nombre de bains, depuis un jusqu'à six. 17 seulement s'étaient donc baignés avec la continuité d'usage.

Parmi ces 17 baigneurs, il n'y en eut que 2 où l'usage des bains de mer parut décider l'explosion des symptômes de la cholérine, ce qui parut tenir à ce qu'ils continuèrent les bains lorsqu'ils en étaient déjà à quelques prodrômes de la maladie, qui se présenta chez eux par cela même à son plus haut degré d'intensité. Dans ces deux cas je fus en droit d'admettre que d'autres causes déterminantes concoururent, avec les bains de mer, au développement des accidens.

En dehors de ce nombre d'individus, je sais certainement qu'il y en eut plusieurs qui continuèrent impunément l'usage des bains de mer avec un certain degré de cholérine.

Les causes dont l'action parut bien plus évidemment déterminer ou accélérer l'invasion de cette maladie furent, par ordre de fréquence:

l'usage des huîtres du parc de Dieppe, qui contiennent plus d'eau marine et qui ont un parenchyme plus ferme et plus savoureux que celles qu'on mange à Paris; l'usage du melon et des fruits acides ou mal mûrs; le refroidissement du corps; le mal de mer, dont le mode d'agir sur le tube digestif est analogue à celui de la cholérine; enfin une frayeur subite.

Les *ingesta*, qui figurent ici au nombre des causes occasionelles, furent le plus souvent pris avec modération ou avec la seule circonstance d'un usage de plusieurs jours consécutifs. Les personnes qui furent atteintes de la cholérine de Dieppe que je décris, appartenaient pour la plupart à cette classe de la société que ses habitudes préservent de l'intempérance; c'est pourquoi cette histoire ne contient pas les cas de maladie *ab ingluvie*, qu'on observait si souvent à Paris vers la même époque.

Marche et durée.

Examinée sous ces deux rapports, la cholérine s'est montrée fort différente d'elle-même.

Sa forme spasmodique a toujours été la plus rapide. A dater de l'invasion, la durée des symptômes caractéristiques a été de deux à huit heures, au bout desquelles le malade s'est trouvé quelquefois rendu à un état de santé à peu près normal, et le plus souvent a passé depuis un jour jusqu'à quatre jours, avec un sentiment général de faiblesse et une susceptibilité particulière des organes digestifs.

La cholérine ordinaire, en y comprenant aussi le temps de la convalescence, se prolongea bien davantage. Sa durée totale dépassait celle de la forme précédente, soit que ses phénomènes caractéristiques persistassent pendant plusieurs jours, et que pourtant sa convalescence fût proportionnellement courte, soit que ces phénomènes, plus intenses alors, durassent peu, mais entraînassent des suites relativement plus longues, soit enfin que maladie et convalescence elle-même tout à la fois fussent d'égale durée.

Dans ces deux circonstances, la nature se montre plus apte à réparer les pertes nerveuses que l'économie a faites, que celles qui lui ont été enlevées par la voie des sécrétions morbides.

Les deux cas de cholérine caractérisés par l'épigastralgie et le désordre de l'innervation gastrique, ont de beaucoup marché plus longtemps que tous les cas précédens. L'un ne céda complétement au traitement que le huitième jour; l'autre, qui fut livré aux ressources de la nature, se termina par la mort le douzième jour.

La cholérine des enfans, qui a revêtu les caractères d'une maladie étrangère, ne peut plus être jugée d'après la même appréciation.

Rapprochement de la cholérine de Dieppe et du choléra épidémique.

J'éloigne de ce rapprochement la forme de cholérine qui s'est montrée avec une prédominance marquée des évacuations, bien que plusieurs de ses traits permette à la rigueur de la faire servir à cette comparaison.

Il suffit, je pense, relativement à la variété spasmodique, de rappeler les circonstances de son invasion et de sa marche. Il est évident qu'elle a offert, avec une exactitude parfaite, les deux périodes algide et réactive du grand choléra. Quant à ses symptômes caractéristiques pris isolément, on retrouve trait pour trait la plupart de ses corrélatifs dans la description si complète que mon ami, le docteur Dalmas, a faite de ce dernier pour le *Dictionnaire de médecine*. Je me contenterai de les puiser à cette source et de les énumérer brièvement.

Période du froid.

Début à la suite ou sans l'action d'une cause occasionelle, avec ou sans prodrômes; malaise subit accompagné de syncopes; évacuations, crampes, refroidissement des extrémités, altération hippocratique et teinte violacée de la face; sentiment profond d'oppression; plaintes; chute rapide du pouls.

Période de réaction.

Cessation des progrès du froid; réchauffement graduel de la peau; rougeur érysipélateuse des joues; animation des yeux; langue très-souvent sèche; soif; céphalalgie intense; somnolence; élévation fébrile du pouls.

Dans cette liste de symptômes cholériques, on retrouve la liste fidèle de ceux qui ont été observés dans l'épidémie de Dieppe; mais ceux qui ont été les élémens caractéristiques de celle-ci en sont absens, je veux parler de la douleur et des spasmes gastriques revenant par crises intermittentes.

Rapprochement de la cholérine de Dieppe et de celle qui régnait à Paris à la même époque.

La cholérine la plus simple, la cholérine *ordinaire*, a des points d'analogie frappans avec la cholérine de Paris. Ce qui caractérisa celle-ci, c'étaient des lassitudes, de la courbature, de la chaleur, de l'inappétence, le plus souvent un flux de ventre avec ou sans coliques, et ardeur anale; des coliques sèches; quelquefois des vomissemens; une teinte jaunâtre du visage; une langue limoneuse; une soif pressante; le désir des boissons froides et acidulées; la répugnance pour les alimens; rarement un état apyrétique.

Ce qui différencie principalement ce tableau de celui de la cholérine peu intense que j'ai observée, ce sont : l'état fébrile à un degré prononcé, la fréquence des vomissements et quelques phénomènes cholériformes qui servaient de transition entre cette variété et la variété spasmodique.

Traitement et nature.

Le traitement, dit Hippocrate, dévoile la nature des maladies. Sans demander cette interprétation oraculaire aux moyens thérapeutiques qui ont été employés contre la maladie épidémique que j'étudie, ils peuvent cependant mettre sur la voie pour arriver à connaître la nature de ces symptômes les plus saillans.

Les préparations opiacées ont fourni la base de toute la thérapeutique mise en usage contre la forme spasmodique du choléra de Dieppe. On sait combien a été prompte et constante leur efficacité. Les spasmes, les douleurs gastriques et intestinales qui ont prédominé entre tous les autres symptômes, leur ont toujours cédé merveilleusement vite. Ordinairement l'action calmante et narcotique de l'opium ne s'exerce avec une telle rapidité que sur des phénomènes purement nerveux. Le raisonnement se fondant sur cette circonstance et sur celle des caractères spéciaux des accidens, permet d'admettre que tout ce qui était *spasme* et *douleur* dans les symptômes de cette épidémie, avait une nature essentiellement et uniquement nerveuse, et que l'état local dont le spasme et la douleur étaient l'expression symptomatique, consistait en un trouble particulier des organes innervateurs, ou, en d'autres termes, du système nerveux ganglionnaire de l'estomac.

D'autres élémens symptomatiques de la maladie, tels que les évacuations morbides et les désordres de la calorification, ont disparu avec non moins de facilité sous l'influence de l'opium. Ce fait et celui de leur retour observé à chacune des crises spasmodiques, ne ferait-il pas supposer qu'ils étaient liés à celle-ci et à l'état des organes qui étaient le siége de ces crises? Mais cette question touche à celle de la nature intime du choléra, et jusqu'ici elle n'a pu être soumise fructueusement ni au raisonnement, ni au *criterium* des moyens thérapeutiques.

Je terminerai cet article par une dernière remarque. L'analogie qui a été trouvée dans le rapprochement que j'ai fait entre les symptômes de la cholérine de Dieppe et le choléra épidémique, et les points de contact qui semblent les identifier au premier coup d'œil qu'on jette sur leur nature intime, sont tels qu'il en naît virtuellement la question de savoir si l'épidémie de Dieppe ne mériterait pas, absolument parlant, le nom de *choléra*. J'avoue à ce sujet que la bénignité et la simplicité du plus grand nombre des cas qu'elle a présentés, m'ont seuls décidé dans la préférence que j'ai donnée à la dénomination sous laquelle je l'ai fait connaître. Si on trouve celle-ci mieux qualifiée par le terme de *choléra*, il en résultera nécessairement la conclusion que ce choléra s'est montré modifié sous plusieurs rapports; en effet, ses phénomènes caractéristiques étaient amoindris dans leur intensité, sa durée notablement raccourcie; quelques symptômes nouveaux étaient venus s'ajouter à la liste ordinaire des symptômes; son pronostic avait perdu de sa gravité; enfin son traitement, cette fois du moins, était d'une efficacité suffisante. Au reste, l'histoire des retours du choléra, depuis sa première apparition en France, a déjà présenté des exemples de cette altération dans ses traits principaux. Je l'ai signalée une fois dans la Gazette médicale (1).

(1) Voir le nº 8; 22 février 1834.

TOXICOLOGIE.

DE L'EMPOISONNEMENT PRODUIT PAR LES PRÉPARATIONS DE CHARCUTERIE AVARIÉES, SPÉCIALEMENT PAR LES BOUDINS ET LES SAUCISSONS CORROMPUS.

Les préparations de charcuterie, qui dans nos grandes villes et surtout à Paris constituent le principal aliment de la classe ouvrière, sont toujours une nourriture peu saine, même dans le meilleur état de conservation; mais elles exposent à un danger bien plus immédiat et bien plus grave lorsqu'une sorte de décomposition aigre ou putride s'en est emparée. Tout récemment la population parisienne s'est émue en apprenant par les journaux politiques la saisie de plusieurs milliers de kilogrammes de marchandises ainsi avariées dans les boutiques des charcutiers de la capitale. Les observations qu'on va lire et qui reçoivent de ces circonstances un intérêt tout actuel, montreront combien il est important pour la santé publique, que l'autorité exerce une surveillance sévère sur les établissemens de ce genre; et si malgré toutes les précautions, quelques accidens fâcheux ne pouvaient être évités, il ne sera pas sans utilité d'avoir appelé l'attention des médecins sur les signes d'un empoisonnement peu étudié jusqu'ici, et sur le traitement qui paraît le mieux lui convenir.

L'empoisonnement par les saucissons et les boudins corrompus paraît s'observer très-fréquemment dans certaines contrées du Würtemberg, au voisinage de la forêt de Welzheim et de la forêt Noire. Le docteur Bodenmüller, exerçant dans le district de Gmünd, a consigné dans les *Annales cliniques de Heidelberg*, un certain nombre de cas de ce genre qu'il a observés dans le courant de l'hiver et du printemps de 1834; les symptômes étaient si graves que plusieurs individus y succombèrent: l'aliment dont ils avaient fait usage était une sorte de boudin de foie passé à l'état aigre.

Voici comment il décrit la marche des symptômes:

Le plus souvent, au bout de 24 heures, vomissemens très-forts de matières amères; fréquemment aussi diarrhée intense, surtout quand l'empoisonnement a été porté à un très-haut degré. Après les vomissemens, vertiges et prostration de forces; le malade ne peut se tenir un seul instant debout et retombe aussitôt sur son séant; tintement d'oreilles; du reste tête libre et facultés intellectuelles intactes. Ces symptômes vont en augmentant pendant plusieurs jours: au bout de quatre à cinq jours constipation constante, survenant plus ou moins tôt: un autre phénomène qui ne manque jamais est la chute de la paupière supérieure qui recouvre à moitié le globe de l'œil, et que le malade ne peut relever qu'avec la main. Plus tard dilatation amaurotique de la pupille, diplopie, obscurcissement de la vue; les yeux sont comme recouverts d'un brouillard. Narines, bouche et langue sèches; cette dernière couverte d'un enduit épais jaune-brunâtre. On remarque encore comme un des symptômes principaux une gêne extrême et même parfois l'impossibilité de la déglutition; le malade fait souvent d'inutiles efforts pour y parvenir et provoque ainsi des envies de vomir, accompagnées d'un sentiment de strangulation. Il n'est pas rare que dans de pareilles tentatives, les alimens remontent par les narines. Enfin parvient-il à grand' peine à avaler quelque chose, aussitôt les nausées et un malaise indicible à l'estomac s'empare de lui; il peut arriver aussi que dans ces efforts de déglutition, les malheureux soient menacés de suffocation. Leur face devient violette, ils perdent l'haleine et ce n'est qu'avec une difficulté extrême qu'ils peuvent la regagner. Ils font alors entendre un son de voix sibilant, analogue au cri du coq ou au bruit croupal; leur parole est rauque, balbutiante, souvent inintelligible. L'appétit existe, mais ils ne peuvent le satisfaire; les alimens qui passent le mieux sont des bouillons et un œuf frais; la soif est nulle malgré la sécheresse de la bouche et du pharynx; le malade est souvent pris d'éructations et d'une petite toux sèche, lors des efforts de déglutition la respiration est assez facile; elle devient un peu gênée dans les mouvemens qui exigent quelque force ou en montant les escaliers. Le ventre est le plus souvent tendu, un peu sensible au toucher; mais au moment où la diarhée survient, ou quand la constipation a persisté quelque temps, le malade éprouve des douleurs intolérables; les selles sont, le plus souvent solides, dures, bosselées, du volume d'une noix, fétides, avec dégagement de gaz; urine rare, d'un jaune orange, d'une odeur prononcée; sueur également rare; sommeil agité et souvent interrompu; air hébété; tout le corps semble énervé; doigts engourdis, pouls fréquent, parfois lent, quelquefois plein, le plus souvent faible; pour tout phénomène fébrile, un peu de chaleur et de frisson.

De tous ces symptômes les vertiges et l'impossibilité de la déglutition sont ceux qui durent le plus long-temps et dont le pronostic est le plus funeste.

Un autre médecin würtembergeois, feu le professeur Paulus, ne trace pas un tableau moins effrayant des effets vénéneux de ces substances. Il nous a laissé l'histoire d'une famille de sept membres qui, ayant mangé à leur souper d'une préparation de charcuterie faite avec des épices, du sang et de la chair de porc, puis fumée pendant quatre semaines, furent pris successivement de symptômes d'empoisonnement: le père âgé de 67 ans et le fils âgé de 11 ans se plaignirent le troisième jour, et succombèrent, l'un le 7e et l'autre le 8e jour. La mère, âgée de 56 ans, éprouva les premières douleurs dès le 2e jour et mourut le 7e. Un homme de 29 ans et une fille de 40, atteints presque immédiatement après le repas, ne furent guéris qu'au bout de 20 jours. Trois autres personnes n'eurent que de légères atteintes et se rétablirent dès le deuxième jour.

D'après le dire des malades, l'espèce de saucisson dont ils avaient mangé était grumelé et comme réduit en bouillie à son centre, d'une saveur amère et rance, d'une odeur caséeuse. Il est à regretter qu'on n'ait point fait l'analyse de ce qui restait du saucisson pour déterminer le genre d'altération qu'il avait subie; les symptômes étaient d'ailleurs les mêmes que ceux décrits par le docteur Bodenmüller. Nous ignorons la nature des lésions organiques; aucune autopsie n'a pu être faite.

Le traitement qui a le mieux réussi au docteur Bodenmüller est le suivant: Dans les commencemens il fait prendre un vomitif quand il en est encore temps: ordinairement de l'ipécacuanha ou du sulfate de zinc. Mais quand l'affection a fait des progrès, que les vomissemens ont cessé et qu'il y a constipation, il administre un purgatif et ordonne des lavemens; il choisit de préférence le sulfate de soude qu'il enveloppe dans une émulsion huileuse, forme sous laquelle il gêne moins la déglutition.

M. Bodenmüller a encore employé, dans la seconde période, le foie de soufre: la forme sous laquelle il l'administre de préférence est la suivante: (foie de soufre un demi-gros à deux gros; crême de tartre une once à une once et demie; eau bouillante quatre onces; à prendre toutes les heures une cuillerée.) Cependant l'auteur n'a point trouvé dans ce médicament toute l'efficacité que lui reconnaissent d'autres médecins. Il agit, dit-il, tout simplement comme purgatif, et dans beaucoup de cas le sulfate de soude devra lui être préféré; les boissons devront être acidulées; ainsi il conseille un peu de vinaigre de vin étendu d'eau, quelquefois aussi une bierre légère; le moins de vin possible.

Les lavemens seront alternativement de vinaigre et de savon.

Enfin, chose importante surtout à noter parmi nous, M. Bodenmüller n'a jamais trouvé la saignée indiquée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 janvier.

OBSERVATIONS SUR LES POLYPES.

M. Milne Edwards annonce dans une lettre à l'Académie, quelques-uns des résultats de son voyage à la côte de Barbarie. L'auteur avait eu pour but principal, dans ce voyage, de poursuivre ses recherches sur les crustacés, les annélides et les zoophytes. L'espoir qu'il avait de faire dans ces parages une abondante récolte, paraît avoir été complétement rempli, et il s'est procuré surtout un très-grand nombre de polypes vivans dont il a pu observer les habitudes.

Je me suis assuré, dit-il, que les polypes qui vivent agrégés en une seule masse, ont en général entre eux des connexions organiques bien plus intimes qu'on ne le pense communément. Loin d'être autant d'individus simplement accolés, ces petits êtres ne jouissent pas dans la plupart des cas d'une individualité complète. Ce sont des espèces de bourgeons qui, tout en étant susceptibles de vivre isolément, n'ont cependant en propre qu'une portion de leurs organes, et qui poussent sur certaines parties du tronc et des rameaux du polypier auquel ils appartiennent, sans devenir complétement distincts de leurs parens. M. Milne Edwards a déterminé les voies par lesquelles les matières nutritives prises par un de ces polypes peuvent en général profiter au groupe entier, et il a constaté quelles sont les parties de leur corps douées de la faculté de végéter, circonstance d'où dépend la disposition générale du polypier. Enfin il a étudié le mode de formation des ovules à l'aide desquels ces animaux se reproduisent également et propagent au loin leur race. Ce double mode de reproduction (par bourgeons et par ovules) paraît exister non-seulement chez tous les zoophytes, mais aussi chez les ascidies composées.

Les polypes examinés par M. Milne Edwards lui ont offert trois modes de structure intérieure bien distincts, dont deux seulement appartiennent réellement au type caractéristique de l'embranchement des rayonnés. Des dessins faits sur les lieux montreront comment l'organisation se simplifie de plus en plus dans les deux

dernières séries, depuis les actynies et les béroes jusqu'aux hydres, et comment le passage s'établit par une autre série de polypes entre les ascidies composées et divers infusoires de la classe des polygastriques de M. Ehrenberg.

Les observations de M. M. Edwards semblent devoir jeter du jour sur le mode de formation de la partie solide des polypiers; elles auront fait de plus connaître quelques genres nouveaux.

D'autres animaux marins ont fourni à l'auteur quelques faits anatomiques intéressans pour la zoologie, en ce qu'ils établissent de nouveaux liens entre les annélides, les planaires, les helmintes et les infusoires rotatoires, si bien décrits par M. Ehrenberg.

M. Milne-Edwards a découvert, en effet, un animal ayant la forme et le mode d'organisation générale propre à certaines planariées; et étant cependant pourvu d'un appareil circulatoire bien distinct, rempli de sang rouge comme celui des annélides ordinaires. Un autre ver marin nouveau établit à certains égards le passage entre les mêmes annélides et les rotifères.

PAPIER DIT DE SURETÉ.

M. Sellier, garde-magasin au timbré, annonce qu'un papier, répandu dans le commerce sous le nom de papier de sûreté, peut être effacé comme les autres papiers écrits et par les moyens connus, pourvu qu'on le lave ensuite avec une dissolution d'oxalate de potasse; et que par conséquent l'usage de ce papier n'offre aucune garantie contre les falsifications, ce qu'il importe au public de connaître.

POLYPES DE L'URÈTRE.

M. Nicod rappelle, dans une lettre à l'Académie, les recherches qu'il a faites à ce sujet, et communiquées à l'Académie plusieurs années avant que M. Civiale communiquât les siennes.

M. Nicod annonce qu'il obtient le même résultat, l'extirpation du fongus, au moyen d'une sonde qui, au lieu d'être droite et épaisse de trois lignes comme celle de M. Civiale, est courbe comme les sondes ordinaires et épaisse seulement d'une ligne et un quart.

MÉLANGES D'HISTOIRE NATURELLE.

M. Dureau de la Malle fait une communication verbale relative à diverses observations qu'il a faites en 1830 pendant un voyage en Italie. La première est relative au chant du merle noir. Traversant à pied les Apennins, de Novi à Gênes et de Gênes à Carrare, M. Dureau fut surpris de trouver le chant du merle de ces montagnes tout différent de ce qu'il est en France et très-mélodieux; cependant l'espèce est bien la même que celle de France. Il resterait à savoir si hors du temps des amours le chant de l'oiseau reste aussi agréable. Plusieurs observateurs assurent qu'en Italie certains oiseaux chantent mieux que chez nous. M. Humboldt, dit l'auteur de cette communication, l'a constaté pour le serin et l'a entendu relativement au pinson.

La ville de Bergame est célèbre dans toute l'Italie par la beauté de la voix, non pas de ses merles ou de ses serins, mais des chanteurs appartenant à notre espèce. Mais elle est aussi connue pour le grand nombre de ses goitreux. Les mêmes circonstances qui concourent à embellir la voix des habitans agiraient-elles pour leur grossir la gorge? C'est ce qu'on ne serait pas tenté d'abord de supposer; cependant la même coïncidence avait lieu à Zama en Numidie; Pline et Vitruve l'attestent d'après leur propre observation.

Dans les États romains, la tête du chat domestique offre une conformation qui, dit M. Dureau, ne diffère pas moins de celle de la tête du chat de France que le chant du merle de l'Apennin ne diffère du chant de notre merle. Le chat romain a la tête allongée, le museau demi-long et carré du mâtin; son crâne est moins proéminent que celui du chat français. On pourra bientôt juger de l'étendue du changement que l'auteur considère comme un effet de la domesticité, M. Horace Vernet ayant peint de grandeur naturelle deux chats romains mâle et femelle.

STRUCTURE INTERNE DES GLOBULES DE LA FÉCULE.

M. Biot lit une note sur ce sujet.

En transmettant de la lumière polarisée à travers des globules de fécule de pomme de terre sous le microscope, l'auteur s'est assuré que ces globules, dont la transparence est aussi parfaite que celle du plus pur cristal, exercent une action dépolarisante qui dépend de leur constitution intérieure, laquelle, d'après cela, ne saurait être homogène comme celle d'une goutte d'eau ou de verre fondu à la lampe, mais se montre au contraire assujétie à des relations de structure déterminées par l'organisation. L'effet absolu de cette action dépolarisante est moindre dans les petits globules que dans les plus gros, et dans un même globule il varie avec l'épaisseur des parties que la lumière traverse, comme aussi avec le sens de sa transmission, de sorte que les particularités de configuration se voient ainsi indiquées et dessinées par les sinuosités correspondantes précisément comme si le globule était opaque; ce qui, dit M. Biot, fournira un excellent moyen pour suivre les modifications progressives de forme opérées par l'action graduée des acides ou des alcalis. Dans beaucoup de globules dont le diamètre s'élevait jusqu'à 1/15 et même 1/11 de millimètre, M. Biot dit avoir vu des indices indubitables d'images colorées développées par la polarisation et s'évanouissant dans certaines directions fixément déterminées par l'action du globule. Ces phénomènes, remarque l'auteur, ne peuvent pas être attribués au pouvoir de polarisation circulaire que les molécules élémentaires de la fécule manifestent quand elles sont désagrégées; car, d'après l'intensité connue de ce pouvoir dans la dextrine, il ne produirait pas d'effet appréciable à des épaisseurs si petites, à moins qu'on ne supposât au noyau des globules une densité beaucoup trop considérable pour qu'on puisse l'admettre dans un produit de la végétation.

Les observations précédentes ont été faites avec un excellent microscope de Charles Chevallier, dont le grossissement linéaire a varié depuis 200 jusqu'à 450 fois, et c'est avec ce grossissement que les dimensions absolues des globules ont été matériellement déterminées en les dessinant avec la chambre claire réflective d'Amici.

ANATOMIE COMPARÉE.

M. Duméril fait en son nom et celui de M. Serres un rapport très-favorable sur un mémoire de M. le docteur Breschet ayant pour titre : *Description d'un organe de nature vasculaire découvert dans les cétacés suivie de quelques considérations sur la respiration de ces animaux.*

Ayant donné l'analyse de ce mémoire, nous nous bornerons ici à reproduire les conclusions des commissaires. Ce travail, dit le rapporteur, est très-important, soit qu'on le considère sous le point de vue anatomique, physiologique ou historique, pour ce qui concerne la respiration des cétacés. Nous pensons qu'il doit être inséré en entier dans les mémoires des savans étrangers.

Ces conclusions sont adoptées.

DESCRIPTION D'UN APPAREIL PROPRE A RÉPÉTER TOUTES LES EXPÉRIENCES RELATIVES A LA SCIENCE DU CALORIQUE RAYONNANT, CONTENANT L'EXPOSÉ DE QUELQUES FAITS NOUVEAUX SUR LES SOURCES CALORIFIQUES ET LES RAYONS QUI EN ÉMANENT; par M. MELLONI.

Cet instrument, qui est un perfectionnement du thermo-multiplicateur déjà présenté à l'Académie par M. Melloni, se compose d'une pile galvanique, d'un galvanomètre qui reçoit les courans thermo-électriques de la pile par le moyen de deux fils; d'une lame horizontale portant les corps que l'on veut soumettre aux expériences; d'une seconde lame horizontale soutenant les sources de chaleur; d'un écran vertical, percé vers la partie inférieure d'une petite ouverture, et de deux doubles écrans destinés à intercepter les rayonnemens calorifiques. La pile les soutient, et les écrans sont fixés sur des tiges rentrantes qui peuvent se fixer à différentes hauteurs par des vis de pression. Quelques-unes de ces tiges portent des charnières à leur sommet; elles sont toutes mobiles le long d'une rainure pratiquée au milieu de la table qui sert de support commun pour toutes ces pièces, le galvanomètre excepté.

La pile se compose de cinquante petits barreaux de bismuth et d'antimoine, distribués sur plusieurs rangs parallèles, formant par leur réunion un seul faisceau prismatique dont la longueur est de 30 millimètres et la section de 1,96 centimètres carrés. Les deux faces terminales sont noircies. Les barreaux de bismuth se succèdent alternativement avec ceux d'antimoine; ils sont soudés à leurs extrémités seulement et séparés dans toute leur longueur par une substance isolante, en sorte que chaque élément de cette concaténation ne se trouve en communication directe qu'avec l'élément qui le précède et celui qui le suit immédiatement. Le premier et le dernier barreau portent chacun un fil de cuivre qui vient aboutir à une cheville de même métal passant à travers un morceau d'ivoire fixé sur l'anneau qui embrasse la zone centrale du faisceau. Le petit intervalle compris entre la surface intérieure de cet anneau et les élémens de la pile est rempli de matière isolante. Ainsi, en plaçant le système dans un circuit électrique par le moyen de réophores appliqués aux chevilles, le courant serait forcé de parcourir toute la série des barreaux. C'est précisément ce qui arrive lorsque les extrémités communiquent entre elles par les fils qui aboutissent au galvanomètre, et que la température de la face antérieure de la pile s'élève ou s'abaisse par rapport à la température de la face postérieure.

L'anneau qui embrasse la pile se visse sur une tige à charnière, de sorte que son axe peut recevoir différentes inclinaisons.

Pour garantir les faces des rayonnemens latéraux, on adapte de chaque côté de l'anneau un tube de métal brillant à l'extérieur, et noirci intérieurement. Ces tubes se ferment par un petit écran mobile perpendiculaire.

Le galvanomètre est à deux aiguilles formant un système astatique. Diverses modifications imaginées par M. Melloni font disparaître certains inconvéniens signalés déjà par quelques observateurs, en augmentant la sensibilité de l'appareil, et en rendant les indications plus précises. Une des principales difficultés qu'ont eue à surmonter M. Melloni et l'habile constructeur qui a exécuté cet appareil sous sa direction, a été de se procurer du cuivre totalement dépourvu de fer. L'argent qu'ils avaient essayé de substituer au cuivre, produisait encore une plus forte déviation des aiguilles, probablement à cause de son contact avec des instrumens de fer pendant l'opération de l'affinage.

Le fil de cuivre du galvanomètre a un diamètre de 0mm,76; il est doublement couvert de soie et fait 156 circonvolutions autour du châssis, qui a environ 6 centimètres de longueur.

Les sources de chaleur à température constante, employées dans les expériences de M. Melloni, sont fournies par la flamme de deux lampes. L'une de ces lampes, dite de Locatelli, est alimentée par l'huile, sans verre, et munie d'un réflecteur; l'autre, qui est une lampe à alcool, donne deux sources différentes au moyen d'une spirale en platine et d'une plaque de cuivre noirci. Dans le premier cas on a une source incandescente; car la spirale, placée comme un éteignoir au-dessus de la flamme, devient rouge, et la flamme disparaît. Dans le second cas où la lame noircie recouvre la flamme, on obtient une source de chaleur obscure dont la température moyenne est d'environ 400° centigr.

Les écrans diathermanes sont des morceaux ou des lames de différens corps naturels ou artificiels polis sur les deux grandes faces parallèles, et qui ont une largeur un peu plus grande que celle de l'ouverture de l'écran, à travers laquelle arrive la chaleur rayonnante fournie par les sources dont nous avons parlé. Ces écrans non percés, disposés convenablement, servent à intercepter les rayons calorifiques quand l'expérience le rend nécessaire.

Supposons maintenant la communication établie entre les pôles et le galvanomètre, la lampe allumée et séparée de la pile par deux écrans, l'un plein et l'autre percé, et le tout disposé de manière que l'axe des tubes cylindriques qui enveloppent la pile, le centre de l'ouverture de l'écran percé et la source de chaleur soient en ligne droite. Dès qu'on enlève l'écran plein qui intercepte les rayons calorifiques, on voit l'index du galvanomètre sortir aussitôt de sa position d'équilibre, et après quelques oscillations, se fixer à une déviation un peu moindre que celle qu'il avait atteinte dans son premier écartement.

Pour déterminer les intensités relatives des rayonnemens calorifiques prove-

nant de deux sources différentes, on trouvera plus commode d'opérer sur de faibles quantités de chaleur, soit en éloignant convenablement les sources; soit en diminuant l'ouverture de l'écran à travers laquelle arrivent à la pile les rayons calorifiques.

Veut-on, par exemple, savoir quelle est l'influence qu'a sur le rayonnement calorifique la spirale de platine lorsqu'on la plonge dans la flamme de l'alcool; on examinera l'effet de la lampe dans les deux circonstances, et l'on trouvera que si la flamme seule donne 4° de déviation au galvanomètre, en rayonnant sur la pile, l'introduction de la spirale porte de suite la déviation à 10, 12, ou même 16 degrés. Donc le contact de la flamme d'alcool avec le platine, développe une chaleur rayonnante beaucoup plus intense qu'elle n'était d'abord. Ce fait est totalement analogue à celui que présentent les flammes en général sous le rapport de l'intensité lumineuse; mais ici on peut pousser l'expérience plus loin. En effet, que l'on ôte la lampe à alcoolique de son support, et qu'on la pose sur la table tout près de la tige de l'écran percé qu'on aura eu soin de mettre presque en contact avec la pile, on obtiendra alors un courant ascendant d'air très-chaud, passant continuellement au devant de l'ouverture de la pile, et cependant le galvanomètre restera immobile ou ne bougera que d'une petite fraction de degré: ainsi l'air le plus fortement échauffé ne donne qu'un rayonnement nul ou excessivement faible.

Les expériences de transmission peuvent se faire sur des rayonnemens plus ou moins forts; mais le plus convenable, suivant M. Melloni, est celui qui maintient l'aiguille du galvanomètre à 30°.

On place donc la lampe Locatelli à la distance convenable pour obtenir cette déviation. Si on dispose alors derrière l'ouverture de l'écran percé une plaque de verre ou de toute autre substance diaphane, l'index du galvanomètre descend vers le zéro et se fixe à une seconde position d'équilibre, 16 degrés, par exemple. La preuve que ces 16 degrés sont produits par la chaleur rayonnante transmise à travers la lame diaphane, et non de l'échauffement de cette lame; c'est que, si l'on substitue avec les précautions convenables à la lame de verre une plaque de cuivre noircie ou un petit morceau de papier très-mince, dans un cas comme dans l'autre la déviation sera nulle.

Une autre expérience montre que la chaleur rayonnante se transmet instantanément comme la lumière à travers les milieux transparens. On place au-devant de l'ouverture de l'écran percé un corps diaphane quelconque d'une assez grande épaisseur, un cristal de roche de 5 à 6 pouces par exemple, dont les deux surfaces opposées sont convenablement polies; au moment où l'on abaisse l'écran plein placé entre ce corps et la source de chaleur, on voit marcher l'aiguille vers un point qu'elle atteint aussi promptement que s'il n'y avait aucun corps interposé, et elle atteint dans le même temps sa position définitive d'équilibre.

Que l'on prenne maintenant trois plaques bien transparentes, l'une d'alun, l'autre de sel gemme, et la troisième de verre ou de cristal de roche, toutes les trois ayant même épaisseur (3 à 4 millim.), qu'on les fasse passer successivement au-devant de l'ouverture de l'écran lorsque la communication calorifique est établie, l'écran qui se trouvait à 30° tombera à 3 ou à 4°, pendant que les rayons traverseront l'alun. Dans le cas du verre ou du cristal de roche, il s'arrêtera à 15 ou 16°. Dans celui du sel gemme, il ne descendra qu'à 28°. Les plaques également diaphanes et également épaisses ne sont donc pas susceptibles de transmettre la même quantité de chaleur rayonnante.

Il y a plus: si on substitue à l'alun un morceau de cristal de roche non plus incolore, mais fortement enfumé et beaucoup plus épais, cela produira à peine une différence appréciable dans le résultat, et la déviation de l'aiguille sera, sinon de 15 ou 16°, comme pour la lame mince et transparente de la même substance, au moins de 14 ou 15°. Ainsi il peut arriver que de deux corps inégalement diaphanes, le plus épais et le moins transparent transmette la plus grande quantité de rayons calorifiques.

Enfin, si on forme deux couples de lames juxta-posées, l'une avec un verre vert impénétrable aux rayons rouges et la plaque d'alun, l'autre avec un verre noir parfaitement opaque et la plaque de sel gemme, on verra, en les plaçant successivement derrière l'ouverture de l'écran, que le premier couple ne donne aucune transmission sensible, et que le second produit une déviation de 7 à 8°, et cela quel que soit l'ordre de succession dans lequel on expose chaque couple au rayonnement de la lampe. Il existe donc, dit M. Melloni, des combinaisons de deux milieux qui laissent passer une quantité notable de rayons lumineux et interceptent sensiblement tous les rayons calorifiques; tandis que d'autres agissent précisément en sens contraire.

Pour étudier les phénomènes de la réfraction de la chaleur, il suffit d'une très-légère modification à l'appareil. Jusqu'à présent nous avions supposé la source de chaleur, l'ouverture de l'écran et l'axe du prolongement cylindrique de la pile dans le même prolongement. Maintenant disposons l'appareil de sorte que la lumière, émanant de la lampe, vienne rencontrer un prisme de sel gemme, et que les rayons, en sortant de ce prisme, se trouvent dans le prolongement de l'axe de la pile: il y aura déviation de l'aiguille. Plaçons un écran entre la source de chaleur lumineuse et le prisme, l'aiguille reviendra à zéro; substituons alors à la source de chaleur lumineuse une source de chaleur obscure en couvrant la flamme d'une plaque de métal noircie, et puis ôtons l'écran, nous observerons de nouveau la déviation de l'aiguille. Il résulte de là que les rayons calorifiques obscurs sont susceptibles de réfraction.

Pour les expériences relatives à la réflexion des rayons calorifiques, il faut une nouvelle disposition de l'appareil. L'écran percé, au lieu d'être placé entre la source de chaleur et le support, l'est entre celui-ci et la pile; le support est baissé et l'axe de la pile est incliné de manière à se trouver dans le prolongement des rayons réfléchis qui arrivent de la lampe au support, ou plutôt au corps réflecteur qu'il soutient.

L'abord il faut montrer que la chaleur propre, acquise par le corps réflecteur sous l'action de la source rayonnante, ne peut exercer aucune influence sur les résultats. A cet effet, on place sur celui-ci une plaque quelconque bien couverte de noir de fumée; l'échauffement est beaucoup plus grand que pour les surfaces réfléchissantes, et cependant il n'y a point de déviation de l'aiguille. Quand on s'est bien assuré ainsi que le plan réflecteur le plus propre à absorber la chaleur ne donne aucune action sensible sur la pile, on passe aux expériences en substituant à la plaque noircie des couches ou des lames polies de différens corps, en observant les déviations produites. On trouve ainsi que l'eau et les liquides en général, la faïence, les émaux, les marbres, ne donnent qu'une déviation qui ne dépasse pas 7 ou 8°, tandis que les métaux poussent l'index du galvanomètre de 40 à 45°, selon leur nature et l'état de leur surface. La réflexion sur une lame de cuivre doré ou mat étant représentée par 30°, elle descend à 4 à 5°, si on y substitue une plaque de marbre ou de verre noirs du plus beau poli.

Dans toutes les expériences précédentes, on n'avait admis dans le thermoscope qu'un mince pinceau de rayons parallèles à son axe, tous les autres rayons étant écartés, tant au moyen de l'écran percé que du tube qui enveloppe la pile. Pour étudier les effets du *rayonnement vers les objets éloignés et les espaces célestes*, il sera nécessaire de modifier encore l'appareil, d'abord en supprimant l'écran et en remplaçant le tube cylindrique par un réflecteur conique de cuivre poli ayant un angle de 25°; on recueillera sur la pile une quantité beaucoup plus grande de rayons calorifiques, et la sensibilité de l'appareil sera considérablement augmentée.

Si on dirige l'axe du réflecteur vers un récipient assez large de cuivre noirci plein d'eau chaude et éloigné de 25 à 30 pieds, l'index marquera aussitôt une déviation plus ou moins grande. Un effet semblable se produira par la seule chaleur d'une personne placée à la même distance. Enfin, si l'on tourne simplement le réflecteur contre une des parois de la salle où se trouve l'appareil, on voit presque toujours le galvanomètre donner une déviation, tantôt du côté de la chaleur, tantôt du côté du froid. Cet effet tient à la difficulté qu'éprouvent les murs à suivre exactement les variations plus ou moins rapides qui surviennent dans l'état thermométrique de l'air.

On connaît l'expérience de Wollaston, qui consiste à fixer dans une plaine découverte, à quelques pieds du sol, un miroir concave tourné vers le ciel, et à placer au foyer la boule d'un thermomètre. Si la température est assez élevée, le ciel pur et l'air calme, on voit le thermomètre s'abaisser de quelques degrés par la perte d'une portion de la chaleur qui frappe le miroir et se réfléchit vers les régions célestes. Cette expérience réussit très-bien avec le thermo-multiplicateur. Il suffit de poser la pile sur l'embrasure d'une croisée et de diriger le réflecteur vers le ciel. L'index passe immédiatement du côté du froid, et arrive à une déviation d'autant plus grande que l'air est moins chargé de brume. Si, par un temps serein, de légers nuages viennent à traverser rapidement la région céleste vers laquelle est tourné l'axe du réflecteur, on voit l'aiguille du galvanomètre marquer un accroissement de température en se rapprochant de zéro, et reprendre ensuite sa position primitive aussitôt que les nuages ont disparu de cet espace.

Les expériences de Leslie sur le *pouvoir émissif* ou rayonnant des corps réussissent très-bien avec l'appareil disposé comme nous venons de le dire, et avec le cube métallique rempli d'eau chaude. Ainsi l'intérieur étant rempli d'eau à une température constante, et la face tournée vers la pile étant enduite de diverses substances, on trouve, en comparant les pouvoirs émissifs, et représentant par 100 celui de la lame enduite de noir de fumée:

Noir de fumée,	100
Carbonate de plomb préparé à la gomme pour la miniature,	100
Colle de poisson,	91
Encre de Chine,	85
Gomme laque,	72
Surface rayée,	22
— brillante,	12

Les *pouvoirs absorbans* des surfaces peuvent être aussi étudiés à l'aide du thermo-multiplicateur, et, au moyen d'une modification fort aisée, en établissant la comparaison comme pour les expériences relatives au pouvoir émissif, on arrive au tableau suivant:

Noir de fumée,	100
Carbonate de plomb,	53
Colle de poisson,	52
Encre de Chine,	96
Gomme laque,	43
Surface rayée,	14
— brillante,	21

Le rapprochement de ces deux tableaux conduit l'auteur à des considérations intéressantes. Nous noterons comme également dignes d'attention d'autres expériences faites avec le thermo multiplicateur, relativement à l'*influence de la transmission sur le pouvoir absorbant*, *et au froid produit par l'évaporation des liquides*.

Dans le rapport sur le mémoire de M. Payen, relatif à l'action du terrain sur les racines des végétaux, rapport dont nous avons donné l'extrait dans notre précédent compte-rendu, les commissaires ont conclu à l'insertion du mémoire dans le Recueil des savans étrangers.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 janvier. — *Présidence de M. Lisfranc.*

NOUVEAUX DÉTAILS SUR LE CHOLÉRA DE MARSEILLE.

M. Robert de Marseille adresse de nouveaux détails sur le choléra qui règne en cette ville. La maladie continue à se manifester par cas isolés; le nombre des malades ne s'est jamais élevé au-dessus de cinq, et celui des morts à plus de trois par jour. La maladie a passé de la classe aisée à la classe pauvre, mais lentement. Du 11 décembre au 7 janvier, on compte 43 malades, 27 morts; un seul cas mortel a eu lieu à la campagne. Les 16 premiers malades ont succombé; la dix-septième, madame Rampal, femme du médecin de ce nom, tombée en agonie depuis quelques heures avec cyanose complète, insensibilité du pouls, refroidissement glacial, a été sauvée par l'administration de 6 onces d'onguent mercuriel double, conseillée par M. Robert. Il cite un autre cas de succès non moins remarquable également obtenu des frictions mercurielles, toutefois en y joignant l'opium et la glace à l'intérieur. M. Robert pense que le mercure a agi ici comme

un spécifique qui a détruit instantanément le virus, attendu que son malade n'a eu ni réaction fébrile ni sueur. Il n'y a pas eu non plus de salivation. M. Robert recommande cette médication à l'attention de l'Académie.

La garnison n'a encore offert aucun malade.

M. Velpeau. L'onguent mercuriel a été employé à Paris par M. Jules Guérin et par d'autres sur un grand nombre de malades; moi-même, j'en ai fait l'essai cinq ou six fois, et je n'ai sauvé qu'un seul individu. Ses propriétés anticholériques ont été pour tous fort douteuses, et il ne vaut pas mieux que tous les autres moyens.

M. Double. Je pense d'abord qu'il convient que l'Académie adresse des remerciemens à M. Robert; il serait à désirer que nous eussions beaucoup de correspondans aussi empressés de nous informer de tout ce qui peut intéresser la santé publique. J'ajouterai à ce qu'on a dit sur l'emploi du mercure, que j'ai examiné tout ce qui a été adressé à l'Académie sur cette médication, ouvrages imprimés et manuscrits; j'ai vu que chaque fois qu'on lui attribuait un succès, on avait employé concurremment d'autres moyens; et enfin après l'avoir essayée moi-même, je me suis assuré qu'elle ne donnait pas plus d'une guérison sur dix traitemens; en conséquence, ce n'est pas la peine de s'y arrêter.

M. Gérardin. L'auteur est sous le coup de la surprise excitée par les premiers événemens; tout lui paraît prodigieux, surtout ses succès; il est probable que plus tard il reviendra de cette exagération. Nous avons vu aussi à Paris, au début de la maladie, de ces cures étonnantes dont tous les frais avaient été faits par la nature.

Mais il y a dans le mode d'invasion de la maladie une circonstance bien remarquable; les premiers malades étaient isolés, et néanmoins ils ont été frappés avec la même violence que si la maladie eût sévi sur toute la population à la fois. Dans notre voyage en Russie, nous avions déjà été frappé du même fait dans plusieurs localités. Depuis, la maladie paraît moins grave; est-ce une raison de croire qu'elle s'arrêtera à ce point? Je le désire; mais cela ne me paraît pas probable, en considérant avec quelle intensité chaque cas nouveau se déclare.

M. Maingault, en votant des remercîmens à M. Robert, désire qu'on l'invite à transmettre des autopsies très-détaillées. — M. H. Cloquet voudrait surtout que l'on examinât soigneusement la moelle épinière.

M. Rochoux revient sur la question de l'eclectisme, et après quelques réflexions il annonce qu'il va retomber sur le choléra. (Ah!) Il blâme fortement le traitement mercuriel, qui est, selon lui, le plus mauvais de tous.

L'Académie vote des remerciemens à M. Robert.

M. Bourdois de Lamothe lit un rapport sur les titres de Corvisart à l'admission de son buste dans la salle des séances de l'Académie. Ce rapport assez long, et qui renferme l'éloge complet de Corvisart, a été écouté avec un vif intérêt, et couronné par des applaudissemens.

M. H. Cloquet demande d'une voix émue que ce travail fasse partie du prochain fascicule des mémoires de l'Académie, et soit renvoyé en conséquence au comité de publication.

Cette proposition, ainsi que les conclusions favorables du rapport, sont adoptées à l'unanimité.

M. Malgaigne obtient un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire. M. Velpeau demande auparavant que l'on inscrive dans le procès-verbal le titre d'un rapport qu'il se disposait à lire sur un mémoire de M. Lesauvage de Caen. Ce rapport est renvoyé à la prochaine séance.

MÉMOIRE SUR LA DÉTERMINATION ET LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES LUXATIONS SCAPULO HUMÉRALES, par M. Malgaigne.

Les chirurgiens les plus modernes qui ont écrit sur les luxations, Boyer en France, sir A. Cooper en Angleterre, Monteggia en Italie, Chelius en Allemagne, s'accordent à reconnaître trois luxations de l'humérus, savoir: la luxation dite en bas ou dans l'aisselle, où la tête luxée repose sur la côte de l'omoplate, au-dessous de la cavité glénoïde; la luxation en dedans ou en avant, dans laquelle la tête se loge sous le muscle grand pectoral; et la luxation en arrière, où la tête se porte dans la fosse sous-épineuse. Enfin sir A. Cooper décrit une luxation incomplète, dans laquelle la tête humérale est placée contre l'apophyse coracoïde et à son côté externe; et la plupart des chirurgiens admettent des luxations consécutives produites par l'action musculaire.

M. Malgaigne discute toutes ces opinions, en s'éclairant à la fois, et de l'anatomie chirurgicale, et de l'anatomie pathologique, et des expériences sur le cadavre, et des observations recueillies sur le vivant. Les conclusions principales qu'il déduit de ces quatre ordres de faits peuvent se rallier aux suivantes:

1° Il existe cinq luxations principales de l'humérus, auxquelles se rattachent une foule de variétés de moindre importance.

2° La plus fréquente est celle dans laquelle la tête de l'humérus se trouve placée sous l'apophyse coracoïde, le col huméral reposant sur le rebord antérieur de la cavité glénoïde. M. Malgaigne la nomme luxation sous-coracoïdienne. C'est à elle qu'appartiennent tous les signes signes de la luxation dans l'aisselle, ou prétendue *en bas*. En outre M. Malgaigne a ajouté à sa symptomatologie deux signes nouveaux et constans d'une grande importance; savoir: la saillie de la tête luxée en avant sous le grand pectoral, et l'alongement de la paroi antérieure de l'aisselle, mesurée de son bord libre au bord inférieur de la clavicule. Un troisième signe nouveau, mais moins constant, est la rotation du bras en dehors.

3° La luxation en dedans ne paraît avoir été nulle part décrite d'après nature. M. Malgaigne, d'après deux faits qui lui sont propres et un troisième emprunté à White, lui donne pour symptômes caractéristiques: l'alongement du bras, commun d'ailleurs, suivant lui, à toutes les luxations de l'humérus; l'alongement correspondant de la paroi antérieure de l'aisselle; le rapprochement de l'humérus contre le tronc; l'impossibilité de sentir la tête de l'os dans l'aisselle; la saillie de cette tête sous le muscle grand pectoral, mais au côté interne de l'apophyse coracoïde. La tête repose immédiatement sur la fosse sous-scapulaire; la grosse tubérosité tournée d'ordinaire en avant; la capsule est complétement ou presque complétement déchirée. M. Malgaigne donne à cette luxation le nom de sous-scapulaire.

4° La luxation véritable en bas, dont M. M. n'a pu rencontrer que trois cas dans les auteurs, et dont le symptôme principal doit être un alongement du bras de près d'un pouce et demi; la tête se trouvant alors réellement au-dessous de la cavité glénoïde.

5° La luxation incomplète, non pas celle d'A. Cooper, que M. Malgaigne regarde comme impossible; mais celle dans laquelle la tête repose par une partie de sa surface articulaire sur le bord antérieur de la cavité glénoïde et sous l'apophyse coracoïde; il la nomme donc *sous-coracoïdienne incomplète*. Il en donne une symptomatologie exacte, et conclut, contre l'opinion de sir A. Cooper et de M. Dupuytren, qu'elle n'est pas plus sujette à récidive qu'aucune autre. C'est la seule des luxations de l'humérus où la capsule puisse demeurer intacte; le plus souvent encore elle subit une déchirure.

6° La luxation en arrière, dans laquelle la tête ne se place point dans la fosse sous-épineuse, mais bien sous l'apophyse acromion, d'où M. Malgaigne lui donne le nom de luxation sous-acromiale.

7° Enfin l'auteur rejette absolument l'idée de luxations consécutives par l'action musculaire.

Commissaires: MM. Amussat, Baffos et Lisfranc. Nous rendrons un compte plus détaillé de ce mémoire lorsqu'on en aura fait le rapport.

M. Maingault montre à l'Académie deux pigeons monstrueux, dont l'un est bicéphale, l'autre est cyclope et pourvu de quatre extrémités inférieures.

M. Lisfranc fait l'histoire d'une désarticulation d'un côté de la mâchoire qui présentait de très grandes difficultés à raison du volume énorme de la tumeur, qu'il présente à l'Académie. Nous rendrons compte de cette belle opération lorsque l'observation sera complète. M. Lisfranc annonce que le sujet de la première opération du même genre, qu'il a communiqué précédemment à l'Académie, est heureusement guéri. (Voyez cette observation à la correspondance.)

Séance levée à cinq heures et quart.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE A M. LE PROFESSEUR ROUX, sur plusieurs cas de chirurgie; par M. Convers fils, médecin à Vévey.

Monsieur le professeur,

Lorsque j'ai eu l'honneur de vous voir à votre passage à Vévey, je vous ai promis la relation détaillée de l'opération par votre procédé de la déchirure du périnée que j'ai eu l'occasion d'exécuter ici. Je viens aujourd'hui de m'acquitter de ma promesse.

DÉCHIRURE COMPLÈTE DU PÉRINÉE; SUTURE ENTORTILLÉE SUIVANT LE PROCÉDÉ DE M. ROUX; GUÉRISON.

Obs. I. — Dans la nuit du 7 au 8 juillet 1834, je fus demandé pour aller délivrer une femme qui ne pouvait pas accoucher à une lieue et demie de Vévey, dans un hameau voisin de la commune de Chexbras. Je me rendis auprès de cette femme, nommée Charpillend; je la trouvai au lit. La sage-femme qui était auprès d'elle me dit que la rupture de la poche des eaux avait eu lieu vingt-quatre heures auparavant, et que depuis ce moment le travail avait bien peu avancé. Je trouvai une dilatation du col de l'utérus de la grandeur d'une pièce de 6 fr., au-dessus de laquelle on sentait le vertex de l'enfant. J'introduisis deux doigts de la main dans cet orifice; je reconnus que la tête était enclavée suivant sa longueur, l'occiput répondant au sacrum et le front au pubis. Tous les efforts expulsifs ne faisaient faire aucun progrès d'avancement à la tête du fœtus. Je me décidai, au bout de deux ou trois heures, à appliquer le forceps sur les côtés de la tête répondant aux côtés du bassin. Ayant enfoncé les branches fortement pour l'embrasser convenablement, je l'ébranlai, en portant l'instrument tantôt vers une cuisse, tantôt vers l'autre. Je tournai l'occiput vers le côté gauche du bassin et j'amenai la tête à l'orifice avec beaucoup d'effort; elle était volumineuse et elle occasiona une déchirure complète du périnée, s'étendant de la commissure inférieure des lèvres jusqu'au sphincter externe de l'anus, qui me parut aux trois quarts déchiré avec une portion de la cloison du rectum et du vagin. Ce repli interne de la muqueuse vaginale, ordinairement nommé fourchette, était entièrement divisé; on n'en reconnaissait plus l'existence. Après que l'arrière-faix fut expulsé, j'examinai de nouveau le désordre survenu au périnée; je vis qu'il était grave; et, cherchant à le réparer, l'idée de profiter du procédé de M. le professeur Roux me vint aussitôt; mais je réfléchis qu'il convenait mieux de laisser écouler les premières lochies et d'attendre que le dégorgement se fût opéré, avant de le mettre à exécution. Il faut une certaine résolution pour agir sans grand dégoût dans un cloaque pareil. (Dans ce cas-ci, dans l'intention de diminuer les selles, suivant ma profession de médecin homœopathe, je laissai pour chaque deux jours une poudre d'un quadrillionième de grain de quinquina, qui remplit parfaitement mon but comme l'expérience de chaque jour le prouve.) Je ne revins que le troisième jour, et après avoir nettoyé toutes ces parties, j'examinai les lèvres de la solution de continuité périnéale. Je vis déjà une lymphe plastique assez épaisse pour rendre la réunion immédiate peu facile à opérer; car, il faut le dire en passant, autant la lymphe plastique primitive favorise la réunion immédiate, autant celle qui est consécutive et déjà légèrement couenneuse l'empêche. Avec des ciseaux fins un peu courbés sur leur tranchant, je ravivai les deux bords. Je passai ensuite quatre aiguilles courbes, garnies d'un double fil assez long à travers chaque bord divisé; je coupai les fils tout près de l'œil de l'aiguille, et je les tirai assez loin pour pouvoir faire un nœud à chacun; entre ces quatre doubles fils, je glissai un petit morceau de bouleau qui avait à peu près deux pouces de long, et je nouai sur ce cylindre chacun de ces deux bouts de fil. De cette façon, il y eut un des côtés de la suture assujéti. Passant à l'autre, j'ajustai les fils bien régulièrement en écartant chacun d'eux, et pendant que quelqu'un les tenait tout prêts, je glissai le morceau de bouleau entre tous, et je nouai successivement sur

ce cylindre chaque anse, en les serrant également pour rendre la suture correcte. La réunion me parut assez convenable ; je me retirai après avoir engagé la femme à se tenir couchée sur le côté, afin que les lochies mouillassent le moins possible les sutures, qui m'avaient coûté de la peine à appliquer, tant à cause de la position difficile que par l'humidité qui était toujours présente. Huit jours se passèrent sans rien savoir de nouveau ; mais à cette époque la sage-femme m'apprit qu'il n'existait plus de réunion et que la plus grande partie des points avait sauté.

Je m'acheminai de nouveau près de la patiente, et je vis que mon opération avait été infructueuse. Je ravivai de nouveau les bords et j'opérai, après avoir étanché le sang, une nouvelle suture ; mais cette fois-ci, au lieu de ne prendre que deux ou trois lignes de tégumens, j'en pris un pouce et plus, quitte à avoir un bourrelet défectueux au raphé. Je maintins le tout avec un matelas de compresses et un bandage en T, qu'une femme voisine devait changer souvent suivant mon indication. Huit autres jours après, je revis la femme Charpillend ; je trouvai tout en bonne position ; mais je n'osai pas couper les points de suture ; ils y demeurèrent encore, et après trois semaines de soins et de patience, cette femme fut à l'abri d'une rechute et bien guérie.

Je prolongerai un peu ma lettre pour vous parler d'une opération que j'ai exécutée quelque temps après celle-ci.

AMPUTATION D'UNE PARTIE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE ; GUÉRISON.

OBS. II. — Mlle de Roverea, de Bex, éprouvait depuis quelque temps des douleurs à la mâchoire inférieure du côté gauche, qu'elle attribuait à une dent creuse. Elle n'y fit pas d'abord attention, mais il survint un gonflement assez volumineux à la joue ; l'intérieur de la bouche se remplit de chairs fongueuses ; il y eut d'abord difficulté, puis impossibilité d'ouvrir la mâchoire. Il se forma extérieurement, sur le milieu du corps de cet os, un abcès que le chirurgien du lieu, M. le docteur Vuillamon, ouvrit très-adroitement avec le bistouri.

Peu de temps après il se forma un nouvel abcès à 2 ou 3 lig. de l'angle externe de la mâchoire, que M. Vuillamon ouvrit encore et pansa ensuite simplement. Les deux ouvertures extérieures de ces abcès se couvrirent bientôt de chairs fongueuses, mollasses, de la même nature que celles de l'intérieur de la bouche. Ce fut à cette époque que cette malade désira me consulter, et vint à Vevey. Je l'examinai, et ayant passé une sonde cannelée d'un orifice abcédé jusqu'à l'autre, je réunis les deux ouvertures, et en introduisant mon doigt je reconnus que le corps de cet os, vis-à-vis la seconde dent molaire, était nécrosé ; j'amenai avec une pince ce séquestre qui était gros comme une petite noix aplatie. Le corps de l'os était considérablement affaibli, et résistait peu à la pression. D'après cet examen, il n'y avait pas à douter qu'on ne pouvait guérir cette maladie que par une opération grave, vu le dégât que la carie et la nécrose avaient occasioné sur cet os.

Je restai quelques jours à observer ce cas, quoique mon opinion fût fixée dès la première vue, et je proposai l'ablation complète de tout le côté droit de la mâchoire. La malade s'y décida facilement, et le jour pris, M. le docteur Burnier, l'un des plus habiles chirurgiens de Lausanne, M. Guisan de Vevey, mon confrère et mon ami, M. de Schiferli de Berne, après un tour de consultation, jugèrent l'opération indispensable.

Je plongeai alors dans l'intérieur de la lèvre un bistouri droit, qui sortit sous le menton, un peu au-delà de l'apophyse *géni*. L'incision fut prolongée jusque derrière l'oreille. Le lambeau disséqué fut relevé et maintenu contre la joue. Comme je n'avais pas pu préciser d'avance l'étendue de l'altération de l'os, j'étais convenu d'un signal donné pour redoubler de précaution, si j'étais obligé de désarticuler la mâchoire. Je sentis alors que l'apophyse coronoïde et le condyle étaient sains. Je sciai un peu obliquement à un demi-pouce de ces éminences.

Au moment où la scie pénétrait sur le canal dentaire, le nerf du même nom fut tellement irrité, que la malade, patiente et pleine de courage jusque-là, fut prise tout à coup d'un état convulsif assez effrayant ; elle glissa de sa chaise à terre, privée de connaissance ; mais avec un peu de soins, elle la reprit. Cette scène se renouvela à l'approche de la scie ; mais bientôt l'os fut séparé et dégarni des parties charnues.

A l'aide d'un davier, j'arrachai la première dent incisive du côté gauche ; je portai la scie dans cet espace, et je sciai l'os : ce fut l'affaire d'un court moment pour l'enlever et le séparer par la dissection. Dès ce moment l'opération fut terminée ; il ne restait plus qu'à étancher le sang dont il s'était peu écoulé eu égard à la quantité de vaisseaux ouverts. Je réunis les lambeaux par la suture entortillée ; quatre aiguilles furent placées, en laissant un petit espace sous le cou pour l'écoulement de la sérosité.

Ce fut dans cette occasion et pour ne point être inquiété par l'hémorrhagie, que j'eus recours au procédé que mon habile maître le baron Vincent de Kern, professeur de chirurgie à l'université de Vienne, mettait en pratique dans chacune de ses nombreuses opérations, c'est-à-dire l'application du froid. Sa méthode consiste à se procurer de la glace et des éponges de la grandeur de la plaie qu'on se prépare ; on trempe l'éponge dans cette glace fondue en eau glacée, on la serre promptement pour en exprimer l'eau, et on l'applique quelques secondes en en faisant succéder une autre d'une manière très-rapide. Ce n'est point l'eau froide, ce n'est point la glace qui crispe les tissus artériels ; c'est pour ainsi dire la vapeur froide : *aura frigida*. En opérant de cette façon aucune hémorrhagie ne devient inquiétante ; on peut voir partout sans être gêné par le sang ; tous les vaisseaux sont crispés et ne laissent pas couler de sang. Ce fut de cette façon que j'arrêtai l'hémorrhagie dans cette vaste plaie dont je viens de parler.

Depuis long-temps je me sers de ce moyen dans les diverses opérations que j'ai pratiquées. J'ai extirpé le sein une quinzaine de fois ; dans plusieurs cas, la tumeur enlevée pesait de trois à quatre livres, laissant une énorme plaie d'où le sang jaillissait par une foule d'orifices vasculaires, dilatés extraordinairement par la maladie et sa longueur. Jamais dans aucun cas je n'ai fait de ligature ; cette opération est extrêmement douloureuse pour la femme, parce que presque toujours on pince avec l'artère un filet nerveux.

Chose remarquable, jamais la malade n'est surprise par ce froid ; elle redemande ordinairement l'éponge glacée.

Au premier moment je change l'éponge toutes les deux secondes ; mais à mesure que le sang diminue, je ralentis ce changement. On est souvent obligé d'avoir un aide qui passe la nuit auprès de la malade ; d'autres fois, au bout de plusieurs heures, la lymphe plastique se présente comme un vernis sur la surface coupée, et avertit le chirurgien que la réunion des bords peut s'exécuter ; jusqu'à ce phénomène on doit être en garde contre l'écoulement du sang.

J'ai vu à la clinique chirurgicale du grand hôpital de Vienne, le professeur de Kern pratiquer l'amputation de la jambe sur un garçon de 12 ans, sans faire aucune ligature, et arrêter l'hémorrhagie par l'application de la glace suivant sa méthode. C'est lui qui le premier, à ma connaissance, quoiqu'un autre veuille s'en attribuer le mérite, a proscrit des salles de chirurgie les bandes, les compresses et la charpie avec toute espèce d'onguent ; de la même manière que le docteur Spitzer, de l'Académie Joséphine, a employé le premier les mouchoirs en guise de bandages. Je tiens ce fait de lui-même.

Je reviens un instant à mademoiselle de Roverea. J'ai le plaisir de vous dire qu'elle se porte parfaitement bien, que huit jours après l'opération j'ai enlevé les quatre aiguilles ; la cicatrisation est pleinement achevée.

OBS. III. — Dans le mois d'avril 1832, la fille Voisin, de Meillerie en Savoie, âgée de 19 ans, vint à ma consultation journalière, me faire voir une tumeur de la grosseur du poing d'un homme fort, placée sur sa joue gauche, qui défigurait complétement ce côté de la face, tandis que, vue en profil du côté opposé, elle offrait de fort jolis traits. Je fis ouvrir grandement la bouche à cette fille, et je vis une fistule qui, du milieu de la fosse canine, pénétrait dans l'antre d'Highmore, d'où il s'échappait un ichor de mauvaise odeur et de mauvaise nature. J'introduisis un stilet dans cette cavité, où je pensais qu'il existait un fongus qui la remplissait. Mais je ne reconnus par cette exploration qu'un foyer de matières un peu moins dures que le cartilage.

Tout l'os maxillaire supérieur, qui me parut être le siége de la maladie, était double de volume ; le bord alvéolaire principalement était très-épaissi. Les trois dernières molaires paraissaient avoir été chassées peu de temps auparavant. Les parties molles environnantes paraissaient saines, la membrane buccale était cependant boursoufflée.

La fille Voisin revint chez moi plusieurs fois, et me demanda si je ne pourrais pas la débarrasser de ce mal difforme : elle était courageuse et résignée, et je lui proposai de se soumettre à une opération pour le procédé de laquelle mon opinion n'était point encore arrêtée. Cependant, après avoir réfléchi, je me décidai à appliquer une couronne de trépan sur le trajet fistuleux pénétrant dans le sinus maxillaire ; et après l'avoir découvert, je pensais à cautériser tout l'intérieur avec le fer rougi à blanc, si je devenais certain que cette cavité fût le centre du désordre.

Le jour de l'opération fut arrêté : je fus assisté par des aides forts et intelligens qui s'emparèrent de la malade et la placèrent sur une table garnie d'un matelas. La tête de la malade était assez élevée et reposait sur un plan peu mou.

Un aide tenait la bouche bien ouverte au moyen d'une espèce de bâillon. Je disséquai la membrane muqueuse jusqu'à l'os qui fut ruginé. La couronne de trépan fut appliquée et l'os perforé. Je ne trouvai qu'une dégénérescence osseuse qui remplissait toute la cavité du sinus ; et après des recherches ultérieures, je fus complétement détrompé sur mon diagnostic. Je vis complétement alors que la maladie était l'ostéosarcome de l'os maxillaire supérieur.

Prenant alors un parti décisif, j'enlevai immédiatement la première dent incisive du côté gauche ; je préparai avec le bistouri le passage à une scie courte montée sur un manche, avec laquelle je divisai l'os maxillaire jusqu'au bord orbitaire inférieur passant sur la bosse de l'apophyse montante.

N'ayant fait aucune plaie aux tégumens externes, mais ayant donné du large intérieurement d'une manière très-étendue par la dissection, il me devenait néanmoins très-difficile d'opérer la séparation de la partie postérieure de l'os, près de l'arcade alvéolaire de la dernière dent molaire.

J'avais précédemment fait préparer des pinces pareilles à celles avec lesquelles on coupe le sucre. Les mors des miennes étaient bien tranchans. Je m'en servis dans ce cas, et je pus parfaitement couper toute l'épaisseur de l'os jusqu'à l'apophyse ptérigoïde, après quoi je réunis avec un couteau court et fort les deux scissures, en passant sur le tronc sous-orbitaire. J'amenai par des tractions l'os maxillaire partagé en deux pièces, et quelques fragmens.

Je puis dire que pendant tout ce temps le sang m'inquiéta peu ; il y eut une fois ou deux un jet assez fort, puis il s'écoula en nappe d'une manière assez prompte. L'application momentanée de l'éponge glacée le supprima assez vite. L'opération avait été longue et laborieuse ; sur sa fin la malade fut long-temps sans connaissance. Elle revint cependant de son évanouissement, et me permit de voir attentivement l'intérieur de sa bouche. Je fus assuré qu'il ne restait plus d'esquille ni d'aspérités, et j'injectai avec une seringue de l'eau vinaigrée ; des compresses et une fronde constituèrent le pansement. Il survint les jours suivans de la fièvre qui nécessita une saignée. Le calme se rétablit par le repos et quelques soins domestiques. Au bout d'un mois tout était cicatrisé.

Je fis voir à beaucoup de personnes que la fille Voisin n'était pas défigurée, puisque les deux côtés de sa figure étaient pareils. Elle retourna

chez elle. Au bout d'une année j'eus occasion de la revoir, aucune reproduction du mal n'avait paru. Depuis cette époque je l'ai perdue de vue.

Agréez, etc.,

Convers fils, D.-M.

AMPUTATION ET DÉSARTICULATION DE LA MOITIÉ GAUCHE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR; observation recueillie dans la pratique de M. Lisfranc, par M. Pauly, interne à la Pitié.

Obs.—M. Saché, âgé de 57 ans, négociant de Lyoo, d'une bonne coostitotion, avait tonjours joui d'une honne santé, à part quelques douleurs rhumatismales dans la partie postérienre du tronc. Vers le commencement de 1833, ces donlcors furent remplacées par de violentes céphalalgies avec des éblonissemeus qui privaient le malade de sommeil. Dans cet intervalle, les dents do eôté gancbe de la mâchoire inférieure tombèrent successivement, à l'exception de deux incisives et de la première molaire. Cependant il ne s'était rien passé jusqu'alors vers cette région de la mâchoire, lorsqu'an mois de jnin dernier les douleurs s'y fixèreot pour cesser complétement ailleurs. La partie ganche et moyenne du enrps de la mâchoire inférieure fut bientôt le siége d'nne tuméfaction qui s'accrut chaque jour. Au bout d'no mois ent lien la chute de la première molaire restée en place, et la matière ichoreuse sortit de l'alvéole, qui ne se cicatrisa plns. L'engorgement se propagea tout antonr avee assez de vitesse, et bientôt, sons le côté gauche de la langue, s'étendirent des végétations fonrnies par la facc interne de la partie correspondante de l'os maxillaire inférieur. A denx reprises differentes M. Boucher, de Lyon, les excisa; elles ne firent que reparaître avec plns de rapidité. Les douleurs qui, dans le principe, étaient gravatives, vers la fin étaient devennes lancinantes, insupportables. Le malade resta ainsi, sans autre traitement que des cataplasmes, jusqu'à la fin d'octobre, où il vint à Paris se confier anx soins de M. Lisfranc.

An premier examen, la tumeur fut tronvée dans l'état suivant : la partie ganche du corps de la mâcboire inférienre, jusqu'à 6 lignes en avant de son angle, semblait avoir qnintuplé de volume; an-dessus l'engorgement, dans l'épaisseur de la jone, s'elevait presqne au nivean des arcades dentaires supérieures; an-dessus de la mâcboire il avait envahi les trois quarts de la partie supérieure du col, et se prolongeait an-delà des carotides, qu'il semblait envelopper. An niveau du rebord de l'os, très-arrondi par la tuméfaction, la pean, dans l'étendue d'nne pièce de 2 francs, était bleuâtre, et dans deux points distans l'un de l'autre d'nn pouce, elle était amincie, et le siége de denx points tuberculeux. Partont ailleurs elle paraissait saine et de nature à être conservée. Le doigt introduit avec peine dans la bouche, susceptible de peu d'écartement, y sentait des altératious fongueuses le long du bord alvéolaire, à partir de 10 lignes de sa partie médiane, jusqu'à l'apophyse coronoïde. Les végétations partaient de la face interne de cet os, et vers l'angle on sentait encore quelques points rugueux qui semblaient borner l'altératioo osseuse. La partie interne du centre de l'os, ramollie, déchirait sons la moindre pression. La face interne de la joue, en rapport avec le bord alvéolaire, était dure et criblée d'ulcérations fongueuses.

Il n'y avait pas de donte pour M. Lisfranc quant à la nature de la maladie et aux indications; l'opération était inévitable. Il s'agissait donc d'enlever l'os dégénéré ainsi que les parties engorgées sitnées autour, et s'étendant jnsque sur les carotides.

Mais l'affection était-elle aussi étendne qu'elle le paraissait en principe? Tous les tissus engorgés, en d'autres termes, avaient-ils subi la dégénérescence carcinomateuse? M. Lisfranc, par ses beaux travaux sur les cancers, a fait connaître que très-souvent ils s'étendent moins loin qu'ils ne le paraissent alors que l'engorgement qui les environne est le produit d'une inflammation pure et simple, déterminée par la présence du cancer, source continuelle d'irritation; qu'en combattant cet engorgement par des moyens rationnels, on réduisait souvent à deux le volume d'une tumeur carcinomateuse représentée par quatre et même par six, et que dans bien des cas on avait ainsi l'immense avantage de rendre opérable un mal qu'on avait cru d'abord au-dessus des ressources de l'art. Les éloges prodigués dans un temps aux antiphlogistiques, comme moyens curatifs du cancer, guidèrent M. Lisfranc à ces grands résultats. Il s'était empressé d'essayer ce mode de traitement sur un grand nombre de malades; il n'en guérit aucun, mais il en tira les conséquences suivantes. A mesure que les antiphlogistiques diminuaient l'irritation et la douleur déterminée par l'affection cancéreuse, l'engorgement circulaire diminuait tandis que l'altération augmentait au centre; il parvint ainsi à réduire des cancers à leur plus simple expression, quelquefois au-dessous du quart de leur volume. Et en effet que nous montre l'anatomie pathologique? Ordinairement au centre de la tumeur on voit la bouillie du cancer; et en marchant de dedans en dehors, le tissu carcinomateux, squirrheux; puis l'induration blanche, et enfin l'inflammation pure et simple du tissu cellulaire; chaque nuance se succédant d'une manière insensible, et offrant ainsi une dégénérescence progressive. Non que nous prétendions que l'inflammation soit toujours la cause du cancer; mais cette affection une fois déclarée devient un foyer d'irritation, qui altère les tissus voisins d'autant plus promptement que le cancer existe déjà.

Avant de procéder à l'opération, M. Lisfranc chercha donc, d'après ces idées, à réduire la maladie à elle-même; à l'aide de plusieurs applications de sangsues et de cataplasmes, parce qu'il existait beaucoup de douleurs, il en vint à borner l'engorgement à la région sous-maxillaire et aux environs de l'os supérieurement; les carotides devinrent libres; et en haut, vers l'angle de la mâchoire, lieu où était borné l'engorgement, elles en étaient distantes au moins de dix lignes.

L'opération se trouvait ainsi singulièrement modifiée. On avait à enlever une bien moins grande quantité de tissus; et la ligature de la carotide devenait inutile, la désarticulation de la mâchoire étant possible sans cette opération préalable.

L'opération fut pratiquée le 27 décembre, en présence de MM. Clerc de St-Germain et Malgaigne.

On avait pensé d'abord que l'altération osseuse avait épargné la branche de la mâchoire, et qu'on ponrrait peut-être conserver cette partie, sauf à poursnivre la désarticulation, si l'os une fois découvert, la faisait juger indispensable, ce qui arriva effectivement.

An lien de suivre le procédé ordinaire qui consiste à faire nn lambeau à base située inférieurement, par nne incision transversale dens le sens de l'ouverture buccale, et de deux autres incisions perpendiculaires partant de la précédente, M. Lisfranc préfère un procédé tout-à-fait opposé, dans lequel la dissection se fait dans un sens inverse, et le lambeau libre en bas est à base supérieure. On évite ainsi une cicatrice à la face; celle qui a lieu inférieurement se trouve recouverte par la cravate, et le pus trouve nn écoulement bien plus facile.

Une incision partie de 6 lignes en dedans de la commissure des lèvres du côté gauche, fut menée perpendiculairement au-dessons du menton jusqu'au niveau du cartilage thyroïde, contournant à gauche l'engorgement, et remonta le long du bord postérieur de l'angle de la mâchoire, jusqu'an niveau du conduit auditif. Un aide tint les doigts sur la carotide et la temporale, pour marquer le lieu de ces vaisseaux et les protéger contre l'instrument tranchant.

M. Lisfranc détacha le lambeau de bas en haut à l'aide d'une dissection fort difficile; en effet, an niveau de la partie moyenne du enrps de l'os, lieu où la peau etait amincie et très-adhérente, il fallut la perforer anx deux points correspondant anx denx tubercules dont nous avons parlé. Cette dissection achevée, il arracha les deux incisives ganches, mit à nu le corps de l'os à six lignes de la symphyse du côté droit, et le scia d'avant en arrière à l'aide d'une scie en crête de coq, après s'être assuré toutefois que l'altération ne dépassait pas ces limites. En examinant ensuite la branche de la mâchoire, M. Lisfranc vit clairement que le col même en était altéré. Il se décida dès-lors à la désarticolation. Les tissus environnant ces parties articulaires étaient sains. A l'aide d'un bistouri conrbe sur le tranchant, il coupa, en contournant l'apophyse coronoïde, les parties charnues qui viennent s'y insérer; puis, reprenant sa dissection par en bas, il détacha la tumeur en totalité de bas en haut, renversa peu à peu la tumeur en dehors, et remplaçant le bistouri par des ciseaux dans les endroits difficiles et dans le voisinage des gros vaisseaux, il arriva sur la face interne et antérieure de l'articulation, l'os étant graduellement luxé en dehors. Un aide avait toujours marqué et protégé du doigt les carotides et la temporale. Cinq ou six ligatures seulement furent faites à mesure de l'ouverture des artères, dont la plus importante était la faciale transverse. Un petit prolongement en forme de kyste, situé au-dessous de la langue, au-devaot de l'os hyoïde, fut extirpé en second lieu, tandis que les doigts d'un aide indiquaient à l'opérateur le cartilage thyroïde, pour éviter de léser le larynx. Quelques points indurés furent encore enlevés, notammeot sur la face interne du lambeau, qui fut tondue pour ainsi dire à l'aide de ciseaux courbes sur le plat.

La langue était restée en positioo; les génio-glosses et glosso-hyoïdiens demeurés sains, ayant été conséquemment ménagés avec soin.

Le lambeau réappliqué fut maintenu par une treotaine de points de suture entrecoupée. A la lèvre, où quelques tractions auraient pu avoir lieu, on fit un point de sutore entortillée. Les deux ouvertures de la peau furent fermées l'une par un, l'autre par trois points de suture entrecoupée.

A la partie la plus déclive, on ménagea une légère ouverture pour faciliter l'écoulement du pus; une petite mèche, durant 24 heures, s'opposa à l'adhésioo des tissus dans ce point seulement.

Le pansement consista dans un linge troué très-large et enduit de cérat; beaucoup de charpie, surtout à la partie moyenne, pour faciliter l'application du lambeau sans le comprimer toutefois, de peur de le faire mortifier à cause de sa minceur en ce point; des compresses et une mentonnière.

Le malade n'éprouva aucun accident, pas même le plus léger mal de tête; seulement il avait beaucoup de difficulté pour avaler les liquides, qui passaient en partie par l'ouverture inférieure de la plaie. Cette incommodité diminua chaque jour. Dès le douzième jour il put faire plusieurs tours dans sa chambre. Au moyen d'un biberon dont on se servait pour le faire boire, en ayant soin de le porter à droite et au fond de la gorge, il prit de légers potages féculens, de la gelée liquéfiée. Les points de suture avaient été enlevés, partie le second, partie le troisième jour. Vers le second jour on avait craint pour la partie centrale du lambeau la plus amincie, en lui voyant une coloration ardoisée; mais le lendemain cette teinte s'était dissipée. A la plus grande des deux ouvertures de la peau, les points de suture s'étaient déchirés : elle o'a pas tardé à se fermer par des bourgeons charnus.

Le malade est aujourd'hui complétement guéri, et la difformité est beaucoup moindre qu'on n'aurait pu le présumer d'après l'étendue des parties enlevées. La pièce anatomique a été montrée à l'Académie de

médecine : c'est une tumeur squirrheuse embrassant tout le contour de la moitié du corps de l'os, qui se trouvait lui-même érodé et était devenu extrêmement fragile.

DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT CONTRE LES ULCÈRES DU MAMELON.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro 45 de l'année 1834, vous donnez d'après le *London médical Gazette*, l'analyse d'un travail de M. Hannay de Glasgow, relatif au traitement des ulcères du mamelon par le nitrate d'argent. Vous ajoutez que dans les numéros suivans se trouvent deux lettres sur le même sujet, l'une du docteur Edmond Bowen, l'autre de M. Georges Jewel ; et que ces médecins déclarent que, depuis plusieurs années, ils emploient la même méthode sans avoir eu connaissance de la pratique de M. Hannay; qu'ils s'accordent d'ailleurs à en préconiser les excellens effets.

Permettez-moi de réclamer en faveur d'un de nos compatriotes, de Béclard, une longue antériorité sur nos confrères d'outre-mer.

Il y a plus de dix ans que dans les cours de chirurgie qu'il faisait à la Pitié, notre célèbre professeur a vanté l'emploi du nitrate d'argent, de la pierre infernale, dans les cas de fissure à l'anus, des ulcères du mamelon, d'ulcères superficiels de la cornée dans les inflammations aiguës de cette membrane, etc. Béclard nous faisait remarquer que le nitrate d'argent offre alors le double avantage : 1° de modifier la nature de l'inflammation dont la partie ulcérée est le siége, et de lui imprimer une tendance vers la cicatrisation ; 2° de produire une escarre qui protége le fond de l'ulcère contre l'action des causes irritantes et de faire par là cesser à l'instant même la douleur.

Si cette réclamation vous paraît offrir de l'intérêt, veuillez lui donner une place dans votre estimable journal.

Recevez, etc.

A. Bérard, jeune.

Paris, 9 janvier 1835.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL NECKER, par M. Bricheteau, médecin de l'hôpital, etc.

L'ouvrage de M. Bricheteau est en grande partie un livre de réimpression et de réminiscences; il en convient lui-même dans sa préface, en faisant observer qu'un auteur peut s'enrichir de ses propres dépouilles sans être obligé d'indiquer les sources où il a puisé. Nous accordons volontiers le privilége que M. Bricheteau réclame pour les écrivains, pourvu qu'il n'y ait pas abus On conçoit, en effet, tout le danger d'une telle licence. Il suffirait d'avoir produit un seul ouvrage pour multiplier cette publication à l'infini, en lui donnant les attraits de la nouveauté par un léger changement dans la forme ou dans le titre.

Toutefois ce reproche ne saurait atteindre la clinique de M. Bricheteau, semée de plusieurs faits nouveaux, écrite avec pureté, quelquefois même dans un style et un esprit presque voltairiens. Fidèle à ce conseil de Morgagni, *non enumerandæ sed perpendendæ sunt observationes*, il a moins cherché à multiplier les faits qu'à faire choix de ceux qui par leur importance pouvaient infirmer ou confirmer quelques points de doctrine. Ce travail a principalement pour objet de faire mieux connaître et mieux apprécier les causes physiques des maladies. M. Bricheteau, préoccupé de cette idée, qui seule a présidé à la publication de sa clinique, a, selon nous, trop négligé les influences de la vitalité dans l'appréciation des phénomènes morbides. Il est incontestable néanmoins que, dans la plupart des maladies, elle joue un rôle très-actif. Nul doute que dans quelques circonstances on peut apprécier les modifications qui surviennent dans l'organisme par les simples lois de la physique; mais il faut savoir faire la part de ces dernières, et ne pas les isoler complétement dans l'étude des affections morbides des puissances de la vitalité.

C'est surtout dans les considérations physiologiques et pathologiques sur l'influence du cœur, et de l'hypertrophie des ventricules de ce viscère sur les fonctions et les maladies du cerveau et du poumon, que l'auteur a déployé toutes les ressources de sa doctrine, et prouvé que les affections cérébrales étaient souvent subordonnées à des causes purement physiques.

Nous adoptons volontiers la théorie que professe M. Bricheteau, pour l'explication de certains faits; mais nous sommes loin de lui accorder la même extension que lui. Nous pensons en effet que dans l'hémorrhagie cérébrale, par exemple, l'anévrisme actif du cœur peut jouer un rôle très-puissant, mais il faut de plus qu'une prédisposition particulière, qu'une certaine modification survienne à la pulpe encéphalique, qu'une autre cause en un mot se surajoute à la cause physique pour que l'hémorrhagie ait lieu. Il est du plus haut intérêt néanmoins de chercher à évaluer la part que prennent les affections organiques du cœur à la production des maladies encéphaliques et du parenchyme pulmonaire. Si l'observation démontre que l'anévrisme du ventricule gauche coïncide le plus souvent avec les congestions cérébrales, l'apoplexie, les ramollissemens encéphaliques, la manie, etc, elle prouve aussi que l'hypertrophie du ventricule droit existe simultanément avec les désordres des organes de la respiration. Frappé de la fréquence de l'œdème des extrémités inférieures, dans les maladies du ventricule gauche du cœur, nous avons bien souvent voulu vérifier si, dans l'anévrisme du ventricule droit de ce viscère, il n'existait pas souvent un œdème du poumon; les résultats que nous a fournis l'observation sont encore trop peu nombreux pour porter un jugement définitif. Mais, s'il était permis au médecin de porter un jugement *à priori*, où d'après de simples analogies, cette opinion ne nous paraîtrait pas invraisemblable.

Mais parcourons l'ouvrage de l'auteur, et tâchons d'en tracer le plan. Ses premières pages sont consacrées à des considérations générales sur l'art d'observer et de faire des observations en médecine. M. Bricheteau est lui-même observateur trop habile pour ne pas poser des règles sûres et faciles qui formeront les élèves à la pratique de l'observation, une des qualités les plus rares et les plus difficiles que puisse posséder le médecin. Aussi recommandons-nous vivement ce premier article de la clinique de Necker à l'attention de nos lecteurs. Vient ensuite un fait curieux de rire sardonique accompagné de réflexions sur le siége de cette singulière affection.

« L'origine du mot sardonique, dit l'auteur, vient de ce que cette » espèce de rire forcé ou convulsif est tout-à-fait semblable à celui que » cause une herbe qui, suivant d'anciens auteurs, croît en Sardaigne, » de laquelle, disent ils, si l'on en mange, on meurt la bouche retirée » comme en riant. Cette plante, à laquelle on a donné le nom d'herbe » à rire, d'ache du rire, etc., est à ce qu'il paraît la renoncule scélé» rate (*ranunculus sceleratus* de Linnée), plante qui a, surtout dans » les pays chauds, une propriété vénéneuse très-marquée. »

Après avoir énuméré les différentes maladies dont le rire sardonique peut être l'un des symptômes, l'auteur rapporte deux faits d'affection squirrheuse du pylore dans lesquels on a trouvé, après la mort des individus qui en étaient atteints, l'ouverture pylorique très-rétrécie, et l'anneau de communication avec le duodénum converti en une sorte de substance fibreuse, lardacée, d'environ un pouce de diamètre, sans autre lésion organique. Ce rétrécissement était porté à un tel degré, qu'on pouvait à peine le traverser avec une plume d'oie. M. Bricheteau pense, contrairement à l'opinion des auteurs modernes, que cette dégénérescence du pylore ne saurait être considérée comme un premier degré du cancer, et qu'on n'a pas à redouter son ramollissement ni son ulcération. Il ne reconnaît pas en elle tous les attributs qui caractérisent la dégénérescence cancéreuse, et son opinion est motivée par des faits et des raisonnemens sinon concluans, dignes du moins, sous bien des rapports, d'un examen sérieux de la part des anatomo-pathologistes.

L'étude du traitement de la pneumonie et des rhumatismes par le tartre stibié à hautes doses occupe une place importante dans l'ouvrage de M. Bricheteau. Ce médecin croit, d'après ses propres observations, pouvoir se prononcer en faveur de cette médication. Nous avons ailleurs assez nettement exprimé notre pensée sur la valeur thérapeutique des antimoniaux dans les inflammations, pour nous dispenser d'y revenir encore. Il est des indications qui autorisent leur emploi, il est vrai; mais dans quelques circonstances aussi leur usage pourrait déterminer les inconvéniens les plus graves. Les constitutions médicales jouent un rôle très-actif dans les avantages ou les revers que ces médicamens nous procurent, et M. Bricheteau paraît les avoir complétement négligées.

L'auteur, pendant le cours d'une longue pratique, a eu bien souvent occasion de vérifier les opinions des auteurs sur les vomiques du poumon; il ne peut se ranger de l'avis de Bichat, qui se refusait à admettre que le pus s'amassât jamais en foyer dans la pneumonie. Il professe une doctrine toute contraire; mais ce médecin ne considère pas l'inflammation suppurante du parenchyme pulmonaire comme cause unique des vomiques. La fonte tuberculeuse, l'accumulation du pus dans une bronche dilatée, et une suppuration abondante dans la cavité des plèvres, peuvent produire ce même résultat. Nous possédons un

fait curieux de vomique de cette dernière espèce, que nous publierons dans notre prochaine revue clinique de l'Hôtel-Dieu. Toutes les assertions de M. Bricheteau sur la formation des vomiques du poumon et le pneumo-thorax sont si conformes à l'observation, qu'on ne saurait un seul instant les révoquer en doute.

En énumérant ici les différentes maladies dont l'auteur s'est occupé dans son ouvrage, nous suivons à peu près l'ordre qu'il a lui-même adopté. Dans son article relatif à ses recherches et observations sur l'emploi de la compression méthodique dans les hydropisies et particulièrement dans l'ascite, nous trouvons dix cas d'affections de ce genre guéris par ce procédé mécanique. Des faits aussi importans doivent être ajoutés à ceux que M. Godelle a déjà publiés en faveur de ce moyen.

De toutes les observations rapportées par l'auteur de la clinique médicale de Necker, la plus curieuse est sans contredit celle d'une maladie de l'ovaire du côté droit simulant une grossesse extra-utérine. La malade disait sentir distinctement les mouvemens d'un enfant; il y avait dans la tumeur un bruit de souffle bien manifeste qu'on crut être le souffle placentaire. Une incision fut pratiquée sur la paroi postérieure du vagin; on reconnut la méprise. Cette femme mourut, et la nécropsie fit découvrir des tumeurs enkystées carcinomateuses de l'ovaire, qui avaient simulé la grossesse.

Ce fait conduisait naturellement à des remarques importantes sur la cause du bruit de souffle que M. Paul Dubois appelle *utérin* dans son mémoire sur l'auscultation appliquée à la grossesse. Il prouve que le bruit placentaire peut dépendre d'une toute autre cause que de l'abord du sang dans le tissu spongieux et artériel de la matrice ou du placenta. Telles sont du moins les réflexions que ce cas extraordinaire suggère à M. Bricheteau; et ceux qui les liront ne les trouveront pas dépourvues d'intérêt.

La dernière partie de la clinique de l'hôpital Necker est consacrée à l'étude de la péricardite et à celle des bruits du cœur. L'auteur étudie successivement le bruit de roue, de frottement de cuir neuf ou d'étoffe froissée, et le bruit de soufflet dans les cavités du cœur et des artères. Il passe en revue les opinions des différens auteurs, les discute avec discernement, et se prononce pour la théorie de M. Bouillaud. Quelques observations sur le traitement et les descriptions des calculs biliaires terminent l'ouvrage de M. Bricheteau, avec un éloge de Philippe Pinel, que l'auteur a déjà prononcé devant la Société médicale d'émulation de Paris. C'est un tribut de reconnaissance que le médecin de Necker paie à la mémoire du célèbre nosologiste. Si nos lecteurs ne le connaissent pas, il offre assez d'attraits pour exciter leur curiosité.

M. Bricheteau promet plusieurs autres volumes de clinique, où il donnera de nouveaux développemens à sa doctrine : c'est une idée fertile en conséquences pratiques, que de chercher à mieux apprécier les causes physiques qui président au développement des maladies; et M. Bricheteau ne peut que la féconder.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE M. THOURET-NOROY.

Vimontiers (Orne), le 30 decembre 1834.

Monsieur le rédacteur,

Une occasion solennelle a été donnée à la médecine française de défendre ses prérogatives et ses plus chers intérêts dans la personne d'un de ses membres, qui a été injustement condamné par les tribunaux d'Evreux et de Rouen. Eh bien! elle l'a noblement saisie. De toutes parts en effet des protestations energiques ont eu lieu contre la violation de l'irresponsabilité médicale, et chaque jour encore las journaux prouvent par des chiffres que, en province comme à Paris, il existe des hommes de l'art bien pensans et bien agissans.

Je préjugeais cependant que l'accueil favorable que l'intervention officieuse de *l'association des médecins de Paris* a reçu du public medical devait produire un meilleur résultat. Quoi! sept à huit cents médecins ont assisté aux diverses réunions de *l'association de prévoyance*, tous ont été d'accord de ne pas s'en tenir à des paroles pour être utiles à notre confrère, le docteur Thonret-Noroy, et la collecte si bien commencée par une des premières notabilités chirurgicales de notre époque, est loin de répondre au nombre des membres de cette corporation philanthropique. M. Noroy y est étranger, je le sais, néanmoins il fait partie de la grande famille médicale dont toutes les personnes se doivent assistance et protection, quand surtout il s'agit d'une cause à la laquelle se rattachent des considerations de la plus haute importance. Maintenir son indépendance et sa dignité a toujours ete une question vitale pour le médecin consciencieux et jaloux de faire fructifier par la pratique ses connaissances scientifiques.

Faisons donc des vœux pour que la Cour de cassation admette le pourvoi de M. Noroy, puis trouve le moyen, sans manquer aux principes de sa jurisprudence, d'être favorable à notre profession liberale, ou plutôt à tout l'état social. Car cette affaire dirigée avec tout le savoir et l'habilite qui caractérisent Me Crémieux, célèbre avocat, est destinée à féconder l'instruction relative à la responsabilité morale et légale du médecin praticien, et tournera, nous n'en pouvons douter, au profit de la science et de l'humanité, lorsqu'il plaira au gouvernement de s'occuper de la loi d'organisation médicale.

Après ces réflexions qui m'ont été inspirées par l'amour du bien, j'ai l'honneur de vous transmettre la liste des souscripteurs que j'ai obtenus pour le docteur Thouret-Noroy, et je vous prie de la publier en entier dans votre journal, afin que cet infortuné et courageux confrère y trouve des témoignages de confraternelle sympathie; outre que cela pourra servir d'exemple aux médecins retardataires ou ignorans des généreux efforts que des *hommes d'action* ont faits au nom et pour le triomphe des principes.

Certe, c'est avec un noble orgueil que je déclare avoir pris une part active à l'affaire dont il s'agit, et même, d'après ce que j'ai vu dans les recueils périodiques, il est probable que c'est moi qui ai le premier eu l'idée d'ouvrir une souscription en faveur de notre collègue du département de l'Eure. *Suum quique.* (Voir ma lettre insérée dans la GAZETTE MÉDICALE du 20 septembre dernier.)

La plupart des médecins auxquels ma liste a été présentée sont entrés dans mes intentions bienveillantes. Toutefois il en est quelques-uns qui n'ont point voulu souscrire pour une si belle cause.

La conduite et le langage de la presse ont déjà contribué à fixer l'opinion du corps médical en cette honorable circonstance : pour accomplir son œuvre, je vous invite, monsieur le rédacteur, à vouloir bien publier ma lettre, qui a pour but de justifier l'emploi des cotisations que je dois à la confiance de mes honorables confrères, et de satisfaire le désir exprimé par quelques-uns d'entre eux relativement à l'insertion de leurs noms dans la GAZETTE MÉDICALE.

Agréez, etc.

DELAPORTE, D.-M. P.,
Membre correspondant de la societe de médecine de Paris.

P. S. J'ai fait passer directement à M. Thouret-Noroy le montant de la souscription.

SEIZIÈME LISTE DE SOUSCRIPTION.

M. Hue, à Beancaire (Gard), 5 fr.; M. Vidal, à Bayonne, 5 fr.; M. Goulard, à Pessoulens (Gers), 5 fr; M. Pagès, à Alais (Gard), 5 fr.; M. Labarthe, à Dannemartin, 5 fr.; M. Vallet, à Orléans, 5 fr.; M. Meresse (Emile), à Guerande (Loire-Inférieure), 5 fr.; M. Ardusset fils, à Bazas (Gironde), 5 fr.; M. Esquot Parthenay, (Deux Sèvres, 5 fr.; M. Passaquay, à Saint-Amour (Jura), 10 fr.; M. Delaporte, à Vimontiers, 10 fr.; M. Bourdon, id., 5 fr.; M. Oriot, id., 5 fr; M. Quetier, id., 5 fr.; M. Billon, id., 3 fr; M. Bazire, id., 4 fr.; M. Lenret, id., 6 fr.; M. Mazzi, à Sap, 5 fr.; M. Bataille, id., 2 fr.; M. Rossignol, id., 3 fr., M. Bordeaux, à Argentan, 6 fr; M. Guillaumet, id., 6 fr.; M. Fauvel, id., 6 fr.; M. Leroy, à Trun, 6 fr., M. Monssel, id., 5 fr.; M. Deborville, à Putanges, 10 fr.; M. Decolleville, à Bourg-St-Léonard, 5 fr.; M. Decombes, à Exmes, 5 fr.; M. Burel, à Gace, 5 fr.; M. Delahaye, id., 5 fr.; M. Labbé, id., 5 fr.; M. Bernier, id., 3 fr.; M. Lacouture, à Nonant, 5 fr.; M. Feret, à Merlerault, 4 fr.; M. Cochain pere, id., 2 fr.; M. Thibout, id., 3 fr.; M. Cochain fils, à Survie, 5 fr; M. Morel, à Ancinis 5 fr.; M. Bouteiller, à Villeret, 5 fr.; M. Boisduval, à Ticheville, 5 fr.; M. Launey, à Livarot, 5 fr.; M. Huart, id., 5 fr.; M. Fournaux, id., 5 fr.; M. de Droullin, à Lisieux, 6 fr.; M. Henri, id., 5 fr.; M. Simon, id., 5 fr.; M. Caboullet, id., 5 fr.; M. Quesnel, id., 5 fr.; M. Lacroix, à Orbec, 5 fr.; M. Douis, id., 5 fr.; M. Delamarre, id., 5 fr.; M. Daugel, id., 5 fr.; M. Tantain, à St-Pierre de Mailloc, 5 fr; M. Dubois, à Fervaque, 5 fr.; M. Pillou, à St Pierre sur-Dives, 6 fr.; M. Bellais, id., 5 fr.; M. Legrand, id., 5 fr.; M. Droullin, id., 6 fr.; M. Gratigny, à Vieux-Pont, 5 fr.; M. Duhamel, à Falaise, 5 fr.; M. Bodey, id., 5 fr.; M. Canivet, id., 5 fr.; M. Bacon, id., 5 fr.; M. Capel, id., 5 fr.; M. Baillière, id., 2 fr.; M. Dumont, à Bernay, 5 fr.; M. Neuville, id., 10 fr.; M. Leignel, id., 5 fr.; M. Lebertre, id., 5 fr.; M. Adol. Bardet, id., 5 fr.; M. Perrier, id., 5 fr.; M. Accard, id., 5 fr.; M. Lejeune, à Brionne, 2 fr.; M. Lesueur, id., 5 fr.; M. Gonnié, id., 7 fr; M. Jouen fils, à Harcourt, 10 fr.; M. Jouen père, id., 10 fr.; M. de Baynal, à Beaumont-le-Roger, 5 fr.; M. Coguet, id., 5 fr.; M. Fourqueuin, à Broglie, 5 fr.; M. Sauvage, id., 5 fr.; M. Lamarre, à Montreuil Largillé, 5 fr.; M. Testu, id., 5 fr.; M. Bayeux, à Duranville, 5 fr.; M. Jouas, à Thiberville, 5 fr.; M. Emangard, à Laigle, 5 fr.; M. Piquenot, id., 5 fr.; M. Grabit, id., 5 fr.; M. Mazier, id., 5 fr.; M. Delahaye, à Seez, 5 fr.; M. Boger fils, id., 5 fr.; M. Lesueur, id., 2 fr.; M. Huette, id., 2 fr.; M. Libert, à Alençon, 5 fr.; M. Clérambault, id., 5 fr.; M. Lenoir, id., 5 fr.; M. Letailleur, id., 3 fr.; M. Marchand, id., 2 fr; M. Laveille, id., 3 fr.; M. Poullain, id., 5 fr.; M. Léger, id., 3 fr.; M. Benault, id., 2 fr.; M. Savary, id., 2 fr.; M. Braumont, à Mortagne, 5 fr.; M. de Beaumont, id., 5 fr.; M. Bachelot, id., 5 fr.; M. Philippe, id., 3 fr; M. Demolière, id., 5 fr.; M. Huard, id., 4 fr.; M. Villeneuve-Pottier, à Mêle-sur-Sarthe, 2 fr.; M. Homar, id., 2 fr.; M. Chambay, à Alençon, 5 fr. — Total, 543 fr.

Nota. Le produit des cotisations des médecins alençonnais dont les noms figurent sur cette liste a été envoyé à M. le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE par M. le docteur Chambay, ainsi qu'il resulte de la mention qui en a été faite dans le n° 50 de ce journal.

Souscription de l'assemblée générale,	1,732 fr.
Souscriptions reçues jusqu au 15 novembre par divers journaux,	238
Souscription de la GAZETTE MÉDICALE,	1,840
Montant de la seizième liste,	543
	4,353 fr.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 4. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 24 JANVIER 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

OBSERVATIONS ET REMARQUES PRATIQUES SUR LES ULCÈRES DU COL DE L'UTÉRUS, par M. Magistel, D.-M. P.

Les ulcérations du col de l'utérus s'observent de nos jours beaucoup plus fréquemment qu'autrefois. Ce n'est pas, sans doute, que cette maladie soit plus commune; mais c'est parce que dans les maladies des femmes notre attention se porte davantage vers l'utérus. Confondant sous le nom d'ulcère toutes les affections de cet organe, les femmes en général étaient persuadées que celles qui en étaient atteintes devaient nécessairement succomber en proie aux plus vives souffrances. Mieux éclairées déjà, il faut espéaer que bientôt elles n'auront plus une pudeur mal entendue à opposer à nos moyens d'investigation, et qu'elles consulteront désormais les médecins avant que leurs maladies aient fait des progrès incurables. Les observations suivantes, en donnant lieu de faire quelques remarques sur la nature et sur le traitement de ces ulcérations, montreront également de quelle importance il est de pouvoir attaquer le mal dans son début, pour arrêter ses progrès

ULCÉRATION SIMPLE PROVENANT DE L'USAGE D'UN PESSAIRE. — GUÉRISON.

Obs. I. — Madame N... m'a fait appeler le 2 avril dernier, pour lui donner des soins. C'est une femme de 38 ans, d'une bonne constitution. Elle a eu deux enfans, et depuis sa dernière couche, qui date de huit mois, elle a un relâchement de l'utérus qui a exigé l'emploi d'un pessaire. Elle a eu de la peine à le supporter dans les premiers jours, puis elle s'y est habituée. Depuis quinze jours, à la suite d'une longue course en voiture, elle éprouve des douleurs intolérables au bas-ventre, dans les régions lombaires, des tiraillemens d'estomac. Elle n'avait jamais eu de fleurs blanches et a maintenant un écoulement abondant. Je fais ôter le pessaire que madame N... n'avait peut-être pas le soin de laver. Le spéculum me montre le museau de tanche ulcéré dans tout son pourtour, le col était tuméfié, et un liquide jaunâtre s'écoulait à la fois de son orifice et de l'ulcère. Je n'ai pu attribuer ces accidens à d'autres causes qu'à l'action du pessaire qui cependant est élastique et bien conditionné. Pendant huit jours j'ai fait faire des injections émollientes; les parois du vagin ont été écartées par des tampons; la malade est restée dans son lit. Le 4e jour j'ai touché l'ulcération avec un pinceau de charpie, imprégné d'une solution de nitrate de mercure; c'est la seule cautérisation dont j'ai eu besoin. A la fin de mai la malade était complétement guérie. Elle a continué à porter un tampon d'étoupes très-fines, pensant que cela pouvait suffire pour soutenir l'uterus, mais je l'ai engagée à se procurer un nouveau pessaire.

Les pessaires les mieux faits, les plus élastiques, occasionent souvent

---

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

II. — École de santé. — École de médecine.

La loi du 18 août 1792 avait fait table rase des vieilles institutions, mais n'avait rien mis à la place. Deux années se passèrent ainsi sans enseignement, sans réceptions, dans une anarchie qui reflétait sous ses petites proportions la grande anarchie politique. Les effets s'en firent promptement sentir; le service médical et chirurgical des armées, avec des besoins sans cesse croissans, ne savait même où réparer ses pertes; et il reste de cette époque un curieux monument : ce sont les interrogatoires publics qu'on fut obligé de faire subir, même à des chirurgiens en chef d'armée, pour s'assurer de leur capacité douteuse, et qui eurent en effet pour résultat d'en faire éliminer plusieurs. Fourcroy, à la tribune législative, signala à la fois le mal et le remède; et le 14 frimaire an III (4 décembre 1794) une loi, dont l'ancienne Société de médecine avait pour ainsi dire préparé les bases, institua à Paris, à Strasbourg et à Montpellier trois écoles nouvelles, sous le nom d'écoles de santé. Le but essentiel de la loi était de fournir aux armées des officiers de santé; tout fut donc organisé sur ce plan. Le régime des écoles était à peu près militaire. Le nombre des élèves était fixé et ne pouvait dépasser 550; ils portaient le nom d'*élèves de la patrie*. Ils étaient choisis dans chaque district parmi les jeunes gens de 17 à 26 ans, par deux officiers de santé, assistés d'un citoyen recommandable par ses vertus républicaines; puis expédiés sur l'une des trois écoles avec une solde de route équivalant à celle des canonniers de première classe. A l'école, ils recevaient un traitement annuel de 1,200 fr.; mais ils étaient à la disposition de la république, tenus de se rendre aux armées au premier ordre; et bien que leur temps d'études eût été fixé à trois ans, le besoin du service ne permit pas toujours d'attendre ce terme.

L'exactitude aux leçons était rigoureusement exigée; ces professeurs étaient tenus à faire deux appels par chaque dixaine de leçons à des jours indéterminés. Ceux des élèves qui avaient manqué trois fois sur dix appels, étaient signalés à l'autorité; tout élève ayant manqué quinze jours aux cours qu'il devait suivre était réputé démissionnaire, le cas de maladie excepté; mais la maladie devait être constatée par les professeurs. On tenait compte de leurs appointemens aux malades, moins que l'affection ne fût de nature vénérienne; alors le traitement était suspendu depuis l'époque de la maladie declarée jusqu'à la guérison.

L'émulation était d'ailleurs noblement excitée : à la fin de chaque cours on réunissait les élèves, et on leur proposait trois questions relatives à l'objet de ce

les accidens pour peu que le col utérin ait de sensibilité. Les femmes ne devraient jamais les conserver plus de vingt-quatre heures sans laver les mucosités dont ils se couvrent ; elles devraient s'astreindre à les ôter chaque soir, pour ne les remettre que le lendemain matin, à moins que leur infirmité n'exige qu'ils soient placés à demeure. Je me rappelle avoir vu dans le service de mon oncle Brun, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angoulême, une femme âgée qui portait un pessaire de buis depuis plusieurs années. De fortes douleurs avaient été nécessaires pour lui rappeler la présence de ce corps étranger ; il adhérait si intimement aux parties avec lesquelles il était en rapport, qu'il fallut, pour l'enlever, avoir recours à une opération sanglante.

Il est évident que si le pessaire que portait Mme N. n'eût pas été enlevé, et que l'ulcération simple à laquelle avait donné lieu son contact avec le col de l'utérus n'eût pas été traitée directement, cette ulcération n'aurait pas tardé à devenir plus profonde.

Plusieurs observations m'ont en effet démontré que ces ulcères simples, livrés à eux-mêmes, marchent d'abord avec rapidité ; et que ce n'est que lorsqu'ils ont passé à un état réellement chronique, et même de dégénérescence, que les progrès en redeviennent plus lents.

ULCÈRE SYPHILITIQUE AVEC CATARRHE CHRONIQUE DE LA MUQUEUSE VULVO-UTÉRINE. — USAGE INFRUCTUEUX DE LA KRÉOSOTE. — CAUTÉRISATION. — USAGE D'UN TAMPON DE CHARPIE. — GUÉRISON.

OBS. II. — Une dame anglaise qui habite ordinairement Londres, est venue passer quelques mois à Paris. Fatiguée depuis long-temps par des fleurs blanches, elle veut s'en débarrasser, et une personne de ma connaissance me l'adresse. Elle traite d'abord sa maladie fort légèrement, mais finit par m'avouer qu'elle a eu des ulcères vénériens il y a peu d'années ; que depuis long-temps elle éprouve des douleurs aux reins, au bas-ventre ; qu'elle a souvent des défaillances, et ne peut faire à pied la moindre course sans une fatigue extrême. Je touche le col de l'utérus et trouve une dépression à droite ; point de dureté ; j'applique un spéculum et aperçois sur cet organe deux ulcérations de quatre à cinq lignes de diamètre, rondes, à bords inégaux, creusées dans leur centre, situées l'une sur la lèvre antérieure, l autre à droite Cinq ou six tubercules granulés, gros comme de petites lentilles, entourent la première ulcération ; un pus jaune verdâtre, d'une odeur fade, s'échappe des ulcères et vient baigner la muqueuse du vagin qui parait elle-même le siége d'une inflammation chronique et de quelques érosions. Quoique je n'eusse aucun symptôme positif d'une affection syphilitique, les précédens durent me suffire et je mis la malade à un traitement mercuriel. (Quatre verres de décoction de salsepareille chaque jour ; à chaque verre de cette tisane que la malade prenait matin et soir, elle ajoutait une cuillerée à café de solution de sublimé dans l'eau distillée, et une once de sirop de Cuisinier.

Pendant les quinze premiers jours, j'ai appliqué huit fois de la kréosote sur les ulcères, sans qu'ils parussent être modifiés. J'ai fait ensuite trois cautérisations avec le nitrate de mercure, à six jours d'intervalle, et j'ai touché plusieurs fois les tubercules avec un crayon de nitrate d'argent. Matin et soir, la malade avait recours à des injections et s'introduisait elle-même, pendant le premier mois du traitement, un tampon de charpie dans le vagin, pour en maintenir les parois écartées. Deux mois et demi de ce traitement ont suffi pour guérir complètement cette dame. Elle avait pris douze grains de sublimé ; les gencives étaient à peine gonflées ; les cicatrices des ulcères sont de couleur bleuâtre.

Si jusqu'à présent, dans les affections vénériennes des femmes, on n'a pas souvent rencontré des maladies du museau de tanche, telles qu'ulcères, végétations, etc., c'est parce qu'on examinait seulement la vulve et le vagin. Il a été bien démontré que l'examen avec le spéculum est indispensable pour le traitement de ces affections. Les mercuriaux exaspèrent ordinairement les maladies cancéreuses ; mais on doit toujours y recourir lorsqu'on a quelque sujet de penser qu'elles tiennent à une cause syphilitique. Le deuto-chlorure de mercure, pris à doses réfractées, ne saurait occasioner d'accidens dont on ne fût averti dans le principe. M'étant aperçu qu'au bout de quinze jours une solution de sublimé dans l'eau distillée peut être entièrement décomposée, je n'en fais jamais préparer que peu à la fois, 2 grains dans 4 onces d'eau. Depuis que j'ai traité cette malade, j'ai employé deux fois la kréosote sans succès : dans les premiers jours je croyais trouver du mieux ; mais l'ulcère avait bientôt repris son état habituel.

ULCÉRATION SIMPLE AVEC LEUCORRHÉE ; CATARRHE VAGINAL. — CAUTÉRISATION. — GUÉRISON.

OBS III. — Madame G..., d'une constitution lymphatique, âgée de 24 ans, ordinairement bien réglée, mariée depuis six mois, vint me consulter dans le mois de février dernier ; elle se plaignait de chaleur, de prurit à la vulve, et d'un écoulement abondant qui avait commencé à paraître il y avait deux mois. L'entrée de la vulve était couverte d'un mucus blanchâtre, épais, d'une odeur fade. Quelques excoriations se remarquaient çà et là sur la muqueuse.

J'appliquai un spéculum : le museau de tanche dont l'orifice était un peu dilaté et imprégnée d'une matière filante, albumineuse, me parut tuméfie et le siége d'une ulcération superficielle d'un pouce de diamètre, qui avait envahi toute sa surface. La membrane muqueuse du vagin était blanchâtre, rouge par plaques, et offrait quelques follicules très-développés. Je pensais avoir à combattre une affection syphilitique ; les rapports particuliers de madame G... et ceux de son mari durent éloigner cette idée. C'était donc une leucorrhée, aiguë primitivement, qui sous l'influence de la bonne chère, d'excès dans les plaisirs de l'amour, d'un exercice prolongé, de négligence dans les soins de propreté, avait passé à l'état chronique et donné lieu à une ulcération du col utérin, à un catarrhe de la muqueuse vaginale, etc. Je prescrivis une application de douze sangsues à l'anus, des injections avec une décoction de guimauve, des bains de siége, une boisson acidule, et surtout l'application d'un tampon de charpie ou d'etoupes très-fines, porté dans le vagin le plus haut possible, et renouvelé matin et soir. Au bout de six jours l'écoulement avait presque entièrement disparu Je touchai alors l'ulcère avec le nitrate acide de mercure et continuai les mêmes pansemens Dix jours après cette application caustique l'ulcère était cicatrisé.

J'ai fait continuer les injections avec une décoction de ciguë, et prescrit dix grains d'oxide noir de fer dans la journée ; une infusion de houblon pour tisane. Les règles sont revenues et ont été suivies, la première fois, d'un écoulement blanchâtre qui a duré deux jours ; les fleurs blanches n'ont pas reparu ; mais j'ai bien prévenu la malade que le moindre écart de régime les ramènerait.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, il est évident que la leucorrhée a été primitive ; que le défaut de propreté faisant séjourner le liquide dans le vagin, et de plus l'excitation résultant du coït, ont amené un catarrhe du vagin ; enfin que toutes ces causes réunies ont donné lieu à un ulcère. Si j'avais traité cette leucorrhée par les médications ordinaires, sans m'assurer de l'état du museau de tanche, je ne l'aurais guérie qu'incomplètement ; l'ulcère serait resté, et tôt ou tard aurait fait des progrès. Les trois cas précédens nous donnent lieu de croire que souvent les cancers sont venus à la suite de légères ulcérations primitives qui ont été négligées. Les ulcères simples sont exposés à de fréquentes surexcitations ; la nature du tissu qu'ils envahissent, les fluides qui les baignent s'opposent à leur cicatrisation, et de là des dégénérescences. Je ne possède qu'un fait plus positif en faveur de cette opinion. Je fus consulté, il y a deux ans, par une dame chez laquelle je reconnus une ulcération superficielle de la lèvre antérieure du col utérin ; elle ne voulut se soumettre à aucun traitement local. Je lui donne des soins depuis un mois ; mais je crains qu'ils ne soient infructueux ; car le col de l'utérus est presque entièrement détruit par un cancer.

---

cours, qu'ils devaient résoudre dans l'espace d'une heure et demie. Un examen général avait lieu en outre à la fin de chaque année ; et les récompenses étaient décernées à ceux que le jugement de leurs collègues mêmes proclamait les plus dignes.

Avec ces réglemens sévères, l'école de Paris ne tarda pas à acquérir un haut degré de splendeur : elle comptait parmi ses professeurs en titre Chaussier, Hallé, Chopart, Peyrilhe, Sabatier, Desault, Corvisard, Pelletau, etc. ; parmi les professeurs adjoints, Dubois, Deyeux. Pinel, Percy, Boyer, Baudelocque. A l'éclat que jetaient dès-lors sur l'institution tant d'illustres maitres, devait se joindre rapidement la naissante renommée des élèves ; ils formèrent entre eux des associations scientifiques dont la plupart subsistent encore ; ainsi fut ressuscitée la *Société philomatique*, dont l'origine remonte à 1788 ; ainsi furent fondées la *Société de Médecine*, et enfin la *Société d'Émulation*, sous l'inspiration active de Bichat et de M. Dupuytren.

L'École de santé cependant dura peu. On avait sacrifié dans son institution les besoins du pays aux besoins des armées ; c'était un vice radical qu'on s'empressa de corriger dès que les circonstances devinrent meilleures Les Écoles de santé avec leur régime militaire firent place aux Écoles de médecine, enseignement ouvert à tout le monde, mais dont les élèves ne recevaient plus de subvention ; toutefois la première institution avait été trop utile pour être totalement jetée en oubli ; elle ne fut pour ainsi dire que déplacée ; et on la retrouve presque tout entière dans les hôpitaux militaires d'instruction qui furent fondés alors et qui ont rendu de si grands services jusqu'à ce jour.

Sous son nouveau nom et avec ces formes plus libres, la prospérité de l'école de Paris s'accrut rapidement. Au lieu de 300 élèves que devait avoir l'école de santé primitive, le nombre s'en élevait maintenant jusqu'à quinze cents, qui, en échange de leurs appointemens supprimés, avaient reconquis leur indépendance ; il fallut doubler les cliniques déjà existantes ; en outre trois autres furent établies, l'une d'inoculation, l'autre d'accouchemens, la troisième pour les maladies syphilitiques. Afin d'entrenir une généreuse émulation, l'École fonda dans son sein l'École pratique, dont l'ancien collége de chirurgie avait jusqu'à un certain point fourni le modèle ; et un an après, elle demanda et obtint du gouvernement des prix annuels pour ses élèves. Le 1er prairial an VII (20 mai 1799) eut lieu l'inauguration de la clinique médicale de l'hospice de l'Unité, qui portait pour première inscription à son frontispice : *Première division de l'école de médecine.* François de Neufchâteau, ministre de l'intérieur, présida à cette cérémonie. Corvisart, professeur de cette clinique, prononça un discours sur l'étude de la médecine ; après quoi le ministre prit la parole pour féliciter et encourager les élèves. Il ajouta que les droits sacrés de l'humanité étaient les premières bases des vertus républicaines, et prouva que le vrai médecin ne pouvait être qu'un bon citoyen et un vertueux républicain.

L'école cependant ne manquait point de détracteurs ; de vives attaques furent dérigées contre elle à la tribune législative. Baraillon lui reprocha de négliger pour les sciences accessoires des études indispensables, telles que l'influence des conditions atmosphériques, les complications et les crises dans les maladies, les constitutions épidémiques, études sans lesquelles, disait l'orateur, la médecine n'est qu'un art assassin. Un autre représentant plus fougueux ne proposait rien moins que d'*ostraciser* ceux qui, d'après un pareil enseignement, se permettaient

L'emploi continu d'un tampon de charpie ou d'étoupes très-fines dans le conduit vulvo-utérin, est un moyen dont je ne saurais trop me louer. M. Ricord en retire les plus grands avantages dans les écoulemens blennorrhagiques. On l'emploiera avec succès dans les catarrhes de l'utérus et du vagin, et dans les ulcérations de toute nature. En effet, nous empêchons ainsi la membrane muqueuse d'être constamment mouillée par un pus irritant, et de se trouver toujours en rapport avec elle-même. Les matières qui viennent directement de l'utérus peuvent être immédiatement absorbées ; les ulcérations sont isolées et on peut porter sur elles les médicamens convenables. Je place ordinairement ces tampons à l'aide d'un spéculum. Cette méthode, continuée souvent pendant des mois entiers, et deux fois par jour, ne m'a pas encore donné un abcès vulvaire. Mes malades atteintes de catarrhes aigus ou chroniques ont guéri rapidement ; l'état de celles qui avaient des ulcérations de mauvaise nature a été infiniment amélioré.

MÉTRORRHAGIE. — ULCÉRATION DU COL UTÉRIN. — CAUTÉRISATION. — GUÉRISON.

OBS. IV. — Madame L..., âgée de 42 ans, d'une constitution sanguine, a toujours habité Paris et mené une vie sédentaire ; réglée à 15 ans, elle s'est mariée à 18, et a eu sept enfans. Depuis sa dernière couche, en 1825, elle se plaignait d'une leucorrhée abondante, et, en proie à quelques chagrins, elle négligeait cette maladie. En 1832, je lui donnai des soins pour un catarrhe pulmonaire chronique qui céda à l'emploi de fumigations pulmonaires avec le chlore. Depuis long-temps je ne l'avais pas vue, lorsqu'elle me fit appeler, le 21 mai 1834, pour une abondante métrorrhagie. Une saignée, un sinapisme sur le dos, l'infusion de ratanhia, des pilules de tannin, parurent d'abord arrêter les accidens ; mais le lendemain la malade ayant voulu descendre de son lit pour quelques besoins, l'hémorrhagie recommença. Des injections aluminées froides, l'application de la glace sur l'hypogastre, la firent cesser momentanément. Dans la nuit, elle reparut plus violente que jamais. En mon absence, un de mes amis ordonna le seigle ergoté, 8 grains de deux en deux heures. L'hémorrhagie continua. Vers huit heures du matin, je trouvai la malade dans un état de prostration extrême, avec un pouls filiforme, un visage de couleur jaune-paille. Je m'empressai de tamponner le vagin et d'exercer une assez forte compression sur le bas-ventre avec un bandage de corps. Le sang ne pouvait couler au dehors ; le ventre n'acquit aucun développement. Je fis donner des bouillons à la malade. Au bout de trois jours, les forces étaient un peu revenues ; le pouls avait repris de la fréquence. Madame L... avait eu un frisson dans la nuit. J'enlevai le tampon et il s'écoula une matière fétide dont la résorption partielle pouvait bien avoir donné lieu au mouvement fébrile et au frisson que nous avions observés. Des injections lavèrent bien le conduit vulvo-utérin. Le toucher, qui ne m'avait rien indiqué en premier lieu, me permit d'introduire le doigt assez haut dans le col utérin, dont les parois étaient dilatées au moins de la largeur d'une pièce de 20 sous, molles, tuméfiées. Le sang reparut assez vivement et je remis un tampon. La malade croyait faire une fausse couche, et nous avions quelques raisons pour ne pas répudier entièrement cette idée.

Le 25 mai, j'ôte le tampon de charpie et j'applique un spéculum. La lèvre antérieure du museau de tanche est gonflée et laisse voir une ulcération large comme une pièce de 30 sous, qui s'étend surtout à gauche, et remonte de deux lignes environ sur la paroi interne. Je veux essuyer quelques mucosités, et le simple contact de la charpie fait sortir le sang comme d'une éponge. Le tamponnement est encore nécessaire.

M. Marx voit la malade le lendemain, et juge comme moi que l'ulcère est la cause principale de l'hémorrhagie. Nous convenons de recourir à des applications de nitrate acide de mercure.

Le 1[er] juin, à l'aide d'un pinceau de charpie, je fais la première cautérisation. Des injections avec une décoction de guimauve et de ciguë sont faites immédiatement après l'application du nitrate acide de mercure, afin d'entraîner le caustique qui pouvait avoir coulé de la plaie, et afin de modérer d'ailleurs son action sur l'ulcère lui-même. La malade demande que l'usage du tampon soit continué, tant elle craint une nouvelle hémorrhagie. J'y adhère d'autant plus volontiers qu'il existe un catarrhe chronique du vagin. Ce pansement a été continué, matin et soir, jusqu'au 10 juillet, jour où l'ulcération a été cautérisée pour la cinquième fois.

Le 2 août, la muqueuse du vagin est revenue à son état normal ; la cicatrice, qui a constamment marché de la circonférence au centre, est maintenant complète et offre une légère dépression. Les règles ont reparu. Toutefois quelques fleurs blanches viennent toujours de l'intérieur de l'utérus ; lorsque j'applique un spéculum, un fluide blanc, visqueux, analogue à l'albumine, se présente à l'orifice utérin.

Les injections de ciguë faites matin et soir, des pilules composées chacune d'un grain d'extrait de ciguë et d'un grain d'extrait d'aconit, et dont la malade a pris jusqu'à six par jour ; la décoction de douce-amère ; des ventouses scarifiées sur les régions sacrée et lombaire ; quelques bains tièdes ; l'eau de Sedlitz donnée à petite dose et des demi-lavemens ; l'emploi du tampon et du caustique ; le repos et un régime végétal, ont amené chez madame L... une guérison assez prompte.

Cette observation offre cela de remarquable, que la métrorrhagie a été extraordinaire pour un ulcère de cette nature, et qu'elle a été rebelle à tous les moyens qui réussissent d'ordinaire à arrêter de semblables accidens. En outre, la dilatation du col, qui ne se ferait d'ailleurs connaître qu'au toucher, était bien considérable. Comment l'ulcération avait-elle pu y donner lieu ? ne devons-nous pas en trouver la cause dans la débilité, dans l'atonie des tissus utérins, produite par la perte du sang ? Le tamponnement dut être promptement efficace, puisqu'en comprimant l'ulcère, il fermait les vaisseaux qui donnaient lieu à l'hémorrhagie, et que, lors même que la compression n'eût pas été immédiate, le sang ne pouvait trouver aucune issue. J'ai pu croire un instant que Mme L. était enceinte et qu'elle allait faire une fausse-couche ; mais dès que j'ai pu appliquer le spéculum, j'ai été convaincu du contraire, surtout lorsque j'ai vu qu'il ne s'écoulait pas une goutte de sang par l'orifice utérin. Le toucher ne m'avait pas fait reconnaître l'ulcère, et le sang coulait en abondance. Ma malade serait morte si j'avais insisté plus long-temps sur l'emploi des moyens généraux ; mais déjà plusieurs autres observations m'avaient démontré que, pour peu que l'hémorrhagie soit opiniâtre, il ne faut pas balancer à recourir au tamponnement du vagin et à la compression de l'hypogastre. Le tamponnement doit être renouvelé au bout de 24 heures, au moins. Je suis convaincu que s'il fût resté plus long-temps chez cette malade, elle eût été atteinte d'une infection purulente. Les femmes se soumettent plus facilement au toucher qu'à l'examen avec le spéculum ; et cependant voilà encore un fait qui prouve que cet examen est indispensable lorsqu'on craint une maladie de l'utérus, car il fait reconnaître tous les jours des lésions dont le toucher n'avait donné aucune idée. Les forces de Mme L. sont revenues très-promptement ; aussi dois-je faire remarquer que chez elle les règles étaient habituellement très-abondantes. Deux mois et demi ont suffi pour la guérir. Les ulcérations qui ne sont pas de mauvaise nature guérissent assez vite. Sur huit cas que j'ai observés, la plus tenace n'a exigé qu'un traitement de quatre mois. L'emploi d'un tampon de charpie ou d'étoupes fines, renouvelé deux fois par jour lorsque la sécrétion muqueuse est abondante, contribue beaucoup à une prompte guérison.

SQUIRRHE ULCÉRÉ DU COL UTÉRIN. — MÉTRORRHAGIE ARRÊTÉE PAR LE SEIGLE ERGOTÉ. — ABLATION PARTIELLE. — APPLICATIONS DE NITRATE ACIDE DE MERCURE. — GUÉRISON.

OBS. V. — Madame R..., âgée de 46 ans, d'une constitution lymphatique, livrée à des occupations sédentaires, habite Paris depuis son enfance. Mariée à

---

d'exercer l'art de guérir ; il désirait les envoyer au milieu des ennemis de la patrie, *pour en éclaircir les rangs.*

Ces accusations dépassaient le but ; Thouret les repoussa victorieusement. Il démontra l'utilité des chaires de médecine légale, de physique, de chimie, d'hygiène, de bibliographie médicale et d'histoire de la médecine ; mais d'une autre part, accordant que l'enseignement médical n'était point assez complet, il proposait la création de nouvelles chaires qui en auraient porté le nombre total à 29. En suivant le projet de Thouret, l'école de médecine aurait eu de plus que la Faculté actuelle : 1° une clinique d'inoculation ; 2° une clinique des maladies syphilitiques ; 3° une chaire de maladies des enfans et des femmes en couche ; 4° une chaire d'histoire de la médecine ; 5° une chaire pour la doctrine d'Hippocrate ; 6° une pour les maladies rares ; 7° une pour la bibliographie médicale ; 8° une pour la démonstration des instrumens jointe à celle des drogues usuelles ; 9° une d'anatomie pathologique ; et 10° une de philosophie médicale ou méthode d'enseignement et d'études. A part une ou deux exceptions peut-être, qui pourraient être éliminées sans inconvénient, il est certain que le défaut de la plupart de ces chaires se fait vivement sentir dans notre Faculté actuelle, et qu'il y a d'urgentes lacunes à combler. Le projet de Thouret ne fut jamais adopté en entier ; mais dès cette époque l'école de médecine comptait 27 professeurs.

Le 12 fructidor an VIII, un arrêté créa dans le sein de l'école une société académique chargée, entre autres travaux, de recherches relatives à la topographie médicale de la France, et de la publication des anciens mémoires de la Faculté, de la société royale de médecine et de l'académie de chirurgie. C'était à cette société que le gouvernement demandait les renseignemens dont il avait besoin ; et elle remplit ces diverses fonctions jusqu'à la création de l'Académie de médecine, qui rendit sa dissolution inévitable ; elle cessa d'exister le 28 février 1831.

Arrêtons-nous ici un moment pour indiquer par quel mode de nomination se remplaçaient et se multipliaient les professeurs. Le décret d'institution des écoles de santé en avait fixé le nombre à douze pour l'école de Paris, plus douze adjoints ; il avait également pourvu à toutes ces chaires. Le 17 ventôse an III (1[er] mars 1795), dans une assemblée de professeurs, il fut proposé comme articles réglementaires : 1° que tous les remplacemens dans l'école se feraient par voie de concours ; 2° que toutes mutations entre professeurs déjà nommés appartiendraient à l'assemblée avec le consentement toutefois des parties intéressées ; 3° que quand une place viendrait à vaquer, l'assemblée pourrait choisir dans son sein celui de ses membres qu'elle jugerait le plus propre à la remplir, et que la place laissée vacante par ce dernier serait mise au concours.

Mais ces propositions ne furent point adoptées. Dès le 23 frimaire an III, le ministre de l'intérieur avait pris un arrêté en vertu duquel les écoles de santé devaient pour chaque place vacante, présenter trois candidats parmi lesquels le directoire exécutif choisirait le professeur. L'école de santé en fut avertie huit jours après sa délibération ; il ne restait qu'à se soumettre. Aussi lorsque la mort de Desault laissa pour la première fois une chaire vacante, les professeurs réunis en séance nommèrent trois candidats au scrutin secret, et réglèrent leur ordre d'inscription d'après la majorité des suffrages acquises à chacun d'eux. Ainsi furent présentés Pelletan, Boyer, Dubois ; et Pelletan, présenté le premier, succéda à Desault dans la chaire de clinique chirurgicale. Quelque temps après, le droit de mutation fut accordé aux professeurs, moyennant l'autorisation de l'école et d

l'âge de 20 ans, elle a eu cinq enfans; des revers de fortune l'ont beaucoup affectée. Depuis 1830, ses règles éprouvaient de fréquens retards, et parfois des pertes considérables la forçaient de garder sa chambre; elle avait depuis longtemps des douleurs de reins, des flueurs blanches, un écoulement roussâtre, fétide, pour lesquels elle me consulta en 1833. Ces symptômes, joints aux circonstances précédentes, ne me laissèrent aucun doute sur une maladie de l'utérus; mais la malade se refusa à tout examen.

Dans les premiers jours de mars 1834, je fus appelé auprès d'elle pour une violente hémorrhagie utérine. Une saignée du bras avait été déjà faite; des injections froides, l'emploi de la glace sur l'hypogastre, 5 grains de tannin donnés en pilules, des sinapismes placés entre les épaules, l'infusion de ratanhia, n'avaient produit aucun résultat favorable. Je fis coucher madame R... dans une position horizontale, le bassin plus élevé que le reste du tronc, et lui prescrivis 60 grains de seigle ergoté; un paquet de 10 grains à prendre toutes les deux heures dans un quart de verre d'eau sucrée. A la quatrième dose, le sang cessa de paraître. La malade resta dans son lit jusqu'au 6 avril, et commença alors à se lever, quoique pouvant à peine se soutenir, et éprouvant toujours des douleurs dans les régions lombaires et sacrée.

J'insiste sur les craintes que sa position m'inspire, et elle se décide enfin, le 10 avril, à se laisser examiner convenablement. Le toucher me fait reconnaître une tumeur assez volumineuse, bosselée, ayant sa base sur la lèvre antérieure du col, dont le tissu offre une dureté squirrheuse, tandis que les parties voisines sont molles. Le spéculum me fait voir sur le sommet de la tumeur une ulcération large comme une pièce de 20 sous. Quelques caillots de sang obstruent l'orifice utérin et m'empêchent de m'assurer, autant qu'il est possible de le faire, de l'état des parois internes du museau de tanche, quoiqu'il soit suffisamment dilaté. Je préviens la malade qu'elle est atteinte d'une affection de l'utérus, et que le sang ayant un peu gêné mon examen, je la reverrais le lendemain. Le 12 avril, j'introduis un spéculum rond, n° 3 qui me montre la tumeur de la lèvre antérieure du col parfaitement à découvert, et me fait voir les parois internes assez haut pour me donner lieu d'espérer qu'elles ne sont point envahies par des ulcérations.

La tumeur que j'apercevais était-elle le résultat d'une excroissance anormale ou l'unique développement squirrheux du col utérin? Rien ne me faisait reconnaître l'existence d'un pédicule; la tumeur offrait la même résistance dans toute son étendue. Les parties voisines étaient saines. Je pensai que le seul moyen de guérir madame R... consistait dans l'ablation de la partie malade. Elle rejeta d'abord bien loin l'idée de toute opération; mais elle y fut enfin déterminée par ses parens, et il fut arrêté que je me rendrais chez elle le 20 avril pour l'opérer.

Madame R... est placée sur le bord de son lit, les cuisses élevées et maintenues dans l'abduction; un spéculum brisé est introduit dans le conduit vulvo-utérin; la tumeur est saisie avec des pinces de Museux suivant son diamètre transversal, et je fais de légères tractions sur le col; le tissu est dur, et il m'est facile d'amener les parties malades jusqu'à la vulve en retirant graduellement mon spéculum; les deux côtés de la vulve étant maintenus écartés, je porte un bistouri droit boutonné sur la partie supérieure de la tumeur et opère sa section de gauche à droite et de haut en bas, en ramenant obliquement la lame de mon bistouri vers l'orifice utérin; les tractions sur l'utérus ayant cessé, cet organe reprend sa place; peu de sang s'écoule; quelques caillots de sang sont enlevés par une injection d'eau tiède; une large compresse fenêtrée enduite de cérat est conduite dans le vagin avec un spéculum brisé, et après avoir introduit assez de charpie pour le tamponnement, j'écarte un peu les branches du spéculum et le retire facilement. Le tampon fut maintenu à l'aide d'un bandage en T, et la malade fut remise dans son lit.

Le 22 avril, j'enlevai le tampon et fis des injections émollientes. La plaie était large et de couleur rosée; un fluide visqueux, blanchâtre, obstruait l'orifice utérin. Je prescrivis une décoction de douce-amère, et, matin et soir, une des pilules suivantes:

Prenez: Sulfure d'antimoine,	Demi gros.
— noir de mercure,	18 grains.
Extrait de ciguë,	4 gros.

Pour 36 pilules (formule de M. Nanche).

Le 1er mai, la plaie me parut couverte d'une exsudation sanguinolente; quelques bourgeons qui dépassaient le niveau de la plaie, avaient un aspect blafard; la plaie fut bien lavée, et avec un spéculum ordinaire je fis une application de nitrate acide de mercure. Je conseillai matin et soir des injections avec une décoction de ciguë et de houblon. Le pansement fut continué avec un linge fenêtré enduit de cérat, et suffisante quantité de charpie pour empêcher la muqueuse de se trouver en contact.

Le 10 mai, une seconde application caustique est faite; mêmes prescriptions. A dater de ce jour, la plaie a marché rapidement vers la cicatrisation; l'usage du tampon a été cessé dans les premiers jours de juin. Aujourd'hui, 15 juillet, la plaie est totalement fermée et offre une dépression qui contiendrait une amande. Sa couleur est plus rouge que les parties voisines. Les règles ont reparu. Rien n'annonce que la maladie doive récidiver.

Cette observation nous a offert une hémorrhagie abondante qui a cédé à l'emploi du seigle ergoté, tandis que ce médicament n'avait eu aucun succès dans le cas précédemment cité. Nous en trouvons la raison dans la différence du siége de l'hémorrhagie. La première provenait des vaisseaux qui aboutissaient à la surface d'un ulcère et dont le calibre devait être augmenté; la seconde, au contraire, venait des parois internes de l'utérus. Le seigle ergoté, en faisant resserrer le tissu utérin par des contractions, doit en pareil cas fermer les vaisseaux sanguins, tandis que son action doit être presque nulle vers le col utérin, surtout lorsqu'il a acquis un développement anormal (1). Après l'ablation de la tumeur, j'ai été obligé de recourir à l'emploi du caustique. Cela ne prouve rien en faveur de ceux qui ont avancé qu'il ne fallait jamais opérer, parce que l'on était toujours obligé d'en revenir aux applications caustiques; en effet, si ces applications guérissent constamment des ulcères simples, je suis bien persuadé, d'un autre côté, que la tumeur que j'ai enlevée chez madame R... n'aurait pas disparu malgré de nombreuses cautérisations; elles n'auraient amené qu'une plus rapide dégénérescence. La tumeur enlevée était dure, criait sous le scalpel, et offrait dans son intérieur deux tubercules gros comme des avelines, contenant une matière de la consistance du savon blanc; l'un d'eux était en rapport avec l'ulcération. Les pilules que j'ai administrées d'après la formule de M. Nanche, sont vantées par ce praticien dans son traité sur les maladies des femmes. Ne les ayant employées que concurremment avec d'autres moyens, je ne saurais décider de leur efficacité. Si l'on n'est pas bien d'accord sur les avantages de l'amputation partielle ou totale du col utérin, c'est que les cas dans lesquels il faut opérer n'ont pas encore été parfaitement précisés. Le meilleur agent que nous puissions employer pour la cautérisation des ulcères utérins paraît jusqu'à présent être le nitrate acide de mercure. Le beurre d'antimoine, la potasse, peuvent agir plus profondément que nous ne le voulons. Le chlorure de zinc n'a encore été qu'indiqué. L'action du nitrate de mercure dissous dans 8 parties d'acide nitrique est instantanée et cesse pour ainsi dire dès que la surface des tissus en a été imprégnée. Lorsque je cautérise la lèvre antérieure du col utérin, j'ai toujours soin de mettre de la charpie ou une éponge humide au-dessous de l'ulcère, afin que le caustique n'aille pas quelquefois brûler des parties saines.

(1) Il ne faut cependant pas ajouter une trop grande confiance à l'action du seigle ergoté; car j'ai vu plusieurs cas où il a complètement échoué, bien que l'hémorrhagie vînt évidemment de la face interne de l'utérus.

pouvoir exécutif. Les choses demeurèrent ainsi jusqu'à la loi du 11 floréal an X (1er mai 1802). Le gouvernement par cette loi se réservait toujours le choix entre trois candidats présentés; mais l'école n'avait plus qu'une seule présentation; les deux autres appartenaient à l'institut national et aux inspecteurs généraux des études.

Ainsi se trouva réglé jusqu'à nouvel ordre ce qui concernait l'intérieur des écoles; mais aucune loi n'avait encore prescrit quel serait pour les élèves le temps d'études nécessaires, les grades à acquérir et le mode d'y arriver. Ils sortaient des écoles pour se rendre aux armées ou se livrer à la pratique civile, sans titres et sans examen de réceptions. L'école de Montpellier proposa la première de procéder à des réceptions provisoires; elle en donna l'exemple, et durant l'an V et l'an VI, il y eut cinquante-quatre réceptions à Montpellier, et pas une seule à Paris et à Strasbourg. Le 3 frimaire an VI, un arrêté ministériel autorisa ces réceptions; cependant ce ne fut qu'à partir de l'an VII que l'école de Paris s'en occupa; encore ne délivra-t-elle cette année que dix diplômes. Durant trois ans encore, le chiffre des réceptions fut plus grand à Montpellier que partout ailleurs; puis enfin l'école de Paris obtint la supériorité qu'elle n'a pas cédée depuis.

Ce fut dans ces circonstances que parut la loi du 19 ventôse an XI, sous l'empire de laquelle nous vivons encore; loi d'urgence et qui fut un bienfait pour l'art dans ces temps déplorables; mais qui réagissant sur notre époque, n'est plus à vrai dire qu'une sorte de contre-sens. Il en va ainsi de toutes les lois instituées en temps de révolution et d'anarchie, et qu'il faudrait se hâter d'abréger ou d'amender dès que la nécessité qui les dicta n'existe plus.

Vers la même époque un arrêté du gouvernement prescrivit aux professeurs de faire leurs leçons et de procéder aux examens en costume. Durant les années qui suivirent, l'histoire de l'école n'offre que trois faits importans à noter: l'envoi d'une commission en Espagne; la nomination d'une commission chargée de recueillir des matériaux pour servir à l'histoire du croup; et enfin en 1808 la suppression de la chaire de bibliographie. Presque immédiatement après cette suppression, un décret bien plus grave dans ses conséquences, changea encore une fois la position et le nom de l'école de médecine, et sous le titre de Faculté, la rangea sous la loi commune de l'Université. Nous poursuivrons cette dernière phase de son histoire dans un prochain article.

— M. Quesneville nous prie d'annoncer qu'il cédera gratuitement et sans rétribution aucune, le bel amphithéâtre qu'il a chez lui, aux personnes seulement qui voudraient y faire des cours publics, se réservant au contraire une petite rétribution pour les cours payans. Cet amphithéâtre qui a servi dernièrement à la première division de l'école Polytechnique licenciée, est près du double de celui de l'école pratique que l'on vient de construire.

— M. le docteur Carron du Villards vient de fonder un dispensaire pour le traitement gratuit des maladies des yeux. Les consultations et le traitement gratuits auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de midi à deux heures, et le dimanche de 10 heures à midi, au cloître Saint-Merry (ancien tribunal du commerce).

ULCÉRATIONS CANCÉREUSES PROFONDES. — MORT. — AUTOPSIE.

Obs. VI. — Au mois de février 1829, je fus appelé à donner des soins à madame D..., âgée de 60 ans. Cette dame avait été atteinte d'une syphilis dans sa jeunesse, et souffrait depuis long-temps d'une affection de l'utérus. Elle éprouvait des douleurs lancinantes dans le bas-ventre suivant tout le trajet des nerfs sciatiques, avec un écoulement roussâtre sanieux et fétide qu'elle faisait remonter à plus de dix ans. Son teint plombé, sa maigreur, la couleur terreuse de sa peau, ses traits grippés, tout annonçait chez elle de longues souffrances. Le médecin qui l'avait traitée pendant plusieurs années, lui avait fait prendre les eaux de Vichy, des bains sulfureux, de l'extrait de ciguë; il avait fait jusque dans le corps de l'utérus des injections avec des cataplasmes liquides qui y étaient maintenus et renouvelés tous les jours, des injections d'eau de Barrèges, ajoutez des applications de sangsues à l'anus, des cataplasmes de carottes et de pommes de terre crues sur l'abdomen, des bains narcotiques, etc. Au toucher je ne trouvai plus le col utérin qui avait été rongé par l'ulcère cancéreux. Le spéculum me montra les bords de l'ouverture qui s'était formée, frangés, déchiquetés, couverts d'une sanie infecte, et cependant les douleurs n'annonçaient pas une aussi grave altération. J'espérais peu du traitement le plus rationnel, nous appelâmes M. Lisfranc, qui conseilla, malgré le marasme de la malade, des saignées révulsives de deux à quatre onces, des quarts de lavemens laudanisés et camphrés. Je fis prendre à l'intérieur du bouillon de veau, une décoction de douce-amère, les pilules déjà citées. On eut recours à des injections émollientes ou narcotiques, à des frictions avec la pommade belladonée. La vie de la malade fut supportable jusqu'en 1832. Un court séjour à la campagne avait paru lui être salutaire, mais bientôt la digestion devint presque impossible. A une constipation opiniâtre succéda une diarrhée colliquative. La malade s'éteignit sans hémorrhagie dans les premiers jours de février 1833.

Autopsie. La tête n'offre rien de particulier. La lèvre inférieure porte un bonton cancéreux gros comme une aveline. Les poumons sont parsemés de tubercules miliaires à l'état de suppuration; l'estomac offre un rétrécissement au pylore; la muqueuse est épaisse, boursoufflée, lardacée, crie sous le scalpel. La muqueuse intestinale est blanche dans presque toute son étendue. Dans le rectum, à 4 ou 5 pouces au dessus de l'anus se trouve une masse cancéreuse qui fait corps avec les parties voisines. L'utérus n'offre plus qu'une masse informe qui tombe en putrilage; les ovaires participent à cet état. Deux tumeurs variqueuses, grosses comme des haricots, sont situées à l'orifice externe du méat urinaire. A la partie supérieure de l'utérus est une déchirure qui a livré passage à un verre environ d'un pus infect qui se trouve dans la cavité péritonéale. La vésicule biliaire contient plusieurs calculs. Les autres organes n'offrent rien à noter.

L'observation de Mme D. nous offre un exemple de diathèse cancéreuse bien remarquable. Cette dame était cependant née de parens sains, et s'était bien portée jusqu'au moment où, étant encore fort jeune, elle fut atteinte d'une syphilis. Un traitement mercuriel dont elle avait abusé, m'a paru être la cause primitive de sa maladie. L'utérus a été ulcéré pendant près de quinze ans, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie. La malade a pu vivre sans de trop grandes souffrances avec un utérus presque complètement réduit en putrilage. Il paraît que ces cas ne sont pas bien rares, car M. Lisfranc en a cité un assez grand nombre. Mme D. avait été atteinte de syphilis avant d'avoir des enfans. Le fait suivant ne semble-t-il pas démontrer qu'elle a pu transmettre par hérédité la disposition au cancer?

Obs. VII. — En 1830, madame la comtesse J..., fille de madame D..., habitant la Lithuanie, vint à Paris pour se faire traiter d'une maladie dont, disait-elle, on ignorait la cause. Depuis six mois la marche lui était devenue impossible; des douleurs aux lombes et à l'épigastre la harcelaient constamment. Les règles ne paraissaient plus depuis quinze mois, et aucun écoulement ne les avait remplacées. Le col utérin était du volume d'un gros œuf, dur, douloureux à la moindre pression; la muqueuse était bleuâtre. Une saignée du bras, des applications locales de sangsues, un traitement antiphlogistique, l'ont guérie dans l'espace d'un mois et demi.

Cette guérison purement temporaire ne prouve point que l'affection était simple. En effet, le tissu de l'utérus tendait déjà à la dégénérescence, et j'ai appris récemment que l'engorgement du col utérin avait récidivé.

Obs. VIII. — En 1833, je donnai des soins à la dame d'un pharmacien, que je trouvai atteinte d'un cancer tellement avancé que le doigt pénétrait dans les tissus comme dans une bouillie. Jusque-là on l'avait soignée pour toute autre maladie. Par pudeur, elle avait toujours caché les symptômes qu'elle éprouvait vers l'utérus. M. Lisfranc déclara qu'il n'y avait aucune ressource. Aussi eus-je recours en vain aux préparations iodurées, aux narcotiques les plus puissans: rien ne pouvait calmer ses douleurs. Une première hémorrhagie fut arrêtée au moyen d'un tampon; une seconde arriva dans la nuit quinze jours après et fut mortelle.

Je ne pus examiner que les organes abdominaux. L'utérus et ses annexes étaient plus ou moins lardacés, ulcérés, réduits en putrilage; la moitié inférieure de cet organe devait ne plus exister depuis long temps; la paroi interne de la moitié supérieure offrait les orifices béants de vaisseaux sanguins dans lesquels on eût pu introduire des plumes de pigeon; les lobes supérieur et inférieur du foie présentent plusieurs kystes du volume d'une noix, remplis d'une matière blanchâtre, pultacée, mais consistante; la vésicule était pleine d'une sérosité blanchâtre. Rien à noter dans les autres organes.

Ce fait est surtout propre à nous démontrer combien une pudeur mal entendue peut être funeste aux femmes. Ce n'est que peu de jours avant la mort de la malade, que sa maladie a pu être connue. L'utérus était en grande partie détruit, lorsqu'une hémorrhagie est survenue. Comment se peut-il faire que chez certaines femmes la moindre lésion de l'utérus amène des hémorrhagies, pendant que de si graves désordres ont pu long-temps exister sans y donner lieu? Nous n'avons point ici à tenir compte de l'âge; puisque la même chose se voit chez des femmes jeunes. Suivant les constitutions, sans doute, la marche du cancer n'est pas toujours la même, et le tissu de l'utérus peut parfois être rongé sans que ses vaisseaux acquièrent un plus grand volume que dans l'état normal.

Des faits et des considérations qui précèdent on peut se déduire les conclusions suivantes, qui résument pour ainsi dire tout ce travail:

1° Au moindre symptôme d'une maladie de l'utérus, il faut examiner cet organe avec un spéculum;

2° Lorsque le seigle ergoté a échoué contre une métrorrhagie, on doit promptement recourir au tamponnement avant d'avoir épuisé les moyens généraux employés en pareil cas;

3° Il faut opposer les caustiques aux plus légères ulcérations de l'utérus;

4° Le meilleur caustique qui puisse être employé en pareil cas, est le nitrate acide de mercure;

5° Dans les catarrhes chroniques du vagin, l'emploi d'un tampon de charpie ou d'étoupes très-fines mis à demeure dans le vagin, peut avoir les meilleurs résultats, en tenant ses parois écartées, et en absorbant la sécrétion, soit de la muqueuse, soit des ulcères s'il en existe;

6° Les femmes peuvent quelquefois vivre long-temps avec un cancer utérin, lorsqu'aucune hémorrhagie ne survient.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les deux cahiers de novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *observations de maladies des centres nerveux*, par M. A. Duplay; 2° *de l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques*, par M. Max. Simon; troisième partie; 3° *observations et réflexions sur les fractures de la clavicule et sur celles du col du fémur*, par M. Gerdy, publiées par M. Beaugrand; 4° *notice sur quelques accidens de la vaccine, ou esquisse historique d'une épidémie de variole, de varicelle et de varioloïde*, etc., par M. Reones; 5° *consultation médico-légale sur un cas de suspicion d'infanticide*, par MM. Orfila, Ollivier et Boys de Loury; 6° *remarques sur l'accouchement par la face*, par M. Guillemot; 7° *observation d'otite interne, de carie du rocher, d'encéphalite et méningite du même côté, avec des réflexions*, par M. Bricheteau. Il nous reste d'abord des cahiers d'août et d'octobre à analyser le mémoire suivant:

DU TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES, et particulièrement du traitement par le caustique; par Claudius TARRAL.

L'auteur, en commençant son mémoire, n'avait d'abord pour but que de parler du traitement des tumeurs érectiles par le caustique; mais, en considérant la manière dont ce sujet a été traité par les auteurs récens, il s'est décidé à passer en revue les autres méthodes, pour rendre son travail encore plus utile. Il partage toutes ces méthodes en sept paragraphes, que nous allons parcourir avec lui.

1° *Compression*. Elle a échoué, elle a réussi; elle est surtout applicable pour des tumeurs peu volumineuses.

2° *Réfrigérans*. L'auteur rappelle les succès qu'en a obtenus Abernethy; puis il conclut: « Ce procédé, à cause de ses revers, ne doit pas nous occuper davantage. »

3° *La ligature*. On en applique une seule quand la tumeur est pédiculée; deux ou plusieurs quand la tumeur a une large base, en traversant cette base avec une ou plusieurs aiguilles armées de fils. Il y a eu des succès et des revers. M. Tarral rejette la ligature parce que: « l'opération est très-douloureuse, quelquefois dangereuse; qu'elle produit une plaie et une cicatrice toujours en proportion avec le volume de la tumeur; qu'il est difficile d'embrasser la totalité du mal, ce qui rend alors probable la récidive. » Nous ne comprenons pas bien dès lors pourquoi M. Tarral dit qu'un auteur récent d'avoir dit de la ligature: « qu'elle ne permet pas de s'assurer qu'on ne laisse aucune portion de la tumeur, et expose à l'hémorrhagie et à la dégénérescence du mal. »

4° *Ligature des vaisseaux*. Après avoir rappelé les succès et les re-

vers qui ont suivi l'emploi de ce moyen, l'auteur conclut que l'on pourra l'employer : 1° dans l'espoir de guérir complètement les malades; 2° dans l'espérance de prolonger la vie du malade en arrêtant la marche de sa maladie, ou en éloignant les dangers des hémorrhagies existantes ou imminentes, etc.; 3° comme opération préliminaire qui rendra l'exécution d'autres méthodes possible.

5° *Excision.* L'auteur rapporte des succès, rapporte des revers; mais cette fois il ne conclut point.

6° *Cautérisation.* Ceci était la partie vraiment nouvelle du travail de M. Tarral; il avait à rapporter les beaux résultats obtenus par Wardrop et d'autres chirurgiens anglais; mais comme nous avons récemment publié les leçons de M. Wardrop lui-même sur cet important sujet, il nous suffit d'y renvoyer nos lecteurs. Nous devons seulement noter une différence du reste assez peu importante : M. Wardrop dit dans ses leçons qu'il emploie le *kali purum*, que nous avons traduit par *soude pure* ou *soude caustique*; M. Tarral assure que M. Wardrop se sert de la potasse. Il est d'ailleurs partisan déclaré et enthousiaste de ce moyen.

7° *Méthodes diverses.* M. Tarral range sous ce titre l'inoculation de la vaccine, le séton; l'injection à l'aide d'une seringue d'Anel, d'une solution d'acide nitrique dans la proportion de 3 à 6 gouttes pour un gros d'eau dans l'intérieur de la tumeur; la piqûre et la division de l'intérieur de la tumeur à l'aide d'une aiguille à cataracte; le cautère actuel; le nitrate d'argent; l'excision partielle; l'incision aidée de la compression de la plaie avec de la charpie imbibée de certains styptiques; l'administration du mercure à l'intérieur.

Enfin, conclusion générale, si l'auteur préfère la potasse caustique, il reconnaît que, *dans certains cas*, il faut avoir recours à une méthode combinée. Quels sont ces cas? M. Tarral n'ose entreprendre de les indiquer, *et il abandonne ce sujet à l'avenir.*

Lorsqu'on arrive à cette maigre et piteuse solution d'un travail qui s'annonçait d'une manière si favorable, et où ne manquent certainement ni la science des faits ni la persévérance à les rassembler, il est difficile de ne pas se sentir excessivement désappointé. Est-ce donc qu'il est possible de préciser dès aujourd'hui les cas où l'on peut essayer tel mode de traitement et celui où il faudra recourir à un autre? Non, malheureusement, pas plus, et peut-être moins pour ce qu'on appelle tumeurs érectiles que pour toute autre affection; ni la médecine ni la chirurgie ne sont aussi avancées. Mais du moins on pouvait le tenter; et il y a dans la science assez de faits, quoique dise M. Tarral, pour arriver déjà à préciser certaines indications. La grande lacune de son mémoire, c'est qu'en traitant des tumeurs érectiles, il n'a pas d'abord songé à établir ce qu'il entendait par là, ce qu'avaient entendu sous ce nom les auteurs qu'il cite. Il en donne à la première page cette effroyable synonymie : « Tum ur variqueuse, loupe, envie, *nævus maternus*, dé, ôt sanguin, tumeur fongueuse sanguine, anévrisme par anastomose, anévrisme des branches anastomotiques, *hématoncus*, télangiectasie; artériectasie, fongus hématode, *aneurisma verum cylindroïdeum*; tissu érectile accidentel, spongieux, caverneux; tissu splénoïde, etc., etc. Tout cela pour lui paraît n'être qu'une seule et même maladie, la tumeur érectile. Avec un peu d'attention, en feuilletant simplement l'ouvrage déjà un peu vieux de Boyer, il aurait pu établir des variétés de ces tumeurs, non moins essentielles pour le traitement que pour l'anatomie pathologique.

Ainsi la tum ur variqueuse congénitale se compose surtout de veines extrêmement dilatées; tantôt elle est comme enkystée, telles sont celles dont J.-L. Petit fait mention; telle est celle dont M. Mersseman a récemment donné l'histoire; et on peut la lier ou l'exciser sans danger : J.-L. Petit a tracé les règles de l'excision d'une manière admirable. Tantôt elle est éparse sur une grande surface, comme Boyer en cite des exemples remarquables; la compression seule alors est applicable, bien moins pour guérir que pour pallier. Ce qu'on appelle tissu splénoïde ou spongieux, tient à une affection remarquable du tissu cellulaire, où les capillaires seuls paraissent intéressés. Il n'y a par exemple ni varices ni dilatations anévrismatiques dans ces masses fongueuses qui surmontent le fongus hématode, et que M. Dupuytren, puissant autorité en cette matière, a nommées aussi tissu érectile. D'autres fois encore la tumeur est principalement composée de petites artères dilatées; elle bat alors sous les doigts, et c'est cette espèce de tumeur qui peut entraîner l'anévrisme par anastomose, ou l'anévrisme cylindroïde, à mesure que la dilatation remonte des petits rameaux artériels aux plus grands. Les *nævi materni*, du moins ce que nous entendons sous ce nom en France, ont une structure à part dans l'origine, et qui n'est pas toujours la même; ils peuvent se terminer par des tumeurs érectiles de nature aussi très variée. Enfin il ne fallait pas omettre que ces nævi et quelques autres de ces tumeurs, comme celles qui sont formées de tissu spongieux, peuvent très-bien se combiner avec le véritable fongus hématode, comme M. Dupuytren l'a dès long-temps signalé; et entraînent assez souvent cette effroyable dégénérescence. On conçoit qu'il ne serait pas sûr d'appliquer le même traitement à des affections réellement si diverses; et il n'est pas étonnant que M. Tarral, qui les confond toutes, soit resté dans un vague si désespérant. Du reste, en voulant faire un mémoire complet sous le rapport thérapeutique, il n'a pas même encore atteint son but; et l'on peut joindre à sa longue série de procédés thérapeutiques l'inoculation de la pourriture d'hôpital, proposée par M. Ollivier; l'incision circulaire à la base de la tumeur, par Physick; et l'incision de la tumeur même aidée de la compression à l'entour.

OBSERVATIONS DE MALADIES DES CENTRES NERVEUX, recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur ROSTAN, par M. DUPLAY, chef de clinique.

Ce mémoire, qui contient neuf observations de maladies de l'encéphale ou de la moelle épinière, peut être considéré comme une revue clinique, et conséquemment ne pourrait intéresser le lecteur qu'autant que quelqu'un des faits qu'il renferme serait d'une haute importance sous le rapport pratique; mais comme aucun d'eux ne sort de la ligne de ceux qu'on observe chaque jour, comme le petit nombre de réflexions dont l'auteur les accompagne ne sont relatives qu'au diagnostic, et même que sous ce rapport elles n'offrent qu'une importance médiocre, nous devons nous contenter de cette simple notice.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LES FRACTURES DE LA CLAVICULE ET SUR CELLES DU COL DU FÉMUR, par M. GERDY; publiées par M. BEAUGRAND, interne à l'hôpital Saint-Louis.

I. *Fractures de la clavicule.* — Dans la plupart des fractures de la clavicule, l'épaule, comme on sait, est portée en bas, en dedans et en avant. Le déplacement en bas est dû uniquement au poids du membre, lorsque la fracture siège à l'union du tiers externe avec le tiers moyen, parce que le deltoïde et le trapèze s'insérant sur la clavicule dans une étendue à peu près égale, se font alors équilibre; mais si la rupture de l'os a lieu plus en dedans, c'est-à-dire vers le tiers interne, le grand pectoral s'unit au deltoïde pour abaisser le fragment externe, et ces deux muscles agissant sur un bras de levier plus long l'emportent naturellement sur le trapèze.

Mais le fragment interne est-il immobile et la saillie qu'il fait n'est-elle qu'apparente? M. Gerdy professe le contraire; si le fragment externe était uniquement abaissé, il suffirait pour réduire la fracture d'élever l'épaule malade au niveau de l'épaule saine; or, cela est insuffisant, et il faut dépasser ce niveau pour obtenir une coaptation exacte. D'ailleurs, la puissance du sterno-mastoïdien agissant dans une direction presque perpendiculaire sur l'os rend parfaitement raison de cette élévation du fragment interne.

On se rend aisément compte du déplacement de l'épaule en dedans. Pour le déplacement en avant, il est surtout favorisé, selon M. Gerdy, par le coucher sur le dos dans un lit un peu mou. Le corps se creuse une gouttière dont les deux plans latéraux repoussent en avant les épaules, mais surtout celle qui est privée de son soutien. Ces vues sont certainement ingénieuses; mais elles n'embrassent pas toutes les faces de la question, car l'épaule est aussi bien portée en avant quand l'individu est debout; et outre les trois déplacements signalés, il y en a un quatrième qui consiste dans une sorte de torsion du fragment externe, fort bien étudiée par M. Grout dans une excellente thèse qu'il a publiée sur cette fracture.

Un des signes que les auteurs ont donné comme constant dans les fractures de la clavicule est l'impossibilité de porter la main à la tête. Rien n'est plus variable que ce phénomène. M. Gerdy cite deux cas, l'un de fracture directe, l'autre de fracture indirecte, où, malgré le chevauchement, la main pouvait très-bien se porter à la tête. Dans un autre cas, le malade ne pouvait d'abord exécuter ce mouvement, à cause de la douleur qu'il ressentait au point fracturé; il le put quelques jours après quand la douleur fut disparue. Enfin, il cite l'observation d'une fracture de la clavicule droite fort ancienne et non consolidée qui n'empêchait pas le sujet, ancien soldat devenu gendarme, de remplir ses fonctions avec presque autant de facilité qu'auparavant. C'est donc à tort que B chat a attribué une si haute importance à la clavicule sur les mouvemens du membre supérieur; et quand il ajoute que les fractures de cet os rangent pour ainsi dire l'homme qui en est affecté dans la section des animaux non claviculés, il y a une inexactitude d'autant plus grande; beaucoup d'animaux non claviculés ont les mouvemens des membres thoraciques très-libres; tels sont les ours, les chiens, les

phoques; et pour en citer un exemple encore plus remarquable, les chats, qui ne le cèdent peut-être qu'aux singes en adresse et en dextérité.

Comment expliquer cependant cette gêne ressentie dans l'élévation du bras? c'est que, dans une abduction ou une élévation forcée, comme quand on veut porter la main à la tête, l'épaule tend à se porter en dedans, et dès-lors à augmenter le chevauchement et la douleur. La douleur joue donc un grand rôle dans ces fractures : du reste, une multitude de lésions, même légères, produisent momentanément le même effet. M. Gerdy a traité un cocher de fiacre qui, ayant saisi une poigoée un peu élevée pour monter sur son siége, et s'élevant ainsi par la force du bras, éprouva dans l'épaule un tiraillement violent, et se sentit aussitôt incapable de remuer le membre. Quelques bains et des applications émollientes le guérirent en cinq ou six jours. Un homme soulevant un fardeau qu'il voulait placer sur sa tête, éprouva dans l'épaule les mêmes phénomènes, sans aucune autre lésion appréciable. M. Gerdy conclut que ce signe, donné par certains auteurs comme pathognomonique de la fracture de la clavicule, dépend essentiellement de la douleur.

Dans la fracture dite en dehors du ligament coraco-claviculaire, il y a à peine un très-léger déplacement. M. Gerdy rapporte un cas de ce genre. Nous rappellerons ici qu'il y a erreur dans le langage des chirurgiens : le ligament coraco-claviculaire s'étend jusqu'à l'articulation acromiale; la fracture ne saurait donc se trouver en dehors; elle divise, à vrai dire, la portion de l'os sur laquelle ce ligament s'insère; et par là s'explique l'absence du déplacement.

Les indications pour cette fracture ont été parfaitement senties; toutefois aucun appareil n'a réussi à les remplir. M. Gerdy se demande si, en portant l'épaule en arrière au moyen du corset de Brasdor, en l'écartant du tronc à l'aide du coussin de Desault, en relevant le coude et le portant en dedans avec une fronde à quatre chefs qui recevrait l'olécrâne; enfin, si en ajoutant à tous ces moyens l'usage d'un lit bien ferme et légèrement convexe, on n'arriverait pas à résoudre complétement la difficulté? Toutefois il avoue qu'il n'espère point obtenir une guérison parfaite sans difformité apparente et même non apparente; mais, après tout, la difformité ne nuit en rien aux mouvemens de l'épaule; et c'est à tort qu'on a attribué au cal difforme les douleurs qui persistent quelquefois long-temps après la consolidation. Ces douleurs sont le résultat de la violence extérieure qui a brisé l'os, et non de la forme du cal; M. Gerdy les a observées dans les fractures les plus parfaitement réduites, et même à la suite de toutes les autres lésions physiques par suite de violences extérieures.

II. *Fractures du col du fémur.* — Ces fractures, à part les causes qui agissent directement, paraissent être le résultat de deux mécanismes très-différens. Dans l'un le col du fémur tendrait à être redressé; c'est ce qui arriverait lors d'une chute sur le grand trochanter. Dans l'autre, qui est plus rare et qui s'observerait dans une chute sur les pieds ou sur les genoux, l'angle du col avec le corps de l'os tend à devenir plus fermé.

Le diagnostic de cette fracture est assez souvent fort difficile. M. Gerdy indique un nouveau signe qui peut le rendre plus précis. Le malade étant couché sur le dos, le membre étendu et dans la rotation en dehors, on pourra, s'il y a fracture, augmenter sans difficulté cette déviation au point de porter la pointe du pied en dehors et un peu en arrière. Or, c'est ce qui ne s'obtient que bien rarement chez un sujet dont la hanche n'a subi qu'une simple contusion.

Mais lorsque les autres signes tels que le raccourcissement et la rotation en dehors existent, est-il possible de confondre la fracture avec d'autres lésions? M. Gerdy le croit; et il cite à l'appui une observation qui le laissa quelque temps dans le doute, parce que le raccourcissement, porté à 3 pouces, lui paraissait trop considérable. Mais, de quelque façon qu'on explique ce raccourcissement, la rotation en dehors ne laisse présumer qu'une seule luxation, celle qui a lieu en haut et en devant sur le pubis. Or, la saillie qu'y fournirait la tête de l'os serait un signe pathognomonique qui doit rendre toute méprise de ce genre impossible. Il ne paraît pas, au reste, que M. Gerdy ait eu recours cette fois, pour s'éclairer, au nouveau signe que nous venons d'indiquer.

Certaines fractures du bassin simulent la fracture du col fémoral d'une manière bien plus complète. A la vérité alors le membre est d'ordinaire tourné en dedans; mais cela même peut se rencontrer dans le second cas; et enfin quelquefois il y a rotation en dehors. M. Gerdy rapporte une observation dans laquelle le membre inférieur droit était fortement tourné en dehors, raccourci d'un pouce, et reprenait sa direction et sa longueur normales par la moindre traction. On dut croire à une fracture du col du fémur. Le sujet mourut : à l'autopsie on trouva une fracture horizontale du pubis à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes; plus bas une fracture double de la branche ascendante de l'ischion; les symphyses pubienne et sacro-iliaque droite étaient détruites, et le fragment externe de l'os iliaque avait subi un mouvement de bascule qui portait la branche horizontale du pubis au-dessus et un peu en avant du fragment interne. L'articulation coxo-fémorale était dans la plus parfaite intégrité.

Quant au mode de traitement, M. Gerdy préfère en général l'extension continue à la demi-flexion : il cite deux cas où l'appareil de M. Dupuytren, employé avec le plus grand soin, ne peut empêcher le raccourcissement du membre. Nous devons noter que, dans un troisième cas, le malade traité par l'attelle de Desault, conserva cependant un raccourcissement d'un pouce. Est-ce donc ici la faute des appareils ou du chirurgien? nous croyons, quant à nous, que, quel que soit l'appareil employé, il est extrêmement difficile, dans cette fracture comme dans celle de la clavicule, d'obtenir un cal sans difformité; et ici la difformité c'est le raccourcissement, plus quelquefois la rotation en dehors.

M. Gerdy donne la préférence à la flexion dans les cas où le raccourcissement est peu considérable et facile à vaincre; et le plan solide, recouvert de coussins, lui paraît alors le meilleur. Si le raccourcissement est très-considérable, il adopte l'extension continue par l'appareil de Boyer, qui lui paraît l'emporter de beaucoup sur celui de Desault, tant par son mode d'agir que par sa solidité.

Ce travail est terminé par une observation de fracture du col du fémur par un coup de feu, accompagnée d'hémorrhagie. La ligature de l'artère crurale fut faite; le membre mis dans l'appareil à extension de Boyer. Au bout de quatre mois, l'appareil étant ôté, la cuisse parut raccourcie d'un pouce et demi; mais un mois après le raccourcissement était de près de trois pouces. Le fémur est comme soudé avec l'os de la hanche, et le membre ne sera jamais d'un grand usage; mais c'est toujours un beau succès que d'avoir sauvé un blessé aussi gravement atteint; et ce fait doit être mis à côté de ceux qui nous ont fait conclure que la fracture par coup de feu du col fémoral est beaucoup moins grave que celle du corps même de l'os.

NOTICE SUR QUELQUES ACCIDENS DE LA VACCINE, ou esquisse historique d'une épidémie de variole de varicelle et de varioloïde, dont le début a coïncidé avec les premières vaccinations de 1833; observée dans Bergen et ses environs, par le docteur RENNES.

L'histoire de cette épidémie semble devoir jeter quelque jour dans les discussions qui se sont élevées depuis quelques années sur l'influence protectrice de la vaccine. Aussi nous allons signaler quelques-uns des faits principaux qu'elle a offerts dans sa durée.

La petite vérole ou la varioloïde s'était déjà montrée à Bordeaux, dit M. Rennes, dans les premiers jours du printemps de 1833, lorsque les médecins de cette ville commencèrent à vacciner dans les premiers jours du mois de mai. Ces vaccinations furent suivies chez tous ou presque chez tous les individus, d'une éruption secondaire survenant du neuvième au dixième jour, quelquefois un peu plus tôt. Cette éruption, le plus souvent légère, se borna à quelques boutons sur les bras et sur le corps; chez quelques sujets elle fut accompagnée d'accidens assez graves, tels qu'une forte fièvre, de nombreuses pustules, des phlegmons et des ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues.

En même temps du vaccin expédié de Bordeaux dans diverses localités environnantes, y avait été la cause d'accidens analogues.

Cependant la marche de la pustule vaccinale proprement dite, n'était pas interrompue; elle parcourait ses différentes périodes à peu près comme à l'ordinaire; le développement des boutons était en général un peu plus rapide que dans les années précédentes; ils étaient plus larges, plus plats, plus ternes, plus opaques. Leur forme arrondie était souvent altérée par les pustules secondaires qui, se confondant avec eux dans leur développement, les rendaient durs et rénitens; et les ulcérations s'étendant en rongeant d'une pustule à l'autre, rendaient le vaccin méconnaissable.

Dès ce moment plusieurs praticiens de Bordeaux et des environs attribuèrent ces accidens à l'insertion du virus de la varioloïde, qui aurait été recueilli, en même temps que le vaccin, sur quelques sujets atteints de cette maladie, et transmis ensuite simultanément. L'explosion de l'éruption du neuvième au dixième jour, comme dans la variole inoculée, et la déformation du bouton, pouvaient donner crédit à cette idée, mais cette opinion, qui semble au premier abord bien naturelle, n'était cependant pas d'accord avec les faits, puisqu'on avait observé en même temps et même antérieurement, une épidémie de varicelle, et dont bon nombre d'individus avaient été atteints sans avoir été soumis à l'inoculation de la vaccine.

On devait cependant suspendre la vaccination, ce qui fut fait vers les premiers jours d'août. Mais on ne vit disparaître pour cela ni la varicelle, ni la varioloïde; bien au contraire, ces affections ne furent jamais plus nombreuses qu'en août et septembre.

Il devint donc évident pour tous que l'épidémie avait une existence indépendante de la vaccine, et que si, dans l'origine, les enfans vaccinés en avaient été particulièrement atteints, c'était à cause des mouvemens que le vaccin suscite dans l'économie, et de la fièvre qu'il développe. Une remarque importante encore, c'est que toutes les maladies fébriles de cette époque, quelle qu'en fût la cause, se terminaient par l'éruption de quelques boutons vésiculeux la plupart du temps.

Les éruptions anomales disparurent en grande partie avec les chaleurs de l'été; les enfans dès-lors ne furent presque plus atteints, et les vieillards parurent jouir de la même immunité. Mais il fut démontré que la varioloïde acquérait en général un caractère plus grave par sa communication d'un enfant à une personne plus âgée. La variole qui régnait en même temps, fut en général très-mauvaise, et on l'observa chez des individus que tout assurait avoir été vaccinés antérieurement avec succès. Aussi M. Rennes est disposé à admettre avec le docteur Albert, de Berlin, qu'il est des épidémies de variole supérieures, pour ainsi dire à la vaccine qui ne peut les atteindre complètement, et que ce sont celles-là qui, modifiées par le vaccin, engendrent la varioloïde.

En 1814 les vaccinations furent commencées de bonne heure. L'épidémie avait cessé dans toute la contrée, et il ne parait pas que dans le nord du département, où la petite-vérole a régné pendant deux ou trois mois, on ait observé d'éruption anomale comme complication de la vaccine.

La conséquence pratique qu'il est permis de tirer de ces observations, c'est qu'on aurait tort de laisser désarmés contre la variole de pauvres enfans, dans la crainte d'une éruption consécutive de varioloïde, le plus souvent légère, et qui est très-rarement accompagnée de symptômes graves, et jamais nuisible. La seule circonstance qui existe contre la pratique de la vaccine en temps d'épidémie, est la propagation de l'éruption varioliforme aux nourrices et aux proches, avec un caractère de gravité qui n'existe pas chez les enfans.

L'avenir seul fera connaître quelle est l'action préservatrice de ce virus modifié dans sa forme et suivi d'une éruption qui pourrait être considérée comme un bienfait, si elle devait préserver de toute la varioloïde ultérieure, en même temps que le vaccin garantirait de la véritable variole.

REMARQUES SUR L'ACCOUCHEMENT PAR LA FACE, par M. GUILLEMOT.

Lorsque la face s'engage dans le détroit périnéal, le menton porté en arrière et le front en avant, l'accouchement peut-il s'opérer dans cette position, soit spontanément, soit avec les secours de l'art? Madame Lachapelle avait résolu cette question par la négative; M. Guillemot l'examine de nouveau avec les faits, qui lui donnent une solution tout-à-fait opposée.

En plaçant un fœtus à terme au-dessus du détroit abdominal du bassin d'une femme morte pendant le travail ou dans le temps des couches, la face s'engageant dans l'excavation, le menton dirigé en arrière, on observe que le front s'appuie contre la symphyse du pubis, et que le menton, en se plongeant dans l'excavation, correspond au tiers inférieur du sacrum. Si on applique alors le forceps pour faire l'extraction, la descente de la tête est d'abord difficile et n'a lieu qu'après deux ou trois tractions; mais aussitôt que le détroit abdominal est franchi, rien ne s'oppose à la sortie; la poitrine et les épaules ne donnent lieu à aucun retard, et le forceps n'a produit aucune de ces lésions graves redoutées par madame Lachapelle.

Pourquoi ce qui se fait dans l'expérience sur le cadavre n'aurait-il pas aussi bien lieu sur le vivant? Nous ne voyons aucune raison qui s'y oppose; mais M. Guillemot a été plus loin; il a rassemblé des faits authentiques qui complètent la démonstration de ce point de doctrine.

Le premier appartient à M. Méza. Le front du fœtus était appliqué sur la surface plane des os pubis; le menton répondait à la cavité coccygienne; il était mobile. Le forceps fut appliqué sur les côtés de la tête, et par des tractions en bas, le front se dégagea de dessous le pubis; le sinciput apparut à la sortie du bassin et l'extraction fut terminée suivant le mode ordinaire. A force de soins, on parvint à rappeler l'enfant à la vie.

Smellie cite un cas tout semblable; seulement l'enfant était mort probablement, dit l'accoucheur, à cause de la longue compression que la tête avait soufferte dans le bassin. Un troisième fait est dû encore à Smellie et se termina comme les deux autres; il présente ceci de remarquable, que l'accouchement se fit par les seuls efforts de la nature. L'enfant à la vérité était petit; mais Weise en a publié un autre dans lequel l'enfant venu aussi spontanément et vivant, pesait 7 livres et demie. Mappes et Buch en citent aussi des exemples.

Il faut donc revenir à la doctrine de Smellie qui regardait cette espèce d'accouchement comme naturelle; et nous acceptons entièrement la conclusion de M. Guillemot, savoir, qu'à l'aide du forceps on a l'espérance de conserver la vie à l'enfant, tout en épargnant un surcroît d'efforts et de souffrances à la mère. Nous ajouterons un mot sur la manière dont s'opère la sortie de la tête, question beaucoup moins importante que l'autre, et que M. Guillemot a laissée à l'écart.

Le mécanisme qui paraît avoir lieu est celui-ci. La face poussée en bas dilate l'entrée du vagin, puis le vertex s'abaisse en même temps que le menton recule, et enfin le vertex passant sous l'arcade des pubis, la sortie de la tête a lieu comme dans les cas les plus simples; il y a alors comme une véritable version de la tête opérée spontanément ou par le forceps. Dans d'autres cas, à la vérité un peu obscurément décrits, il semble que le front et la face sortent les premiers, l'occiput ensuite.

OBSERVATION D'OTITE INTERNE, DE CARIE DU ROCHER, D'ENCÉPHALITE ET DE MÉNINGITE DU MÊME CÔTÉ; suivie de quelques réflexions; par M. BRICHETEAU, médecin de l'hôpital Necker.

Tous les ouvrages sur les maladies de l'encéphale contiennent un grand nombre de faits analogues à celui que rapporte ici M. Bricheteau, et sous ce rapport il n'offre qu'un intérêt fort médiocre; cependant quelques observations que l'auteur a placées à la suite, ne nous permettent pas de le passer complètement sous silence.

La femme qui en est le sujet avait depuis vingt ans une suppuration de l'oreille gauche, avec surdité du même côté, quand tout à coup cette suppuration fut supprimée, et bientôt survinrent des phénomènes graves tels que la fièvre, le délire, le coma, et qui se terminèrent au bout de huit ou dix jours par la mort. A l'autopsie on trouva une inflammation avec suppuration de l'hémisphère gauche du cerveau et des membranes cérébrales, destruction de l'oreille interne et carie partielle de l'os temporal. Une question importante qui a été discutée entre les auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies du cerveau, c'est de savoir si le point de départ de la suppuration vient de l'oreille ou du cerveau; si la phlegmasie a commencé par le conduit auditif et s'est ensuite propagée d'abord aux méninges, puis à la substance cérébrale, ou si, au contraire, le pus primitivement formé dans le cerveau s'est frayé une route à travers l'os temporal. D'après les belles recherches de M. Lallemand sur les abcès enkystés du cerveau et sur leur rapport avec les maladies de l'oreille, il ne doit plus rester aucun doute sur cette question, qui est d'une grande importance en pratique; car la conclusion que l'on peut en tirer, c'est de ne pas négliger les écoulemens d'oreille, auxquels il arrive trop souvent qu'on fait peu d'attention, tandis que l'inflammation qui en est la cause fait graduellement des progrès et ne fixe habituellement l'attention que quand déjà elle a atteint le cerveau et déterminé des altérations qui sont au-dessus des ressources de l'art.

II. REVUE MÉDICALE.

On trouve, dans les cahiers de novembre et de décembre : 1° un *mémoire sur trois questions de pathologie et de thérapeutique*, par M. Saint-Georges Rausol; 2° *mémoire sur les abcès symptomatiques qui accompagnent les dénudations et les caries du rachis*, par M. Bourjot St-Hilaire; 3° *responsabilité des médecins*, par le docteur Godelle, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons. Après des considérations d'une haute justesse sur l'irresponsabilité qui doit protéger les actes du médecin, l'auteur reproduit un rapport qu'il eut occasion de faire en 1819, d'après la dénonciation d'un charlatan qui accusait des médecins très-honorables d'avoir estropié plusieurs malades. Le docteur Godelle mit au grand jour l'ignorance du dénonciateur, et empêcha du moins cette scandaleuse affaire d'avoir d'autres suites; 4° *clinique de l'hôpital St-Louis*, par M. Gerdy jeune, ou *réflexions générales sur les maladies de la peau, avec une observation d'achrome vitiligue compliquant une maladie organique*. Cette observation, qui est rapportée très-longuement, n'offrirait d'intérêt que par le rapprochement des lésions trouvées à l'autopsie des phénomènes morbides relatifs à l'affection cutanée observée pendant la vie, et c'est précisément ce qui manque entièrement.

MÉMOIRE SUR TROIS QUESTIONS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE; par le docteur SAINT-GEORGES RAUSOL.

La première de ces questions est la suivante : Doit-on admettre des lésions de fonctions sans lésions d'organes? L'auteur trouve la solution de cette question en passant en revue un certain nombre de maladies telles que les fièvres, les névralgies, l'hystérie, l'épilepsie, etc., à la suite desquelles les anatomistes même les plus expérimentés n'ont observé aucune lésion qui puisse rendre compte des phénomènes morbides observés pendant la vie, et conclut de cet examen qu'il existe des lésions de fonctions sans lésions d'organes. Cette manière de raisonner est trop peu philosophique pour que nous suivions l'auteur dans les détails dans lesquels il est entraîné par cette discussion, bien que la conclusion à laquelle il arrive nous semble vraie. Qui pourrait dire, en effet, que les progrès de l'anatomie pathologique ont atteint leur dernière limite, et que, dans des maladies à la suite desquelles on ne découvre aucune lésion appréciable, il n'arrivera pas une époque où l'anatomiste en trouvera qui étaient restées jusqu'alors inconnues? L'histoire de l'anatomie pathologique démentirait cette assertion pour l'avenir, et il est évident que ce n'est point dans des argumens négatifs d'une aussi faible valeur, qu'on peut chercher la solution d'une question aussi capitale.

Les deux autres questions que M. Rausol examine, sont les suivantes : il nous suffira de les indiquer et de faire connaître les conclusions auxquelles il arrive. Quel sens doit-on attacher aux expressions de fièvre maligne, fièvre putride? L'auteur pense qu'il existe des fièvres essentielles qui doivent conserver ces noms.

Dans la troisième question, il examine si l'on peut toujours expliquer l'action des médicamens sur l'économie animale. Nous avons à peine besoin de dire que, parmi les médicamens dont il s'occupe, il en est quelques-uns tels que les toniques, les acides minéraux, etc., dont il est facile d'expliquer la propriété active, tandis qu'il en est d'autres dont les vertus restent en dehors de toutes les explications.

MÉMOIRE SUR LES ABCÈS SYMPTOMATIQUES D'UNE LÉSION DU RACHIS, par M. le docteur BOURJOT SAINT-HILAIRE.

L'idée essentielle de ce mémoire est qu'il y a un rapport constant et direct entre le siége de l'abcès qui se manifeste à l'extérieur, et celui de la carie ou de la dénudation vertébrale qui lui donne naissance; en d'autres termes, que le pus, sécrété dans un point déterminé de la colonne épinière, suit constamment le même trajet pour se rendre à l'extérieur. Si cette idée était toujours vraie, nul doute que M. Bourjot St-Hilaire n'eût réussi à indiquer un signe nouveau et d'une haute importance pour le diagnostic des caries rachidiennes; mais, outre qu'un abcès extérieur symptomatique peut reconnaître une tout autre origine, il est malheureusement trop prouvé par les faits que le trajet du pus est loin de se faire toujours par des voies invariables. On ne saurait donc admettre la théorie de l'auteur, au moins comme règle générale; mais comme dans beaucoup de cas elle pourra trouver une application utile, nous allons donner le résultat de ses recherches anatomiques.

La dure-mère rachidienne, après avoir donné à la moelle son fourreau aponévrotique, se porte sur les nerfs auxquels elle fournit, à partir des trous de conjugaison, leur névrilemme le plus profond. De plus, les nerfs rencontrent, en sortant de ces trous, une sorte d'étui ou de fourreau formé par une gaîne celluleuse partout continuée avec le périoste extérieur des vertèbres, et qui constitue le névrilemme externe. Ainsi protégés, les nerfs s'engagent d'abord sous les fascias qui doublent les séreuses viscérales, et plus loin entre les gaînes aponévrotiques propres des muscles. Il est à remarquer que les vaisseaux, bien que cheminant en apparence à côté des nerfs, ne sont cependant pas renfermés dans les mêmes gaînes aponévrotiques.

Lors donc que le pus, sécrété en un point de la colonne épinière, a décollé le périoste et tend à fuser au loin, il suit exactement cette gaîne celluleuse extérieure des nerfs, lesquels, selon M. Bourjot St-Hilaire, lui servent invariablement de filets conducteurs. Au-delà de la partie rétrécie de l'infundibulum, le pus écarte la gaîne celluleuse qui le contient, détruit par une sorte de pression et de macération le corps du muscle; le tronc nerveux reste isolé au milieu du foyer purulent, et son névrilemme propre le défend plus ou moins de l'action du liquide putride. Enfin la fusée purulente arrive à se faire jour au-dehors, en soulevant, éraillant les aponévroses d'enveloppe du tronc ou des membres, et la peau elle-même.

Cette description générale étant tracée, il suffit de considérer le trajet des nerfs pour arriver à toutes les conclusions spéciales. Voici celles que pose l'auteur :

1° Si le point carié appartient à la masse du sphénoïde postérieur, à ses ailes et à la partie écailleuse du temporal, le pus fusera avec la branche maxillaire inférieure de la cinquième paire.

2° Si la portion pétrée du rocher et la portion cellulo-mastoïdienne sont cariées, le pus s'ouvre une voie par l'oreille moyenne et externe; ou bien, perforant le diploé de l'apophyse mastoïde, se fait jour en arrière de la rainure cyatique et ne va pas plus loin.

3° Le pus venant des vertèbres cervicales et des condyles de l'occiput suivra les branches du plexus cervico-brachial et se montrera d'abord à la région latérale du cou, puis derrière la clavicule, et enfin à la partie interne du bras.

4° Le pus venant de la dernière cervicale et des onze premières dorsales, ou encore de la tête et de l'apophyse articulaire des côtes, se montre en un point quelconque de la région lombo-dorsale, sous l'aponévrose générale, et toujours en dedans de l'angle des côtes, et s'arrête à l'épine de l'os des îles.

Si la carie attaque le corps de la côte en dehors de son angle, l'abcès sera local et ne fusera tout au plus qu'en avant vers le rectum, et encore difficilement.

5° Dans le cas de carie de la dernière dorsale ou des quatre premières lombaires, le pus suivra *presque invariablement* le tronc du nerf crural, disséquera le M psoas et iliaque, et passera avec les nerfs et les muscles sous l'arche externe du ligament de Fallope, pour se montrer d'abord en haut et en dehors de la cuisse, puis en dedans sous les vaisseaux cruraux, mais sans connexion intime avec eux.

Rarement le pus suit les branches musculo-cutanées émanées de la première paire lombaire; alors le pus s'amasse en foyer vers l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et en arrière.

6° Le pus venant des vertèbres sacrées et de la dernière lombaire, suivra les branches du plexus sacré par les trous sacrés antérieurs, accompagnera le grand nerf sciatique à sa sortie du bassin, et formera une tumeur fluctuante dans la grande gouttière fessière postérieure.

Si tout le sacrum est dénudé et carié, la tumeur se fera voir de chaque côté ou en dehors de la fesse, et finera d'un côté à l'autre.

7° Enfin pour les deux dernières vertèbres sacrées et les deux premières du sacrum, la collection purulente se fera au milieu des graisses qui entourent le rectum et sous la peau en arrière.

8° Quand deux régions sont attaquées ensemble, les caractères de l'abcès symptomatique se combineront; le lieu primitivement affecté sera désigné par le lieu où l'abcès se sera premièrement montré.

9° Enfin M. Bourjot-Saint-Hilaire donne comme une vérité incontestable que jamais le pus n'accompagne les artères ni les veines, quand il a pour origine un point quelconque du système locomoteur. Le pus ne fuse le long des vaisseaux, principalement des veines, qu'en détruisant les traînées du tissu cellulaire superficiel qui se trouvent sous les aponévroses extérieures d'enveloppe; et ces aponévroses n'appartiennent pas au système musculaire, mais au système tégumentaire.

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE.

Les cahiers de novembre et de décembre contiennent : 1° *deux observations de hernies étranglées suivies de nouvelles remarques sur le taxis prolongé*, par M. Vidal (de Cassis); 2° *recherches sur les varices*, par M. Pigeaux; 3° *recherches sur quelques maladies du tissu médullaire*, par M. Dubreuil, mémoire intéressant sur lequel nous nous proposons de revenir; 4° *un cas de péritonite aiguë guérie par des frictions mercurielles*, par M. Dufresse-Chassaigne; 5° *note sur l'emploi de la gélatine comme aliment*, par M. Denis; 6° *note sur un spéculum en gomme élastique*, par M. Dufresse-Chassaigne; 7° *note sur les maladies qui ont régné à Bone en juin 1834*; 8° *recherches sur le traitement de l'aménorrhée par l'irritation des mamelles*, par M. Mondière; 9° *examen comparatif de l'influence de chacun des deux nerfs de la face*; par M. Bottu Desmortiers; 10 *un cas d'empoisonnement par l'extrait de belladone*, par M. Laurand; 11° *un compte-rendu de la clinique de M. Bouillaud*; 12° *un cas d'apoplexie suivi d'autopsie*, par M. Fallot.

OBSERVATIONS DE HERNIES ÉTRANGLÉES, suivies de réflexions sur le taxis prolongé; par M. VIDAL DE CASSIS.

Nous avons publié l'an dernier deux observations de hernies étranglées compliquées de symptômes cholériques, dont l'une appartenait déjà à M. Vidal de Cassis. Quelques personnes ayant douté de la vérité de cette complication, M. Vidal rapporte un troisième cas dans lequel une hernie crurale étranglée ayant été opérée par lui-même au moyen de sa spatule cannelée, et tous les signes d'étranglement ayant disparu

presque aussitôt, la nuit suivante il survint des crampes et tout l'appareil d'un choléra intense, à part les vomissemens qui ne reparurent point. La mort arriva le lendemain à midi.

L'autopsie montra dans les intestins une grande quantité d'une matière blanchâtre, liquide, sans flocons à la vérité, mais d'autant plus liquide que l'on approchait de l'extrémité inférieure du petit intestin. Dans cette portion aussi les follicules de Brunner étaient très-développés.

A part ces caractères de l'affection cholérique; cette autopsie nous révèle un fait d'une haute importance, et qui a rarement été signalé. La hernie était crurale; la muqueuse, qui avait été en rapport avec le ligament de Gimbernat, était coupée comme le sont les membranes internes des artères après une ligature. Les membranes musculeuse et séreuse étaient intactes.

La seconde observation concerne une hernie inguinale d'ancienne date, qui rentrait et ressortait avec une égale facilité. M. Vidal présume qu'une portion d'épiploon adhérente au fond du sac, favorisait sa sortie. L'opération justifia ce diagnostic; l'épiploon adhérent ne put être réduit; on en rescisa peu à peu quelques portions dans les pansemens subséquens; la cicatrisation eut lieu par-dessus le reste; et un mois et demi après l'opération, la guérison était complète.

M. Vidal revient ensuite sur la question du taxis prolongé, dont il est, comme on sait, l'adversaire déclaré. Il rappelle les faits dans lesquels la gangrène s'est montrée après dix et douze heures d'étranglement, ce que personne ne nie; mais il faut avouer en même temps que ce sont là des cas exceptionnels. Au total, selon M. Vidal, on doit tenter les remèdes généraux et le taxis, mais avec une certaine mesure et pendant un certain temps; et il est disposé à se ranger de l'opinion que nous avons émise, savoir de n'employer les moyens de réduction que pendant six heures seulement, et d'en venir après à l'opération. Mais cette espèce de rapprochement apparent laisse cependant entre nous des dissentimens graves; en effet, M. Vidal ne permet ce délai de six heures que lorsqu'on est appelé immédiatement après l'étranglement; et il est rare, comme il en fait la remarque lui-même, que le chirurgien soit appelé si tôt. Quand il arrive, beaucoup de moyens inutiles et souvent dangereux ont été employés, et alors « on doit se hâter d'en » venir à l'opération, en ayant toujours présens à l'esprit la foule des » faits qui prouvent que la herniotomie, faite de bonne heure et avec » méthode, est une opération peu grave. » La question aussi nettement posée sera facile à résoudre; ce n'est plus qu'une question de faits. C'est parce que nous croyons que la herniotomie, à quelque époque qu'on la fasse, est une opération grave, que nous préférons avoir recours au taxis prolongé, toutefois avec les réserves que nous avons exprimées. Il s'agit donc, pour décider entre les deux méthodes, de savoir d'abord quelle est la part de la mortalité sur les individus opérés de la hernie. Or, les résultats publiés jusqu'à présent tendent à montrer la herniotomie comme aussi fâcheuse au moins qu'une grande amputation, et se rapprochant même par ses insuccès de l'opération de la taille. M. Vidal objectera sans doute que ces opérations ont été faites en général assez tard; mais nous lui demanderons alors sur combien de faits il se fonde pour affirmer qu'elle est si peu grave lorsqu'on l'a pratiquée de bonne heure.

RECHERCHES SUR LES VARICES, et nouvelle théorie de cette affection; par le docteur PIGEAUX.

M. Pigeaux examine les théories proposées jusqu'ici pour expliquer la formation des varices; aucune ne lui paraît complètement d'accord avec les faits. Voici celle qu'il essaie de leur substituer.

Aux causes mécaniques des varices, il faut, de l'aveu général, ajouter toujours l'intervention d'une activité anormale dans le cours du sang. L'agent de cette impulsion extraordinaire est le cœur, et les varices sont donc de simples *anévrismes par anastomose*, résultat d'une communication plus facile des deux systèmes vasculaires, par le fait d'une dilatation ou d'une perméabilité anormale des vaisseaux inférieurs. De là l'éruption brusque et quelquefois saccadée du sang des varices ouvertes, signalée par tous les opérateurs; de là les pulsations quelquefois senties dans ces tumeurs; et si l'on objecte qu'elles manquent souvent, M. Pigeaux répond qu'elles manquent de même le plus ordinairement dans les anévrismes variqueux. De là la rutilance du sang et la difficulté de l'arrêter, circonstances qui ont fait craindre plus d'une fois au chirurgien d'avoir ouvert une artère au lieu d'une veine; enfin les concrétions sanguines dans les varices rappellent la disposition des couches fibrineuses déposées dans les anévrismes.

Tout cela pourrait être soutenu ou contesté avec une égale facilité; mais avant tout la théorie aurait besoin d'être confirmée par l'expérience directe. M. Pigeaux en convient, et il espère que des injections pratiquées avec soin sur des membres variqueux, permettront de saisir d'une manière immédiate la communication anormale des artères et des veines. Ce serait là en effet ce qui donnerait une valeur réelle à son hypothèse, d'ailleurs ingénieuse; et nous attendrons les résultats pour la juger.

NOTE SUR UN SPÉCULUM EN GOMME ÉLASTIQUE PURE, par M. DUFRESSE CHASSAIGNE.

Ce n'est pas un simple spéculum destiné à remplacer les instrumens de ce genre, que propose M. Dufresse-Chassaigne: son unique but est de procurer le contact de l'eau des bains avec le col utérin, moyen dont M. Lisfranc surtout a démontré la salutaire influence.

Le spéculum nouveau se compose donc d'une spirale conique en fer recuit, recouverte exactement d'une feuille de gomme élastique aussi mince et aussi unie que possible. Cet instrument introduit, l'eau du bain trouve un accès facile jusqu'aux parties malades. La gomme est très-douce au toucher, et ne s'altère point dans l'eau à la température du bain; et la spirale qu'elle recouvre permettant à l'instrument de se plier en divers sens, la femme peut se mouvoir dans le bain sans crainte de le voir sortir et sans aucune incommodité. Le seul inconvénient serait l'oxidation de la spirale de fer; mais il est facile de la remplacer par une spirale de laiton ou de platine fine et serrée.

En réduisant sa longueur à trois pouces, l'instrument figurerait très-bien un pessaire en bondon, léger, souple, solide, inaltérable, et, par la modicité de son prix, à la portée de toutes les bourses.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE PAR L'IRRITATION DES MAMELLES, par M. MONDIÈRE, D.-M.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE se rappellent les observations rapportées par MM. Patterson et London (1) sur l'application des sangsues et des autres excitans aux mamelles pour déterminer l'éruption des règles chez des femmes chez lesquelles elles étaient supprimées depuis un temps plus ou moins long. M. Mondière cite ici les observations rapportées par ces deux médecins anglais et y joint trois faits qu'il a recueillis lui-même. Nous croyons inutile de reproduire le premier de ces faits, mais nous rapporterons ceux qui appartiennent à M. Mondière.

OBS. — Une demoiselle âgée de 21 ans, d'une constitution faible, non réglée depuis près de deux ans, portait à la mamelle droite un engorgement glanduleux de la grosseur d'une noix, dur, lisse, sensible au toucher, et dont elle attribuait le développement à un coup qu'elle avait reçu trois années auparavant. Pendant six mois, un médecin lui avait fait, à plusieurs reprises, appliquer des sangsues à la vulve et administrer un grand nombre de remèdes sans que la menstruation eût reparu.

M. Mondière, consulté seulement pour l'engorgement de la mamelle et ne pouvant voir aucun rapport entre son développement et la suppression des règles, conseilla, entre autres moyens, l'application fréquente de sangsues en petit nombre sur les mamelles. La malade n'ayant pas voulu y consentir, il conseilla l'emploi des frictions avec l'iode, des cataplasmes avec l'iode, des bains, etc. Ce traitement, quoique employé avec persévérance pendant deux mois, n'ayant apporté aucune amélioration sensible, il prescrivit la succion fréquemment répétée du mamelon. Bientôt la mamelle se gonfla, devint douloureuse, le mamelon rouge, dans un état presque continuel d'éréthisme et d'une sensibilité extrême. La succion fut cessée, puis reprise au bout de quelque temps et suivie des mêmes effets. La malade annonça alors que ses règles avaient reparu et coulaient abondamment. Alors aussi le sein était dur, douloureux et engorgé, le mamelon irrité et tout l'organe d'une sensibilité telle que le moindre contact devenait la source d'une vive souffrance. Quelques cataplasmes dissipèrent ces douleurs; mais les règles depuis n'ont pas cessé de paraître aux époques ordinaires et d'être aussi abondantes que par le passé.

Dans le second cas que rapporte M. Mondière, il n'y avait point à la vérité aménorrhée; mais l'irritation des mamelles n'en a pas moins eu un résultat analogue. En cherchant à combattre par des applications fréquentes de sangsues en petit nombre une tumeur que portait son épouse dans l'épaisseur de la mamelle gauche, ce praticien a pu se convaincre bien des fois, dans l'espace de deux années, que, pendant l'application de ces annélides, employée avec constance et persévérance, la menstruation, toujours régulière et revenant auparavant chaque mois, apparaissait toutes les trois semaines au plus tard et était plus abondante.

OBS. — Madeleine Richard, âgée de 21 ans, d'une assez faible constitution, commença à être réglée à l'âge de 19 ans. La menstruation fut très-régulière pendant la première année, et chaque époque était accompagnée de maux de tête,

(1) GAZETTE MÉDICALE, années 1833 et 1834.

de coliques, de lassitudes et de douleurs lombaires qui souvent obligeaient cette jeune fille à garder le lit pendant deux ou trois jours. Enfin une frayeur vive supprima tout à coup les règles, qui depuis ne reparurent plus, et la santé de la fille Richard se détériora de plus en plus.

Depuis cinq mois que ses règles étaient supprimées, la malade éprouvait presque constamment de la céphalalgie, des lassitudes, de l'inappétence, et tous les mois, à l'époque où auraient dû revenir les menstrues, des coliques et un écoulement muqueux par le vagin, le teint était d'un pâle jaune, le pouls petit, la langue blanche et les lèvres peu colorées; le moindre mouvement était suivi de palpitations.

M. Mondière prescrivit, pour l'époque où la malade éprouverait les phénomènes indiqués ci-dessus, l'application d'un sinapisme sur le côté externe de chaque mamelle pendant quinze à vingt minutes au plus. Dès le lendemain, les règles parurent, mais ne durèrent qu'un seul jour. Les sinapismes avaient produit dans toute leur étendue une rougeur érythémateuse assez forte et un gonflement peu considérable, mais fort douloureux, qui se dissipèrent dans quarante-huit heures.

Au mois suivant, l'application des sinapismes fut réitérée et les règles revinrent plus abondantes et coulèrent pendant trois jours, et les deux mois suivans elles reparurent sans qu'il eût été besoin de recourir de nouveau aux sinapismes.

Ce moyen thérapeutique ne peut être, d'après l'opinion de M. Mondière, employé distinctement dans tous les cas d'aménorrhée. Il pense qu'on devra y avoir recours toutes les fois qu'elle tiendra à un défaut d'activité vitale de l'utérus.

Une autre question se présente : auquel des trois moyens employés jusqu'ici (sangsues, succion, sinapismes) doit-on avoir recours? L'application répétée de sangsues en petit nombre a été nulle ou presque nulle sur la grande majorité des femmes soumises à ce traitement pour des engorgemens des mamelles, et d'ailleurs les traces des piqûres, qui ne s'effacent jamais, seront souvent un obstacle à ce que l'on emploie ces annélides chez les jeunes filles qui sont le plus fréquemment affectées d'aménorrhée. La succion serait difficile à employer par les mêmes motifs. Il reste encore les sinapismes, auxquels M. Mondière donne la préférence.

Une autre question pratique se présente; c'est de savoir si l'on doit, comme l'a fait M. Patterson, n'appliquer qu'un seul sinapisme et prolonger son action, ou bien, comme l'a fait M. Mondière, recouvrir à la fois les deux mamelles de sinapismes dont l'action plus légère, mais réunie, sera probablement suivie du même effet. C'est à l'expérience à prononcer.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 janvier.

OBSERVATIONS SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE DU MARSOUIN.

M. Piez adresse quelques observations sur une femelle de *marsouin* qui avait été jetée à la côte avec un jeune déjà assez développé dont elle paraissait être la mère, les pêcheurs ayant affirmé qu'ils avaient vu téter le petit. Cependant l'utérus de cette femelle contenait un fœtus de 10 à 11 pouces de longueur.

Les poumons de l'adulte étaient farcis de nombreux kystes contenant tous des vers encore vivans, et qui furent reconnus pour appartenir à l'espèce.

M. Piez pense que les auteurs qui ont décrit la conformation de l'épiglotte du marsouin n'ont pas assez insisté sur sa longueur, sa direction, et la possibilité qu'a l'animal de la transformer en un véritable canal qui se dirige dans la partie postérieure des fosses nasales. Il doit résulter de cette disposition, dit l'auteur de la lettre, que l'animal peut saisir sa proie sous l'eau et se livrer aux mouvemens de la mastication et de la déglutition sans que l'eau s'introduise dans les voies aériennes.

L'auteur a remarqué la disposition flexueuse et le volume des vaisseaux intercostaux signalés par M. Breschet; mais il ne croit pas que cette disposition anatomique explique suffisamment comment la stase du sang veineux dans l'immersion prolongée ne détermine point d'accidens cérébraux et pulmonaires. Il pense que la veine azygos et une disposition qu'il a observée dans la veine cave et la veine porte, concourent, au moins autant que les vaisseaux intercostaux, à prévenir la congestion.

Baillie et Wilson ont trouvé chez l'homme la veine azygos très-développée dans des cas où la veine cave inférieure était très-rétrécie; chez le marsouin, M. Piez a trouvé l'azygos aussi très-développée; mais c'est, dit-il, pour remplir une autre mission.

Cette veine chez le marsouin est énorme, susceptible de se dilater encore beaucoup, et elle présente plusieurs renflemens. La veine porte s'ouvre dans la veine cave en formant trois ou quatre grandes cavités tapissées par la membrane interne des veines et logées dans l'épaisseur du foie. Cette conformation anatomique paraît être ce qui permet à l'animal de rester sans mouvement long-temps immergé. En effet, le sang, qui pendant l'immersion devrait engorger le cerveau et les poumons, se porte par un mouvement rétrograde dans la veine azygos et dans les lacunes de la veine-porte; c'est une espèce de réservoir dans lequel il peut séjourner impunément, et les organes plus importans que sa présence gênerait demeurent ainsi à l'abri du danger. Cette opinion, dit l'auteur de la lettre, me parait trouver de l'appui dans les observations de M. Breschet. Cet anatomiste signale des réservoirs pour le sang artériel; par conséquent le mouvement circulatoire continue pendant que l'animal est sous l'eau; par conséquent il se forme du sang veineux, et la respiration étant interrompue, il y aurait danger pour l'animal si ce sang ne trouvait un réservoir dans lequel il pût s'accumuler sans inconvéniens.

NOTE SUR LES MONOTRÈMES ET LES MARSUPIAUX.

M. Geoffroy Saint-Hilaire lit une note à l'occasion des nouveaux mémoires relatifs à ces animaux, que M. Owen vient de publier dans le nouveau volume des Transactions philosophiques.

« Qui n'a présent à l'esprit, dit l'auteur, ce fameux événement de la décomposition de l'eau, trouvée au même moment en France et en Angleterre, et dont le récit se transmettait dans la même semaine de Paris à Londres et de Londres à Paris, de Monge à Cavendish et de Cavendish à Monge? Voilà, sauf le rang des explorateurs et le degré d'intérêt du sujet traité, ce qui vient de se passer au sujet de l'organisation sexuelle des animaux à bourse et de l'ornithorinque entre M. Geoffroy Saint-Hilaire et M. Richard Owen, adversaires d'abord en 1832, époque où M. Owen croyait d'après Meckel à la viviparité de l'ornithorinque. Les adversaires, menés par des études plus approfondies à un même but, s'envoient aujourd'hui réciproquement des travaux qui témoignent de cet accord.

M. Geoffroy concède, ce dont il avait d'abord douté, l'existence des mamelles et la lactation chez les monotrèmes, et M. Owen à son tour accorde leur oviparité. Les doutes de M. Geoffroy sont consignés dans un écrit de janvier 1833, envoyé en grand nombre dans la Nouvelle-Hollande, pays d'où il arrive maintenant beaucoup des animaux qui font le sujet de ces recherches. M. Owen, mieux placé, en a reçu la plus grande quantité; mais M. Geoffroy a reçu cependant un jeune ornithorinque dont le bec, pourvu d'une corne destinée à faire brèche dans l'enveloppe de l'œuf au moment où il serait arrêté par le détroit du bassin, est un signe évident d'oviparité. Le commencement de l'ouvrage, intitulé *Études progressives*, qui paraît en ce moment, fut tiré à part, présenté à l'Institut le 19 novembre, envoyé aux sociétés savantes et à M. Owen. Dans cette première partie, la question est présentée comme résolue, tant pour l'ornithorinque que pour les animaux à bourse; ce qui manque encore à M. Geoffroy, l'état de gestation ou du parcours des organes génitaux par le produit de l'ovaire pour son développement successif, M. Geoffroy le conclut de l'analogie, et il a pour cet effet recours à sa faculté d'intuition ou de l'autorité intelligente des faits nécessaires, méthode hasardeuse, mais alors la seule laissée à sa disposition.

« Pendant que ceci se passe à Paris et s'envoie à Londres dans une relation imprimée, M. Owen, mieux placé pour avoir des pièces, reçoit une femelle en état de gestation, et voit, en fait, ce que son collègue avait vu des yeux de l'esprit, par intuition et conclusions analogiques; or, ce sont ces travaux qui se trouvent consignés dans le volume récemment arrivé des Transactions philosophiques. L'un a pour titre : *De la génération des animaux à bourse d'après l'observation faite sur un utérus imprégné*; l'autre, *État des œufs de l'ornithorinque*. »

De son côté, M. Geoffroy envoie à Londres la suite des études progressives où se trouve la description et la figure des embryons des marsupiaux, embryons qui présentent une physionomie des plus étranges, et où on ne retrouve rien de celle de l'adulte. « Les dessins, dit M. Geoffroy, sont dus au pinceau si vrai et si chaud de Maréchal, et les gravures sont dues au burin de Miger, deux grands artistes de la fin du siècle dernier, morts peu avant la naissance de mon fils, maintenant mon collègue à l'Académie. Si je me suis trouvé ainsi en mesure de répondre à l'envoi de M. Owen par un envoi aussi bien fourni, c'est que j'étais depuis 40 ans environ au courant de l'état jusqu'alors incompris de la génération marsupiale. »

DÉVIATION DESCENDANTE ET ASCENDANTE DE L'ACCROISSEMENT DES ARBRES EN DIAMÈTRE; mémoire lu par M. DUTROCHET.

On sait que lorsqu'on fait une décortication annulaire à un arbre, la communication de la partie supérieure de l'écorce avec la partie inférieure tend à se rétablir au moyen d'une végétation qui part de la partie supérieure de la plaie et qui s'accroît en descendant. Si la décortication annulaire n'a pas été pratiquée sur une trop grande étendue, cette végétation descendante finit par remplir tout-à-fait le vide opéré et la communication se trouve rétablie entre l'écorce supérieure et l'écorce inférieure. M. Dupetit-Thouars a cru cet effet produit par une extension des fibres qui se prolongeraient en descendant. Cette opinion n'est plus soutenable dès qu'on examine ce qui se passe dans des cas de décortication différens de celui là. Supposons, par exemple, qu'on enlève une bande longitudinale d'écorce, dont les dimensions de haut en bas soient très-grandes par rapport aux dimensions transversales: le vide tendra cette fois à se remplir comme dans la décortication annulaire; mais ce sera principalement au moyen de deux productions latérales qui s'avanceront l'une vers l'autre jusqu'à se toucher, suivant une ligne verticale: là il n'y a plus évidemment moyen de considérer la cicatrice comme dépendante d'un prolongement de fibres descendantes.

Si, au lieu d'un arbre dont le tronc soit parfaitement sain, on a un arbre qui ait perdu par la pourriture une partie de son bois, comme cela se voit souvent sur de vieux saules; qu'une solution de continuité soit pratiquée dans l'écorce et dans la mince couche ligneuse qu'elle recouvre, il y aura encore tendance à cicatrisation par des productions latérales; mais ces productions, au lieu de marcher directement l'une vers l'autre, comme elles le faisaient dans les cas où le tronc leur offrait un support, se recourberont en volute de manière à faire un bourrelet rentrant, bourrelet dont l'épaisseur sera plus grande vers le bas que vers le haut de la fente; il pourra arriver que ces deux volutes grossissant finiront par se toucher et s'avancer confondues dans l'intérieur du cylindre formé par l'aubier, comme auraient fait deux coulées de suif qui, augmentant de largeur à mesure que leur mouvement se serait ralenti, auraient fini par ne faire qu'une seule masse, et cheminer ainsi encore quelque temps.

M. Dutrochet se demande pourquoi les productions nouvelles, au lieu de s'avancer l'une vers l'autre, comme dans le cas du tronc plein, rentrent vers l'intérieur; et il attribue cet effet à la prédominance de l'action de l'écorce sur celle de la mince couche de l'aubier qu'il recouvre, la tendance de celui-ci étant de

redresser sa courbure, tandis que celle de l'écorce est de se courber davantage.

Lorsque plusieurs années se sont écoulées depuis le commencement de ces formations, le bourrelet grossissant progressivement, on voit que son augmentation a lieu par couches du côté extérieur, et qu'ainsi il n'y a aucune nouvelle couche formée du côté qui touche le bois, avec lequel le bourrelet ne contracte point d'adhérence. L'élongation du bourrelet a lieu parce que les couches successives sont plus épaisses à la partie inférieure qu'à la supérieure. Ainsi, dit l'auteur : « Ces végétations descendantes sont dues à des déviations de l'accroissement de » l'arbre en diamètre. C'est cet accroissement qui, au lieu de continuer à s'effec- » tuer dans le sens horizontal, s'effectue ici accidentellement dans le sens verti- » cal descendant, et il est favorisé par l'abondance de la sève élaborée descen- » dante, comme elle le ferait dans un sac. »

D'autres observations montrent que quoique la sève descendante par sa déviation fournisse la plus grande partie des productions qui tendent à cicatriser la plaie, il s'en forme aussi un peu par la déviation de la sève ascendante. La structure de ces productions, du reste, quelle que soit leur origine, présente une circonstance remarquable.

On sait que le bois des arbres dicotylédones présente une sorte de tissu formé par l'entrecroisement des fibres longitudinales et des rayons. Dans les productions dont nous venons de parler, ces deux ordres de fibres se montrent, les longitudinales se recourbant vers le bas du bourrelet, les autres restant toujours perpendiculaires à la direction des premières ; de sorte que lorsque vers le bas du bourrelet accidentel, au point où il fait la goutte, les fibres longitudinales, qui sont presque verticales dans les cas normaux, ont une direction horizontale, les rayons habituellement horizontaux ont une direction verticale.

Le pommier, cependant, présente un cas exceptionnel. Cet arbre peut survivre deux et trois ans à une décortication annulaire complète et assez large. Pendant qu'il continue de vivre, les productions d'en haut et d'en bas tendent à combler la solution de continuité, surtout celle d'en haut, dont le prolongement est favorisé par l'abondance du suc et par l'action de la pesanteur. Or, dans ces deux bourrelets, tant dans l'aubier que dans l'écorce, on ne trouve qu'un des deux ordres de fibres, les rayons, et il est aisé de le reconnaître, non-seulement à l'aspect en masse, mais même à l'examen microscopique, les rayons étant formés de séries linéaires de très-petites utricules mises bout à bout, tandis que les fibres longitudinales se composent d'une suite de tubes fusiformes très-allongés et qui se joignent obliquement les uns aux autres par leurs pointes.

Cette particularité de structure permet d'assigner nettement les époques de la formation de ces couches. Sur un individu qui a été observé trois ans après la décortication annulaire, on distinguait aisément à leurs fibres transversales les trois couches d'aubier formées depuis l'opération et les trois couches d'écorces correspondantes.

La similitude du nombre et la similitude de l'anomalie des trois couches d'aubier et des trois couches d'écorce qui les avoisinent le plus, prouvent incontestablement que dans chacune des années qui ont suivi la décortication annulaire, il s'est formé simultanément une couche d'écorce et une couche d'aubier ; et que chaque année deux nouvelles couches contiguës, l'une d'écorce et l'autre d'aubier, se sont intercalées aux deux couches précédemment contiguës d'écorce et d'aubier qu'elles ont séparées. M. Dutrochet annonce ensuite un prochain travail sur la formation annuelle de la couche d'écorce et de la couche d'aubier contiguë.

En attendant, dit-il, s'il se trouvait encore des naturalistes qui continuassent à penser que l'aubier est produit par une transmutation du liber, ils se désabuseraient en étudiant comparativement la structure microscopique du liber et celle de l'aubier. Il existe une différence très-notable entre les organes qui entrent dans la composition de ces deux parties ; les tubes fusiformes des fibres longitudinales sont quatre fois plus gros et plus longs dans l'écorce et le liber qu'ils ne le sont dans l'aubier. Ce fait, dit M. Dutrochet, prouve irréfragablement que le liber ne devient point aubier ; car les organes élémentaires des végétaux ne peuvent pas perdre leurs dimensions acquises ; au contraire même, ils augmentent en vieillissant. Par conséquent, si la nouvelle couche d'aubier était le liber de l'année précédente, ses organes élémentaires devraient être plus volumineux que ceux du liber de l'année, et c'est justement le contraire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 janvier. — *Présidence de M. Lisfranc.*

M. le président annonce qu'il y a lieu de nommer deux associés libres. M. Breschet fera d'ici à quinze jours son rapport sur les associés étrangers.

PAINS DE FARINE DE FROMENT MÉLANGÉE DE FÉCULE DE RIZ ET DE POMME DE TERRE.

M. Chevallier, rapporteur de la commission chargée d'examiner un travail de M. Arnal sur ce sujet, annonça qu'avant de présenter l'analyse de ce mémoire, la commission a cru devoir montrer à l'Académie des échantillons des pains obtenus par ces mélanges.

La commission a donc fait fabriquer de ces pains qui ont été soigneusement pesés à la sortie du four ; elle est arrivée aux résultats suivans, qui ne sont pas tout-à-fait les mêmes que ceux de M. Arnal.

Sept livres de farine de froment non mélangé, ont donné un pain pesant	8 liv. et 1/2
Six livres de farine de froment mêlé à une livre de fécule de pomme de terre ont donné un pain de	10 liv. 3 onces.
Six livres de farine de forment et une livre de fécule de riz	10 liv. 5 onces.

M. Chevallier fait passer de ces deux derniers pains à l'Académie ; la plupart des membres en goûtent, et l'impression générale paraît être favorable.

M. Loiseleur-Deslongchamps rappelle qu'il y a deux ans, un pain fait avec la fécule pure de pomme de terre a été présenté à l'Académie (par M. Gannal) ; et il s'étonne qu'on n'en ait pas encore fait le rapport. Cette observation n'a pas de suite.

RAPPORT ET DISCUSSION SUR LES EAUX MINÉRALES.

M. Chevallier fait un rapport très étendu sur une quinzaine de mémoires adressés en 1833 par les médecins des eaux minérales. Il est à regretter que l'Académie ne reçoive qu'un si petit nombre de travaux, et que la plupart même soient si peu complets ; le ministre s'est plaint que les rapports de l'Académie ne fournissent pas plus de données utiles à l'administration ; il est évident que la faute n'en est point à l'Académie, qui ne peut rendre compte que des travaux qu'on lui adresse.

Voici la lettre du ministre :

« D'après les dispositions de l'ordonnance qui l'a instituée, l'Académie royale de médecine doit servir de conseil au gouvernement pour tout ce qui concerne les épidémies, l'examen et l'application des eaux minérales.

» Pour donner à l'Académie le moyen de remplir cette partie de sa mission, mon ministère n'a jamais manqué de lui envoyer tous les rapports qui lui étaient adressés par les médecins inspecteurs des établissemens des eaux minérales.

» Cependant, depuis l'institution de l'Académie, ces communications paraissent avoir été à peu près stériles, et l'administration n'en a point tiré les fruits qu'elle devait s'en promettre.

» Je pense en effet que les documens dont je viens de parler ne sont pas envoyés à l'Académie pour rester enfouis dans les archives, et qu'il doit y avoir quelque résultat à obtenir, soit de l'examen et de la comparaison des faits et des observations qu'ils renferment, soit de leur imperfection même.

» Il me semble utile d'avoir une statistique raisonnée progressive des divers établissemens où sont administrées les eaux minérales, de constater l'affluence qu'ils attirent, les améliorations qu'ils ont reçues, celles qu'ils réclament encore, les principaux résultats obtenus de l'application des eaux dans le traitement des maladies.

» Les rapports de MM. les médecins inspecteurs que l'administration envoie à l'Académie, doivent fournir les matériaux de ce travail. Si les rapports sont incomplets ou insuffisans ; s'ils trahissent chez leurs auteurs l'ignorance et l'oubli des principes, ils peuvent être l'objet de critiques propres à éclairer l'administration, et amener une meilleure organisation du service. »

La commission des eaux minérales propose de répondre au ministre ; « que l'Académie a bien senti toute l'importance du travail demandé, mais qu'elle s'est trouvée dans l'impossibilité de le faire, par la raison que les rapports transmis par MM. les médecins inspecteurs sont en trop petit nombre ; qu'en effet l'Académie n'avait reçu, sur les services des établissemens de bains en 1830, 31, 32, que 21 rapports au lieu de 246. »

Une longue discussion suit ce rapport. M. Desportes rappelle qu'il a proposé, il y a déjà plusieurs années, et que l'Académie a adopté après discussion un tableau général de questions qui seraient adressées à tous les médecins des eaux minérales de France, avec invitation d'y répondre. Le tableau a été envoyé au ministre ; mais une commission subséquente a détruit ce premier travail pour lui en substituer un autre. M. Desportes demande qu'on adopte pour l'avenir une série complète de questions auxquelles on demandera une réponse ; c'est là le seul moyen d'avoir de bons travaux.

M. Mérat. Le tableau actuel suffit de reste ; on a réservé une colonne pour toutes les observations particulières. Mais ce ne sont pas les tableaux qui manquent : c'est le zèle des médecins des eaux.

M. Husson. Il est difficile d'exiger de la plupart d'entre eux des travaux bien étendus. Leurs fonctions sont extrêmement pénibles ; j'ai vu M. Lucas à Vichy se lever avant quatre heures du matin, et occupé jusqu'au soir à diriger ses malades ; comment aurait-il eu le temps de remplir vos tableaux ? Il en est de même de M. Bertrand au Mont-d'Or, et d'un grand nombre d'autres.

M. Ferrus. Ce sont précisément les médecins les plus occupés qui nous ont envoyé le plus de travaux.

M. Husson. Oui, avant qu'on leur eût imposé des séries interminables de questions ; mais depuis cette époque, ils se sont abstenus ; et M. Lucas m'a dit, à moi, qu'il lui était impossible de répondre à toutes.

M. Chevallier. Mais puisqu'ils ont eu le temps de rédiger des rapports durant dix ans, pourquoi le temps leur manquerait-il aujourd'hui ?

M. Double. Parce qu'on n'en a tenu aucun compte. Je crois que ce n'est pas le temps qui manque ; ce n'est pas même le zèle ; mais le découragement arrive bientôt quand on voit des travaux consciencieux négligés, jetés au rebut. Quand le ministre voudra utiliser réellement ces travaux et les encourager, j'ose répondre que vous en aurez ; mais à cette condition seule. Voilà ce qu'il faut répondre au ministre. — M. Double finit en indiquant quelques suppressions à faire dans le rapport de la commission avant de l'envoyer au ministre.

Le rapport moyennant ces suppressions est adopté.

— M. Gaymard, nommé chirurgien de l'expédition chargée par le gouvernement d'aller sur les côtes d'Islande et du Groenland, à la recherche de *la Lilloise*, écrit à l'Académie pour se mettre à sa disposition si elle veut bien lui remettre des instructions sur la partie scientifique de son voyage. L'expédition partira sous trois semaines.

L'Académie vote des remerciemens à M. Gaymard. La commission chargée de préparer ces instructions est composée de MM. Keraudren, Pariset et Renauldin.

CAS REMARQUABLES D'HYDROCÉPHALE.

M. Esquirol montre à l'Académie le modèle en cire de l'hydrocéphale de Florence dont M. Roux a fait mention dans son voyage en Italie.

M. Esquirol dit que, pendant son voyage en Italie, visitant les riches cabinets de l'hôpital Sta-Maria-Nuova, à Florence, M. Zanetti, professeur aussi distingué qu'anatomiste habile, lui montra la tête de cet hydrocéphale dont les dimensions sont très-considérables et lui en offrit une copie. Cette copie qu'il vient de recevoir, a été exécutée par M. Zicci, modeleur très-adroit et prosecteur du professeur Zanetti.

La circonférence de cette tête est de	920 millimètres.
La distance du trou auditif à l'autre, en passant par le vertex, de	720
Celle de la bosse occipitale à la racine du nez, en passant par le même point, de	595
Le diamètre antéro-postérieur, de	270
Le diamètre transverse, de	260

La tête est pourvue de cheveux blancs et abondans ; des veines d'un très-grand diamètre rampent sur plusieurs points de son étendue et notamment dans la région des tempes.

Les os de la base du crâne existent, ceux de la voûte n'ont jamais existé ; le cuir chevelu et les méninges formaient seuls la cavité encéphalique qui contenait 36 livres de liquide. La masse des lobes cérébraux avait disparu, ou plutôt ces lobes s'étalaient sur toute la surface interne des méninges, en manière de membrane dont l'épaisseur était d'une à deux lignes. Le corps calleux, les couches optiques et les corps striés étaient conservés.

L'hydrocéphale, qui fait le sujet de cette observation, était une petite fille morte à deux ans et demi ; elle était très-maigre, sa taille était celle des enfans de son âge, ainsi que son intelligence.

M. Esquirol compare les dimensions de la tête de cet enfant aux dimensions de la tête d'un anglais, également hydrocéphale, mort âgé de 27 ans ; et dont M. Spurzheim a publié l'observation.

La circonférence de la tête de ce dernier était de	880 millim.
Le diamètre antéro-postérieur, de	293
La distance d'un trou auditif à l'autre, en passant par le vertex, de	400,

M. Esquirol montre encore à l'Académie le crâne d'un fœtus hydrocéphale, fœtus qui était comme greffé à l'épiploon gastro-colique. Le crâne ossifié est reconnu ; le sternum, les côtes, les vertèbres, les membranes sont très-faciles à reconnaître. La femme chez laquelle M. Esquirol a trouvé ce fœtus, était âgée de plus de 60 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à cet âge et avait de l'embonpoint ; son ventre était volumineux, mais sans douleur. Depuis plusieurs années elle habitait la Salpêtrière où elle mourut en 1820.

Le squelette de ce fœtus et la copie des deux premiers hydrocéphales font partie de la belle collection d'anatomie pathologique de M. Esquirol.

Plusieurs idiotes ont offert à M. Esquirol des épanchemens dans le crâne, avec amincissement de la substance qui forme les lobes du cerveau. La substance du lobe gauche s'est montrée plus complètement altérée que celle du lobe droit, et cette altération coïncidait avec la contraction et l'atrophie des membres du côté opposé.

M. Amussat présente une jambe qu'il a amputée ce matin, pour cause de carie des os du tarse et de l'articulation tibio-tarsienne. Elle offre ceci de remarquable que les tuniques des artères sont ramollies jusqu'au niveau où l'amputation a été faite ; la torsion a néanmoins été pratiquée avec succès. M. Amussat se livre sur ces artères à des expériences qui montrent, pour un cas aussi grave, la supériorité de la torsion sur la ligature. Nous donnerons cette observation complète.

— M. Lisfranc annonce que le malade, dont il a entretenu l'Académie dans la dernière séance, est dans un état qui dépasse tout ce qu'on pouvait espérer. Il n'y a eu aucun accident ; dès le troisième jour l'opéré a pu rester levé durant plusieurs heures ; le quatrième jour il s'est promené dans l'appartement ; le sixième, il est sorti sur le boulevard extérieur, et aujourd'hui, dixième jour, il est venu à l'hôpital de la Pitié, où le professeur l'a montré presque guéri aux nombreux élèves qui se pressent à sa clinique. (Nous publierons prochainement cette remarquable observation.)

Séance levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE PLEURO-PNEUMONIE AVEC ÉPANCHEMENT THORACIQUE, SUIVIE DE GUÉRISON ; recueillie par le docteur J.-E. Chevalley de Rivaz, médecin de l'ambassade de France à Naples.

Obs. — Le nommé Jean ***, ouvrier à la verrerie de Pausilipe, âgé de 37 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, ayant éprouvé une vive frayeur, occasionée par le péril que courut un de ses enfans, le 12 novembre 1833, époque où l'affection catarrhale épidémique qui régnait alors à Naples était dans sa plus grande force, fut pris dans la soirée d'un frisson bientôt suivi d'une fièvre intense, en même temps qu'une douleur vive se manifesta sous le sein droit, s'accompagnant de toux et de dyspnée considérable.

Une saignée ayant été pratiquée et trois sangsues ayant été appliquées sur le point douloureux du thorax, cette affection sembla être enrayée, lorsque ce malade ayant suivi le funeste conseil de boire des limonades froides dans le même temps, les phénomènes morbides ci-dessus ne tardèrent pas à se montrer avec une nouvelle force les jours qui suivirent une semblable imprudence. L'expectoration de muqueuse d'abord devint rouillée, et l'oppression ainsi que le point de côté s'accrurent avec une intensité d'autant plus grande que cet infortuné, privé pendant plusieurs jours des secours de l'art, continua de faire usage pendant tout ce temps de la médication qui avait amené la recrudescence de sa maladie.

Ayant été prié par M. Brégy, directeur de la fabrique, de vouloir bien donner mes soins à ce malheureux le 18 novembre (sixième jour de sa maladie), voici les symptômes qu'il présentait lorsque je l'observai alors. Faciès jaunâtre, pommettes colorées ; rire sardonique, peau chaude, sèche ; pouls petit, fréquent ; douleur profonde sous le sein droit, s'irradiant dans toute la partie antérieure du thorax avec immobilité des côtes du même côté ; dyspnée considérable ; toux fréquente, douloureuse, expectoration visqueuse de couleur rouillée. La percussion donne un son mat dans toute la partie antérieure, latérale et postérieure du poumon droit ; à gauche le son est normal. Le stéthoscope fait reconnaître l'absence de la respiration dans le côté droit du thorax, excepté sous la clavicule où l'on distingue de la bronchophonie mêlée de râle crépitant, et le long de la colonne vertébrale, ainsi que vers l'omoplate où l'égophonie est manifeste ; dans le côté gauche de la poitrine la respiration est puérile. Langue sèche, sensible à l'épigastre et dans le reste de l'abdomen avec soif et constipation. (15 sangsues sur le côté douloureux, suivies d'un cataplasme émollient ; vésicatoires aux jambes ; orge miellé pour boisson ; toutes les trois heures un paquet contenant un grain de calomel et deux grains de poudre de James ; diète.)

Le 19, à la suite de l'application des sangsues, la douleur de côté a considérablement diminué ainsi que la violence de la toux ; mais l'état de la poitrine n'a pas changé ; la respiration continue à être gênée ; l'état du pouls est le même ; la langue est toujours sèche et l'expectoration est plus difficile que la veille. La constipation persiste également. (Continuer la même boisson ; julep béchique avec 1 once d'oximel scillitique et 2 gros de kermès minéral, une cuillerée toutes les heures ; lavement émollient ; diète.)

Dans la soirée le malade est affecté de délire avec fièvre considérable ; soubresants des tendons.

Le 20, agitation extrême pendant la nuit ; ce matin continuation du délire et des soubresauts des tendons ; yeux ternes ; visage abattu ; peau froide ; pouls filiforme et fréquent ; prostration des forces ; expectoration nulle ; oppression augmentée ; même état des organes respiratoires que les jours précédens ; absence de douleur à l'épigastre et dans l'abdomen. (Pilules de musc de 3 gros chacune, une toutes les trois heures ; vésicatoire de 5 pouces de diamètre sur le côté droit du thorax ; sinapismes aux cuisses ; continuation de l'eau d'orge miellée pour boisson et du julep kermétisé ; diète.)

Le 21, une sueur considérable offrant l'odeur de musc s'est manifestée dans la soirée d'hier et a amené la diminution du délire et de la dyspnée, ainsi que le retour de l'expectoration de crachats visqueux de couleur orange terne. Une selle contenant un ver lombric a eu lieu dans la nuit. Ce matin la fièvre est modérée, le pouls est mou, et le côté droit du thorax offre à l'auscultation et à la percussion les mêmes signes notés précédemment ; le malade se plaint d'éprouver une grande lassitude et des douleurs contusives dans les membres ; langue humide et blanchâtre. (Eau d'orge miellée et julep avec oximel et kermès ; sinapismes conditionnels ; diète.)

Le 22, même état et même prescription. Cessation de l'égophonie par suite de l'augmentation de l'épanchement thoracique.

Le 23, somnolence pendant toute la nuit ; abattement accompagné de stupeur ; augmentation de la dyspnée ; diminution de l'expectoration ; bouche sèche, néanmoins fièvre modérée et quelques bulles de râle crépitant de retour sous le sein droit. (Eau d'orge miellée ; julep avec infusion de poligala ; gomme ammoniaque ; oximel et kermès ; je permets en outre de sucer quelques tranches d'orange ; diète.)

Le 24, les douleurs contusives des membres se font toujours sentir ; l'oppression est toujours la même ; la toux et l'expectoration ont reparu, mais cette dernière est maintenant simplement muqueuse ; la matité du côté droit du thorax persiste encore, excepté sous la clavicule, le sein droit, et à la pointe du scapulum où le râle crépitant de retour commence pareillement à se manifester ; diarrhée. (Même prescription que la veille ; plus bouillon de poulet ; vésicatoire de cinq pouces de diamètre à la partie latérale et inférieure droite du thorax.)

Le 25, apyrexie ; la constipation a remplacé le dévoiement, et le malade se plaint d'éprouver des nausées et une inappétence complète ; langue blanchâtre et amère ; du reste même état. (Une once de crême de tartre et une once de magnésie, qui produisirent quatre évacuations liquides dans la journée, suivies de soulagement.)

Le 26, l'apyrexie continue ; la bouche est moins mauvaise, mais l'oppression ne diminue point, et il s'y est joint une douleur vive dans toute l'étendue de l'arrière-gorge. (Hydrogala pour boisson ; vésicatoire de quatre pouces à la partie supérieure du côté droit du thorax.)

Le 27, même état. (Gargarisme avec eau d'orge et miel rosat ; décoction de pommes pour boisson ; kermès et ipécacuanha, de chaque 3 gros ; gomme arabique 1 once, en paquets, une dose toutes les deux heures ; bouillon.)

Le 28. L'ardeur de l'arrière-gorge est moindre et l'expectoration plus facile ; malgré cela la dyspnée persiste, ainsi que la matité de la moitié inférieure du côté droit du thorax ; depuis hier il est survenu des douleurs dans les cuisses et les genoux ; les urines jusqu'alors blanchâtres commencent à devenir sédimenteuses ; le sommeil est plus suivi ; la langue est humide et l'appétit commence à se manifester ; deux vers lombrics ont été encore rendus ; toujours apyrexie. (Même prescription que la veille ; bouillon, pomme cuite ; raisin.)

Les 29 et 30, même état et même prescription.

Le 1er décembre, augmentation des douleurs ressenties dans les cuisses ; diminution de la dyspnée ; frissons à divers intervalles dans le côté droit du thorax offrant toujours de la matité dans sa moitié inférieure ; l'égophonie qui avait disparu le 22 novembre est de nouveau manifeste dans la fosse sous-épineuse ; râle crépitant mêlé de râle muqueux dans la partie supérieure ; appétit toujours croissant. (Vésicatoire au dos ; aux alimens permis j'ajoute un peu de poulet et des œufs frais.)

Les 2, 3 et 4 décembre, l'amélioration marche à grands pas ; la matité du thorax diminue graduellement ; on entend parfaitement le râle crépitant de retour, disséminé dans toute la partie postérieure du poumon droit ; au sommet, la respiration est normale. (Même prescription.)

Le 5, le râle de retour se montre aussi à la partie inférieure et antérieure du thorax ; néanmoins il reste encore dans cette partie un point mat dans l'étendue de deux pouces seulement. Diminution de l'appétit avec bouche mauvaise et constipation. (Sulfate de magnésie, 1 once ; vésicatoire volant sur la partie inférieure du côté droit du thorax, où la percussion fait encore entendre un son mat.)

Le 6, les signes stéthoscopiques de la pleuro-pneumonie et de l'hydrothorax ne se font plus apercevoir ; le malade est dans l'état le plus satisfaisant, et son entrée en convalescence est maintenant entièrement assurée. A dater de ce moment, cet ouvrier n'a en effet plus rien ressenti de la maladie qui l'avait mis à deux doigts de sa perte, et après avoir été passer quelque temps chez lui à Caserte, pour consolider sa guérison, vers le commencement de janvier de cette année il

était déjà de retour à la verrerie, où il avait repris ses occupations journalières, et n'a pas cessé un instant, depuis cette époque jusqu'à ce jour, de jouir de la plus florissante santé.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE L'ÉTAT SANITAIRE ET DES MOYENS D'ASSAINISSEMENT DES LANDES DE BORDEAUX, etc.; rapport fait au conseil de salubrité institué près la compagnie d'exploitation et de colonisation de cette partie de la France; par M. P. JOLLY, D.-M. P., secrétaire-rapporteur du conseil de salubrité, médecin-inspecteur des établissemens de colonisation de la compagnie.

Lorsque l'ascendant d'un nom vénéré détermine à lire Hippocrate l'élève ou le jeune médecin docilement formé aux écoles anatomiques et physiologiques de ce siècle, un nouvel horizon se découvre à ses yeux, et il sent bientôt l'imperfection d'une éducation médicale qui, toute basée sur des principes d'une nouveauté présomptueuse, le laissait étranger à d'admirables traditions. Pour ce qui concerne spécialement notre sujet, nous demanderons quelle est la part de l'hygiène publique et générale dans les écoles, depuis qu'on a tant répété qu'il n'y a de médecin que l'anatomiste qui sait rapprocher les symptômes des lésions d'organes, en admettant pour cause prochaine des maladies ou le hasard ou l'irritation? Que cette philosophie médicale qui méconnaît l'unité des forces de la vie, de la puissance collective de l'organisme, et qui isole l'homme du monde extérieur, soutient défavorablement le parallèle avec tant de belles maximes, et notamment avec le sublime traité des airs, des eaux et des lieux d'Hippocrate!

Heureusement pour la compagnie d'exploitation et de colonisation des Landes, le médecin inspecteur de ces établissemens n'est pas seulement anatomiste et physiologiste; appelé à visiter cette contrée presque vierge, pour y signaler les causes d'insalubrité et les moyens d'assainissement, M. Jolly a compris la portée et les difficultés de sa mission, et il s'en est acquitté d'une manière digne de ses antécédens dans la science.

Après la situation du médecin qui se dévoue dans les épidémies, nous n'en connaissons pas qui relève davantage la médecine que celle où l'homme de l'art est consulté pour de grandes mesures d'hygiène publique. Alors, en effet, ce ne sont plus des services isolés que, *la nature aidant*, il rend obscurément à quelques familles; ce sont des populations qu'il préserve d'incessans malheurs, et le bienfait se perpétue d'âge en âge. L'homme dont les lumières, les sollicitations ou les ordres ont fait tarir un marais infect, ou réformé quelque usage général profondément nuisible, devrait avoir son nom en vénération chez les peuples qu'il a préservés, comme les Grecs honoraient Hercule pour avoir étouffé l'hydre de Lerne.

Le rapport de M. Jolly sur l'état sanitaire et les moyens d'assainissement des landes embrasse son objet d'un point de vue scientifique élevé et dans la forme et les limites convenables. Il a fallu un heureux concours d'instruction, de discernement et de zèle pour voir tant de choses et les apprécier si bien dans le peu de temps que lui a pris ce voyage. On trouve habilement exposées dans ce rapport les conditions topographiques, géologiques, hydrographiques, météorologiques des landes; l'hygiène générale des habitans, leur constitution et leurs maladies. Ce travail renferme aussi des vues utiles sur les ressources agricoles et industrielles du pays, et il est rassurant de penser que, sans reléguer ses fils sur une terre ingrate, la France pourrait au besoin trouver dans les landes un débouché à l'excédant de sa population croissante. Cependant telles qu'elles sont les landes sont malsaines. « Mais, dit M. Jolly, s'il nous est permis de conclure du témoignage de nos propres sens sur tout ce qui précède, nous dirons avec une profonde conviction: 1° qu'il n'est aucune des causes d'insalubrité que nous avons signalées dans les lieux ou les individus, qui ne puisse disparaître, soit par des travaux de canalisation, soit par l'action d'une saine politique, soit par la seule volonté des habitans; 2° que le sol extérieur des landes offre partout des terres vagues et incultes, mais nulle part des terres stériles; 3° que le sol intérieur renferme partout des élémens de fabrication et d'exploitation qui n'attendent que les efforts de l'industrie pour être mis en œuvre; 4° en un mot, que la nature a tout fait pour la fortune du pays, mais que l'industrie n'a répondu à ses dons que par une froide insouciance ou par une coupable ingratitude. »

Un projet de réglement sanitaire pour les travaux de la canalisation des landes de Bordeaux termine ce rapport, dans lequel M. Jolly fait preuve de variété dans les connaissances, de méthode dans l'exposition, et de saines notions en hygiène publique.

A. L...

FRAGMENS PSYCHOLOGIQUES SUR LA FOLIE; par Franç. LEURET, D.-M. (1)

Pour être complettement justes envers l'auteur de cet ouvrage, il nous faudrait donner à notre analyse une étendue que ne comportent pas les limites de cette revue bibliographique. Ce livre n'est composé que d'une suite d'observations entremêlées çà et là de quelques courtes remarques la plupart ingénieuses ou profondes. Or, les observations tirent tout leur intérêt des détails et des circonstances des faits, et surtout de leur nombre; il est impossible de les analyser; car les analyser serait les détruire. On cite des observations, on ne les analyse pas. Nous devons ajouter que le talent descriptif de l'écrivain nous laisserait peu d'espoir de toucher à ses récits sans les gâter. Quant aux remarques et commentaires dont les observations sont accompagnées, il nous serait plus facile d'y chercher et peut-être d'y découvrir une unité de vues et d'idées qu'on pourrait à la rigueur reproduire sous la forme d'une doctrine; mais il y aurait quelque témérité de notre part à prétendre aller plus loin que l'auteur n'a voulu, et imposer à ses idées une forme d'exposition qu'il n'a pas choisie; ce serait même peut-être ôter à son livre son caractère le plus original et le plus remarquable, je veux dire l'esprit philosophique qui y domine d'un bout à l'autre, et l'excellente méthode qui a présidé au plan et à l'exécution.

Ce sera donc assez pour nous de faire connaître et cette méthode et cet esprit. Dans notre opinion, c'est le plus digne éloge que nous puissions faire de l'auteur, et le meilleur moyen de donner quelque utilité à notre examen. Le véritable esprit scientifique est si rare parmi nous, malgré les prétentions exclusives et quelque peu ridicules que nous voyons afficher dans les ambitieuses préfaces de la plupart des ouvrages de médecine, que c'est une bonne fortune de rencontrer un livre qui n'a pas de préface, mais où les *regulæ philosophandi* sont mises en pratique dans toute leur rigueur.

Depuis 150 ans que la méthode dite d'observation a été sinon découverte (car elle est aussi vieille que la philosophie même), du moins popularisée, enseignée et prêchée par les successeurs de Bacon et de Descartes, et notamment par les philosophes du dix-huitième siècle, qui s'en prétendirent les possesseurs exclusifs, elle n'a guère été véritablement suivie que dans les sciences physiques et naturelles. Newton, qui en avait lui-même formulé les préceptes d'une main si ferme, y resta constamment fidèle dans tous ses travaux. Dans les sciences morales et philosophiques, il en a été autrement. Les philosophes de cette époque, bien que disciples de Bacon et de Locke, ne tardèrent pas à abandonner la voie tracée par leurs maîtres, au point que la philosophie du dix-huitième siècle, aventureuse et téméraire plus qu'aucune autre, figurera dans l'histoire de la science comme un des plus déplorables abus de l'esprit de système. En médecine, même contradiction entre les maximes et la pratique. La science a été tour à tour sous le joug du brownisme, de la chémiatrie, du physiologisme, du contro-stimulisme; systèmes vains et sans bases, imposés cependant à la foule au nom de l'observation, de l'expérience, de l'analyse, et autres grands mots qui sont au service de toutes les erreurs, comme ceux de patriotisme et de bien public au service de tous les partis. Aujourd'hui même, pendant que la science se croit sur le grand chemin de la vérité et se glorifie de ses triomphes, elle est envahie par deux systèmes aussi ridicules et aussi extravagans qu'aucun de ceux dont nous rougissons pour nos crédules ancêtres: l'homœopathie et la cranologie. Tel qui sourit de pitié à propos de la panacée de Paracelse et des quatre humeurs galéniques, croit fermement à la vertu des quadrillionièmes et aux innombrables pouvoirs de la psore; tel autre qui se moque des chiromanciens et des métoposcopes des seizième et dix-septième siècles, ou des physiognomonistes du dix-huitième, admet comme articles de foi toutes les billevesées du phrénologisme; et ce qu'il y a de mieux, c'est que les uns et les autres prétendent ne reconnaître que l'autorité des faits et pro-

(1) Un vol. in-8°. Chez Crochard, place de l'École-de-Médecine, 13.

fessent le plus souverain mépris pour ce qu'ils appellent les faiseurs d'abstractions et les métaphysiciens. En vérité, on a eu tort de dire que notre siècle était sceptique. Il y a aussi dans le monde scientifique une populace qui ne demande pas mieux que de croire; il existe aussi aujourd'hui des sciences occultes qui ont des livres, des chaires et des professeurs publics, comme jadis l'astrologie. Le langage et les formes seules ont changé, mais au fond c'est absolument la même chose.

Ainsi cette méthode scientifique par excellence que notre époque regarde comme son plus beau titre de gloire, n'est guère mieux appliquée aujourd'hui qu'elle ne l'était, dit-on, autrefois. La raison en est que la méthode n'est rien et ne fait rien toute seule; tout dépend de la nature de l'esprit qui la dirige et la pratique. De tout temps on a su qu'il fallait en tout bien voir et bien entendre, fuir l'erreur, rechercher la vérité, constater les faits, ne croire que les choses démontrées, expérimenter avec soin et observer avec exactitude. C'est, en définitive, à ces préceptes et autres semblables que se réduit la méthode. Descartes les formula avec une précision supérieure, mais les viola tout le premier, nommément dans sa physique, où il lui eût été, ce semble, le plus facile de les suivre. La méthode n'étant, en dernière analyse, que l'emploi le plus régulier et le mieux entendu de nos facultés de connaître et de la raison, il n'est pas étonnant que ceux qui en parlent le plus la pratiquent si mal. Il n'y a pas de méthode qui redresse les esprits faux.

C'est surtout dans la science médicale que l'application des préceptes de la méthode est difficile. Il n'est pas aisé de bien voir dans les ténèbres, quelque bon usage qu'on fasse de ses yeux, et je pense que les difficultés propres de cette science sont la principale cause de son imperfection relative. La pathologie n'aura jamais, je crois, un ensemble de faits aussi réguliers et aussi solidement établi que la chimie; et dans la pathologie même il y a des côtés qui seront toujours mieux connus que d'autres. Cette considération devrait être continuellement mise sous les yeux de ces petits esprits qui, ayant entendu dire que l'audace sied bien au génie, prétendent embrasser sous leur étroit compas toute l'étendue de ce vaste horizon, et assurent avec intrépidité que la science est finie, parce qu'ils ont trouvé un mot nouveau pour désigner quelque vieille hypothèse.

Ces réflexions générales sur la méthode ne sont peut-être pas déplacées à propos du livre de M. Leuret; car ce livre a pour objet une des branches les plus obscures de la science médicale, et qui, en raison de son obscurité propre, a été le plus infectée d'hypothèses et de faux systèmes. L'auteur a le grand mérite d'avoir compris toutes les difficultés du sujet, et la meilleure preuve qu'il nous donne de son esprit philosophique, c'est d'avoir su se tenir rigoureusement en garde contre les entraînemens des idées régnantes et des systèmes adoptés; en un mot, d'avoir su observer et décrire les faits purement et simplement, sans parti pris, sans préjugés scientifiques ou autres. Il est beaucoup plus difficile qu'on ne le pense généralement de se placer dans ces conditions intellectuelles, et pour s'y maintenir il faut une vigueur et une rectitude de jugement peu ordinaires.

Sous ce rapport, le travail de M. Leuret est extrêmement remarquable, et, comme nous l'avons dit, éminemment original. Ce n'est pas un traité de la folie, mais un simple recueil d'observations, de faits d'aliénation mentale. Ceux qui voudraient savoir ce que c'est que la folie, quels sont sa nature, ses causes, son siége et ses espèces feront bien de ne pas ouvrir ce livre, car M. Leuret ignore profondément toutes ces choses; ils doivent s'adresser à quelqu'un de plus instruit; par exemple, à M. Broussais, qui sait le dernier mot de tout. Mais ceux qui seraient bien aises de faire connaissance avec ces êtres singuliers et mystérieux qu'on appelle des fous, et d'assister au triste, mais attachant spectacle de ces bizarres états de notre nature morale, seront complètement satisfaits. M. Leuret est un des premiers qui, en s'occupant de l'aliénation mentale, ait commencé d'abord par étudier les aliénés, précaution fort simple en apparence, mais pourtant peu pratiquée. La plupart des auteurs de notre époque, préoccupés qu'ils sont de la recherche du siége anatomique des maladies et croyant ne rien savoir sur la folie tant qu'ils ne l'auraient pas, comme ils disent, localisée, ont plus songé à observer les cerveaux des aliénés morts que les phénomènes intellectuels et moraux des vivans. M. Leuret a pris la route inverse. Bien qu'il y ait peu d'anatomistes en France aussi versés que lui dans la connaissance du cerveau, il ne parle de l'anatomie pathologique de la folie qu'une seule fois, en passant, et pour montrer la vanité des recherches des localisateurs.

Les réflexions suivantes nous paraissent très-remarquables dans la bouche d'un de nos anatomistes les plus habiles.

« M. Esquirol, qui possède une collection d'environ 700 crânes de » femmes aliénées dont il a fait l'autopsie à la Salpêtrière, est resté, » pour ce qui regarde l'anatomie pathologique de la folie, dans une incertitude motivée sur le grand nombre de faits contradictoires, et sur » l'absence de lésion appréciable dans un grand nombre de cas.

» Un des principaux reproches que l'on peut faire à ceux qui disent » avoir trouvé dans l'état du cerveau des aliénés la cause matérielle de » leur délire, c'est de n'avoir pas constaté l'état du cerveau dans les » individus sains d'esprit. »

Cette dernière remarque, fort juste, peut s'appliquer à la plupart des prétendus faits sur lesquels s'appuie en général la pratique médicale.

M. Leuret ajoute :

« Voyez à quoi tient, dans certains cas, le retour à la raison, et jugez si l'on peut attribuer une conception délirante, par exemple, à un » épaississement des membranes, à une injection sanguine, une altération de tissu. Un homme se croit mort: on le vexe, on le bat, il est » guéri..... Que se passe-t-il là? ce qui se passe en nous quand nous » changeons d'avis, quelque chose de réel, sans doute, mais d'inappréciable pour nos sens. »

On ne peut penser plus philosophiquement, ni mieux dire sur cette question.

L'ouvrage de M. Leuret étant, comme nous disions, un recueil d'observations de cas de folie, il a pu leur donner l'épithète de *psychologiques*, qui en effet leur convient mieux que toute autre. Il est temps que les médecins consentent à employer la langue de la philosophie quand ils parlent philosophie, et qu'ils cessent de vouloir désigner avec leur phraséologie anatomique un ordre de phénomènes auxquels elle n'est pas applicable.

Pour ne pas nous borner à cette beaucoup trop vague appréciation, nous indiquerons les principales divisions de l'ouvrage de M. Leuret pour qu'on en connaisse au moins le plan.

Sa division générale, qui est plutôt un cadre d'arrangement qu'une véritable classification scientifique, établit deux ordres d'aliénations mentales; les unes plus particulièrement distinguées par *le délire de l'intelligence*; les autres par *le délire des passions*. Sous ces deux titres généraux dont il ne se dissimule ni l'inexactitude ni l'insuffisance, les histoires de maladies, sont rangées également sous les titres suivans : 1° incohérence des idées; 2° cohésion anormale et fixité d'idées fausses; 3° hallucinations; 4° visions; 5° incubes; 6° inspirations passives; 7° monomanie d'orgueil; 8° ascétisme; 9° hypocondrie; 10° terreur de la damnation.

Parmi ces divers chapitres nous désignerons le 2ᵉ, le 6ᵉ et le 8ᵉ comme plus particulièrement remarquables par la nouveauté des vues, la sagacité de l'analyse et l'intérêt des faits.

X.

RAPPORT ADRESSÉ A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DU COMMERCE, par M. de Ségur du Peyron, sur la question des quarantaines.

L'auteur, dans cette brochure, examine d'abord si la fréquence des importations de la peste en Europe est en rapport direct avec la plus grande activité commerciale. Sans le suivre dans les détails historiques entamés au dixième siècle, et qu'il poursuit jusque dans le dix-neuvième, arrivons avec lui à cette conclusion, savoir, que le commerce facilite le transport de la peste, et que le seul moyen de concilier les intérêts commerciaux avec la santé publique est de s'assurer que les personnes ou les marchandises arrivant des lieux suspects ne renferment aucun germe de maladie. Pour atteindre ce but, le système d'isolement fut mis à l'essai, et les résultats obtenus encouragèrent à persister dans cette voie. Cependant les mesures sanitaires furent l'objet d'attaques continuelles, parce qu'elles lésaient certains intérêts commerciaux. La doctrine de la non-contagion accrédita davantage ces clameurs, et la suppression des quarantaines fut demandée comme entrave funeste à certaines relations commerciales.

L'auteur, qui a reçu une mission spéciale du ministre, chargé de procéder à une enquête sur les modifications qui pourraient être apportées aux tableaux fixant la durée des quarantaines en France, regrette de ne pouvoir pas, faute de lumières, envisager la question sous le rapport médical. Il reste néanmoins convaincu de l'utilité indispensable des lazarets. M. de Ségur pense qu'il serait facile de trouver des moyens de purification plus prompts que l'exposition à l'air; malheureusement certaines marchandises ne permettent pas de les mettre souvent à profit. L'immersion dans l'eau et les fumigations de chlore sont, à son avis, les moyens les plus sûrs pour purifier les divers objets en-

tachés de germes morbifiques ; il croit donc que des modifications notables pourraient être apportées à nos usages sanitaires, et que par de nouvelles mesures de purification et de durée de quarantaines, on rendrait un service important au pays.

L'auteur termine enfin par des conclusions du plus haut intérêt commercial, mais entièrement étrangères aux questions médicales qui, dans un examen de ce genre, doivent pourtant occuper le premier rang.

BOTANIQUE, OU NOTIONS ÉLÉMENTAIRES ET PRATIQUES SUR L'HISTOIRE NATURELLE DES PLANTES; par MM. C. LEBLOND et V. RENDU; ouvrage adopté par le conseil royal de l'instruction publique. La première partie, BOTANIQUE, est en vente. Un vol. in-8° ; prix : 2 fr. 50 c.— Les deuxième et troisième parties seront publiées prochainement (1).

Le but des auteurs en écrivant cet ouvrage, n'a point été de faire un traité complet de botanique, mais d'exposer les principes fondamentaux de cette science; aussi ne vous attendez pas à trouver dans la lecture des notions élémentaires sur l'histoire naturelle des plantes, ce luxe scientifique, ces recherches d'érudition réservés à de plus importans ouvrages. La botanique s'y trouve réduite à ses plus simples élémens; les auteurs ont voulu la débarrasser de ces détails minutieux qui surchargent la mémoire de l'élève qui commence. Ils ont suivi dans la distribution de cet ouvrage une méthode fort simple. L'anatomie et la physiologie végétale les occupent d'abord; leurs définitions sont claires et précises; et chaque application qui pourrait offrir de la difficulté, se trouve souvent éclaircie par des exemples toujours bien choisis. MM. C. Leblond et V. Rendu terminent leur aperçu botanique par l'exposé des classifications de Tournefort, de Linnée et de Jussieu, et offrent un tableau synoptique des plantes d'après la méthode naturelle. C'est par l'application de cette dernière qu'ils étudient enfin les principales familles du régime végétal qui croissent spontanément en France.

Cet ouvrage vient d'être adopté par le conseil royal de l'instruction publique, qui autorise son usage dans les écoles normales primaires. Nous nous empressons de le signaler à l'attention des élèves en médecine qui se disposent à subir leur premier examen.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE M. THOURET-NOROY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS.

Poitiers, le 10 janvier 1835.

Monsieur le rédacteur,

La société de médecine de Poitiers vous adresse le produit d'une souscription qu'elle a ouverte en faveur de M. Thouret-Noroy, et que des circonstances indépendantes de sa volonté ont retardée jusqu'à ce jour.

Comme vous l'avez démontré dans votre estimable journal, on ne peut rendre justiciable d'un tribunal ordinaire un homme qui ne doit l'être que de sa conscience; si cette prétention extraordinaire était admise, elle porterait le coup le plus funeste à l'humanité, aux progrès et à la dignité de la profession de médecin.

Elle désire vivement que le courage du docteur Noroy le fasse triompher dans une cause qui est celle de tous les médecins, et elle sympathise de grand cœur avec tous ceux qui ont répondu à l'appel que vous avez fait à l'indépendance médicale.

J'ai l'honneur d'être avec la plus haute considération,

Chevallier RUFUJAY,
Trésorier de la société.

Pessoulens, le 24 décembre 1834.

Monsieur,

Bien convaincu que la responsabilité du médecin est toute morale, et tonte de conscience, je joins ma faible voix à celle de mes confrères pour protester contre la décision de la cour de Rouen, dans l'affaire de M. Thouret-Noroy, où je ne vois qu'abus et interprétation erronée de la loi.

J'ai l'honneur d'être, etc

J.-B. GOULARD, D.-M.

DIX-SEPTIÈME LISTE DE SOUSCRIPTION.

MM. Dennx, à Estang (Ger.), 5 fr. ; M. Bourdon, à Lezay (Deux-Sèvres, 6 fr. ; MM. Calhaud, Castelet père et fils, à Pertuis (Vaucluse), 10 fr. ; M. Rech, professeur à la Faculté de Montpellier, 10 fr. ; la Société des médecins de Poitiers, 61 fr. 50 c. ; M. Hartzer, à Ensisheim, 5 fr. Total 97 fr. 50 c.

Souscription de l'assemblée générale,	1,732 fr.
Souscriptions reçues jusqu'au 15 novembre par divers journaux,	238
Souscription de la GAZETTE MÉDICALE,	2,383
Montant de la dix-septième liste,	97 50
	4,450 50

VARIÉTÉS.

CONCOURS

Devant la Faculté de médecine de Paris, pour douze places d'agrégés stagiaires.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie sont avertis qu'il y aura des concours publics pour douze places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris. Ces concours seront au nombre de trois, savoir :

Le 1er, pour cinq places de la section de médecine, s'ouvrira le 15 avril 1835;

Le 2e, pour quatre places de la section de chirurgie, s'ouvrira le 15 juin suivant;

Le 3e, pour trois places de la section des sciences préliminaires et accessoires, comprenant l'anatomie et la physiologie (2 places), la physique et la chimie médicale (1 place), s'ouvrira le 16 novembre.

Tous les candidats devront faire preuve de connaissances générales relatives soit à toutes les parties de la médecine ou de la chirurgie, soit aux sciences préliminaires et accessoires. Chacun des concours se composera de trois exercices, savoir : une composition écrite en français; deux leçons orales en français, dont une après vingt-quatre heures de préparation et l'autre après quarante minutes; et une thèse en français. La durée de chaque leçon sera de quarante minutes. Les qualités requises pour être admis au concours sont : d'avoir été reçu docteur en médecine ou en chirurgie dans une des Facultés du royaume ; d'avoir atteint l'âge de 25 ans accomplis, et de jouir de tous les droits de citoyen français.

— Le célèbre professeur Œ tel d'Auspach, connu par ses écrits sur la vertu curative de l'eau froide, a ouvert dans cette ville une école dans laquelle il enseigne et développe son système. Il compte déjà un grand nombre d'élèves.

— Nous avons reçu de M. Fuzet-Dupuget des observations sur l'emploi du sirop de pointes d'asperges, que nous publierons dans un de nos prochains numéros.

— M. Petitmengin, de Remiremont, nous adresse des observations sur un abus de librairie que nous reconnaissons avec lui, mais que nous croyons bien difficile à détruire. Il voudrait que les auteurs de médecine, ceux surtout qui écrivent dans l'intérêt de l'humanité, voulussent bien faire imprimer dans un petit volume à part les additions ou corrections qu'ils font dans les secondes ou troisièmes éditions de leurs ouvrages; de cette façon les médecins de province qui s'empressent d'acheter les bons ouvrages dès qu'ils paraissent, ne seraient pas dans le cas, après un an ou deux, de se repentir de s'être autant pressés. Cet avis s'adresse encore plus aux libraires qu'aux auteurs, et nous craignons fort qu'il ne soit pas écouté.

— L'agenda du médecin pour 1835, publié par la librairie Béchet, se recommande à tous les médecins par son utilité journalière et par tous les renseignemens qui s'y trouvent contenus. Voir l'annonce dans notre avant-dernier numéro.

— On annonce que la peste vient d'éclater à Alexandrie (Égypte), avec le caractère épidémique ; elle a commencé par se montrer dans des huttes de nègres, d'où elle s'est répandue sur la population.

— Le choléra de Marseille fait peu de progrès, et la mortalité diminue tous les jours.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier et E. Lebouvier, rue de l'École-de-Médecine, n° 8.—1834.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 5. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 31 JANVIER 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MALADIES DES ENFANS.

EXPOSÉ SUCCINCT DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT EMPLOYÉES A L'HÔPITAL DES ENFANS MALADES DE VIENNE, par le docteur Goelis, médecin en chef de cet établissement.

(2e et dernier article.)

Nous avons donné la première moitié de ce travail dans notre numéro du 25 octobre dernier; dans la seconde moitié, que nous publions maintenant, se trouvent différentes maladies organiques, les névroses et les maladies de la peau.

Tumeurs lymphatiques sous-cutanées.

Ces sortes de tumeurs cèdent très-bien à l'emploi du nitrate d'argent fondu, dont on les touche, ainsi qu'il a été indiqué à l'occasion de l'hydrocéphale externe partielle. Outre ce caustique on met en usage des fomentations émollientes. S'il y a quelque cachexie, une fièvre lente, ces maladies sont traitées à part. (Voir plus bas fièvre lente.) Lorsque les tumeurs sont ouvertes et qu'elles présentent un mauvais aspect, on les saupoudre avec un mélange de rhubarbe et de charbon finement pulvérisés, ainsi qu'on le fait pour les ulcères scrophuleux.

Tumeurs sanguines de la tête.

M. Goëlis conseille de ne pas ouvrir ces sortes de tumeurs, qu'on rencontre chez les nouveau-nés; il prétend que les enfans meurent fréquemment à la suite d'une semblable opération. Il les touche, comme les tumeurs lymphatiques et l'œdème du cuir chevelu, avec la pierre infernale; et, selon lui, elles cèdent très-bien à ce moyen. Il traite également par la pierre infernale les *nœvi materni*, et les fait disparaître en provoquant ainsi une suppuration.

Rachitisme.

Cette maladie s'annonce quelquefois par un état de faiblesse avant qu'il y ait encore une déformation visible du système osseux. Les enfans ne peuvent ni ne veulent se mettre sur les pieds; ils pleurent et gémissent dès qu'on les soulève: c'est là le premier degré de la maladie.

Plus tard les enfans commencent à avoir la respiration difficile; souvent même ils sont pris d'une suffocation périodique. Ils transpirent beaucoup, surtout à la tête : ici le rachitisme a commencé.

Feuilleton.

SOCIÉTÉ HOMOEOPATHIQUE. — DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A peine introduite chez nous, l'homœopathie commence à vouloir y prendre une position officielle et retentissante. En France il est une chose qu'on prise plus que la renommée, que la gloire et même que le succès, c'est le bruit. Les homœopathes français, impatiens de leur obscurité, s'évertuent pour paraître avec quelque éclat sur la scène médicale, où ils n'ont rempli jusqu'ici qu'un rôle fort subalterne. Peu forts par le nombre, et moins encore par leur importance personnelle, ils ont eu recours à la ressource des faibles, l'association. En attendant que leur doctrine soit une école, les croyans forment une secte; ils ont une société, des réglemens et de beaux plans sur le papier, pour le salut de l'humanité. Mais comme nous avons des lois, bonnes ou mauvaises, qui soumettent l'institution d'une société quelconque à l'approbation du gouvernement, les homœopathes s'adressent au ministre pour obtenir son autorisation; ils lui annoncent en même temps que leur premier exploit sera d'établir d'abord un *dispensaire homœopathique gratuit*, et aussitôt que possible, c'est-à-dire quand ils auront des fonds en caisse, un *hôpital de clinique pour compléter l'enseignement*. Le ministre, voyant qu'il s'agit de médecine, renvoie provisoirement les pièces et la demande à l'Académie, qu'il invite à donner son avis.

Un membre des plus honorables a demandé à ce propos si le ministre pouvait raisonnablement exiger d'une société savante un rapport sur une absurdité? et il a conclu à l'ordre du jour sur cette seule observation. Nous pensons, nous, que le ministre a incontestablement le droit de faire délibérer l'Académie sur une absurdité, quand cette absurdité est une absurdité médicale. C'est un cas qui se présente tous les jours. Le ministre n'étant pas médecin, n'est pas juge des projets qu'on lui présente; il s'en réfère donc à un corps compétent. Cette march est parfaitement régulière et rationnelle. Si donc l'Académie se trouve aujourd'hui saisie du procès homœopathique, comme naguère du procès magnétique, c'est une conséquence naturelle de son institution. Quant au ministre, il n'a fait que ce qu'il avait le droit, et, qui plus est, le devoir de faire.

La communication ministérielle est conçue de manière à soulever deux ou trois questions d'une nature toute différente, que l'Académie n'a pas paru soupçonner, mais qui seront certainement aperçues par la commission.

Les enfans rachitiques nnt une manière particulière de tenir les jambes, lorsqu'ils sont librement couchés sur le dos. Ils les tiennent eroisées et les attirent en baut, de manière à comprendre l'abdomen entre les euisses. Leur urine a une odeur toute spécifique, l'odeur de souris. Leurs pleurs et leurs cris sont caractéristiques, une fois que la maladie est un peu avancée; et une oreille exercée peut toujours deviner le mal à ee seul signe. Les enfans ont rarement soif, même lorsqu'ils souffrent d'une fièvre inflammatoire, avec ou sans affection locale. Leur tête est souvent très-grosse, outre les vices de conformation que cette partie présente nrdinairement, et ils ont généralement plus de capacité que les autres enfans. L'bydrocépbale est chez eux une maladie excessivement rare.

Il y a des enfans rachitiques qui, malgré leur infirmité, présentent l'aspect de la santé : e'est le *rachitis florida*. Ceux-ci ont le plus souvent l'babitus scrophuleux; chez eux la maladie tient probablement à un défaut réel de la matière osseuse. Le traitement est le même dans ce cas; mais le pronostic est meilleur, et les petits malades sont quelquefois promptement guéris au printemps ou en été.

Avant d'entreprendre la cure il faut, bien entendu, écarter tous les symptômes accessoires, comme la toux, la diarrhée, etc.; puis M. Goëlis prescrit généralement et avec le meilleur résultat la poudre suivante :

Pondre d'écailles d'huitres préparées,	demi-once.
Limature de fer,	demi-gros.
Sucre blanc,	3 gros.

M. A en donner une pincée matin et soir.

Il fait prendre avec cela, trois fois par semaine, un bain de fleurs de foin. Les enfans reçoivent pour aliment, une ou deux fois par jour, du café de glands de chêne avec du lait; des potages au bouillon gras, de la viande; les mets farineux leur sont défendus. Il ne permet pas de les mettre assis ou de les porter beaucoup sur les bras; la position couchée leur convient le plus; cependant il ne faut pas les coucher dans des lits de plumes.

On a eu tort, selon M. Goëlis, de dire que les oxides de fer sont mieux supportés que la limature. La garance, même employée d'une manière très-suivie, ne lui a jamais procuré de bons effets dans le traitement du rachitisme. La complication la plus fâcheuse de cette maladie, c'est la coqueluche.

Tension chronique de la peau (cutis tensa chronica).

Cette maladie, sans être très-rare, n'est cependant guère connue; elle est caractérisée par une tension particulière, d'un rouge luisant, de la peau du visage, principalement autour de la boucbe; ou bien encore du creux des mains, de la plante des pieds et de la partie supérieure et interne des euisses. Peu à peu les parties tendues durcissent davantage et se rident; les lèvres se couvrent de eroûtes qui s'étendent quelquefois jusqu'aux joues, et sous ces croûtes se forme un liquide âcre qui corrode en plusieurs endroits les chairs. Il se forme aussi des ulcérations aux cuisses, autour des parties génitales, et aux plantes des pieds, ainsi que dans les mains.

Cette maladie reconnaît nrdinairement pour base un germe de syphilis, et le traitement s'accorde parfaitement avec cette idée théorique : le calomel est l'unique moyen, le moyen spécifique. M. Goëlis le prescrit à la dose d'un quart nu d'un tiers de grain, selnn l'âge, deux fois par jour. Pour boissnn, il fait prendre une décoction de pensée sauvage dans du lait, et de temps à autre il ordonne un bain de son.

Cependant le mal ne guérit presque jamais sans laisser de traces; e'est surtout autour de la boucbe qu'il en reste des vestiges. Souvent même il en résulte une carie ou une autre maladie du système osseux. Dans les cas moins graves, la maladie dégénère en croûte laiteuse.

Fièvre bleue (febris cœrulea).

La maladie que M. Goëlis désigne sous ce nom est une affection *sui generis* non encore décrite, et qui ne doit pas être confondue avec le *morbus cœruleus* provenant d'une maladie du cœur; elle ne se montre que ehez les enfans qui ont depuis 4 jusqu'à 12 mois, et ordinairement chez ceux de la classe pauvre, qui, élevés avec des mets de farine grossiers, séjournent dans des babitations bumides et malsaines. La maladie ne vient que par accès; les enfans deviennent subitement bleus, la respiration est pénible, le pouls petit, dur, spasmodique. L'accès dure quelque temps, disparaît et revient; mais les intervalles deviennent de jour en jnur plus petits, et les accès finissent par se confondre. La pean se couvre fréquemment d'une suenr visqueuse, et la mort arrive d'une manière subite. A l'autopsie, on trouve les vaisseaux sanguins fortement engorgés. Si l'on fait abstraction de l'état fébrile qui accompagne les accès, la maladie présente tous les caractères d'une névrose, et les moyens dont M. Goëlis a retiré le plus de succès sont le succinate d'ammoniaque et d'antres antispasmodiques combinés avec des mucilagineux. Voici sa formule :

Ean de flenr de camomille,	2 onces.
Succinate d'ammoniaq. liquide,	6 gouttes.
Laudanum de Sydenham,	1 goutte.
Teinture de castorénm,	6 gouttes.
Mucilage de gomme arabique,	de chaque demi-once.
Sirop diacode,	

A administrer par cuillerées à café d'beure en beure.

A côté de ces moyens internes, il fait prendre des bains tièdes alcalins; deux litres de lessive par bain.

Lorsque le spasme est levé, il convient de donner un purgatif, le calomel, ou un mélange de rbubarbe et de magnésie.

Les enfans sont encore sujets à une *sueur* chronique particulière qui n'est pas la suette, parce qu'elle n'offre rien de fébrile. Dans ce cas, la peau devient bleuâtre et comme transparente. Cet état peut fort bien être combattu, d'après M. Goëlis, par l'administration d'une légère infusion de quinquina avec du lait, et par des frictions d'huile d'amandes douces répétées plusieurs fois par jour.

Fièvre lente.

La fièvre lente nu hectique est, comme chacun sait, le résultat de maladies très-diverses; la maigreur du cou en est un des premiers signes. M. Goëlis donne ici le café de glands de chêne ou le quinquina sous la forme suivante :

Écorce de quinquina,	1 à 2 gros.
Faire cuire pendant un demi-quart d'heure, et ajouter :	
Poudre de salep,	8 grains.

Nous observerons d'abord que le ministre en voulant séparer la question scientifique de la question de police médicale a tenté une division impossible. L'Académie ne peut se prononcer sur l'utilité ou le danger d'un hôpital exclusivement homœopathique sans s'expliquer sur l'homœopathisme même. Il n'y a pas ici en fait deux questions : il n'y en a qu'une; on peut les séparer verbalement, mais au fond elles rentrent l'une dans l'autre. La décision de l'Académie sur la *convenance* des établissemens homœopathiques est nécessairement subordonnée à son opinion *scientifique* sur les principes mêmes de ce nouveau système. Autoriser les établissemens, c'est approuver la doctrine, et réciproquement. La question n'est donc pas double, elle est une; elle n'est pas administrative, elle est scientifique; elle ne peut pas même ne pas être scientifique. L'Académie, dans tous les cas possibles, n'est jamais consultée que comme corps savant; elle ne tire son autorité que de la science, et toutes ses décisions, sur quelque question que ce soit, se résolvent toujours en une opinion scientifique. En police médicale, tout son rôle consiste à éclairer l'autorité sur les faits qui peuvent intéresser la santé publique; elle prononce par oui ou par non sur la valeur d'un remède secret, formule des préceptes dans un cas d'épidémie; mais dans tous les cas elle ne peut rien ordonner, rien défendre. Ses délibérations sont des consultations et ses jugemens des avis. Dans la circonstance actuelle, elle n'est pas appelée, qu'elle le sache ou non, à déliberer sur autre chose que sur la valeur du traitement homœopathique, c'est-à-dire sur l'homœopathisme, et non sur la demande des pétitionnaires; elle n'a sous sa juridiction ni les hôpitaux ni l'ordre public. Si le ministre la consulte, c'est qu'il le veut bien; car en droit il pourrait se passer de ses conseils.

L'Académie est donc un tribunal scientifique qui ne peut s'occuper que de questions scientifiques. C'est là une considération qu'elle ne devrait jamais perdre de vue dans toutes ses démarches. Elle semble pourtant l'avoir oubliée dans l'affaire de l'homœopathie. Quand un de ses membres est venu dire, pour motiver la nécessité de repondre à la lettre ministérielle, que le ministre avait pris soin lui-même d'écarter la question scientifique, l'Académie a donné des signes d'adhésion, tandis qu'elle aurait dû au contraire réclamer contre une distinction irrégulière en droit et inutile en fait; et lorsque le ministre, dans l'espoir sans doute de simplifier l'affaire, a imaginé cette division, il a peut-être oublié qu'il s'adressait à des médecins, en leur seule qualité de médecins, et auxquels il ne pouvait à ce titre demander qu'une consultation médicale, c'est-à-dire scientifique.

Ce premier point éclairci, passons aux autres difficultés que nous parait soulever la communication du ministre.

Il est évid nt d'abord qu'aux termes de la lettre l'Académie n'a pas à statuer sur la création même de la société homœopathique. Ce n'est pas là son affaire. C'est au gouvernement seul qu'il appartient d'accorder ou de refuser l'autorisation d'une association de quelque nature qu'elle soit; et si le ministre autorisait demain les homœopathes à se réunir, à jours fixes, pour vaquer à la propagation de leur système, sans consulter l'Académie, l'Académie n'aurait rien à dire. Elle est seulement invitée à dire si elle pense que l'établissement d'un dispensaire et d'un clinique homœopathiques soit convenable ou non. Or, ceci est une véritable question médicale sur laquelle l'Academie peut délibérer. Si elle croit à l'efficacité de cette nouvelle méthode, elle se prononcera pour l'affirmative, si non pour la né-

Faire cuire de nouvaau pendant le même temps, pour avoir une colature de 4 onces, et ajouter :

Sirop diacode,	demi-once.

A faire prendre par petites cuillerées d'heure en heure; et selon les cas il ordonne :

Onguent d'althéa,	demi-once.
Onguent napolitain,	2 gros.

M. Pour en prendre la grosseur d'un haricot, et faire, soir et matin, des frictions sur l'abdomen.

Le matin, les enfans reçoivent du café de glands; à midi et le soir, une panade avec un jaune d'œuf ou de la poudre de riz.

Lorsque la fièvre hectique est déjà bien avancée, qu'il y a du dévoiement, M. Goëlis prescrit :

Décoction de racine de guimauve, Infusion de réglisse,	de chaque 2 onces.
Laudanum de Sydenham,	2 gouttes.
Succinate d'ammoniaque liq.	15 gouttes.

Quelquefois aussi la décoction de guimauve est remplacée par autant d'eau de rhue.

Ou bien la formule suivante :

Eau de fleur de tilleul,	2 onces.
Mucilage de gomme arabique,	2 gros.
Succinate d'ammoniaque liquide,	15 gouttes.
Sirop diacode,	demi-once.

A donner par petites cuillerées chaque heure.

Lorsque des enfans scrophuleux sont atteints de fièvre hectique, on peut admettre que chez les six septièmes un hydrocéphale vient mettre fin à la maladie.

Fièvre intermittente.

M. Goëlis traite souvent avec le meilleur succès ce genre de fièvre en faisant prendre la poudre de coquilles d'huîtres seule, à la dose de 15 grains, trois fois par jour. Il prescrit aussi :

Infusion de réglisse, Décoction de guimauve,	de chaque 1 à 2 onces.
Hydrochlorate d'ammoniaque,	10 grains.
Extrait de pissenlit.	1 gros.

A faire prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

S'il existe en même temps des engorgemens viscéraux, il a recours aux frictions faites avec un mélange de parties égales d'onguent nervin et d'onguent napolitain.

NÉVROSES.

Convulsions des nouveau-nés.

Ces convulsions reconnaissent le plus souvent pour cause une irritation encéphalique, et M. Goelis s'oppose constamment à l'emploi des antispasmodiques stimulans, qui, selon lui, ne font qu'aggraver le mal. Les antiphlogistiques conviennent seuls, savoir : le calomel à petites doses, des bains et des lavemens émolliens.

Catalepsie.

L'auteur de cet article n'a vu qu'un seul cas de catalepsie pendant le temps qu'il fréquentait le service de M. Goëlis, et, dans ce cas il y avait complication de vers. Après un léger purgatif, on administra le calomel combiné avec la valériane.

Epilepsie.

Dans un cas d'épilepsie, M. Goëlis fit la prescription suivante :

Poudre d'écailles d'huitres,	demi-once.
— de racine de valériane, Limaille de fer,	de chaque demi-gros.
Sucre blanc,	3 gros.

A prendre à la dose de deux à trois pincées par jour.

Trismus.

M. Goëlis n'a pas encore pu sauver de nouveau-né atteint de cette affection.

MALADIES DE LA PEAU.

Scarlatine.

Le traitement qu'on suit dans le service de M. Goëlis change selon le caractère de la fièvre. Lorsque l'éruption de l'exanthème se fait incomplétement, on fait laver tout le corps avec de l'eau tiède; M. Goëlis se loue beaucoup de ce procédé et ne lui substitue jamais, dès le principe, l'emploi des diaphorétiques, qui peuvent facilement nuire.

Rougeole.

Lorsque des enfans scrophuleux sont pris de cette maladie, il s'en suit facilement une fièvre hectique. De même que la scarlatine, la rougeole doit être traitée selon le caractère de la fièvre et selon les accidens, tantôt par les antiphlogistiques, tantôt par les diaphorétiques. Voici la prescription diaphorétique que M. Goëlis fait dans ce cas :

Eau de fleurs de tilleul,	3 onces.
Esprit de mindererus,	1 gros.
Sirop de guimauve,	demi-once.

Teigne (gourme).

La teigne, ainsi que la croûte de lait et l'herpes, sont souvent d'origine scrophuleuse; car, de même que le vice scrophuleux produit la croûte laiteuse au visage, de même il produit la teigne à la tête et l'herpes sur le corps. Une chose digne de remarque, c'est que, si l'on fait pulvériser une croûte teigneuse bien séchée, et si l'on frictionne avec cette poudre une autre personne à un endroit quelconque, l'endroit frotté devient le siége d'une dartre.

Le traitement intérieur de la teigne est celui de l'affection scrophuleuse. Pour boisson, on fait prendre une décoction de pensée sauvage dans du lait. Sur les croûtes sèches on fait des frictions avec la pommade suivante :

gative. Mais dans les deux alternatives elle n'est qu'une assemblée de praticiens réunis en consultation pour décider si on doit ou non soumettre la capitale à l'expérience d'un nouveau système thérapeutique; or, nous le répétons encore, sa décision affirmative ou négative ne pourra être amenée que par une discussion en règle sur la doctrine homœopathique, elle contiendra formellement ou impliquera tacitement un jugement scientifique sur l'homœopathie; elle sera donc ce qu'elle doit être, purement scientifique, quoiqu'en disent l'Academie et le ministre, si étrangement d'accord en ceci, l'un pour demander ce qu'on ne peut lui accorder, et l'autre pour promettre ce qu'elle ne peut pas faire.

Maintenant il s'agit de savoir si la résolution prise par l'Académie en nommant une commission, c'est-à-dire en consentant à examiner la doctrine homœopathique est contraire ou non à sa dignité, comme on l'a prétendu, conforme ou non à l'esprit de son institution. Sous ces deux rapports la question n'est pas douteuse pour nous. L'Academie peut s'occuper de l'homœopathie comme de tout autre sujet de médecine pratique et de thérapeutique. Sa dignité ne saurait jamais être compromise en s'occupant d'une branche quelconque de la science médicale, et son institution lui en fait même un devoir. Toutes les doctrines nouvelles, quelque extravagantes qu'elles puissent paraître, peuvent être agitées dans son sein sans aucun danger pour sa considération, pourvu qu'elle procède avec maturité, et réflexion, et qu'elle se maintienne rigoureusement dans la limite de ses attributions, et comme corps savant, et comme Académie. Nous approuvons donc complétement sa première résolution, bien qu'elle ait été assez mal motivée. Nous ne plaidons pas ici la cause de l'homœopathie : notre opinion à ce sujet est assez connue. Nous avons combattu cette importation allemande comme tant d'autres systèmes imaginaires dont le siècle abonde; mais nous n'admettons pas qu'on ait le droit, scientifiquement parlant, de la repousser par une exclusion formelle. Le temps des proscriptions intellectuelles est passé. Les systèmes les plus fous, qu'ils s'appellent homœopathie, phrénologie, magnétisme, etc., ont souvent des parties raisonnables. Nous ne sommes donc pas plus intolérant pour l'homœopathie, que nous ne l'avons été jusqu'ici pour d'autres doctrines aussi chimériques. En approuvant la nomination de la commission, nous ne cédons à aucun intérêt d'opinion. Nous croyons, comme l'immense majorité de l'Academie, que l'homœopathie est une absurdité scientifique notoire; mais nous pensons néanmoins qu'elle doit s'en occuper si le gouvernement le demande, et donner librement son avis.

Seulement il faut qu'elle n'oublie jamais que ses décisions ne sont pas des arrêts sans appel ni ses opinions des lois; elle doit en conséquence les formuler avec la réserve qui convient à de veritables savans. L'Academie, nous l'avons dit souvent, n'est pas une Sorbonne infaillible, appelée à prononcer sur l'orthodoxie des doctrines soumises à son examen; elle ne doit ni juger ni ordonner, mais seulement opiner et conseiller. Se conformant à ces principes, elle peut impunément s'occuper de l'homœopathie comme elle a fait du magnétisme animal. Si, par exemple, elle répondait au ministre, que l'efficacité des traitemens dits homœopathiques n'étant pas prouvée par les faits, et l'opportunité des essais n'étant pas justifiée par des raisons théoriques valables dans l'état actuel de la science, elle ne croit pas convenable d'établir le dispensaire et la clinique homœopathiques, personne ne pourrait blâmer une décision ainsi formulée, ni s'en plaindre.

Mercure précipité ronge,	15 grains.
Beurre frais,	demi-once.

Pour ramollir les croûtes et les faire tomber, on a recours aux fomentations émollientes.

Dans un cas d'affection de poitrine à la suite d'une teigne répercutée, M. Goëlis a prescrit :

Poudre d'écailles d'huîtres,	demi-once.
Résine de gaïac,	demi-gros.
Sulf. de merc. et d'ant. (éthiops antimonial),	1 scrupule.
Sucre blanc,	3 gros.

A faire prendre par pincées soir et matin.

Croûte laiteuse.

M. Goëlis applique constamment un traitement anti-scrophuleux à cette éruption. Dans ce cas, comme dans toutes les éruptions de nature scrophuleuse, l'herbe de tussilage doit être préférée à l'herbe de pensée sauvage. La croûte laiteuse peut se transformer en croûte serpigineuse; mais alors on peut toujours suspecter une cause syphilitique.

Pemphigus chronique.

Un traitement anti-scrophuleux convient encore dans ce cas.

Gale.

Il y a une espèce de gale, ou plutôt une espèce de maladie psorique, qui n'est pas contagieuse : on l'observe fréquemment à la suite des vaccinations. La gale scrophuleuse ne se transmet pas non plus.

Le traitement antipsorique de M. Goëlis est le suivant : intérieurement il prescrit :

Muriate de magnésie,	de chaque 2 gros.
Sucre blanc,	
Fleurs de soufre,	1 gros.

A prendre par demi-cuillerées à café et plus trois fois par jour.

Pour boisson, du thé d'herbe de tussilage; et extérieurement, en friction, un mélange d'onguent soufré et de savon. Ces frictions se font deux fois par jour, et dans les endroits où il n'existe pas de pustules psoriques.

Intertrigo.

Voici de quelle manière M. Goëlis traite cette espèce d'érythème, qui se présente chez les enfans entre les cuisses et autour des parties génitales.

Sur les parties affectées il fait faire des fomentations avec le mélange suivant :

Eau de chaux,	demi-livre.
Sous-acétate de plomb,	15 grains.

En même temps il cherche à provoquer une éruption à la tête au moyeo de la pommade de Garou.

Intérieurement il administre le calomel à la dose d'un quart de grain ou d'un demi-graio, et du thé de pensée sauvage.

Si l'intertrigo est de nature syphilitique, les fomentations sont faites avec :

Eau de chaux,	4 onces.
Sublimé corrosif,	1 grain.

Aphthes.

Dans ce cas on prescrit :

Miel rosat,	1 once.
Borax,	15 grains.

Pour en toucher quatre fois par jour les points affectés.

La formule suivante sert aussi :

Miel rosat,	1 once.
Sirop de mûres,	demi-once.
Borax,	demi-gros.

Lorsqu'il y a forte stomatite, le borax irrite trop, et il convient alors de n'employer que le miel. On ne doit jamais perdre de vue la fièvre qui peut accompagner les aphthes. La salivation que cette maladie provoque entraîne souvent des vices de la digestion, auxquels on remédie avec l'extrait de pissenlit ou de chiendent dissous dans une eau aromatique.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR UNE CANULE BIVALVE POUR MAINTENIR BÉANTE L'OUVERTURE DE LA TRACHÉE APRÈS LA TRACHÉOTOMIE; par M. MOREAU, chirurgien-élève au Val-de-Grâce.

L'opération qui, dans les cas de membranes croupales, jouit à juste titre de plus de faveur, est la trachéotomie; son but étant de donner à l'air une issue artificielle et un libre accès à l'air dans le poumon, les lèvres de la plaie doivent être maintenues béantes pendant un temps plus ou moins long. A cet effet, on a construit plusieurs instrumens; les plus anciens sont : les lames de plomb recourbées, les tuyaux de plume d'oie; viennent ensuite les pinces à ressort avec les canules droites ou courbes, cylindriques ou infundibuliformes, de métal ou d'autres substances, de différentes dimensions; la canule fixe de M. Coqueret, présentée dans sa thèse inaugurale, n. 185, du 9 juillet 1834; enfin, l'appareil de Lawrence ressuscité par M. Trousseau, et en dernier lieu ma canule bivalve.

Je n'entrerai pas dans une inutile description, ni même dans un examen critique de chacun de ces instrumens; je me bornerai à dire que les seuls actuellement employés sont les canules droites et courbes, dont les défauts sont inséparables de leur conformation : en effet, très-difficiles à introduire entre les anneaux élastiques de la trachée, elles exigent de grandes incisions et l'emploi des pinces à ressort; en outre, comment les maintenir dans la trachée qui les repousse? Il faut les y fixer par un lien qui entoure le cou, étrangle les parties et s'oppose à la

Nous nous contentons aujourd'hui de ces considérations, en attendant que la suite de la discussion nous amènera de nouveau sur ce terrain.

VARIÉTÉS.

— La Gazette médicale qui parait à St-Pétersbourg sous le titre de : *l'Ami de la santé*, vient de publier l'intéressante observation dont nous allons rendre compte.

« Le 5 juillet dernier, pendant un orage épouvantable qui s'était élevé sur le village de Krasnoé-Selo, un coup de tonnerre, plus violent que tous les précédens, vint éclater au dessus du camp d'avant-garde, et frappa le nommé Ragosine, soldat au régiment des grenadiers de S. M. l'empereur d'Autriche. Après lui avoir fait à l'instant même une abondante saignée, on le fit transporter à l'ambulance de Krasnoe Sélo. Le visage et le corps du malade étaient devenus livides; les yeux hagards, roulant dans leurs orbites; la respiration accélérée et en même temps oppressée; un mouvement convulsif contractait les mâchoires. Sa voix était faible et ressemblait plutôt à des gémissemens qu'à une articulation régulière des sons; le pouls battait fortement et avec vitesse; l'agitation du malade était telle que six infirmiers pouvaient à peine le retenir en place; les extrémités, de même que le corps, étaient froides.

» M. Nagoumovitch, médecin en chef du corps de la garde, arriva bientôt à l'ambulance, et fit creuser immédiatement dans le jardin y attenant une fosse de la largeur et de la profondeur d'une demi-sagène, dans laquelle il ordonna d'e terrer le malade jusqu'au cou. L'extrême agitation de ce dernier rendit cette opération assez difficile, quoiqu'il fût entièrement privé de sentiment, et qu'à bien plus forte raison il ne pût apprécier les motifs de cette expérience. On ne l'avait pas encore entièrement entouré de terre, que tous les assistans remarquèrent un changement visible dans ses traits, qui à l'instant même commencèrent à se calmer. Au bout de cinq minutes, le malade revint entièrement à lui, et son étonnement fut extrême de se voir transporté du camp presque dans une fosse mortuaire, et entouré de personnes qu'il n'avait jamais vues jusqu'alors. On le retira de la fosse pour le rapporter dans la salle de l'ambulance, où, à l'exception de thé et d'un léger purgatif, on ne lui administra plus aucun médicament. Dès le lendemain, il se trouva en état de se tenir sur ses jambes et de répondre à toutes les questions qui lui furent adressées par S. A. I. Mgr. le grand-duc Michel et par sir J. Wylie, inspecteur en chef du service de santé, qui étaient venus visiter l'ambulance. Il était entièrement rétabli.

» Une observation faite simultanément donne beaucoup d'intérêt à la première. Le nommé Nikitine, soldat au même régiment, avait été frappé du même coup de tonnerre et apporté à l'ambulance immédiatement après Ragosine. Les symptômes qu'offrait son état, quoique analogues à ceux observés chez le premier malade, ayant beaucoup moins d'intensité, on s'était borné à pratiquer une abondante saignée, sans employer l'immersion dans la terre. Toutefois, malgré la bénignité des symptômes, l'hémiplégie (paralysie de la moitié des membres) fut assez long-temps à guérir, et demanda les soins les plus assidus. »

respiration. Sont-elles droites, elles vont heurter les parois postérieures et internes du conduit aérifère; sont-elles courbes, c'est l'opposé; elles s'arc-boutent contre ses parois antérieures et internes; les unes et les autres sont alors des corps étrangers, qui s'engagent dans les mucosités, les fausses membranes; il faut les écouvilloner, et souvent les retirer, ou le conduit aérien artificiel est obstrué. Pour obvier à ce dernier inconvénient, on a imaginé, il y a long-temps, d'introduire à frottement dans l'intérieur de la canule primitive un autre tube qu'on retirait seul, lorsqu'il s'engorgeait, sans déplacer la canule externe, pièce principale de l'appareil; mais la plupart du temps cette double canule était inutile, parce qu'il se présentait à son orifice des portions de fausses membranes trop grosses pour son calibre; il fallait donc enlever l'appareil; l'on ne s'en sert plus aujourd'hui.

C'est ainsi, en procédant par élimination, et partant de l'idée ingénieuse qu'ont eu les premiers praticiens d'introduire dans la trachée un tuyau conducteur de l'air, que je suis arrivé à la confection d'un instrument dont les résultats me semblent devoir être plus heureux.

La canule bivalve représente un tube aplati sur ses faces latérales, et fendu dans toute sa longueur en deux parties articulées entre elles. En la considérant de son orifice à l'extrémité des valves, on voit qu'elle a la forme d'un cylindre surmonté d'un cône tronqué, surmonté lui-même des deux valves; la partie droite de la canule OCCO (V. F. II), continue à l'infundibulum CDDC, reçoit à l'intérieur un autre tube OC'C'O d'égale ou inégale grandeur qui se meut à frottement de C en O à l'aide d'une coulisse, et permet par son développement de donner à la canule la longueur qu'exige l'état des parties.

Les points indiquent ce tube rentré (F. II), et à moitié sorti (F. III). I est l'articulation; DD la cambrure.

Les valves VV sont légèrement courbées sur leur plat, et forment un cône pointu, lorsqu'elles ont été rapprochées par le mouvement de bascule qu'exécutent les deux parties de la canule. (F. III.)

Le bord *bb* est plat et percé de deux trous destinés à recevoir un fil; il se termine de chaque côté par une oreille *cc* articulée en charnière.

Les parois de l'instrument doivent être minces.

Tous les praticiens s'accordent à dire que l'introduction d'une canule dans l'incision faite à la trachée, n'est pas chose facile : on voit que, pour notre instrument, cette difficulté est levée, puisque dans sa manœuvre les lèvres de la plaie glissent successivement sur des plans inclinés. En effet, le chirurgien, prenant la canule par les oreilles, fait un mouvement de bascule qui rapproche les valves (F. III) : il présente le sommet du cône dans l'incision de la trachée, l'enfonce jusqu'à l'articulation, puis soutenant son mouvement de pression antéro-postérieure, fait basculer : les deux valves s'écartent, et les deux parties du tube se rapprochent pour former de nouveau le corps de la canule (F. II); le fil est noué, les oreilles sont abaissées, et la manœuvre est terminée (F. I).

Maintenant on concevra comment la canule se tient fixée, si on se rappelle que toutes les parties molles portent dessus, et qu'en outre les lèvres de la plaie cartilagineuse, qui l'étreignent avec force, tombent dans la cambrure que forment les valves par leur opposition à l'infundibulum; si bien que la canule, assurée par le nœud de fil, ne peut ni avancer dans l'intérieur de la trachée, ni être expulsée au dehors, quels que soient les efforts de la toux. Ainsi donc, nul besoin d'avoir recours à des liens qui entourent le cou, la fixité de la canule lui est inhérente. Lorsqu'après l'opération les parties molles se tuméfient, la coulisse permet de donner à l'instrument la longueur voulue.

Pour retirer la canule, la manœuvre est l'inverse de l'introduction; et s'il fallait la nétoyer, on pourrait la remplacer soit par une canule semblable, soit par un tuyau de caoutchouc ou de plume d'oie. Avec ces substances il est très-facile d'improviser sur-le-champ une canule de même genre.

Il faut prendre un tube long de 14 lignes environ, large de 3, 4 ou 5; le fendre de 3 lignes; tailler en biseau de dehors en dedans, jusqu'à leur commissure, les deux parties divisées (F. V); faire à l'autre extrémité une fente médiane dans le même plan que la première, et longue de 9 lignes et demie environ, puis terminée par une petite incision transversale; on aura de cette manière une canule provisoire dont les deux parties s'articuleront, par l'élasticité même de la substance, dans l'espace compris entre les deux commissures des deux fentes longitudinales. Introduite par le procédé indiqué, un aide la maintiendra jusqu'à la réintroduction de la canule primitive; car le peu d'épaisseur du tube ne permettant pas de simuler, aux dépens de sa couche externe, une cambrure qui loge les lèvres de la plaie cartilagineuse, la canule provisoire serait chassée au dehors.

En résumé, la canule bivalve offre ces avantages : Facilité d'introduction, fixité inhérente, simplicité de manœuvre; de plus, son mode de construction permet d'introduire dans la trachée des canules d'un fort diamètre sans le secours des pinces à ressort, et tout en pratiquant de petites incisions, dont en général la longueur ne sera pas double du diamètre transversal de la canule pris à son articulation. Ainsi, un diamètre transversal d'environ 3 lignes, bien suffisant pour la respiration même d'un adulte, puisqu'il comporte un diamètre vertical de 5 lignes à peu près (F. I), exigerait que la trachée fût incisée de 5 à 6 lignes au plus. Observons qu'on n'a pas attendu la dernière période du croup pour opérer, et qu'il ne s'agit pas de faire un hiatus par lequel on écouvillonne et la canule, et la trachée, et ses divisions (chose que j'ai vue), mais bien de donner à l'air une voie artificielle.

Dans la description de la canule bivalve, je n'ai pas parlé de ses dimensions; c'est à dessein, attendu qu'il sera facultatif à chaque praticien de lui donner celles qu'il jugera convenables; seulement, pour ne pas pécher dans le sens des canules habituelles, les valves ne doivent pas être assez fortes, assez longues pour s'opposer au libre passage de l'air, des mucosités ou des fausses membranes.

Les figures et le tableau suivans indiqueront d'une manière approximative les rapports de grandeur dans lesquels la canule bivalve doit être construite.

Fig. I.

Vue par sa face antérieure introduite.

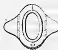


Fig. II.

Vue par sa face sup. ou infér. introduite.

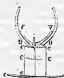


Fig. IV.

Vue par sa face latér. introduite.

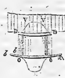


Fig. III.

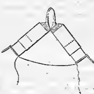
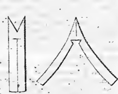


Fig. V.



Id. Fig. III à introduire.

Fig. II.

Longueur.	De O en C,	6	lignes.
	De O en C',	4, 5 ou 6	
	De C en D,	1 1/2	
	De D en V,	3	
	De C en C',	3	
Largeur.	De O en O, De C' en C', De C en C,	4	lignes.
	De D en D,	2 1/2	
	De V en V,	6 plus ou moins	

Fig. IV.

Largeur.	De O en O,	6	lignes.
	De D en D,	5	
	De V en V,	2	
	De *b* en *b'*,	2	

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

REVUE DE LA CLINIQUE DE M. BAUDELOCQUE, inédecin de cet hôpital, pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1834.

Fièvre typhoïde traitée par les purgatifs, mort le vingt-troisième jour. — Pleurésie intermittente combattue avec succès par le sulfate de quinine. — Angine pseudo-membraneuse accompagnée de symptômes adynamiques. — Deux cas de méningite rachidienne. — Affection hystérique et épileptique aggravée par les antiphlogistiques et combattue avec succès par les préparations de fer.

I. FIÈVRE TYPHOÏDE.

Sur 160 malades admis pendant le trimestre dans la division des filles, 6 ont présenté l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde. Ces 6 malades étaient âgées de 5 à 14 ans. Toutes étaient récemment arrivées à Paris, à l'exception d'une seule qui y était née et ne l'avait jamais quitté. La maladie n'a pas chez toutes revêtu la même forme : chez la première malade la fièvre a été rémittente depuis le début jusqu'à la fin. Le matin, la malade ne présentait qu'un léger mouvement fébrile sans autre accident ; la stupeur était nulle ; la prostration des forces peu prononcée. Cette jeune fille se tenait sur son séant et causait avec ses compagnes. Mais tous les soirs, elle était prise d'un violent paroxysme fébrile. Le pouls, qui le matin donnait de 100 à 110 pulsations, s'élevait à 150 ; le délire commençait avec la fièvre, et persistait pendant une grande partie de la nuit. La maladie s'est heureusement terminée après une durée de cinq semaines. La rougeole, survenue dans la convalescence, a donné lieu à quelques accidens qui se sont assez promptement dissipés. La seconde malade nous a offert le cortége des symptômes de la fièvre inflammatoires avec délire violent. Dans ce cas la maladie n'a duré que trois semaines ; la guérison a coïncidé avec un écoulement puriforme par les deux oreilles. Pendant la convalescence il s'est manifesté chez elle une éruption de variole discrète et extrêmement bénigne. La troisième malade ne nous a présenté que les symptômes de la fièvre muqueuse des auteurs, diarrhée, endolorissement du ventre, langue couverte d'un enduit épais, inappétence, nausées, pesanteur de tête, accablement, toux, expectoration catarrhale. Du reste, chez elle comme chez les deux autres, l'éruption de taches rosées lenticulaires s'est montrée sur le thorax et l'abdomen, du huitième au quinzième jour de l'affection. Nous avons observé chez elle des sudamina sur le cou, la poitrine et le ventre, à des époques variables. Chez les trois dernières malades, l'affection typhoïde a revêtu la forme ataxo-adynamique ; de plus, chez l'une d'elles, la rougeole est survenue au milieu de l'état adynamique ; cette complication a été des plus fâcheuses. Chez une autre un emphysème général s'est manifesté au moment où elle semblait toucher à la convalescence. A l'ouverture du cadavre on a trouvé une gangrène du poumon.

La même médication n'a pas été employée dans tous les cas. Chez trois de ces malades on n'a employé autre chose que la diète et les boissons délayantes ; deux ont guéri. Les trois autres malades ont été soumises à l'usage des purgatifs. Dans un de ces derniers cas la guérison a été rapide ; dans les deux autres, la maladie s'est terminée par la mort. Comme la plupart des faits relatifs à l'emploi des purgatifs, qu'on a publiés dans ces derniers temps, étaient tous favorables, nous rapporterons avec quelques détails l'histoire d'une des malades soumise à l'emploi des évacuans, et chez laquelle les accidans ont paru s'exaspérer notablement sous l'influence de cette médication.

FIÈVRE TYPHOÏDE TRAITÉE PAR LES PURGATIFS ; MORT LE VINGT-TROISIÈME JOUR. — NÉCROPSIE.

OBS. I. — Reine Dugelet, 14 ans, cheveux chatains, peau blanche, système musculaire assez développé, bonne santé habituelle ; habitant Paris depuis trois ans ; apprentie couturière ; travaillant dans un atelier vaste et bien aéré ; faisant usage d'une bonne nourriture, entra à l'hôpital le 25 novembre, accusant dix jours de maladie. Pendant les cinq premiers jours, malaise général ; sentiment de courbature, pesanteur de tête ; diminution de l'appétit ; diarrhée qui cesse au bout de trois jours ; la malade continue à se livrer à ses occupations, mais elle éprouve parfois une fatigue insolite. Les jours suivans, il se joint aux symptômes précédens des bourdonnemens d'oreille très-incommodes avec diminution de l'ouïe ; de l'insomnie, de la fièvre, une soif vive ; la malade garde le lit et la diète pendant les trois jours qui précèdent son entrée à l'hôpital où elle ne peut se rendre de son pied. Elle ne prend pour tout médicament que de l'eau d'orge. Aucune épistaxis n'a eu lieu ; la malade dit seulement avoir mouché quelquefois du sang.

Le 26, onzième jour de la maladie, décubitus dorsal, face pâle, légèrement colorée au niveau des pommettes ; tête lourde sans céphalalgie ; bourdonnemens d'oreilles ; affaiblissement de l'ouïe ; trouble de la vue quand la malade est debout ou qu'elle se met sur son séant ; intelligence nette ; réponses justes, mais tantôt brusques, tantôt lentes ; léger tremblement des membres supérieurs et de la langue ; du reste pas de stupeur, pas de prostration profonde ; la malade s'est levée elle-même pour aller à la selle ; elle se mit librement sur son séant ; la langue est large et humide, les lèvres encroûtées, la soif vive, pas de nausées, de vomissemens, ni de diarrhée ; une seule évacuation naturelle depuis l'entrée. Le ventre est légèrement tendu et sonore à la percussion, mais il est indolent dans tous les points. La région de la rate ne rend point un son mat ; ce viscère ne déborde pas les côtes ; la paroi antérieure de l'abdomen et la base du thorax sur lesquelles on n'a pas appliqué de cataplasmes, présentent sept à huit taches rosées, lenticulaires, légèrement proéminentes. Pas de sudamina. La peau est chaude et sèche ; le pouls donne 120 pulsations régulières ; toux assez fréquente, sans expectoration ; légère raucité de la voix, râle muqueux à droite et à gauche en arrière ; pas de modification de la sonoréité de la poitrine ; pas de douleur pleurétique. (Mauve, julep gommeux, lait.) Paroxysme fébrile le soir sans délire.

Le 27, douzième jour, pas de changement notable ; le ventre reste indolent ; la pression exercée dans la région iliaque droite ne fait naître ni douleur, ni gargouillement ; une seule évacuation a eu lieu dans les vingt-quatre heures ; 124 pulsations, 32 inspirations par minute ; même tremblement de la langue et des membres supérieurs ; persistance de tous les autres symptômes. (Même prescription.)

Le 28, treizième jour, la malade n'accuse autre chose qu'une grande faiblesse. Le ventre, la poitrine et la tête restent toujours indolens ; pas de sommeil depuis l'entrée ; langue légèrement collante ; taches typhoïdes plus nombreuses ; persistance de la fièvre ; 120 pulsations, 36 inspirations ; mêmes signes stéthoscopiques que les jours précédens. La malade demande que l'on remplace le lait par le bouillon, ce qu'on lui accorde.

Le 29, quatorzième jour ; moiteur de la peau ; 124 pulsations ; toux plus fréquente ; expectoration de quelques crachats muqueux, opaques. Pas d'autre changement.

Le 30, quinzième jour, lèvres toujours encroûtées ; léger enduit fuligineux des dents et de la langue, qui est collante ; soif vive ; pas de nausées ni de vomissemens ; une seule évacuation diarrhéique en vingt-quatre heures ; ventre toujours sonore, douloureux par une forte pression dans la région iliaque droite ; les premières taches lenticulaires ont notablement pâli ; il en est paru deux ou trois nouvelles autour de l'ombilic ; quelques sudamina se montrent sur les parties latérales du cou ; 132 pulsations, 36 inspirations ; toux grasse ; expectoration catarrhale ; moins de pesanteur de tête ; pas de bourdonnemens d'oreilles ; l'ouïe reste affaiblie ; la vue est intacte. (Limonade, 2 pots ; 3 verres d'eau de Sedlitz.)

Le 1er décembre, seizième jour, cinq évacuations alvines accompagnées de quelques coliques ont eu lieu. Le matin, le ventre est indolent dans tous les points, alors même qu'on exerce une assez forte pression ; la langue n'a pas subi de changement ; la chaleur et la sécheresse de la peau persistent ; le pouls donne 132 pulsations comme la veille ; l'intelligence reste nette. (On continue les trois verres d'eau de Sedlitz.)

Le 2, dix-septième jour, une seule évacuation, quoique les trois verres d'eau de Sedlitz aient été pris exactement ; même état des voies digestives. (Même prescription.)

Dans la soirée, délire violent qui persiste jusque dans la matinée du lendemain, où la malade commence à s'assoupir.

Le 3, dix-huitième jour, air de stupeur très-marqué ; réponses plus lentes ; soubresauts des tendons ; surdité. La langue reste collante, le ventre météorisé ; les taches typhoïdes sont à peine apparentes ; les sudamina sont en desquamation ; aucune évacuation n'a eu lieu depuis la veille ; 120 pulsations faibles. (Potion purgative avec huile de ricin, 1 once et demie, et égale quantité de sirop tartarique.)

Le délire se renouvelle le soir.

Le 4, dix-neuvième jour, de nombreuses évacuations ont eu lieu ; le ventre est endolori ; l'intelligence devient de plus en plus obtuse, la prostration plus profonde ; la malade ne peut plus se mettre sur son séant. (On reprend l'eau de Sedlitz.)

Le 5, vingtième jour, persistance des mêmes accidens ; trois ou quatre évacuations.

Le 6, vingt-unième jour, la douleur se fait sentir dans la région iléo-cœcale ; mêmes soubresauts des tendons, même lenteur dans les réponses. (On reprend l'huile de ricin et le sirop tartarique aux mêmes doses que ci-dessus.)

Le 7, vingt-deuxième jour, évacuations nombreuses et abondantes, dont quelques-unes involontaires. Depuis deux jours, la face s'est profondément altérée ; les joues sont creuses, les yeux excavés ; l'ouïe est très-obtuse, ainsi que l'intelligence ; la langue est plus sèche que les jours précédens ; des douleurs se font sentir à l'épigastre et dans le reste du ventre ; le pouls donne 132 pulsations petites, faibles ; la voix est très-affaiblie ; la peau du sacrum est ulcérée. (Deux verres d'eau de Sedlitz.)

Le 8, vingt-troisième jour, le délire, qui ne revenait que le soir et cessait tous les matins, persiste aujourd'hui ; les selles sont involontaires ; la voix est très-altérée, la respiration très-gênée, le pouls presque insensible ; 120 pulsations et 48 inspirations. (Deux verres d'eau de Sedlitz ; un vésicatoire à chaque jambe.)

Dans la journée, la malade s'affaisse de plus en plus et s'éteint à une heure après minuit.

OUVERTURE DU CADAVRE 32 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Cadavre bien conformé ; large plaque rouge au niveau du sacrum avec ulcération au centre ; rigidité cadavérique très-prononcée.

Tête. Dure-mère saine ; glandes de Pachioni très-développées ; arachnoïde transparente, humide, se détachant avec facilité des parties sous jacentes ; injection veineuse de la pie-mère, seulement vers la partie postérieure ; cerveau généralement ferme ; pas de piqueté plus vif que dans l'état normal ; pas de sérosité dans les ventricules ni à la base du crâne. M. Piédagnel, qui assistait à l'ouverture, chercha à constater une altération de la substance grise qu'il avait rencontrée fréquemment chez les adultes qui ont succombé à cette affection après avoir présenté pendant la vie un délire plus ou moins violent ; mais l'examen le plus minutieux n'a rien pu faire découvrir d'anormal.

Cou et poitrine. Pâleur du pharynx et de l'œsophage ; rougeur de la muqueuse,

du larynx, où nous trouvons deux ulcérations lenticulaires au niveau des cordes vocales supérieures; rougeur de la partie postérieure de la trachée-artère et de l'intérieur des bronches; les ganglions bronchiques sont hypertrophiés, rougeâtres, et moins consistans que dans l'état normal; adhérences anciennes du poumon droit à la plèvre costale; engouement simple de la partie postérieure du lobe inférieur droit; engouement avec ramollissement de tissu du lobe inférieur gauche; cœur assez volumineux; pas de rougeur de sa surface interne, ni de l'intérieur des gros vaisseaux.

Abdomen. — Le péritoine est sain; les ganglions mésentériques et spécialement ceux qui avoisinent la fin de l'iléon et le cœcum sont rouges, tuméfiés, mollasses. Cette tuméfaction est telle que trois ou quatre présentent le volume d'un œuf de pigeon. La rate n'offre pas plus de volume que dans l'état normal, mais la plus légère pression la réduit en une pulpe diffluente. Le foie est volumineux, grisâtre; son tissu est plus friable que dans l'état normal; la vésicule contient une petite quantité de bile jaune, un peu poisseuse.

Muqueuse gastrique d'un gris rosé, d'une consistance et d'une épaisseur normales. Elle fournit des lambeaux de 4 à 8 lignes. Le duodénum et le jéjunum en contact avec un liquide jaune visqueux, offrent une rougeur ponctuée de la muqueuse sans diminution de consistance; Quelques rougeurs d'espace en espace dans les deux premiers tiers de l'iléon; ces diverses parties rouges réunies égalent la longeur d'un pied environ; dans le dernier tiers existent onze plaques, assez généralement arrondies, d'un rouge brun et faisant pour la plupart une notable saillie au-dessus de la muqueuse; les deux premieres n'offrent aucune solution de continuité; les neuf dernières plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale sont ulcérés, soit en partie, soit en totalité. Les bords de ces ulcérations sont rouges et boursoufflés; leur fond est constitué en quelques points par la tunique celluleuse, en d'autres, par la tunique musculaire dont on distingue nettement les fibres. Dans l'intervalle de ces ulcérations rougeur vive et ramollissement de la muqueuse; il est impossible d'enlever des lambeaux; de nombreuses ulcérations lenticulaires parsèment la surface du cœcum et du colon; on ne peut les compter. La première moitié de la muqueuse du gros intestin est rouge; la dernière est pâle; partout sa consistence est notablement diminuée.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés relativement aux symptômes, à la marche et aux altérations, sont assez étendus pour que nous ne soyons pas obligés d'insister sur le diagnostic : nous nous contenterons d'envisager ce fait sous le point de vue thérapeutique.

Lorsque la malade fut soumise à notre observation, M. Baudelocque se proposait de la soumettre à l'emploi des purgatifs dès le premier jour. Toutefois, comme quelques-uns des médecins présens à la visite élevaient des doutes sur l'existence d'une fièvre typhoïde, il ajourna l'emploi de cette médication, et attendit que l'affection fût mieux caractérisée. L'humidité de la langue, l'absence de diarrhée, la netteté de l'intelligence, semblaient devoir rendre à cette époque le pronostic favorable. La maladie marcha, et peu de jours après elle fut assez caractérisée pour que le diagnostic ne fût douteux pour personne. On commença alors l'usage des purgatifs et on donna la préférence à l'eau de Sedlitz. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'emploi de cette médication, aucun changement en bien ni en mal ne se manifesta; les selles furent peu abondantes. On substitua ensuite l'huile de Ricin à l'eau de Sedlitz. On fit tour à tour usage de ces deux évacuans. Tout à coup les selles devinrent extrêmement nombreuses, plusieurs furent rendues involontairement; la langue se couvrit de fuliginosités, ainsi que les dents et les lèvres; le ventre s'endolorit et se ballonna; la face s'altéra profondément; les joues se creusèrent; l'intelligence se troubla; la voix s'affaiblit et devint rauque; la respiration fut plus embarrassée. La maladie marcha rapidement vers une terminaison funeste. Les accidens furent plus graves après qu'avant l'administration des purgatifs : aucun signe favorable ne se manifesta après leur emploi. Nous nous garderons bien d'attribuer ces accidens à l'usage des purgatifs, mais nous avouerons que dans ce cas cette médication a été impuissante pour arrêter la maladie dans sa marche. Parmi les altérations observées à l'ouverture du cadavre, nous signalerons la rougeur et le ramollissement de la muqueuse, dans l'intervalle des plaques, lésion qui est loin d'être constante.

II. PNEUMONIE ET PLEURÉSIE.

Sur dix cas de pneumonie observés dans ce trimestre, une seule a été primitive; toutes les autres étaient consécutives à la rougeole, à la coqueluche ou bien à la bronchite aiguë ou chronique. La médication employée dans ces divers cas, a été peu active, et la terminaison presque constamment heureuse. Une seule malade a succombé. La saignée générale n'a été employée que dans un seul cas, c'était chez une jeune fille âgée de 9 ans, atteinte d'une pneumonie double. Bien convaincu que chez les jeunes sujets déjà débilités par une affection antécédente, le traitement antiphlogistique est rapidement suivi d'une dépression des forces qui hâte la terminaison funeste, M. Baudelocque, dans la pneumonie des enfans âgés de moins de 7 ans, se borne à l'emploi des boissons pectorales, auxquelles il joint les préparations antimoniales. Le tartre stibié et l'ipécacuanha à dose vomitive sont prescrits de temps en temps. L'oxide blanc d'antimoine est administré au plus grand nombre. La diète n'est jamais absolue. Le médecin permet habituellement une petite quantité de lait ou de bouillon. Depuis deux ans que nous nous livrons à des recherches sur les maladies de l'enfance, nous avons remarqué que chez les jeunes sujets la mortalité de la pneumonie était en raison directe de l'activité du traitement. Nous avons vu poursuivre les phlegmasies pulmonaires avec des émissions sanguines générales et locales répétées; des sangsoes et des ventouses scarifiées étaient appliquées chaque jour sur la poitrine, jusqu'à ce que l'auscultation et la percussion révélassent un changement dans l'état local. L'emploi de ces moyens, joint aux vésicatoires et à une diète absolue, a cu presque constamment des résultats funestes à l'hôpital des Enfans. Ceci s'applique spécialement à la pneumonie qu'on observe chez les jeunes enfans, et qui se manifeste chez eux à la suite de la rougeole, de la variole et de la coqueluche, d'une bronchite aiguë et chronique; et c'est là la forme la plus commune. Quant aux phlegmasies pulmonaires primitives qui affectent les enfans qui approchent de l'âge de la puberté, et qui se traduisent à l'extérieur par le même ensemble de symptômes qui caractérisent la pneumonie de l'adulte, elles sont avantageusement combattues par un traitement antiphlogistique actif.

Les pleurésies ont été en petit nombre : il ne s'est présenté que trois malades atteints de cette affection. Chez deux un épanchement plus ou moins abondant s'était formé dans la cavité pleurale, lorsque les malades ont été soumis à notre observation. Le repos du lit, le régime, les boissons diurétiques, ont suffi pour en opérer la résorption. Dans le troisième cas, la pleurésie a revêtu une forme intermittente : cette observation est assez remarquable pour que nous la rapportions avec quelques détails.

FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE PLEURÉTIQUE. — INSUFFISANCE DU TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE. — EMPLOI DU SULFATE DE QUININE. — GUÉRISON.

OBS. — Puteaux (Marie-Louise), 10 ans, forte constitution, cheveux noirs, peau brune, est transportée de Boulogne à l'hôpital des Enfans le 9 octobre, accusant deux jours de maladie.

Le 11, sans cause connue, frisson, vomissemens, suivis de fièvre, de douleur du côté droit de la poitrine. (Repos; diète.)

Le surlendemain, exaspération de ces accidens, entrée à l'hôpital, où elle présente l'état suivant : Décubitus dorsal; face rouge, animée, exprimant l'anxiété et la souffrance; douleur vive du côté droit de la poitrine, s'étendant depuis le sein jusqu'à l'hypocondre, augmentant par le mouvement, la percussion, la toux et la respiration; son obscur sans égophonie dans le tiers inférieur du côté droit de la poitrine; bruit respiratoire beaucoup plus faible à droite qu'à gauche; toux sèche, fréquente, sans expectoration; la parole est entrecoupée; la respiration courte, incomplète, très-accélérée, se répète 44 fois par minute; le pouls, dur et fréquent, donne 124 pulsations; chaleur de la peau élevée; du reste, langue naturelle, inappétence; pas d'autre trouble des voies digestives; l'intelligence est intacte. On porte pour diagnostic : pleurésie droite. (On prescrit une application de 10 sangsues *loco dolenti* et des cataplasmes; on soumet la malade à l'usage de boissons pectorales.)

Le 10, un amendement notable a eu lieu; il est attribué à l'application des sangsues faite la veille; la douleur de côte est à peine sensible; l'anxiété a cessé; le pouls a baissé de 28 pulsations et les mouvemens inspiratoires de 12. On se borne à l'expectation.

Le 11, la douleur de côté est très-intense; la malade pousse des cris aigus lorsqu'on essaie de la mettre sur son séant, où elle ne peut se maintenir sans le secours d'un aide; la face est grippée; l'anxiété est extrême; le pouls donne 136 pulsations; la respiration s'est élevée à 60; son mat dans la moitié inférieure du côté droit; absence de bruit respiratoire.

On s'arrête à la pensée que la phlegmasie a envahi la plèvre diaphragmatique, et on prescrit en conséquence une saignée du bras de 8 onces, 12 grains de calomel à l'intérieur et des frictions mercurielles sur le côté du thorax affecté; le sang tiré de la veine est couvert d'une couenne inflammatoire.

Le 12, nouvelle amélioration des plus marquées; l'anxiété a disparu; la malade se met librement sur son séant et dit se trouver bien; on peut percuter sans faire naître de la douleur le côté droit de la poitrine; le pouls est descendu à 100 pulsations et la respiration à 28. (On continue les frictions mercurielles.)

Le 13, prostration profonde; face livide; décomposition des traits; douleur dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine; langue sèche; pouls à 122; 52 inspirations par minute. (On applique un vésicatoire à chaque jambe.)

Le 14, cet ensemble de graves symptômes a disparu; la respiration est facile, le facies meilleur; le pouls est descendu à 84 et la respiration à 24. Il n'est plus permis de révoquer en doute la forme intermittente de la maladie, dont les accès reviennent sous le type tierce. Dans le but de prévenir l'accès du lendemain, on prescrit 12 grains de sulfate de quinine.

Le 15, retour de l'accès modifié sous le rapport de son intensité et de sa durée; simple endolorissement du côté droit; 96 pulsations, 36 inspirations.)

Les jours suivans, on continua le sulfate de quinine à doses décroissantes; l'amélioration se soutient; la douleur ne revient plus; l'épanchement dont la plèvre était le siége se résorbe assez promptement, et cette jeune fille quitte l'hôpital entièrement guérie le 24.

N'ayant obtenu que des renseignemens incomplets de la malade sur la marche de l'affection dont elle était atteinte, et ne l'observant qu'à la visite du matin, nous crûmes d'abord à l'existence d'une pleurésie ar-

dinaire. L'amélioration qui se manifesta le second jour de l'entrée, nous parut devoir être attribuée à l'action du traitement antiphlogistique. L'exaspération des accidens qui eut lieu le surlendemain, nécessita l'emploi d'une saignée. Nous fûmes frappés de la gravité des accidens, qui caractérisèrent les deux accès qui suivirent l'emploi de cette médication. Dès-lors plus de doute sur la nature de la maladie, le sulfate de quinine fut prescrit, et les accès furent heureusement modifiés.

Parmi les cas de fièvre intermittente pernicieuse pleurétique, il en est peu d'aussi nettement tranchés que celui qui fait le sujet de cette observation. La membrane séreuse ne devint pas seulement le siége d'une hypérémie, l'exhalation qui se forme normalement à sa surface fut augmentée; de là l'épanchement, qui fut révélé par l'auscultation et la percussion du thorax. Il persista après la disparition des accès, mais la résorption s'opéra rapidement sous l'influence du repos et du régime.

III. ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

L'angine pseudo-membraneuse sporadique est une affection légère qui se termine dans le plus grand nombre des cas par le retour à la santé. Des trois cas observés dans ce trimestre, deux ont été combattus dès le début par les caustiques, et la guérison a été rapide. M. Bretonneau, qui a observé cette affection régnant d'une manière épidémique, et qui, le premier en France, a fait connaître sa véritable nature, l'a vue presque constamment se propager aux voies aériennes, et donner lieu aux symptômes du croup, lorsqu'une médication énergique n'en avait pas arrêté les progrès de bonne heure. Ce mode de terminaison s'observe rarement à l'hôpital des Enfans, où la maladie ne se montre que d'une manière sporadique. Mais il est un autre mode de terminaison qui n'a pas été signalé par M. Bretonneau, et sur lequel M. Guersent a beaucoup insisté à l'article *Angine* du Dictionnaire de médecine: il consiste dans la formation d'une pneumonie débutant d'une manière insidieuse, cheminant sourdement et enlevant quelquefois les malades lorsqu'ils semblent toucher à la convalescence. L'observation suivante, dans laquelle la maladie s'est terminée par la mort, nous a offert quelques circonstances remarquables.

ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE. — TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE ÉNERGIQUE. — PAS DE CHANGEMENT DANS L'ÉTAT LOCAL. — SYMPTÔMES ADYNAMIQUES. — MORT. — NÉCROPSIE.

OBS. III — Victorine Soret, 13 ans, forte, bien constituée, système musculaire très-développé, travaillant et couchant depuis sept mois dans un atelier humide, situé au-dessous du niveau de la rue dans le quartier de la Grève, éprouve dans les premiers jours de novembre du malaise, de la courbature et des frissons irréguliers; ces symptômes persistent trois jours, au bout desquels la fièvre s'allume, accompagnée d'une grande gêne de la déglutition, d'un engorgement des ganglions du cou et de nasonnement de la voix. Un médecin est appelé; il fait appliquer dès le début 30 sangsues vers l'angle des mâchoires; il prescrit en même temps des gargarismes adoucissans, des cataplasmes émolliens et des pédiluves. Deux jours après, on pratique une saignée du bras. Sous l'influence de cette médication, aucun changement ne se manifeste dans l'état de la gorge; les forces diminuent; le pouls s'affaiblit; la malade tombe dans un état adynamique; elle était arrivée au quinzième jour de l'affection, lorsqu'elle fut transportée à l'hôpital, où elle nous offrit les symptômes suivans.

26 novembre. Décubitus dorsal; face violacée portant l'empreinte de l'abattement et de la stupeur; prostration des forces; la malade est immobile dans son lit et conserve la position qu'on lui donne; gêne de la déglutition sans douleur de gorge; voix nasonnée; tuméfaction des parties latérales du cou; parfois retour des boissons par les narines, qui sont en même temps le siége d'un écoulement séreux jaunâtre, d'odeur nauséeuse. L'exploration de la gorge fait reconnaître sur les deux amygdales le pharynx et le voile du palais une couche pseudo-membraneuse d'un blanc grisâtre, offrant tout-à-fait l'aspect d'une escarre gangréneuse. L'haleine est fétide; l'expuition abondante et sanieuse; la langue est sèche comme un morceau de parchemin, le ventre indolent; la peau plutôt froide que chaude; le pouls ne peut être compté à cause de sa petitesse. Du reste, pas de douleur de poitrine ni à droite ni à gauche; la malade, dont l'intelligence est nette, assure n'éprouver aucune douleur locale. (Cautérisation des amygdales et du pharynx avec la solution de nitrate d'argent, quatre fois; gargarisme avec la décoction de quinquina et le chlorure de soude; julep gommeux avec 6 grains de sulfate de quinine; limonade vineuse.)

Le 27, les mêmes symptômes locaux et généraux persistent; on cautérise les amygdales, le pharynx et le voile du palais avec une solution plus concentrée; la membrane muqueuse buccale n'est le siége d'aucune altération. L'écoulement des narines indiquent la propagation de l'exsudation couenneuse dans les fosses nasales; on y introduit du sulfate d'alumine à l'aide du souffloir de M. Bretonneau. Le reste *ut suprà*.

Le 28, les amygdales sont dépouillées d'une partie de l'exsudation pelliculaire qui les enveloppait; mais elles restent tuméfiées, présentent une couleur brunâtre et une surface raboteuse, inégale, la gêne de la déglutition persiste; la douleur de gorge est toujours nulle; le pouls est à peine sensible; même abattement, même dépression des forces; deux ou trois selles diarrhéiques sans douleur de ventre. (On continue les mêmes moyens et on applique deux vésicatoires aux cuisses.)

Le 29, on retrouve encore sur le pharynx et l'amygdale gauche quelques lambeaux de fausses membranes d'un jaune verdâtre; la muqueuse qui les entoure est livide; un vomissement a lieu au moment de la visite; les matières sont rejetées en partie par la bouche, en partie par les fosses nasales; un frisson violent a eu lieu depuis deux jours, dans l'après-midi; on prescrit pour en prévenir le retour 12 grains de sulfate de quinine.

Le 30, le frisson est revenu la veille, il a été moins long que les jours précédens, la prostration est de plus en plus profonde; la face est plombée; la langue fuligineuse. La malade ne peut se mettre sur son séant; la peau est froide; le pouls filiforme ne donne que 64 pulsations par minute; nous comptons dans le même lape de temps 20 inspirations. Les vésicatoires ont à peine rougi la peau; l'exploration de l'arrière-bouche provoque un vomissement dont la matière contient des débris de fausses membranes; quelques points grisâtres existent sur le pharynx et le voile du palais; l'amygdale gauche seule est encore recouverte par une concrétion membraniforme assez étendue; deux selles liquides sans coliques, engourdissemens passagers des membres; intelligence nette; pupilles naturelles; pas de céphalalgie.

Du 1[er] au 5 décembre, l'affaissement devient de plus en plus profond; le pouls filiforme varie de 64 à 72 pulsations, et présente seulement le 5 une notable accélération; plaintes continuelles; face plombée; langue pâle et froide; plus de fausses membranes dans l'arrière bouche, mais teinte livide des parties qu'elles recouvraient; persistance de l'écoulement des narines; diarrhée; toux rare; pas de douleur de poitrine à droite ni à gauche. On promène des sinapismes sur les extrémités inférieures; on continue la limonade vineuse et les préparations de quinquina à l'intérieur. La mort a lieu dans la journée du 5.

OUVERTURE DU CADAVRE 49 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Cadavre bien conformé; stature élevée; système musculaire très-développé, pas de rigidité cadavérique.

Cou et poitrine. Le voile du palais, les amygdales et le pharynx ne présentent aucune tuméfaction anormale; leur surface et d'un rouge foncé, et recouverte dans quelques points seulement de simples mucosités qu'entraîne la pulpe du doigt. La muqueuse n'est détruite en aucun point; pas d'ulcération ni d'escarre; pas d'odeur gangréneuse. L'épiglotte et le pourtour de la glotte offrent la même rougeur que le pharynx; les fosses nasales n'ont pas été examinées; la muqueuse du larynx, de la trachée-artère et de l'œsophage est pâle; celles des bronches présente une rougeur qui devient d'autant plus vive qu'on se rapproche davantage de la terminaison de ces canaux aérifères; les ganglions cervicaux sont hypertrophiés ainsi que les ganglions bronchiques; les plèvres ne sont le siége d'aucune exsudation pseudo-membraneuse; aucun liquide n'est contenu dans leur cavité; les lobes supérieur et moyen du poumon droit sont crépitans et offrent une teinte rosée à l'extérieur; le lobe inférieur est tout-à-fait imperméable à l'air, il est lourd, compacte, se laisse couper par tranches minces et se précipite au fond de l'eau (hépatisation rouge telle qu'on l'observe chez l'adulte). Le lobe inférieur gauche présente la même altération à sa partie postérieure seulement. Le cœur et le péricarde n'offrent rien de remarquable.

Abdomen. La muqueuse gastrique, en contact avec un liquide brunâtre, ne présente que quelques arborisations veineuses et un état mamelonné autour du pylore; sa consistance n'a subi aucune altération; quelques rougeurs d'espace en espace dans le canal intestinal, sans aucune diminution de la consistance normale de la muqueuse; pas d'altération des follicules agminés et isolés qui sont à peine apparens; les autres viscères contenus dans la cavité abdominale sont gorgés de sang, et offrent moins de consistance que dans l'état normal.

La tête n'a pas été examinée.

Lorsque cette malade fut admise à l'hôpital, elle était arrivée au quinzième jour de l'angine couenneuse. Un traitement antiphlogistique énergique avait été mis en usage, et n'avait amené aucun changement dans l'état local. L'exsudation pseudo-membraneuse, après avoir tapissé le voile du palais, les amygdales et le pharynx, envahit les fosses nasales et respecta heureusement les voies aériennes. Tandis que sous l'influence du traitement antiphlogistique l'angine restait complètement stationnaire, des symptômes généraux graves se manifestaient; la langue se sécha; le pouls s'affaiblit au point de devenir insensible; la peau se refroidit; la malade tomba dans une adynamie des plus profondes. Pendant son séjour à l'hôpital, les caustiques ont été employés, l'affection locale a cédé sous l'influence de cette médication, mais les symptômes généraux ont persisté. On a vainement cherché à relever les forces de cette malade à l'aide des toniques, tout a été impuissant. Quant à la pneumonie qui a été constatée sur le cadavre, aucun symptôme n'en avait révélé l'existence pendant la vie. La toux était rare et semblait être provoquée par la chute des fausses membranes qui se détachaient du pharynx; la respiration n'était point accélérée; aucune douleur thoracique ne s'était manifestée; jamais l'expectoration n'a offert la teinte rouillée; la peau était froide. Nous n'hésitons pas à rapporter l'altération du poumon à cette pneumonie hypostatique qui se manifeste si fréquemment pendant le cours des fièvres graves, et qui n'est qu'un élément d'un état morbide qui affecte l'économie tout entière.

Les symptômes généraux qui ont précédé dans ce cas l'invasion de l'angine couenneuse, ceux qui se sont manifestés pendant son cours, et qui ont persisté après sa disparition, ne permettent pas de douter que, dans ces sortes d'affections, il y a autre chose que la lésion locale.

IV. NÉVROSES.

La chorée est la seule névrose qui ait été observée dans ce trimestre.

Les bains sulfureux, le carbonate de fer, ont été employés dans tous les cas. On a quelquefois associé les purgatifs aux moyens précités. Nous rapporterons ici un fait remarquable de névrose, qui devait faire partie de notre dernière revue clinique, et dont l'abondance des matières nous avait forcé d'ajourner la publication.

AFFECTION NERVEUSE, VAINEMENT COMBATTUE PAR LES ANTIPHLOGISTIQUES, GUÉRIE PROMPTEMENT PAR L'EMPLOI DES FERRUGINEUX ET DE LÉGÈRES SAIGNÉES RÉVULSIVES.

OBS. — Élisabeth Jourdan, 18 ans, blanchisseuse, cheveux noirs, peau brune, constitution grêle, nerveuse, irritable, entra à l'hôpital le 25 juin, accusant quatorze mois de maladie. Depuis les renseignemens fournis par les parens et par la malade elle-même, qui est douée de beaucoup d'intelligence, cette jeune fille est née d'un père qui a été affecté d'aliénation mentale à l'âge de 28 ans. Pendant sa première enfance, elle a été souvent affectée de convulsions; elle est vaccinée; elle a contracté à l'âge de 11 ans la rougeole, qui n'a été accompagnée ni suivie d'aucun accident. Au mois de mars 1833, cette jeune fille entra à l'hôpital pour y être traitée d'une arthrite aiguë affectant les articulations du bras gauche; elle était convalescente dans les derniers jours d'avril, et se disposait à quitter l'hôpital, lorsqu'elle vit tomber à ses pieds une jeune malade en proie à d'horribles convulsions; elle fut prise aussitôt d'une attaque semblable à celle dont elle était témoin, qui se dissipa au bout de quelques minutes; elle fut ramenée chez elle, mais les attaques se renouvelèrent chaque jour et se prolongèrent depuis cinq minutes jusqu'à cinq heures entières. Ces accès, caractérisés par une perte complète de connaissance, par des contorsions des muscles du visage, par des contractions des membres, survenaient quelquefois brusquement; quelquefois elles étaient annoncées par des pleurs ou des rires involontaires et par des cris aigus; elles étaient suivies tantôt d'une simple courbature, tantôt d'une paralysie des membres supérieurs ou inférieurs; l'un des bras resta faible pendant quatre mois. La paralysie des membres inférieurs rendit pendant six semaines la progression impossible. Pour combattre ces accidens, l'on eut recours aux émissions sanguines générales et locales et aux bains froids. Pendant les six premières semaines, l'on pratiqua une saignée du bras et l'on fit trois applications de sangsues au fondement et à la vulve. Plus tard, la malade fut confiée aux soins de M. le baron L..., qui eut recours à une médication extrêmement énergique. Dans l'intervalle de quelques mois, il fit ouvrir trois fois la veine jugulaire; des saignées du pied et du bras furent également pratiquées; plusieurs applications de sangsues furent faites dans le même laps de temps; on appliqua également treize moxas, quatre sur les parties latérales du rachis, huit autour de la tête et un à l'épigastre. La malade prit à l'intérieur plusieurs préparations, dont nous n'avons pu connaître la composition. Cette médication énergique ne put enrayer la marche de la maladie. Ce fut après une année de souffrance qu'elle fut amenée à l'hôpital; deux fois dans ce laps de temps l'écoulement menstruel avait paru.

Lorsque cette malade fut soumise à notre observation le 27 juin, dans l'intervalle de deux accès, elle nous offrit l'état suivant. Face pâle, émaciée; teinte jaune-paille de toute l'habitude extérieure. Du reste, intelligence nette; absence complète de céphalalgie; vue et ouïe intactes; pas de faiblesse des membres supérieurs; progression facile : la malade s'était rendue de son pied à l'hôpital; les voies digestives étaient en bon état; l'appétit était capricieux; du reste, la malade n'éprouvait ni nausées, ni vomissemens, ni diarrhée; le pouls était petit et irrégulier; les battemens du cœur, forts et tumultueux, s'entendaient dans toutes les parties de la poitrine, soit en avant, soit en arrière; l'oreille, appliquée sur la région précordiale, était soulevée à chaque battement; du reste, pas de bruit anormal. La percussion et l'auscultation du thorax ne fournissaient que des signes négatifs. Quatre accès eurent lieu dans les deux premiers jours de son séjour à l'hôpital. Nous fûmes témoins de l'un d'eux, qui nous offrit les phénomènes suivans : La malade était debout et nous rendait compte de son état, lorsque, sans cause connue, elle se jeta brusquement sur son lit et fut prise en même temps de contraction violente des muscles de la face, du cou, du tronc et des membres, qui par momens étaient agités de mouvemens convulsifs; la face, sans changer de couleur, présentait un aspect hideux; les paupières, légèrement entr'ouvertes, laissaient voir les yeux roulant dans leur orbite; la bouche était déviée tantôt à droite, tantôt à gauche; elle ne se couvrit point d'écume; le tronc fut plusieurs fois le siége de mouvemens tétaniques. L'attaque dura sept à huit minutes. Immédiatement après, pleurs involontaires, courbature, céphalalgie. L'intelligence était nette, mais la malade ne conservait point le souvenir de ce qu'elle venait d'éprouver.

Dès ce moment on fit sécher les plaies des trois moxas, qui fournissaient encore une abondante suppuration; on prescrivit des bains avec affusions froides sur la tête, et on commença l'usage du sous-carbonate de fer à l'intérieur à la dose de 20 grains. On recommanda l'exercice à la malade; on pria la religieuse de l'employer au service des salles.

Au bout de dix jours, on avait porté la dose du sous-carbonate de fer à 4 gros par jour. Le teint était meilleur; les battemens du cœur étaient moins violens; les accès persistaient. (On appliqua 8 sangsues à la vulve.)

On continua les pilules ferrugineuses; la malade prenait pour boisson une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger; on lui accordait les trois quarts de la portion d'alimens.

Le 11 juillet, les accès ont lieu sans perte de connaissance; ils consistent en quelques légers mouvemens convulsifs avec cris et pleurs involontaires. Jamais la malade n'a eu la sensation de cette boule hystérique qui s'élève de l'abdomen et remonte jusqu'à la gorge, où elle cause un sentiment de strangulation.

Le 26 juillet, la malade a repris des forces et de l'embonpoint; les palpitations ont complétement disparu; plusieurs jours se sont écoulés sans qu'aucun accès ait eu lieu.

Il s'en manifesta encore deux ou trois jusqu'au 5 août, où l'on fait appliquer 16 sangsues aux malléoles. Dès ce moment les accès cessent complétement, et la malade quitte l'hôpital le 24 août, dix-neuf jours après la disparition complète des attaques. Nous l'avons revue le 30 septembre, et nous nous sommes assuré qu'il n'y avait pas eu de récidive depuis sa sortie.

Voilà un de ces faits contre lesquels vient se heurter la doctrine de la localisation. Quelle était la lésion d'organe qui était le point de départ de ces accidens si variés, si formidables? c'est ce qu'il est impossible de déterminer. Les accès participaient à la fois de l'hystérie et de l'épilepsie : l'imitation fut la cause occasionelle de leur développement. Vainement les médecins qui donnèrent des soins à la malade pendant l'année qui précéda son entrée à l'hôpital, cherchèrent-ils à rattacher les accidens nerveux à une phlegmasie de l'axe cérébro-spinal; vainement cherchèrent-ils à les combattre par le traitement antiphlogistique le plus énergique, la maladie ne fit que s'aggraver sous l'influence de cette médication. Lorsque la malade fut soumise à notre observation, elle était pâle, anémique; aussi, sans s'arrêter à ces violentes palpitations qui, comme tous les autres phénomènes morbides offerts par la malade, étaient dus à un simple trouble de l'innervation, on renonça à tout traitement débilitant; on soumit la malade à l'usage des boissons réputées antispasmodiques; on lui accorda des alimens; on lui recommanda un exercice proportionné à ses forces; on sécha les plaies des moxas, qui fournissaient encore une abondante suppuration; on administra en même temps, comme tonique et comme antispasmodique, le sous-carbonate de fer, qui, entre les mains du docteur Elliotson, a produit de si merveilleux effets dans le traitement de certaines névroses. Sous l'influence de cette médication, la malade reprit des forces et de l'embonpoint, les palpitations diminuèrent, les accès devinrent moins violens. Lorsqu'on eut remédié à l'anémie, on chercha à remplir une autre indication qui se présentait. Déjà deux fois l'écoulement menstruel avait paru; plusieurs fois la malade avait donné des signes de *molimen hemorrhagicum*; on chercha à faciliter la menstruation à l'aide de l'application d'un petit nombre de sangsues à la vulve, et plus tard on eut recours à une saignée révulsive. Sous l'influence de ces divers moyens combinés, les accès diminuèrent de durée et de fréquence, et disparurent complétement en moins de deux mois.

V. MALADIES DES CENTRES NERVEUX ET DE LEURS ENVELOPPES.

Ce trimestre nous a fourni une assez belle collection de maladies encéphaliques. Nous avons observé deux cas de méningite cérébrale et deux cas de méningite rachidienne. Nous avons recueilli en outre l'observation d'une encéphalite ou ramollissement rouge du cerveau, indépendant de toute lésion organique, ce qui est rare chez les enfans. Enfin il s'est présenté un cas de myélite. Dans tous ces cas, à l'exception du dernier, la terminaison a été funeste, et le diagnostic a été confirmé par l'examen nécroscopique. Quant à la jeune fille atteinte de myélite, elle était déjà entrée à l'hôpital il y a un an, atteinte de la même maladie que sa sœur, qui succomba à un ramollissement de la moelle épinière. Chez elle on fut assez heureux pour prévenir, à l'aide d'un traitement actif, une terminaison funeste; mais la malade conserve depuis un an une contraction des membres inférieurs, qui a diminué sensiblement, mais qui rend encore la marche tout-à-fait impossible. Dans l'impossibilité de rapporter tous ces faits qui ont offert un égal intérêt, nous nous bornerons aux deux observations de méningite spinale.

MÉNINGITE RACHIDIENNE, MÉSOCÉPHALIQUE ET CÉRÉBELLEUSES — TUBERCULES PULMONAIRES.

OBS. I. — Geneviève Marnet, bijoutière, 14 ans, constitution médiocrement forte; cheveux blonds; peau blanche, fine; tempérament lymphatique; non-vaccinée et n'ayant pas eu la variole; née dans le département de Seine et Marne, et habitant Paris depuis un an, entre à l'hôpital le 17 décembre, accusant quinze jours de céphalalgie, de malaise, de courbature et d'inappétence. Elle ne s'est point alitée. Examinée à la visite du lendemain, elle nous offre cet ensemble de symptômes qu'on a désigné par le nom d'*embarras gastrique*; céphalalgie sus-orbitaire, accablement, inappétence; langue couverte d'un enduit épais; haleine fétide; ventre rétracté et indolent; constipation; pas de trouble des fonctions intellectuelles et sensoriales; pas de gêne de la respiration; pouls à 96, régulier; on prescrit un lavement purgatif qui donne lieu à une évacuation abondante.

Le 19, les mêmes symptômes persistant, on administre quatre grains d'émétine dont l'ingestion est suivie de trois vomissemens bilieux; la malade après l'emploi de ce moyen dit éprouver du soulagement, mais la langue conserve son enduit; l'haleine sa fétidité; la céphalalgie et l'accablement persistent; le pouls se maintient à 100 pulsations environ.

Deux jours après on a recours à un purgatif, qui provoque deux évacuations abondantes et n'amène aucun changement; le ventre, après l'emploi de ces divers moyens, reste complétement indolent; la langue ne rougit point et ne se sèche pas.

Depuis le 22 jusqu'au 29, aucun changement notable ne se manifeste dans l'état de la malade; elle est toujours abattue, accuse une céphalalgie intense qu'elle rapporte toujours à la région sus-orbitaire; la vue se trouble par instans; l'ouïe diminue sensiblement; la fièvre persiste; la langue reste saburrale, le ventre est tantôt douloureux, tantôt indolent, et n'offre jamais de météorisme; la constipa-

tion persiste; des évacuations n'ont lieu qu'avec le secours de lavemens; on n'observe sur l'abdomen ni taches typhoïdes, ni sudamina; l'intelligence reste nette; la malade tousse par intervalles, mais l'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs. On soupçonne l'existence d'une fièvre typhoïde et on n'emploie pendant ce septenaire que des boissons délayantes et une application de sangsues sur l'abdomen, qui, comme tous les moyens précédemment employés, n'amène aucun soulagement.

Le 29 décembre, lorsque nous essayons de mettre la malade sur son séant pour pratiquer l'auscultation du thorax, nous éprouvons de très-grandes difficultés. A peine le tronc est-il soulevé, qu'une secousse tétanique le renverse en arrière; l'opistothonos se manifeste, mais il n'est pas permanent; la malade peut encore se mouvoir dans son lit; le décubitus a lieu tantôt à droite, tantôt à gauche; la céphalalgie persiste; les paupières sont contractées; dès qu'on les touche, la malade pousse des cris aigus et cherche à éloigner la main de l'observateur; la vue est toujours troublée, mais non entièrement abolie; les pupilles sont médiocrement dilatées; la malade répond juste à quelques questions, mais sa mémoire paraît notablement lésée; elle ne se souvient pas qu'on lui a appliqué des sangsues la veille; elle sait très-bien cependant qu'elle est dans un hôpital; quelques mouvemens convulsifs des membres se manifestent seulement lorsqu'on les touche. La malade dit éprouver dans les mêmes parties quelques engourdissemens passagers; la sensibilité de la peau paraît plutôt exaltée que diminuée; elle est égale à droite et à gauche; le pouls donne 112 pulsations petites, mais régulières; l'application de la main sur la nuque fait naître une vive douleur. (On applique 20 sangsues en ce point.)

Le 30, persistance des mêmes symptômes; même trouble de la vision, même céphalalgie, même gêne des mouvemens du tronc, même sensibilité de la peau; le pouls s'est relevé, mais il est moins accéléré que la veille. (Petit-lait émétisé, 2 pots; lavement purgatif.)

Le 31, évacuation des urines et des matières fécales involontaire. Au moment de la visite, nous trouvons la malade endormie; sa respiration est calme; elle se répète 32 fois par minute; le pouls donne 108 pulsations; le décubitus a lieu sur le côté gauche; les membres sont pelotonnés, mais on peut les étendre et les fléchir sans causer de vive douleur à la malade; son réveil a lieu en sursaut et est suivi immédiatement d'une rigidité des muscles du cou et du tronc; persistance de la douleur de la nuque. (Nouvelle application de 20 sangsues à la région cervicale.)

Le 1er janvier, 108 pulsations; 42 inspirations inégales non suspirieuses; les déjections sont toujours involontaires; la malade est couchée sur le côté gauche; elle est indifférente pour tout ce qui l'entoure, ne demande jamais rien; la déglutition n'est pas gênée; elle prend sans difficulté les boissons qu'on lui offre; elle répond à quelques-unes des questions qu'on lui adresse, mais il faut l'interroger plusieurs fois pour obtenir une réponse. Lorsqu'on lui demande le siége de son mal, elle répond sans ouvrir les yeux : *La tête! la tête!* Même rigidité des muscles de la partie postérieure du cou et du tronc; impossibilité de mettre la malade sur son séant; sensibilité de la peau toujours vive; pas de contraction des membres ni de paralysie. (1 gros de calomel en 12 paquets.)

Le 2, une sueur visqueuse inonde le visage; les bords des paupières sont agglutinés et ne peuvent être écartés qu'avec difficulté; l'œil est terne; la vue n'est pas entièrement abolie; pas de strabisme; amélioration et irrégularité de la respiration; nous comptons 3 inspirations dans 5 secondes et 9 dans les 5 suivantes; pouls petit, régulier, extrêmement fréquent : 150 pulsations par minute; douleur et rigidité des muscles de la partie postérieure du cou; pas de rigidité des membres; sensibilité de la peau toujours vive. (On continue le calomel à l'intérieur et on prescrit des frictions mercurielles.)

La malade succombe à six heures du soir, après une courte agonie, remarquable seulement par la gêne de la respiration.

OUVERTURE DU CADAVRE 39 HEURES APRÈS LA MORT.

L'habitude extérieure ne présente rien de remarquable; la rigidité cadavérique est très-prononcée; la voûte du crâne enlevée et le canal rachidien ouvert dans toute son étendue, on trouve la dure mère saine; l'arachnoïde cérébrale conserve sa transparence normale; la pie mère sous-jacente ne présente ni injection ni infiltration de sérosité; il n'y en a qu'une très-petite quantité à la base du crâne; les vaisseaux qui rampent à la périphérie du cerveau sont médiocrement injectés; les ventricules ne sont pas dilatés et ne contiennent qu'une cuillerée à café de sérosité limpide; les substances corticale et médullaire des hémisphères cérébraux ne présentent ni ramollissement ni induration et ne sont le siége d'aucun tubercule.

L'arachnoïde qui tapisse la face inférieure du mésocéphale et de ses prolongemens, est soulevée par une exsudation de matière demi-liquide, d'un jaune légèrement verdâtre, d'aspect gélatineux, formant une couche d'une à deux lignes d'épaisseur. Cette exsudation commence à la commissure des nerfs optiques, autour desquels existent quelques grumeaux pseudo-membraneux. Après avoir tapissé la face inférieure du mésencéphale, elle se replie, couvre toute la partie moyenne du cervelet en forme de zone, laisse les lobes latéraux intacts, et arrive jusqu'au quatrième ventricule.

Tout le pourtour de l'extrémité supérieure de la moelle, jusqu'au renflement cervical, présente la même exsudation sous-arachnoïdienne; la surface externe de l'arachnoïde est lisse. Pas d'altération des autres parties des méninges spinales. Le cervelet, le mésocéphale et le cordon rachidien n'offrent ni injection anormale, ni ramollissement.

La plèvre pulmonaire est parsemée d'une multitude de granulations grises demi-transparentes, ou de tubercules d'un blanc mat; il en existe également un grand nombre dans le parenchyme du poumon. Ces corpuscules sont également repartis dans les poumons droit et gauche, et aussi nombreux au sommet qu'à la base. Du reste, pas de masse tuberculeuse, pas d'excavation. Les autres organes contenus dans la cavité thoracique ne présentent rien de remarquable.

Dans l'abdomen, tubercules du foie et de la rate; muqueuse gastrique d'un blanc luisant, ramollie dans presque toute son étendue, et en contact avec une grande quantité de liquide. Quelques arborisations d'espace en espace dans l'intestin grêle, qui n'offrent pas de ramollissement. Ascarides vermiculaires en grand nombre dans le gros intestin, qui ne présente pas d'altération appréciable

Cette affection a débuté d'une manière insidieuse, sa marche a été lente, et les symptômes caractéristiques de la méningite spinale ne se sont montrés qu'à une époque peu éloignée de la mort. Aussi le diagnostic est-il resté long-temps incertain. L'opiniâtreté de la céphalalgie et de la fièvre avait bien fixé notre attention, mais cette douleur de tête, qui, d'après le rapport de la malade, résida toujours dans la région frontale, qui ne s'accompagna jamais d'aucun trouble des facultés intellectuelles, à laquelle se joignirent plus tard quelques désordres de l'ouïe et de la vision, paraissait se lier plutôt à une de ces fièvres qui frappent les individus nouvellement arrivés à Paris, qu'à une lésion de texture des centres nerveux ou de leurs enveloppes. Aussi restâmes-nous dans le doute jusqu'au moment où une douleur vive se manifesta à la nuque et s'accompagna de symptômes tétaniques. Dès lors le diagnostic ne fut plus incertain. Le traitement fut exclusivement dirigé contre l'affection rachidienne; deux saignées locales furent pratiquées; des révulsifs furent portés sur le canal intestinal; des frictions mercurielles furent mises en usage; mais tout fut impuissant. Les lésions constatées sur ce sujet diffèrent entièrement de celles qu'a offertes le sujet de l'observation suivante: celles-ci sont plus étendues, et le véritable produit d'une phlegmasie de membrane séreuse. Une exsudation purulente et pseudo-membraneuse recouvrait toute la moelle, à laquelle elle formait une espèce de gaîne. L'altération n'était pas bornée à la membrane séreuse, elle résidait également à l'extérieur de la dure-mère spinale.

MÉNINGITE RACHIDIENNE ET CÉRÉBELLEUSE.

Obs. IV. — Geneviève Chapagniol, âgée de 10 ans, stature élevée, tissu cellulaire très-développé, fut apporté à l'hôpital des Enfans le 11 novembre.

Antécédens. — Tout ce que nous pûmes tirer des renseignemens vagues qui nous furent soumis par les parens et le médecin de la malade sur son état antérieur, c'est que cette jeune fille fut prise quinze jours avant son entrée à l'hôpital, sans cause connue, sans malaise antécédent, d'un frisson violent suivi de fièvre, de céphalalgie et de courbature; quelques alimens pris après le frisson initial furent rejetés par le vomissement. Pendant les quinze jours qui suivirent, persistance de la céphalalgie; douleur vive dans les membres, offrant des alternatives de rémission et d'exacerbation; fièvre; constipation opiniâtre; depuis quatre jours, exaspération des douleurs; rigidité des muscles du cou; renversement de la tête en arrière; insomnie; criailleries continuelles. Cette jeune fille est très-adonnée à la masturbation; elle n'a cessé de s'y livrer pendant le cours de sa maladie. La vive sensibilité dont les membres étaient le siége, avait fait diagnostiquer au médecin une affection rhumatismale. Il avait pratiquée une saignée du bras au début, puis administré un vomitif, deux purgatifs, et quelques bains tièdes; pour combattre la céphalalgie, on avait applique six sangsues derrières les oreilles, le tout sans soulagement marqué.

Symptômes observés. — Examinée le 11, immédiatement après son arrivée, elle nous offrit l'état suivant : décubitus sur le côté droit, face pâle, yeux brillans, animés, faisant une notable saillie hors de l'orbite; pupilles médiocrement dilatées, troubles passagers de la vision; renversement de la tête en arrière; céphalalgie intense partant de l'occiput et s'irradiant vers les parties latérales du crâne; la malade compare cette douleur à un bandeau qui serait fortement appliqué sur le pourtour de la tête; une douleur également vive se fait sentir à la région cervicale, aux lombes, dans les aines et les articulations scapulo-humérales; la sensibilité de la peau est notablement exagérée, on ne peut toucher la malade en aucun point sans lui arracher des cris; elle ne peut se mettre sur son séant, ni exécuter le moindre mouvement du tronc; les muscles du cou sont fortement contractés; ceux de l'abdomen forment une espèce de plan solide; flexion permanente du membre pelvien droit; mouvemens bornés du membre inférieur gauche; les extrémités supérieures sont libres; la langue est rouge et lisse; la soif vive; la déglutition gênée; la constipation est opiniâtre; la malade n'évacue depuis le début de la maladie qu'avec des lavemens. Le pouls est régulier, il donne 120 pulsations; la respiration est accélérée, inégale, anxieuse; 44 inspirations par minute; l'intelligence est intacte; pendant la nuit, insomnie, agitation, criailleries, exaspération des douleurs.

Le 12, amélioration marquée; les douleurs sont moins vives; on peut déplacer la malade et la porter dans un bain tiède, où elle reste une heure; 100 pulsations, 36 inspirations.

Le 13, aggravation des accidens; immobilité complète du tronc et des membres; même exaltation de la sensibilité cutanée, même renversement de la tête en arrière, mêmes douleurs du cou, du bras, des bronches et des aines.

A midi, la tête se renverse davantage; le cou est énormément tuméfié; la déglutition est presque impossible; une salive écumeuse remplit la bouche; le tronc forme une espèce d'arc inflexible dont la convexité est en avant et la concavité en arrière; l'opistothonos est des plus prononcés; la face est très-altérée, les yeux saillans sortent de leur orbite; les membres inférieurs sont dans une demi-flexion permanente; vive sensibilité de la peau; émission des urines involontaire; respiration haletante; 72 inspirations par minute; 150 pulsations petites et régulières; l'intelligence commence à se troubler.

Dans la soirée, les membres supérieurs, qui jusque là étaient restés libres, deviennent le siége de quelques mouvemens carphologiques; la malade succombe à 6 heures.

Le traitement employé pendant ces trois jours a consisté en une application de 30 sangsues sur le trajet du rachis, en bains tièdes et en frictions avec le baume tranquille. Le tartre stibié à haute dose fut tenté le dernier jour.

OUVERTURE DU CADAVRE 15 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Cadavre bien conformé; embonpoint conservé; rigidité cadavérique très-prononcée; pas de gibbosité du rachis.

Crâne. Dure-mère saine ; injection notable des vaisseaux qui rampent à la périphérie du cerveau ; l'arachnoïde qui tapisse les hémisphères conserve, soit à la convexité, soit à la base, sa transparence et sa consistance normales ; les glandes de Pacchioni sont très-développées ; la substance corticale est saine ; la substance medullaire est médiocrement sablée et conserve sa consistance ordinaire ; une cuillerée de sérosité limpide dans les ventricules latéraux.

Sous l'arachnoïde qui tapisse la face supérieure du cervelet existe une couche de matière blanchâtre, opaque, membraniforme, siégeant à la partie moyenne et occupant un pouce carré d'étendue ; on retrouve la même altération à la face inférieure dans les points correspondant à la partie moyenne des fosses occipitales.

Rachis. Le canal vertébral ouvert dans toute son étendue, on trouve du pus en différens points de sa cavité ; une couche du même liquide recouvre la surface libre de la dure-mère dans les régions cervicale et lombaire, où elle occupe un pouce carré d'étendue ; les nerfs qui forment la queue de cheval sont baignés dans un liquide purulent et sanieux, exhalant l'odeur d'une macération anatomique ; l'enveloppe de ces nerfs présente une teinte violacée ; on retrouve du pus dans la gaine de plusieurs des nerfs rachidiens ; la dure-mère offre une teinte violacée ; entre les deux feuillets de l'arachnoïde rachidienne, il n'existe qu'une petite quantité de sérosité limpide ; mais le feuillet de cette membrane qui tapisse la moelle est soulevé par une couche albumineuse et purulente qui recouvre le conduit rachidien dans sa totalité et lui forme une espèce de gaine. Cette couche augmente d'épaisseur à mesure qu'on approche de la région lombaire ; les vaisseaux qui rampent à la périphérie de la moelle sont gorgés de sang ; mais la pulpe nerveuse conserve sa couleur et sa consistance normales.

Les organes contenus dans les cavités thoraciques et abdominales ne présentent rien de remarquable. On ne découvre pas un seul tubercule.

Dans cette observation comme dans la précédente, l'inflammation n'était pas bornée aux enveloppes spinales, elle s'étendait aux membranes encéphaliques. Celles du cerveau sont restées intactes ; aussi, dans l'un et l'autre cas, les malades ont conservé jusqu'aux derniers instans de la vie l'intégrité de leurs facultés intellectuelles.

Quoi qu'il en soit, les symptômes caractéristiques de la méningite spinale ont été très-tranchés. La vive douleur accusée par la malade dans les régions cervicale et lombaire du rachis, le renversement de la tête en arrière, la contraction des muscles de la partie postérieure du tronc, qui plus tard a donné lieu à un opisthotonos des plus prononcés, ont été bien en rapport avec les graves lésions dont les méninges spinales étaient le siége.

L'ouverture cadavérique nous a révélé sur ce sujet une altération qui est moins commune que la précédente, et qui nous a rendu compte des vives douleurs éprouvées par la malade dans les hanches et les aînes, douleurs sur lesquelles elle avait plusieurs fois appelé notre attention. Nous voulons parler de cette exsudation purulente qui recouvrait quelques points de la surface libre de la dure-mère spinale, qui pénétrait dans la partie inférieure du canal vertébral, et baignait les nerfs qui forment la queue de cheval. Cette altération est-elle le résultat de l'inflammation du tissu cellulaire contenu dans le canal vertébral ? la dure-mère a-t-elle participé à cette phlegmasie ? c'est ce que nous n'oserions affirmer. Les cas de suppuration de la dure-mère sont extrêmement rares. Quelques pathologistes révoquent même en doute l'inflammation de cette membrane. On trouve néanmoins dans le traité des maladies de l'encéphale publié par Abercrombie, quelques faits d'inflammation de la dure-mère cérébrale terminée par suppuration.

T. Constant.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 janvier.

M. Sicard réclame pour la cinquième ou sixième fois un mémoire sur le cœur et le siége de l'ame, mémoire qu'il avait présenté au dernier concours. Quoique les pièces présentées ne puissent, conformément au réglement, être retirées par les auteurs, l'Académie avait autorisé M. Sicard à reprendre son mémoire. Mais cette pièce s'est perdue entre les mains du commissaire qui était chargé de l'examiner, et qui après l'avoir lue ne croyait pas qu'on pût attacher beaucoup d'importance à sa conservation.

Recherches anatomiques et physiologiques sur le *corvus corone*, pris comme type de la classe des oiseaux, par M. Jacquemin.

Depuis long temps, dit l'auteur dans la lettre qui accompagne cet mémoire, j'étais surpris du volume énorme d'air que le volume du corps de l'oiseau est susceptible de recevoir ; considerant la lacune presque complète qui existe à cet égard dans la physiologie, malgré ce qu'ont dit Nitzsch, Tiedemann et autres, je me suis déterminé à faire une série d'expériences et d'observations sur la presence de l'air dans le corps de l'oiseau et sur les phénomènes organiques et physiques qui en sont les conséquences. Une partie de mes recherches, celle qui a rapport aux poches pneumatiques et à l'air introduit dans les tissus cellulo-membraneux, a été déjà présentée à l'Académie. Je complète mes observations par la seconde partie que je présente aujourd'hui, et dans laquelle je traite de la pneumaticité et du squelette des oiseaux.

Élections.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant pour la place devenue vacante dans la section d'anatomie et de zoologie par la nomination de M. Bory à la place d'académicien libre.

La liste de candidats formée par la section comprend les noms suivans :

Pour l'anatomie, 1° M. Carus, à Dresde ; 2° MM. Baer, à Kœnigsberg, et Balke à Dorpat (*ex æquo*) ; 3° MM. Delle Chiaie, à Naples ; et Owen, à Londres.

Pour la zoologie, 1° M. Dugès, à Montpellier ; 2° MM. Delongchamps, à Caen, et Cray, à Londres ; 3° MM. Gaymard, à Toulon, et Rieppel, à Francfort.

Le nombre des billets est de 47 ; majorité 24. Au premier tour de scrutin, M. Dugès réunit 24 suffrages ; M. Owen en a 18 ; M. Carus, 2 ; et M. Gaymard, 1. Deux billets se trouvent blancs.

Par une erreur singulière, le président, après avoir annoncé ce résultat, déclare qu'aucun des candidats n'a obtenu la majorité absolue, et l'on procède à un second scrutin.

Quelques membres réclament en disant que la majorité doit être fixée d'après le nombre des billets écrits, et que les deux billets blancs qui se sont trouvés dans ce scrutin devant être écartés, M. Dugès a obtenu la majorité absolue des suffrages.

Ce principe est contesté ; mais M. Isidore Geoffroy fait remarquer qu'il n'y a nullement lieu à discussion ; qu'en comptant même les billets blancs, la majorité pour 47 est de 24, qui est le nombre des suffrages réunis par M. Dugès. En conséquence M. Dugès est proclamé correspondant de l'Académie.

Flore parisienne.

M. Adrien de Jussieu fait en son nom et celui de M. Adolphe Brongniart, un rapport sur un ouvrage manuscrit de M. Jaume Saint-Hilaire, ayant pour titre : *Flore parisienne*, ou Description des plantes qui croissent aux environs de Paris, avec l'indication de leur usage en médecine, dans les arts et dans l'agriculture, accompagnée de la figure d'une ou plusieurs espèces de chaque genre. Les dessins, dont le nombre est de 4 à 500, sont tous faits d'après nature.

M. Jaume a adopté l'ordre du système linnéen pour celui de sa nouvelle Flore, dont la partie présentée à l'Académie contient seulement les cinq premières classes, c'est-à-dire de la monandrie à la pentandrie inclusivement. Il s'est servi de la langue française, beaucoup moins précise que la langue latine, mais plus claire et plus commode pour les élèves, auxquels son ouvrage est destiné. Il a donné les caractères différentiels, et à la suite de chacun d'eux les caractères de ses espèces, resserrés dans une courte description qui suit l'indication du lieu où croît la plante, de la saison où elle fleurit, etc. Pour toutes celles qui se font remarquer par quelque propriété médicale ou économique, l'auteur a joint l'exposition et la discussion de ces propriétés ; enfin il a dessiné une ou plusieurs espèces de chaque genre, et ces dessins, qui offrent la plante entière ou par fragmens, réduite à des dimensions plusieurs fois moindres que les naturelles, seront gravées sur cuivre et disséminées au milieu du texte, en regard des descriptions qui y correspondent, conformément à l'usage suivi dans les anciens ouvrages de botanique, usage fort commode pour le lecteur, et auquel par conséquent on est revenu dans beaucoup d'ouvrages modernes, surtout pour les détails organographiques, qui occupent moins d'espace.

Le nombre de 500 figures qu'annonce M. Jaume promet un ensemble beaucoup plus complet que tout ce qui a paru en ce genre jusqu'à présent. En mettant de côté, dit le rapporteur, les flores parisiennes exécutées avec un certain luxe, comme celle de Bulliard, qui n'a pas dépassé la première moitié, et le bel in-folio de MM. Turpin et Poiteau, dont on ne saurait assez regretter l'interruption trop prompte, et en nous bornant à celles dont le prix économique offrait à l'étude cette condition favorable que promet le prospectus de M. Jaume-St-Hilaire, nous ne trouvons que la Flore de Vimeux, conçue sur le même plan à peu près, mais où le nombre de planches ne depasse guère deux cents ; et celle du Plé qui s'est arrêtée à la soixante-dixième.

Les dessins coloriés que M. Jaume a présentés, offrent autant d'élégance et d'exactitude que le comportent leurs petites dimensions, et les espèces s'y reconnaissent en général sans difficulté. Des détails grossis des principaux caractères accompagnent chaque figure de plante.

On pourrait, remarque le rapporteur, désirer quelques additions à ces détails ; telles seraient des coupes longitudinales de la fleur faisant voir les rapports des parties, et notamment ceux des étamines aux enveloppes et au pistil, celles de la graine faisant voir la structure interne, la forme et la position de son embryon. Quelques-unes de ces coupes, ajoutées à certaines plantes judicieusement choisies, faciliteraient aux élèves l'acquisition de connaissances qui ne doivent pas leur rester étrangères, et auxquelles les initie d'ailleurs l'enseignement actuel. Il en résulterait que ces figures, quoique classées suivant le système linnéen, pourraient servir d'illustrations aux caractères des principales familles dont la *Flore parisienne* offre des exemples. Elles seraient avantageuses surtout, si l'auteur donnait à la suite une table des genres rangés par familles avec les caractères de celles-ci.

En indiquant cette amélioration dont les planches seraient susceptibles, à plus forte raison, disent les commissaires, devons nous les provoquer dans le texte. Nous pensons que l'auteur s'est beaucoup trop renfermé dans les formes linnéennes, qui limitent les caractères au signalement d'un petit nombre de différences.

Sans étendre beaucoup les caractères génériques, on doit y faire entrer tout ce qui est essentiel, et le diagnostic même en devient plus facile, puisque la somme des différences signalées entre deux genres voisins s'en accroît nécessairement.

La nomenclature doit être mise en harmonie avec les idées généralement admises aujourd'hui, et il ne faudrait pas en conserver certains points généralement abandonnés, appeler, par exemple, corolle l'enveloppe unique de la flena du polycnemum ou de l'iris. Les descriptions spécifiques, bornées aux traits princi-

paux, doivent être plus rigoureusement comparatives dans un même genre, puisque le but est la détermination des espèces au moyen de leur comparaison. Enfin, toujours dans ce même but d'arriver au nom de la plante, il serait bon d'établir, dans la division des classes linnéennes qui contiennent un grand nombre de genres, des sous-divisions qui se présentent naturellement et qui fournissent les autres systèmes ou méthodes. Ainsi, dans la triandrie monogynie, on trouve la plupart des graminées et cypéracées dépourvues d'enveloppes florales, auprès de plantes tout-à-fait différentes et dont les fleurs ont une enveloppe calicinale ou pétaloïde; ainsi, dans les diverses divisions de la pentandrie, on trouve des fleurs munies de corolles et d'autres qui en sont dépourvues, des corolles régulières et d'autres irrégulières, des ovaires adhérens et d'autres libres, etc., etc. Les sections établies au moyen de ces caractères et d'autres qui se présenteront en grand nombre, pourront faciliter les recherches des élèves.

Nous pensons donc, disent en terminant les rapporteurs, que l'Académie peut engager M. Jaume-St-Hilaire à poursuivre son utile entreprie, en y apportant les améliorations que nous avons indiquées, dont au reste il s'est déjà empressé d'adopter plusieurs.

ESSAI D'UNE NOUVELLE CLASSIFICATION DE L'ORDRE DES HÉMIPTÉRÉS.

Tel est le titre d'un ouvrage sur lequel M. Duméril fait un rapport verbal.

Les insectes que l'auteur de cet ouvrage (M. Delaporte) appelle hémipterés, ne sont pas tous ceux qui avaient été compris par la plupart des auteurs depuis Linnée comme composant l'ordre des hémiptères, mais seulement de ceux que Linnée eût rangés dans les trois genres *notonecte*, *népe* et *cimex*, ou punaises, c'est-à-dire des espèces que Linnée appelait des *hémélytes*, et Latreille des *hétéroptères*.

Cependant, dit le rapporteur, l'ordre des hémiptères, tel qu'il a été fondé par le grand naturaliste suédois, est réellement des plus naturels : toutes les espèces qu'il réunit se ressemblent par leurs métamorphoses incomplètes, les nymphes et les larves restant agiles, et leurs instrumens cibaires, ainsi que les appelait Fabricius, ou les parties de la bouche étant analogues et spécialement propres à cet ordre, puisqu'elles consistent en une sorte de tube qui renferme des soies fines et aiguës dont l'animal se sert pour piquer les corps organisés et pour en sucer les humeurs dont il se nourrit uniquement.

A la vérité, poursuit M. Duméril, dans certains genres, comme dans ceux qui correspondent aux cigales et aux pucerons, les ailes sont tout-à-fait membraneuses, tandis que dans les punaises des arbres et dans beaucoup d'autres genres voisins, même quand les insectes vivent dans l'eau, la base des ailes supérieures, toujours croisées dans le repos, a beaucoup plus de consistance que leur partie postérieure, de sorte que ces ailes supérieures forment des demi-élytres.

Ce sont ces derniers insectes qui font le sujet de l'ouvrage publié par M. Delaporte. L'auteur les range en 14 genres, dont il forme deux tribus, l'une des *hématelges* (suce-sang), qu'il divise en terrestres et aquatiques, l'autre des *anthotelges*, suce-fleurs, qu'il divise de même.

M. Duméril fait remarquer que dans un ouvrage qu'il a publié lui-même, il y a plus de 30 ans, il a aussi établi une division des hémiptères à ailes croisées, dans laquelle une famille est désignée sous le nom de *zoadelges* (suce-animaux), une autre sous celui de *phytadelges* (suce-plantes), et que dans cet ouvrage il a consigné l'observation curieuse que toutes les espèces qui portent des enseignes en soies longues ou courtes, ne se nourrissent que des humeurs des animaux, que ces insectes soient terrestres ou qu'ils soient aquatiques; et qu'au contraire toutes les espèces dont les antennes sont allongées en fil ou terminées en masse, sucent toutes et sans aucune exception les humeurs des végétaux : coïncidences de formes et de mœurs ou d'anatomie et de physiologie, qui peuvent devenir utiles à la science qui s'occupe de l'étude des insectes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 JANVIER. — *Présidence de M. Lisfranc.*

La correspondance officielle comprend : 1° une ampliation de l'ordonnance royale qui approuve la nomination de M. Civiale; 2° une lettre du ministre de l'instruction publique qui a suscité une vive discussion.

PROJETS DE LA SOCIÉTÉ HOMOEOPATHIQUE. — LETTRE DE M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — DISCUSSION.

Le ministre annonce à l'Académie que la société homœopathique qui s'est récemment formée à Paris sollicite du gouvernement l'autorisation sans laquelle elle ne pourrait exister légalement. Il résulte de son projet de réglement qu'elle se propose d'établir immédiatement un *dispensaire où tous les malades seront traités gratuitement par la méthode homœopathique*, et que dès qu'elle aura réuni des fonds suffisans, elle doit fonder un *hôpital de clinique pour compléter l'enseignement*. Ces deux fondations projetées intéressant vivement la santé publique, le ministre demande à l'Académie s'il serait convenable de les autoriser dans la capitale; et il termine par ces mots : « Il ne s'agit point ici d'une opinion purement scientifique, mais bien d'une question de police médicale, qui doit exciter toute la sollicitude du gouvernement. »

Le bureau propose pour commissaires MM. Husson, Renauldin, Guéneau de Mussy, Lherminier, Boulay, De Lens et Lisfranc.

M. MAINGAULT désirerait que la commission fût composée par moitiés égales de membres qui croient et d'autres qui ne croient pas à l'homœopathique. (Eclats de rire universels.)

M. DENEUX demande que M. Maingault soit prié d'indiquer à l'Académie les membres croyans. (On rit.)

M. MARC propose de remplacer dans la commission M. Boulay par M. Andral fils, qui s'est beaucoup occupé d'homœopathie; un pharmacien dans cette commission lui parait inutile. (Vives réclamations. Plusieurs voix : Un pharmacien est indispensable!)

M. LODIBERT. Il y a une pharmacopée homœopathique; qui l'examinera donc, si ce n'est un pharmacien?

M. ANDRAL père. Il y a d'abord à poser une question préalable. Je voudrais savoir avant tout si un ministre de l'instruction publique peut demander à un corps savant de lui faire un rapport sur une absurdité. Si le réglement le permettait, je réclamerais l'ordre du jour sur la lettre du ministre. Je proposerai du moins que M. le président ou le bureau écrive directement au ministre pour lui dire toute leur pensée sur cette friponnerie parée du nom de médecine homœopathique, et je m'oppose à la nomination d'une commission. (Vives rumeurs. Appuyé!)

M. LONDE. Il faut que M. le secrétaire soit chargé d'écrire au ministre qu'on a trompé sa religion; qu'il serait honteux pour l'Académie de s'occuper d'un semblable charlatanisme. Vous verrez qu'on profitera de la démarche où se trouve engagée l'Académie; dès demain, dès ce soir, on fera publier dans les journaux politiques que l'Académie s'occupe de l'homœopathie et qu'elle a nommé une commission.

M. LEPELLETIER (du Mans). Je pense, au contraire, que la nomination de cette commission est le plus sûr moyen d'en finir avec l'homœopathie. MM. les homœopathes nous jettent le gant, il faut le relever.

M. KÉRAUDREN. Il serait à propos que l'Académie se mît en rapport par son bureau avec les sociétés d'Allemagne... (Vives réclamations; interruption.) C'est là en effet que l'homœopathie a fait le plus de progrès... (Interruption nouvelle.)

M. MARC. L'homœopathie est au contraire tombée en Allemagne dans le dernier mépris, à ce point que récemment, m'entretenant de ce sujet avec un célèbre professeur de Berlin, j'en ai reçu cette réponse : Il n'y a à Berlin que trois homœopathes, dont un fripon et deux ignorans. (Rire général.)

M. BRESCHET. Je me suis trouvé, il y a quelques mois, en Allemagne, dans une réunion de près de 600 médecins; l'un d'eux a voulu agiter la question de l'homœopathie; on n'a pas même voulu l'entendre.

M. KÉRAUDREN. Mais on n'a pas compris ma pensée; je voulais dire que les sociétés savantes d'Allemagne qui rejettent unanimement l'homœopathie ont été plus à même que nous de recueillir des faits pour asseoir leur jugement; et qu'ainsi l'Académie en retirerait de larges renseignemens pour fonder le sien. (Aux voix la proposition de M. Andral!)

M. RENAULDIN fait observer que l'Académie ne saurait se dispenser de répondre au ministre; que d'ailleurs le ministre a pris soin d'écarter lui-même la question scientifique; et qu'il ne pose qu'une question de police médicale. (Très-bien!)

M. Marc parle dans le même sens. La commission proposée par le bureau est mise aux voix et adoptée. Plusieurs membres demandent qu'on y adjoigne M. Andral fils, M. Adelon et M. Andral père.

M. CORNAC. Si l'on nommait tous les membres qui sont contraires à l'homœopathie, nous en serions tous!

La commission avec ces trois adjonctions est définitivement adoptée.

BREVET D'INVENTION POUR LE PAIN DE FÉCULES DE POMME DE TERRE.

M. le docteur Ducommun écrit à l'Académie qu'il a pris sous le nom de M. Dormoy, le 20 septembre 1834, un brevet d'invention pour le pain de fécule de pommes de terre. Il suffit de saturer cette fécule d'eau bouillante pour arriver au résultat annoncé comme nouveau par M. Arnal. Cette manière d'opérer a ce double avantage : 1° d'utiliser un produit indigène; 2° de pouvoir livrer à la consommation un pain de bonne qualité et à meilleur marché, par le rendement plus considérable de la fécule de pommes de terre et son prix inférieur à celui de la farine de blé.

A cette lettre sont joints des échantillons du pain ainsi fabriqué.

Le bureau propose de renvoyer cette lettre à la commission chargée du rapport sur le mémoire de M. Arnal.

M. CHEVALLIER. Cette lettre ne nous peut servir à rien; elle ne donne ni les détails de la panification, ni les proportions de la fécule employée.

M. LODIBERT. Il est singulier qu'on obtienne des brevets d'invention pour des choses aussi anciennement connues. Il y a long-temps que les boulangers et les vermicelliers mêlent la fécule à la farine; quelquefois même ils ont tellement haussé la proportion de la première qu'il y a eu lieu à s'en plaindre.

M. LOISELEUR-DELONGCHAMPS fait remonter l'invention de ce mélange à Parmentier. M. Villermé réclame la priorité pour Teissier, dont le travail remonte à 1789.

M. CHEVALLIER. Il y a long-temps sans doute que les boulangers ou plutôt les meûniers mêlent la fécule à la farine dans un but de fraude; mais alors le rendement est moindre qu'avec la farine seule; tandis qu'avec les nouveaux procédés le rendement est plus considérable. Ainsi 318 livres de farine de froment ne donnent que 400 de pain; tandis que 318 livres du mélange de farine et de fécule indiqué par M. Arnal donnent 460 à 475 livres de pain. Il ne faut pas d'ailleurs perdre de vue qu'il faut toujours mêler la fécule à la farine; la fécule seule ne peut pas se panifier.

— M. Robert de Marseille, adresse de nouveaux détails sur le choléra de cette ville. Il marche fort lentement et paraît même décliner; la garnison et les prisons ne comptaient encore aucun cas à la date du 20 janvier; les équipages mouillés dans le port en avaient offert deux. A cette lettre sont jointes cinq autopsies assez détaillées.

— M. Sédillot réclame la priorité sur M. Malgaigne pour la détermination des luxations scapulo humérales. Selon lui, M. Malgaigne aurait profité de la lecture de son mémoire pour celui qui a été lu dans l'avant-dernière séance (1).

(1) Nous publierons dans notre prochain numéro la lettre de M. Sédillot et la réponse de M. Malgaigne. Mais il est une assertion qui ne doit pas jusque-là rester sans réponse. M. Sédillot a avancé que son mémoire avait été entre les mains de M. Malgaigne huit jours avant que ce dernier lût le sien. Nous ignorons ce qui a pu induire M. Sédillot dans une semblable erreur; car il sait mieux que personne sans doute entre quelles mains il a remis son mémoire; quoi qu'il en soit, c'est une allégation toute gratuite, et entièrement contraire à la vérité.

M. Boulay, ancien président de l'Académie. Cette réclamation me fait un devoir de déclarer à l'Académie que M. Malgaigne était inscrit dans le mois de décembre pour la lecture de son mémoire.

—M. Geoffroy Saint-Hilaire adresse à l'Académie une longue lettre dans laquelle il propose pour le 15 mai un banquet scientifique auquel toutes les fortunes pourraient participer. Le local serait orné des plus riches productions du Jardin des Plantes, et ce serait une fête où régneraient l'égalité et la fraternité.

M. le président ajoute que la liste des souscriptions est ouverte.

M. Amussat annonce que l'amputation qu'il a pratiquée mardi dernier, et dont il a fait communication à l'Académie, a heureusement réussi. Les chances les plus défavorables se trouvaient réunies; toutefois il n'y a pas eu d'accident, et la réunion est presque parfaite aujourd hui. MM. Bibes et Bousquet assistaient à l'opération, et M. Ribes a pu constater que la torsion des artères s'est effectuée avec une grande facilité et sans aucune douleur. M. Amussat ajoute quelques considérations sur les avantages de la torsion; nous les reproduirons en même temps que cette observation remarquable, dans un de nos prochains numéros.

M. Chervin lit un rapport sur le mémoire suivant :

Mémoire sur trois cas d'éléphantiasis du scrotum, opérés par Fr. Gaetani, membre du conseil de santé au Caire, et F. Pruner, professeur d'anatomie a Abouzabel; avec quelques réflexions sur l'histoire, la nature et les causes de cette maladie, et un procédé opératoire inventé par le docteur Gaetani.

Ce n'est guère que depuis le commencement du siècle dernier que les chirurgiens ont osé attaquer une affection aussi effrayante par le volume de la tumeur qui la constitue. Mais comme elle est assez rare en Europe, les causes et la nature du mal n'étaient pas assez bien éclaircis; et les procédés opératoires pouvaient être ou mieux décrits, ou heureusement modifiés. Les deux auteurs ont été à même de faire des recherches plus approfondies sur cette maladie, endémique en Egypte, et ils les ont consignées dans ce mémoire.

Obs. I. — Mohammed Mousa, Arabe, âgé de 40 ans, tempérament lymphatique bilieux, fut reçu, en octobre 1831, à l'hôpital du Caire, pour une tumeur du scrotum tellement volumineuse, qu'elle descendait jusqu'à la partie inferieure des mollets. La circonférence de son pédicule était de 18 pouces mesure de France; celle de son corps de 35 pouces, et enfin celle du fond, de 54 pouces. Lorsque l'opération l'eut détachée, elle fut trouvée du poids de 56 livres. Elle ne s'accompagnait ni d'inflammation ni de douleur; la peau correspondante au pédicule était dans l'état normal; elle était plus dure en descendant vers son corps et dans le fond; elle était d'un rouge plus foncé qu'à l'état sain, et présentait la consistance d'une couenne endurcie et raboteuse, au travers de laquelle on sentait une matière molle inégalement distribuée. On voyait d'ailleurs sur le corps et sur le fond de la tumeur des fissures et des rugosités disposées en différens sens; le pénis, enfoncé dans la substance de la tumeur, laissait écouler l'urine par un trou de cinq pouces de longueur, qui semblait être formé par la peau de la verge renversée et détachée des corps caverneux et de l'urètre, et adhérente à ces parties seulement par le pourtour du gland.

Quelle était la cause de cette tumeur? En 1820 le malade avait contracté des chancres vénériens au gland et au scrotum, qui, traités par des médecins du pays, ne disparurent qu'en 1824. C'est à cette époque que la tumeur commença à se montrer sous la forme d'un petit endurcissement partiel des téguments de la partie latérale gauche du scrotum, sans rougeur ni douleur. L'induration tegumentaire avait pris peu à peu l'extension que nous venons de dire. Mais les auteurs n'osent rapporter l'affection ni aux ulcères syphilitiques, ni à la malpropreté habituelle des Arabes, ni aux aspersions d'eau froide sur le scrotum, que les musulmans répètent cinq fois par jour, et souvent quand ils sont en grande transpiration. Les parens de Mohammed étaient d'ailleurs sains.

Quoi qu'il en soit, l'opération fut décidée et pratiquée ainsi qu'il suit, le 21 octobre.

Le malade couché sur le dos, les jambes fléchies et écartées, M. Gaetani commença par introduire le doigt indicateur gauche dans le canal excréteur de l'urine, pour aller chercher l'extrémité du gland qu'il ne put atteindre. Il glissa alors une sonde le long de ce doigt, et à force de tâtonnemens il parvint à l'introduire dans le véritable canal de l'urètre, où elle fut maintenue par un aide. Il fit alors deux incisions de haut en bas, à quatre pouces de distance l'une de l'autre, sur la face antérieure du pédicule, en commençant au devant du pubis à la hauteur présumée de la racine de la verge, et leur donnant une étendue de cinq pouces. Une troisième incision transversale rejoignit les deux premières à leurs extrémités inférieures; et le lambeau, circonscrit de cette manière et destiné à former le fourreau de la verge, fut disséqué et relevé sur le bas-ventre. Puis, de l'extrémité supérieure des premières incisions, l'opérateur en fit partir deux autres qui se terminaient à la marge de l'anus, en circonscrivant deux lambeaux semi-elliptiques destinés à former le scrotum.

Tous ces lambeaux disséqués, il pratiqua une incision d'arrière en avant et de dedans en dehors, dans la direction de l'indicateur introduit dans le canal pour découvrir la verge. Le gland fut ainsi mis à découvert, puis le pénis dégagé de la masse de la tumeur en déchirant le tissu cellulaire avec les doigts, et en laissant autour du gland un peu de peau pour servir de point d'appui aux sutures qui devaient le réunir avec le fourreau; et le pénis fut à son tour renversé sur le bas-ventre.

Il restait à dégager les testicules. Le chirurgien fit deux incisions dans la direction des cordons spermatiques, qui étaient engorgés et offraient une longueur double de l'état naturel. Les testicules situés en arrière furent dégagés comme le pénis et relevés; après quoi il ne resta plus qu'à dégager le pédicule de la tumeur le plus près possible du perinée, ce qui eut lieu avec le bistouri. Un grand nombre d'artères et de veines dilatées avaient été ouvertes pendant la dissection; mais une simple affusion d'eau froide arrêta le sang, et il ne fut pas nécessaire d'appliquer une seule ligature.

Le fourreau de la verge fut alors fixé autour de cet organe par quatre points de suture le long de la partie inférieure, et par trois autres points autour du gland. Les lambeaux du scrotum furent réunis à leur tour par six points de suture; des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et un grand suspensoire complétèrent l'appareil. L'opération avec le pansement n'avait pas duré plus de 29 minutes.

Les suites furent assez simples; le 1er novembre, les lambeaux du scrotum étaient entièrement réunis; la cicatrisation marcha dès-lors régulièrement; et le malade sortit de l'hôpital.

Le 10 septembre 1832, 10 mois et 20 jours après l'opération, la peau qui recouvrait la partie antérieure de la verge était encore un peu engorgée, et de plus parsemée de poils qui indiquaient son origine. Le volume des lambeaux avait plutôt diminué qu'augmenté. On ne dit passi ces parties remplissaient leurs fonctions.

Obs. II. — Le second malade était un homme riche, de la famille du prophète, âgé de 32 ans. En 1824 il avait eu quelques chancres sur le gland. En 1827, montant un baudet, il engagea le scrotum entre la selle et les cuisses; delà quelques douleurs, suivies de tuméfaction. Les douleurs cessèrent en peu de jours, mais le gonflement augmenta durant deux ans: puis il parut diminuer un peu pour reprendre derechef; et enfin en juin 1832, lorsqu'il eut recours aux soins de M. Pruner, la tumeur était dans l'état suivant :

Forme et volume d'une pastèque; couleur rouge-foncée dans les deux tiers inférieurs où la peau est épaissie, sillonnée, et offre des saillies mamelonnées. Douleur nulle, même sous une pression assez forte pour laisser après elle l'empreinte des doigts. Les testicules sont placés en arrière. Le prépuce est engorge, dur, considérablement accru en volume. L'opération fut pratiquée le 13 juillet 1832.

Le procédé fut différent, la tumeur était moindre. M. Pruner pratiqua sur les côtés de la tumeur deux incisions à peu près semi-elliptiques qui, partant du raphé à la base du pénis, allaient se rejoindre sur la même ligne à un pouce au-devant de l'anus. Ces lambeaux disséqués, on alla à la recherche des testicules qui furent dégagés comme dans le cas précédent; les cordons étaient aussi allongés et engorgés; et du côté droit existait une petite hydrocèle qui fut opérée immédiatement par excision. Puis la tumeur fut enlevée, les lambeaux rapprochés pour former le scrotum. Un mois après l'opération le malade était guéri. L'usage de la compression et des frictions avec l'eau-de-vie camphrée sur le peu d'engorgement qui restait encore au bas de la verge suffit pour rendre au bout de trois semaines la verge et le scrotum à leur état normal.

Obs. III. — Le sujet de cette observation était un Cophte âgé de plus de 60 ans. Sa tumeur datait de trente années; elle était de forme pyramidale, longue de 3 pieds, large de 2, descendait au dessous des malléoles, et était portée en avant par la pression des membres abdominaux qui avaient creusé des dépressions sur ses faces latérales et postérieure. Le malade ne put fournir aucun renseignement sur la nature de son mal. M. Gaetani l'opéra le 13 septembre 1832, selon le procédé suivi pour le premier malade; seulement l'opération offrit des circonstances intéressantes à noter.

On trouva d'abord à droite une hernie inguinale dont le sac, long d'un pied, et ayant 5 pouces de diametre transversal, s'étendait jusque vers le milieu de la tumeur. La hernie put heureusement être réduite. On lia ensuite le sac au-dessous du canal inguinal, et on en fit la resection. Le testicule du même côté avait quatre fois son volume normal; on en fit l'extirpation.

La tumeur séparée du corps pesait 120 livres et demie : son tissu était d'un blanc pâle lardacé et dur, excepté vers le tiers supérieur du côté droit, où ce tissu était membraneux, gluant et couleur de paille; il s'en écoulait par la pression beaucoup de sérosité. Dans la partie inférieure surtout le derme était confondu avec ce tissu, et présentait le même aspect. Mamelons entrecoupés de vaisseaux blancs; on ne vit pas de sang dans l'intérieur du tissu; la perte de sang fut aussi très-peu considérable. Néanmoins le malade succomba le lendemain.

Pour établir les causes et la nature de cette maladie, les auteurs en exposent brièvement l'anatomie pathologique. Ils font remarquer que les inégalités que présente la peau ne se rencontrent point sur leurs parties latérales, qui sont comprimées par la face interne des muscles abdominaux, ni à leur partie posterieure, qui repose sur le siége du malade quand il est assis et sur son lit lorsqu'il est couché. Ces inégalités se trouvent d'ailleurs de préférence à l'endroit où la maladie a débuté et où elle est conséquemment plus avancée; elles sont donc un effet évident de l'ancienneté du mal.

Quant à la matière albumineuse qui compose ces tumeurs, elle a d'autant moins de consistance qu'elle est plus éloignée de leur périphérie; vers le centre, ce n'est qu'un fluide ressemblant au blanc d'œuf très-delayé, mais d'une couleur tirant sur le jaune. On trouve aussi çà et là, sur des points divers, des sortes de cavernes remplies du même liquide et contenant de fausses membranes aisées à déchirer; il y a aussi quelquefois des kystes. Dans tous les cas, les testicules sont environnés d'une substance extrêmement molle; parfois même ils nagent dans la sérosité. Enfin, le siége principal de la maladie est toujours le tissu cellulaire souscutané. Les testicules sont ordinairement sains.

Les deux auteurs regardent ces tumeurs comme identiques à celles du même aspect qui se développent sur les membres inferieurs, et encore au prépuce chez l'homme, aux grandes lèvres chez la femme. A la vérité, l'éléphantiasis du scrotum est rarement accompagné d'accès fébriles; mais cela ne saurait fonder une différence essentielle. Au scrotum, la maladie se manifeste presque toujours sans aucune réaction. Ce fait, constaté en Égypte, l'a été également par M. Chervin dans le Nouveau-Monde. Les glandes et les vaisseaux lymphatiques n'en subissent aucune influence. En résumé, cette affection est pour eux « une maladie du tissu cellulaire analogue aux hydropisies résultant d'une prédominance du système exhalant sur le système absorbant, et ne différant peut-être de l'anasarque véritable que par la plus grande quantité d'albumine coagulable, » la peau ne s'altérant que consécutivement.

Les causes prédisposantes sont : l'habitation des pays bas et humides, tels que la Basse-Égypte; surtout si l'on y joint la torpeur morale, la fainéantise, un régime aqueux et végétal, d'où naît la prédominance du système lymphatique et des maladies qui en sont la conséquence. Sur des sujets ainsi prédisposés, la plus légère cause peut occasionner la maladie.

Pour arrêter la marche de la maladie, il faudrait donc transplanter le malade sur un autre sol et prescrire un régime opposé à celui qu'il suivait. Les topiques

astringens font bien diminuer le volume de la tumeur, mais en endurcissant son tissu; ils sont donc nuisibles. Comme remèdes généraux, les deux auteurs indiquent les mercuriaux et les alcalins *pour ramollir les noyaux endurcis*, et les stimulans *pour augmenter l'action des absorbans*; mais ce traitement est à peu près inutile avant l'opération et convient beaucoup mieux après pour assurer et compléter la guérison. Enfin la compression long-temps continuée pourrait favoriser l'absorption; mais il est à craindre que le scrotum comprimé au dehors ne s'engorge à l'intérieur. L'opération est le grand remède, et M. Gaetani indique pour les tumeurs volumineuses le procédé qu'il a suivi comme nouveau et comme méritant la préférence.

M. le rapporteur pense que les deux auteurs font jouer un trop grand rôle à l'humidité du sol. On voit régner l'éléphantiasis dans des îles qui sont très-arides, exemple la Barbade, Marie-Galande, etc., etc. On ne saurait en définitive accuser ni l'aridité du sol ni son humidité. Il pense toutefois que le changement de climat est très-utile pour arrêter la maladie à son début; il en a vu des exemples remarquables. Il s'en faut d'ailleurs que l'opération soit le seul remède. Le docteur Musgrave a employé le calomel avec beaucoup d'avantage, et M. Souty a obtenu la disparition d'une tumeur scrotale déjà volumineuse, par le massage long-temps continué. Enfin l'opération n'a pas toujours un succès si heureux que les deux auteurs le disent. Eux-mêmes, sur trois cas, ont perdu un opéré. Le malade opéré par Raymondou ne survecut que six heures. Deux malades, à St-Christophe, ont succombé à des opérations semblables; et en 1831, le malheureux Chinois Hoo Loo, qui était venu tout exprès de Canton à Londres pour se débarrasser d'une tumeur scrotale, expira immédiatement après l'opération, qui fut pratiquée par M. Key en présence du célèbre A. Cooper.

M. Huzard rappelle que Dionis a décrit un cas remarquable de cette maladie; lui-même en a publié un autre que M. le rapporteur aurait pu citer.

M. Chervin. Je n'avais pas le dessein de citer tous les faits qu'on possède sur cette matière; d'ailleurs celui de Dionis n'a pas été vu par ce chirurgien, et n'a pas non plus été opéré. Si j'avais eu à faire une histoire complète, j'aurais mentionné douze opérations de ce genre faites à l'île St-Christophe. Dans un de ces cas la tumeur pesait 165 livres. Une autre opération a été faite par le docteur Weiss; une par Valentine Mott; j'en connais encore un exemple recueilli à Démérari (Guyane); à Paris j'aurais pu citer Imbert Delonne et M. Roux, et à Narbonne M. Cafford. Un rapporteur ne saurait être tenu de tout citer.

Les conclusions du rapport sont adoptées. Sur la proposition de M. Réveillé-Parise, les réflexions du rapport sur le mémoire analysé sont également renvoyées au comité de publication.

M. Chervin annonce qu'il a entre les mains un mémoire de M. Cafford de Narbonne sur le même sujet. Mais comme le rapport a été beaucoup retardé, M. Cafford, à ce qu'il paraît, a perdu patience et a adressé un autre exemplaire de son mémoire à l'Académie des sciences, où déjà un rapport a été fait. Dans ces circonstances, M. Chervin demande s'il doit encore faire son rapport.

Après une courte discussion, il demeure décidé que la présentation d'un mémoire à une autre société savante, la lecture d'un rapport dans cette autre société, et enfin la publication du mémoire dans les journaux par simple analyse, n'empêchent pas l'Académie de médecine d'entendre un rapport sur le même mémoire, quand il lui a été présenté. Divers précédens ont jugé en ce sens.

— M. Sanson communique à l'Académie une observation qui tend à montrer l'efficacité du seigle ergoté dans les pertes utérines. M. Capuron pense que la perte ne s'est arrêtée que parce que la femme s'est trouvée exsangue.

Séance levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DU DANGER DE L'EMPLOI DU COPAHU DANS CERTAINS CATARRHES DE VESSIE. — CATARRHE VÉSICAL dû à un rétrécissement congénial de l'urètre, et guéri par l'usage des bougies; par M. Dufour, D.-M. à Montargis.

Dans votre revue des journaux américains du 26 juillet 1834, vous parlez de l'emploi du baume de copahu dans le catarrhe et l'irritabilité de la vessie. Sans prétendre infirmer en rien les observations de MM. Barbier, Lallemand, Chrestien, Delpech, et plus particulièrement celle du docteur Roche, qui amène la discussion, je demande la permission de donner mon avis sur un médicament que je crois généralement trop excitant pour qu'on veuille faire un précepte de son emploi, sans préciser les nombreuses exceptions que les tempéramens sanguins et irritables commandent impérieusement d'admettre.

Une pratique de cinquante ans dans la marine, les hôpitaux civils, et l'exercice privé de la médecine, m'ont toujours montré le copahu, même à doses fractionnées, propre à augmenter les accidens, et a en faire naître de nouveaux.

Hors les cas de leucorrhée rebelle à tous les remèdes chez les femmes à fibre molle et à constitution détériorée le plus souvent par un vice scrophuleux, j'ai eu, après l'emploi de cette espèce de térébenthine, à combattre des accidens graves des voies urinaires : straogurie, ischurie; douleurs rénales, chaleur générale, soif ardente, céphalalgie, constipation, enfin les conséquences d'une stimulation portée trop loin.

Sans remonter bien haut dans mes notes journalières, ce sera moi que je citerai en exemple.

Depuis mon enfance, j'ai toujours une susceptibilité remarquable de la vessie et de l'urètre; je me souviens que, dès l'âge de six à sept ans, j'urinais le sang si mes parens m'avaient laissé boire soit un peu de café à l'eau, soit quelques gros de liqueur; pendant soixante ans au moins l'émingation était douloureuse plus ou moins. En 1782, à l'île d'Aix, etant chirurgien-major du régiment de Berwich, je me laissai entraîner par les officiers à prendre une demi-tasse d'eau-de-vie brûlée; à la Martinique, plusieurs verres de limonade et à peine trois cuillerées de punch; dans ces deux occasions, il fallut avoir recours au cathétérisme pour faire cesser une rétention d'urine suivie d'un catarrhe épouvantable de la vessie, combattue consécutivement par les antiphlogistiques.

Rendu à la pratique civile en 1787, j'eus à soutenir un exercice du cheval sans cesse renouvelé; il ramena de temps à autre et la rétention d'urine et une exerétion muqueuse d'une consistance tellement visqueuse, qu'il fallait une spatule pour la détacher du vase.

Dans diverses circonstances, mes confrères, soit en Espagne, soit en Amérique ou en France, me conseillèrent d'essayer le baume de copahu. Plus confiant dans leur expérience que dans la mienne, je cédai à leur avis, et chaque fois je m'en suis mal trouvé.

D'un autre côté, nombre de fois j'ai cherché à tarir les écoulemens blennorrhagiques de personnes de tout âge et de tout sexe qui réclamaient mon conseil : sur cent essais, je ne pense pas avoir réussi dix fois, trop heureux quand ce baume tant vanté n'exaspérait pas le mal.

Enfin, il y a quatre ans, sans cause appréciable, si ce n'est peut-être un refroidissement des jambes et des pieds, j'éprouvai une urétrite. En peu de jours la cystite la plus douloureuse en fut la conséquence. La saignée, les sangsues, les bains, le régime le plus sévère, l'abstinence du vin, du café, de presque tous les alimens que je pouvais croire stimulans, amenèrent bien quelque amélioration; mais les urines qu'il fallait rendre à tous les instans du jour et de la nuit, n'en sortaient pas moins laiteuses, laissant déposer une mucosité d'une odeur insupportable et d'une viscosité semblable à de la colle-forte liquéfiée.

Dans cette occurence, j'écrivis à un praticien célèbre de Paris; il me conseilla d'user avec quelque persévérance du baume de copahu dans une émulsion. Autorisé à penser qu'un âge avancé devait avoir modifié la constitution primitive, fatigué d'ailleurs par la persistance d'une maladie qui me minait à vue d'œil, je cédai. A peine ai-je pu en user trois jours qu'il me fallut recourir de nouveau à la saignée, aux sangsues et aux bains.

M. Deguise fils, à la science et aux talens duquel Paris rend un juste hommage, vint à Montargis m'aider de ses conseils auprès d'un de mes malades, oncle de sa femme. Je lui parlai, comme on le croit sans peine, de mon infirmité; il m'engagea à user de bougies de gomme élastique, comme devant dilater l'urètre qu'il supposait, avec raison, cause directe de la cystite, entretenue par les efforts incomplets de l'émingation.

Ce remède bien simple eut tout le succès désiré (1).

Le catarrhe vésical datait de vingt-huit mois; depuis vingt mois je suis guéri; j'ai repris graduellement la vie commune, et malgré mes 74 ans je n'ai à me plaindre d'aucune infirmité.

J'ai soin toutefois d'introduire une bougie dans l'urètre et de l'y laisser séjourner deux à trois heures au moins une fois par semaine.

Que les malades se gardent bien de croire ce moyen douloureux, et que leurs médecins les rassurent complétement sur son emploi. Les premiers jours, la bougie occasione quelques douleurs, ensuite son introduction devient facile et à peine sensible. On peut même marcher dans sa chambre impunément.

Un obstacle que les médecins auront à vaincre, c'est la répugnance opiniâtre des femmes à ce que leurs maris usent de cette médication. Explique cela qui pourra.

AUTOPSIE D'UNE FILLE DE 11 ANS, ATTEINTE DE LUXATION DITE CONGÉNIALE, dont le bassin a été présenté par M. Breschet à l'Académie de médecine. (Séance du 16 décembre.)

Obs. — Germain (Joséphine), enfant abandonnée, désignée sous le n° 14,657, née le 20 mars 1821, décédée le 19 mars 1832, a été apportée à l'amphithéâtre d'anatomie, où elle a été examinée le 22 dudit mois.

(1) Chopart, dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, avait entrevu la possibilité de l'irritation de la vessie par le rétrécissement du canal de l'urètre, soit congénial (cette circonstance est la mienne), soit acquis. (Troisième vol. des Œuvres de Desault.)

Atteinte d'une double luxation congéniale des fémurs, ayant succombé à une phthisie pulmonaire compliquée d'inflammation abdominale, elle nous a présenté ce qui suit :

Le bassin, vu de face, présentait une forme carrée, et par derrière une saillie des fesses plus considérable que de coutume. Cette saillie était formée par la tête des fémurs, placée à environ deux travers de doigt de distance du bord de l'os sacrum et à pareil éloignement de la crête de l'os des iles.

Les muscles grand et moyen fessiers couvraient la tête de l'os placée entre ce dernier muscle et le petit fessier, sur la fosse iliaque externe, qui ne présentait aucune dépression propre à la recevoir. Les tendons des muscles pyramidal, obturateurs interne et externe, et les jumeaux allongés se courbaient de bas en haut pour gagner leurs points d'insertion. Le tendon des muscles psoas et iliaque, allongé aussi, se dirigeait de dedans en dehors et de bas en haut pour s'implanter au petit trochanter; tons les autres muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale étaient dans l'état naturel.

Le grand nerf sciatique, volumineux, conservait sa position normale entre le grand trochanter et la tubérosité sciatique; l'artère crurale, la veine et le nerf, après avoir passé sur le corps du pubis, s'enfonçaient plus profondément qu'il n'est ordinaire, en formant au niveau du pli de l'aine une légère inflexion à concavité antérieure.

Le ligament capsulaire, inséré au pourtour de la cavité cotyloïde, venait s'attacher au-dessous de la tête du fémur, sur la partie supérieure de laquelle il s'appliquait exactement. Ce ligament très-épais, surtout dans l'endroit où il est renforcé par des fibres qui partent de l'épine antérieure et inférieure de l'os coxal, paraissait le principal moyen dont la nature se servait pour empêcher la tête de l'os de s'éloigner trop de son siége habituel. La capsule contenait dans son intérieur une quantité de synovie assez considérable; le ligament interne très-allongé formait un ruban aplati dont les extrémités s'inséraient aux lieux ordinaires.

Les trochanters offraient leur configuration naturelle, de même que la tête de l'os couverte par un cartilage mouillé par la synovie; seulement elle était un peu aplatie supérieurement dans l'endroit où elle s'appuyait sur la fosse iliaque externe.

La cavité cotyloïde, peu profonde, très-étroite de dehors en dedans, montrait une cavité peu développée et nullement en rapport avec la tête du fémur, qu'elle est destinée à recevoir. Cependant son pourtour était garni par un rebord fibreux, sa cavité tapissée par un cartilage articulaire, et ses anfractuosités remplies par ces pelotons cellulo-vasculaires nommés glandes synoviales. Le bassin n'offrait d'ailleurs aucun vice de conformation.

De ces faits il ressort avec évidence :

1° Que la tête de l'os ne peut être replacée dans sa cavité qui est beaucoup trop étroite pour la contenir, bien que cette même tête puisse être ramenée à son niveau;

2° Que cette tête ne prend point son point d'appui sur la fosse iliaque externe, qui n'est nullement déprimée par sa pression;

3° Que ce point d'appui est véritablement fourni par le ligament orbiculaire, considérablement épaissi;

4° Qu'enfin les muscles psoas, iliaque, pyramidal, obturateur interne, obturateur externe, carré et jumeaux, contribuaient par leur résistance à empêcher la tête de l'os de se rapprocher de la crête iliaque.

N. du R. Ce fait est d'une grande importance pour la question encore si débattue de la nature des luxations congéniales. On sait que M. Breschet les regarde comme un pur défaut de développement; nous pensons, au contraire, que le défaut de développement est consécutif à la luxation elle-même. Mais nous reviendrons sur ces idées lors du rapport que doit faire M. Breschet à l'Académie.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, ou précis de l'histoire générale, techonologique et littéraire de la médecine, suivi de la bibliographie médicale du 19e siècle, et d'un répertoire bibliographique par ordre de matières; par MM. DÉZEIMÉRIS, OLLIVIER-D'ANGERS et RAIGE-DELORME (1).

Il s'est fait parmi nous, depuis quelques années, un grand changement, et l'on pourrait dire même une sorte de révolution dans la manière d'étudier et d'enseigner les sciences médicales. Naguère encore, tout auteur, tout professeur, enorgueilli de son propre savoir et de son expérience personnelle, prenait volontiers cet étroit horizon pour les bornes du monde, et ne daignait pas s'informer si en Angleterre, si en Allemagne, si à Paris même il ne s'était point rencontré des hommes d'un égal génie qui avaient vu autrement que lui. Aussi combien d'assertions hardies qui se trouvaient d'avance réfutées par les faits! Combien de découvertes qui n'avaient que le malheur d'avoir été faites déjà deux ou trois fois! Enfin combien de réputations qui ont commencé à déchoir, dès qu'on s'est avisé d'analyser l'homme par ses œuvres et sans le croire comme autrefois sur parole!

Nous sommes de ceux qui ont appelé de tous leurs vœux, qui ont favorisé de tout leur pouvoir ce retour des esprits à des études plus fortes, et qui, sans nous inquiéter de la mauvaise réputation du mot, avons placé l'érudition presque sur le même niveau que l'observation directe. Il y a plus; c'est que si celle-ci est préférable pour le praticien, parce que nulle autre ne saurait la suppléer, l'érudition pour le professeur et l'écrivain, est une source infiniment plus féconde de faits qui ne demandent qu'à être mis en regard pour donner de beaux et grands résultats.

Les auteurs de l'ouvrage que nous annonçons ont parfaitement fait sentir dans leur préface : « combien sont ridicules les prétentions de ces *observateurs* qui croient avoir assez vu pour se faire une médecine à eux, et pour se dispenser d'apprendre ce qu'ont vu leurs prédécesseurs. » En établissant la nécessité des études historiques, il ont cherché à les aplanir; de là ce dictionnaire. Mais ici une première question se présente: la forme du dictionnaire était-elle vraiment bien propre à remplir leur but? En d'autres termes, quel parti l'élève qui commence, ou le savant qui enseigne peuvent-ils retirer d'une biographie par ordre alphabétique? Cette question était d'un immense intérêt pour l'ouvrage; et nous avouons que pour notre part, nous aurions préféré un tout autre plan.

L'histoire de la médecine peut en effet être envisagée sous plusieurs aspects et offre des divisions d'un intérêt fort varié. Ainsi on peut examiner à part l'histoire des progrès ou plutôt des révolutions de la science en général; c'est l'histoire des doctrines générales qui ont régné tour à tour; et comme chaque doctrine nouvelle est plus ou moins liée à la doctrine qu'elle renverse, l'ordre chronologique nous paraît ici le seul rationnel, le seul philosophique. Il faut en dire autant de l'histoire des institutions médicales, étroitement unie à l'histoire de la société elle-même. L'histoire des idées particulières ne saurait s'accommoder du même ordre; en voulant constater à chaque époque la quantité et la valeur des idées particulières, comme Dujardin et Peyrilhe l'ont fait pour la chirurgie antique, on peut faire un très-bon et très-savant livre; mais on prépare un immense embarras au lecteur, obligé pour suivre les progrès d'une seule idée, de recourir sans cesse d'un volume à l'autre. Il est indispensable de traiter de chacun de ces sujets à part, soit en faisant des chapitres isolés, sans ordre ni plan, comme a fait G. Sprengel pour la chirurgie; soit en disposant chaque question par ordre alphabétique, ainsi que l'ont tenté Ploucquet et d'autres; ou, bien encore on pourrait tracer ainsi une vaste histoire de la médecine théorique et pratique en suivant un ordre scientifique quel qu'il fût, celui de Pinel et de Boyer, ou celui de MM. Roche et Sanson, en ayant soin seulement de rattacher à chaque question tous les faits et toutes les opinions qui se sont succédés dans la suite des siècles.

Mais de toutes les branches de ces études, la moins nécessaire, à notre gré, la moins utile de toutes manières est la biographie. Pour deux ou trois illustrations dont il est curieux de connaître la vie (et encore tout ce qu'il est besoin d'en savoir peut très-bien se placer dans l'histoire des doctrines); il en est des milliers d'autres qui pourraient demeurer oubliées sans que la science y perdît rien; et le reste dont il suffit de savoir le nom, qui se trouve d'ailleurs au-dessous du titre de leurs ouvrages. J'ouvre au hasard le premier volume de ce dictionnaire; et je rencontre les noms suivans : *Jean de St-Aubin, Jean-François Aubry, Audoin de Chaignebrun, Auenbrugger*; celui-ci au moins est connu; et précisément son histoire n'a que quatre lignes, et l'on n'indique pas même la date de sa mort; *Augenio, Aumont, Augier-Dufot*, etc. Quel intérêt puis-je prendre, moi lecteur, aux quelques lignes insignifiantes qui suivent chacun de ces noms, quand le hasard ouvre mon livre à cette page; et si le hasard ne me les fait pas rencontrer, à quelle occasion irai-je les chercher? Ce ne sera guère à cause des ouvrages qu'ils ont publiés; car les titres seuls n'indiquent pas qu'ils valent grand' chose; mais supposez cependant que dans le cours de mes recherches je rencontre la mention d'un livre sur lequel je veux avoir quelque renseignement, je suis donc obligé pour arriver à l'ouvrage, de savoir et de chercher le nom de l'auteur? C'est allonger la route sans aucune utilité.

Il est bien remarquable que les deux ouvrages les plus étendus qui aient paru en France sur la littérature médicale, aient tous deux adopté ce malheureux plan d'une Biographie. Du moins les auteurs du nou-

(1) Chez Béchet, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Il a paru trois demi-volumes in-8°. L'ouvrage entier aura trois volumes.

veau dictionnaire en ont senti le défaut; et ils nous promettent de le corriger, en faisant suivre la biographie d'un répertoire bibliographique par ordre de matières. Pour nous donc qui nous serions presque contentés du répertoire, la biographie est une nouvelle source de renseignemens que nous pouvons accepter avec reconnaissance.

Ce n'est pas d'ailleurs un simple recueil de noms connus ou inconnus rangés à la suite les uns des autres; de cette manière l'histoire des doctrines n'aurait pu être faite que d'une manière fort incomplète. Quelques chefs de secte ont fait de leur nom un drapeau, à la vérité; et l'exposé de leurs idées suit naturellement leur biographie. C'est ainsi qu'à l'article Brown se trouve naturellement une analyse de sa doctrine. Mais d'autres écoles se sont élevées avec des noms tirés d'une autre source; et puis, comme nous l'avons déjà dit, chaque système nouveau se reliant toujours au système qui a précédé, on ne saurait les traiter isolément sans détruire beaucoup de l'intérêt qui s'attache à leur histoire. Tout ceci a été prévu; ainsi des articles à part ont été consacrés à l'*alchimie*, à l'*astrologie*; l'histoire de l'art à diverses époques, les Institutions médicales, l'Histoire des grandes branches de la médecine n'ont point été oubliées; et nous avons lu avec intérêt les articles *Arabes*, *Asclépiades*, *Archiâtres*, *Accouchemens*, *Anatomie*, et principalement l'article *Chirurgie*, qui occupe à lui seul plus de cent pages du premier volume. On peut donc dire avec vérité qu'en adoptant un plan mauvais en lui-même, les trois auteurs en ont autant que possible sauvé les principaux inconvéniens.

L'ouvrage ainsi conçu est du reste exécuté d'une manière consciencieuse. Les trois auteurs ont pris à tâche de rejeter de leur cadre une foule d'auteurs qui ne valaient pas la peine d'être cités; c'est ainsi que leur livre sans être moins complet, aura besoin d'une moindre étendue. Nous aurions voulu même que leur sévérité fût quelquefois plus rigoureuse encore. A quoi bon mentionner un *Allouel*, pour dire que les deux ouvrages qu'on cite de lui ne méritent peut-être pas qu'on les rappelle? Mais ces articles parasites sont assez rares. Dans quelques autres, on semble s'être attaché à nous donner toute la défroque littéraire des auteurs, que leurs ouvrages soient bons ou mauvais; et bien plus il en est même qui n'ont aucun rapport à la médecine. Il était fort inutile par exemple, de nous apprendre que Cocchi a édité un roman grec de Xénophon, et publié une lettre sur un manuscrit contenant l'état des dépenses de la cour de Philippe le-Bel. Au lieu de ces superfluités, on aurait pu enrichir le livre de quelques parties qui lui manquent, et que nous signalerons à M. Dézeimeris, chargé seul de la continuation à partir du second volume.

Dans un assez grand nombre d'articles, et c'est en cela surtout que cet ouvrage nous paraît l'emporter sur plusieurs de ses devanciers, au titre des ouvrages cités se trouve jointe une rapide analyse des matières les plus importantes qui y sont contenues. Pour ces analyses les auteurs ont mis à profit les travaux du même genre dus au laborieux Haller, à Portal, aux auteurs de notices et d'éloges, etc., etc. L'utilité de ces analyses n'a pas besoin d'être démontrée: leur nécessité même ne saurait être révoquée en doute, quand il s'agit de recueils de mémoires et d'observations. Toute bibliographie qui se borne à ramasser des titres est comme toute érudition qui se borne à citer des noms; choses assez futiles l'une et l'autre. Nous savons bien que nous chargeons là les auteurs d'un travail immense; mais qui pourrait mieux qu'eux le tenter, sinon le mener à perfection?

Une autre lacune qui existe d'ailleurs dans tous les ouvrages de même nature, c'est l'histoire des livres eux-mêmes, et surtout celle des manuscrits. Je m'explique. Principalement pour les auteurs anciens venus jusqu'à nous par le secours des copistes avant que l'imprimerie fût inventée, il existe un assez grand nombre d'éditions originales, c'est-à-dire faites sur le manuscrit même. En quel temps tel manuscrit a-t-il été mis en lumière pour la première fois? Cette première édition est-elle plus correcte que la seconde ou la troisième? Quand une lacune qui déparait un auteur a-t-elle été comblée? Et s'il s'agit d'un auteur grec ou arabe, combien en existe-t-il de traductions? Quelle est la plus fidèle? Quelles sont les différences essentielles qu'elles présentent? Ces questions et beaucoup d'autres ont été résolues pour une foule d'ouvrages purement littéraires; et il y a un assez grand nombre de dissertations sur cette matière, fournies surtout par l'Allemagne. Pourquoi donc ne les mettrait on pas à profit? Nous devons dire que, sous ce point de vue, presque tous les articles de ce dictionnaire qui concernent les anciens et les Arabes, pourraient recevoir un utile complément. On chercherait en vain à l'article *Albucasis* une mention de la traduction de Channing; et nous avons grand'peur qu'il n'y ait quelque erreur à donner comme l'ouvrage complet d'Albucasis, le *Libri theoricæ nec non practicæ Alsaharavii*, qui ne contient que de la médecine. Pour *Avicenne*, on nous donne une longue liste d'éditions de la traduction latine, sans indiquer l'auteur de cette traduction, sans dire même qu'il y en a plusieurs, et qu'il existe des éditions d'Avicenne où, dans les endroits obscurs, les divers sens sont mis en regard.

L'histoire des manuscrits proprement dits ne serait pas moins importante. Il est peu de grandes bibliothèques qui ne possèdent le catalogue plus ou moins complet de leurs manuscrits, et l'on sait quel parti Sprengel a tiré pour l'histoire de la médecine des Arabes, du catalogue imprimé des manuscrits arabes de l'Escurial. Ainsi, plusieurs auteurs inconnus aujourd'hui reprendraient leur place dans l'histoire. Nous avons regretté par exemple de ne pas voir citer *Apollonius de Citium*, auteur d'un *Traité des articulations*, dont Cocchi avait commencé la traduction latine, et dont il a publié deux fragmens fort curieux, l'un qui est la dédicace du livre, l'autre qui a rapport à la fracture du fémur.

A ces recherches se rattacherait d'ailleurs une série de questions littéraires fort importantes. Nous n'en voulons aborder qu'une pour le moment.

Dans l'article fort bien fait et fort savant qui est consacré à la chirurgie, nos auteurs ne manquent pas de rapporter à l'invasion des barbares et au bouleversement de l'empire la longue nuit qui sembla un moment couvrir les sciences. C'est une opinion, nous le savons, fort généralement admise, mais qui n'en est pas pour cela mieux prouvée; et il serait bien temps de laver ces barbares, qui sont nos aïeux, de ce reproche immérité dont on les poursuit de collége en collége. Les beaux jours de la médecine et de la chirurgie romaines remontent au temps de Celse; un siècle plus tard, toutes les grandes traditions étaient perdues; il fallut qu'un Grec d'Asie vînt commenter Hippocrate aux Romains; et pour la médecine, nos trois auteurs reconnaissent eux-mêmes avec raison que « Galien est le dernier médecin grec dont la médecine puisse se glorifier, » (Art. *Alexandre* de Tralles.) La chirurgie ne fut guère plus heureuse: après le compilateur Oribase vient le compilateur Aëtius, puis le compilateur Paul d'Égine; du reste, pas un nom romain; le génie de Rome était désormais épuisé. Le génie grec s'éteint après Paul d'Égine; les Arabes compulsent alors la science oubliée, négligée, bannie; ce sont eux qui recueillent les manuscrits des anciens, que ni Grecs ni Romains ne lisaient plus. Les Arabes transmettent leur science aux autres barbares, et en bien moins de temps qu'il ne s'en était écoulé de Galien à Paul d'Égine, vous voyez la chirurgie renaître en Italie et en France et briller d'un éclat qu'elle n'avait pas eu depuis huit siècles ni à Rome ni dans la Grèce. Et quand ce misérable empire grec est enfin détruit et jette ses débris sur tous les rivages, pas un homme de talent ne s'échappe de cette Constantinople, abrutie par ses tyrans; pas un nom grec ne se montre parmi les restaurateurs des sciences; ce sont les barbares qui les ont ressuscitées. On sait que dès le quatorzième siècle Guy de Chauliac citait presque autant d'auteurs modernes qu'en fournirait l'antiquité grecque et romaine. Dira-t-on que les écrits des anciens ont été perdus? Mais ils ne l'ont point été par la faute des barbares. Celse est à peine cité dans les écrivains qui lui succèdent; et ce ne fut que très-tard qu'on retrouva ces manuscrits admirables que l'antiquité si vantée avait convertis d'un profond oubli.

La médecine et la chirurgie étaient donc mortes long-temps avant le bouleversement de l'empire; elles étaient mortes parce qu'on négligeait de lire Hippocrate et Celse, que les barbares vinrent remettre en lumière. La race grecque et romaine était abâtardie; elle ne pouvait pas plus pour les sciences que pour la civilisation.

Nous voilà loin de notre livre; nous y revenons. A part ces lacunes générales, nous en trouvons peu de particulières; la plus remarquable est sans doute l'omission du petit pamphlet publié par frère Jacques et reproduit par Morand. En revanche, une addition dont il faut savoir gré aux auteurs, c'est la citation au bas de chaque article des auteurs qui en ont fourni les matériaux, et cela seul suffit pour montrer avec quelle conscience a été exécuté ce travail.

Il y a long-temps que ce dictionnaire est commencé. La première partie du premier volume date de 1828, la seconde partie de 1831; la première partie du second volume a paru en 1834. M. Dézeimeris est aujourd'hui seul chargé de sa terminaison, et il promet de livrer les parties suivantes de quatre en quatre mois.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

N° 6. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 7 FÉVRIER 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tons les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne penvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DE LA DYSENTÉRIE PAR LE CALOMEL ADMINISTRÉ A DOSES ÉLEVÉES, par le docteur SMITH, médecin de la maison de travail et de l'asile des aliénés de la ville d'Édimbourg (1).

La maladie dans laquelle le calomel à haute dose a été employé avec succès ayant été observée dans la maison de travail d'Édimbourg, nous allons dire quelques mots sur cet établissement avant de passer à la description de la maladie elle même.

Les bâtimens sont situés sur un lieu élevé et découvert, dans l'un des quartiers les plus sains de la ville, et complétement isolés. Cette maison est destinée à recevoir des pauvres qui la plupart sont vieux et infirmes, et en renferme environ quatre cents; ils jouissent généralement d'une bonne santé, et beaucoup d'entre eux qui, à l'époque de leur admission, semblent arrivés au dernier degré du marasme et de l'épuisement, recouvrent en peu de temps de l'embonpoint et de la force.

Les salles sont vastes et bien disposées pour la ventilation. La nourriture se compose surtout de substances végétales, de farineux et d'une petite quantité de viande. Les maladies auxquelles sont sujets les habitans de cet établissement sont le plus souvent chroniques et l'on y observe ordinairement pendant l'été et l'automne quelques affections intestinales, comme la diarrhée, la dysentérie, le choléra indigène. Ces maladies, qu'on peut regarder comme endémiques dans l'institution, dépendent probablement de l'excès des substances végétales dans l'alimentation.

Telles étaient les circonstances au milieu desquelles apparut la dysentérie, le 24 juillet 1832, lorsque la température de l'atmosphère n'offrait aucun changement notable. La première personne qu'elle frappa fut un jeune homme d'une faible constitution; ensuite ce fut la garde qui l'avait soigné, et de ce moment la maladie parut presque simultanément dans tout l'établissement; elle débutait ordinairement par des vomissemens et du dévoiement, des douleurs abdominales, une fièvre intense avec fréquence et petitesse du pouls et chaleur et sécheresse de

(1) *N. du R.* Cet article, que nous empruntons à l'*Edimburg medical and surgical journal* (octobre 1834), deja plein d'intérêt par lui-méme, nous semble surtout propre à fixer l'attention au moment où plusieurs praticiens éclairés cherchent à rendre à la médication purgative, dans le traitement des affections intestinales, le rôle important que lui avait disputé la médecine physiologique, et que la routine lui refuse encore aujourd'hui. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE trouveront d'autres details sur le traitement par le calomel à haute dose, dans la dernière revue des journaux anglais (n° 51, année 1834).

Feuilleton.

DE L'ONANISME ET DES AUTRES ABUS VÉNÉRIENS, A L'OCCASION DE L'OUVRAGE DE M. DESLANDES SUR CE SUJET.

Bien que la vie soit une, l'étude des fonctions qui la constituent exige nécessairement des divisions. La plus généralement admise est celle qui établit trois classes de fonctions vitales. La première compose la nutrition, la seconde embrasse les fonctions de la relation, enfin viennent celles de la génération. Suivez bien cette division, et vous trouverez qu'il y a ici une marche ascendante très-conforme aux développemens perfectionnés de l'économie. D'abord la nutrition, base fondamentale de tout être organisé, ensuite les rapports avec le monde ambiant, enfin la force procréatrice ou de transmission vitale. On voit que cette dernière est pour ainsi dire le complément et le *summum* de l'existence. Aussi cette fonction ne s'exerce-t-elle que tard, par intervalles, et seulement quand tous les organes ont acquis leur entier développement, quand la vie est en plein exercice, et qu'elle est même surabondante. C'est donc à cette éminente faculté que l'homme en particulier doit sa perfection physique et morale; la force, l'énergie, la raison, l'intelligence, la beauté, la grâce, en un mot tout ce qui constitue la vie dans son éclat et son apogée, ne nous sont accordees en effet qu'à une condition, la fécondité. Aussitôt que le but est atteint, ce qui n'a lieu que pendant une certaine période d'existence, la nature retire à l'homme presque tous ses dons. Elle le neglige et le traite en marâtre; dès lors on peut remarquer dans son économie une série de dégradations organiques : la vieillesse l'atteint, les maladies l'insultent et le tourmentent. Le feu de la vie comme celui de l'amour étant simultanément retirés, un mouvement incessant de destruction se manifeste, l'homme sent de plus en plus que la vie lui échappe; il cesse enfin son insipide existence, et ce qui reste de lui rentre dans le tourbillon des mouvemens de l'univers, pour servir à d'autres êtres et continuer l'ordre éternel des transformations de la matière.

Ceci prouve combien la nature met d'importance aux actes vitaux de la génération, et par conséquent aux organes qui les exécutent, combien la santé ou l'équilibre des forces dépend de ces mêmes actes. Croirait-on cependant que certaines personnes ont cru qu'on avait beaucoup exagéré les maux qui résultent des excès vénériens? Lorsque l'ouvrage de Tissot parut il frappa les imaginations, et cela devait être. Tissot découvrit en plein l'abime où s'enfoncent des générations; il fit voir que le mal secret qui détruit et ronge l'espèce humaine, était plus profond, plus radical qu'on ne le croyait. Cependant vinrent des observateurs superficiels, qui di-

la peau. Chez d'autres, un accablement considérable suivait les premiers symptômes, le pouls était faible et petit, la peau froide et couverte d'une sueur visqueuse et le facies notablement altéré. La matière des vomissemens était ordinairement muqueuse ou composée des liquides que le malade avait bus; elle contenait rarement de la bile.

Les douleurs abdominales offraient de grandes variétés sous le rapport du siége comme de l'intensité; le plus souvent, le malade les rapportait aux régions ombilicale et hypogastrique; quelquefois elles se faisaient sentir à l'épigastre, et alors l'estomac était très-irritable, et il y avait des vomissemens et une sensation constante de brûlure. Les malades chez lesquels ces douleurs étaient légères n'étaient pas le moins vivement affectés.

L'état de la langue n'était pas le même chez tous; au commencement, lorsque la fièvre était forte, elle restait sèche et chargée; elle était souvent couverte d'un enduit au centre, mais humide et rouge sur les bords; dans les cas très-graves, elle était sèche et mince comme un morceau de parchemin; enfin, dans quelques cas d'une gravité extrême, elle conservait son état naturel. La soif était l'un des symptômes les plus communs, mais surtout dans une période avancée de la maladie, lorsque l'irritation et la douleur gastriques étaient très-vives. Alors le malade était continuellement tourmenté par le besoin de boire de l'eau froide pour soulager la sensation de brûlure qu'il éprouvait dans l'estomac.

Le son de la voix offrait dans quelques cas un caractère tout-à-fait particulier, surtout lorsqu'il y avait des signes de collapsus; alors le malade parlait très-bas et comme par un murmure. Le ténesme a été observé dans tous les cas, et même à une période avancée de la maladie, il fatiguait considérablement le malade, qui serait resté continuellement sur la selle si on le lui eût permis, par le besoin continuel qu'il éprouvait de vider le rectum.

Les matières des déjections n'étaient pas toujours les mêmes; mais un caractère qu'elles offraient constamment, c'est l'absence de la bile. Au commencement, elles contenaient fréquemment du sang et du mucus avec un mélange de matières fécales sèches et peu volumineuses. Lorsque la maladie avait duré quelque temps, elles ressemblaient à de l'eau dans laquelle on aurait lavé de la viande crue, avec quelques flocons qui nageaient çà et là ou bien offraient plus de consistance et auraient pu être comparés à de la viande hachée. D'autres fois, elles contenaient un mélange de sang de pus et de mucus et de matière calcaire. Quelquefois, et spécialement dans la dernière période de la dysentérie, les malades rendaient de grandes quantités de pus dont la couleur offrait de nombreuses variétés, depuis le blanc jusqu'à l'acajou foncé. Ce dernier caractère indiquait l'une des formes les plus graves de la maladie, et cependant à l'inspection cadavérique on ne trouvait point dans ces cas de vastes ulcérations dans l'intestin, mais seulement une dilatation considérable des glandes muqueuses et une altération de la sécrétion qu'elles fournissaient.

La présence des scybales était très-caractéristique; car on les a retrouvées dans tous les cas, bien qu'à des époques différentes, quelquefois dès le commencement, d'autres fois plusieurs jours après le début de la maladie, ou seulement vers la fin, et dans ce cas leur réapparition était toujours d'un pronostic favorable. Pendant la convalescence, les matières avaient une grande tendance à prendre cette forme, et il fallait une grande attention pour prévenir cet accident. La quantité des matières évacuées variait beaucoup; quelquefois toutes les selles étaient copieuses; chez d'autres sujets, au contraire, elles étaient presque nulles, et c'est chez ces derniers que le ténesme était presque continuel. L'urine était peu abondante, mais les malades se plaignaient rarement que l'émission en fût difficile. On a rarement observé le météorisme dans le cours de la maladie, et on a vu quelquefois survenir le hoquet dans les dernières périodes; mais alors il n'était pas, comme dans beaucoup d'autres maladies, le précurseur d'une terminaison funeste. Le délire, qui n'est venu que rarement, indiquait toujours une mort très-prochaine.

L'examen cadavérique a démontré que le siége principal de la maladie était dans le gros intestin; car dans tous les cas où ils ont été examinés (ils l'ont été dans plus de trente), constamment ils offraient des altérations plus ou moins notables. Dans les cas les plus graves, le cœcum, le colon le rectum présentaient un épaississement et une congestion remarquables dans toute leur étendue; la muqueuse était couverte de sillons transversaux qui étaient granuleux et semblaient produits par la déposition d'une certaine quantité de lymphe coagulable. On trouvait entre ces sillons de nombreux ulcères d'une petite dimension. Le tissu sous-muqueux était toujours fortement injecté et présentait de larges ecchymoses; toute la surface interne des intestins était ordinairement couverte d'une sécrétion purulente d'un rouge foncé, semblable aux matières que les malades avaient rendues avant leur mort; quelquefois les ulcères avaient la largeur d'un schelling, et alors ils se trouvaient aux environs de la valvule iléo-cœcale. Dans un cas seulement, les trois tuniques étaient détruites dans la portion transversale du colon, mais la perforation était si étroite, qu'il ne s'était pas fait d'épanchement dans le péritoine. Lorsque les altérations du gros intestin étaient considérables, on trouvait dans toute la longueur de l'intestin grêle, et surtout vers la fin de l'iléum, une congestion très-prononcée et une sécrétion d'une couleur foncée. L'extrémité pylorique du duodénum était ordinairement injectée, et les glandes voisines gonflées. Dans quelques cas, la muqueuse gastrique offrait de l'injection avec des ecchymoses, et une certaine quantité de fluide d'une couleur foncée.

Le foie n'offrit pas d'altération bien notable; deux ou trois fois seulement il parut injecté. La vésicule était dans tous les cas distendue par la bile qui paraissait être à l'état normal, de sorte que la sécrétion de ce fluide semblait n'avoir été ni suspendue ni altérée. La vessie urinaire était ordinairement distendue bien souvent vide et contractée.

La maladie ayant pris aussitôt après son apparition un caractère très-prononcé de virulence et les moyens qui d'ordinaire sont utiles en pareil cas se trouvant alors sans efficacité, je dus recourir à d'autres moyens. Le souvenir des essais que j'avais vu faire dans le traitement du choléra où j'avais vu administrer des doses très fortes de calomel sans aucun inconvénient appréciable, et l'analogie qui existait entre le choléra et la dysentérie que j'avais sous les yeux par l'absence de la bile dans ces deux maladies me déterminèrent à tenter l'essai de ce moyen dont l'efficacité dépassa immédiatement tout ce que l'on eût pu espérer de plus heureux; car je puis énoncer positivement que dans tous les cas où le calomel a été porté à des doses assez fortes pour qu'il ait pu exercer son influence sur l'économie et déterminer la salivation, le résultat a toujours été heureux.

Dans le premier cas où le calomel fut administré à haute dose, il y

---

rent que Tissot, se trompant sur beaucoup de points, avait surtout exagéré ses assertions, en sorte que l'ennemi le plus cruel peut-être de notre espèce, cet effronté libertinage de la main, la *manustupration*, comme on disait autrefois, trouva, sinon des apologistes, au moins des consolateurs. C'est, selon moi, une bien cruelle humanité, et les redresseurs des torts de Tissot devraient bien examiner les choses avec plus d'attention qu'ils ne l'ont fait. *Saniorem mentem illis exopto.*

Il y a plus d'un demi-siècle que l'ouvrage de Tissot est publié, et voici qu'un médecin distingné par son savoir, par sa pratique, a étudié de nouveau ce grave objet de médecine et de philosophie; il l'a envisagé sous toutes les faces, examiné sous tous les rapports, et il est arrivé aux mêmes résultats que le médecin de Lausanne. Toutefois l'ouvrage du docteur Deslandes est très-supérieur à celui de Tissot; non-seulement il a profité des nouvelles connaissances physiologiques applicables au sujet de son livre, des nombreuses observations publiées par divers médecins ou recueillies dans sa pratique; mais son traité est plus méthodiquement conçu, mieux fait et mieux écrit que celui de son prédécesseur : c'est une des bonnes monographies que je connaisse.

L'auteur, voulant prouver la haute importance des organes générateurs, emploie un moyen simple et pourtant certain : c'est d'examiner d'abord l'action de ces organes par eux-mêmes, puis de comparer l'état de l'économie quand ils existent et quand on les a retranchés, quand ils jouissent de leur pleine énergie, ou quand l'âge et les excès les ont flétris et presque paralysés. Il y a ici des différences extrêmes, et ces différences décident nettement la question. Comparez, en effet, un homme jouissant de ses facultés vitales, avec les eunuques de l'Orient. Vit-on jamais une vie plus faible, plus languissante, plus dégradée que la leur? dans nos climats, les castrats, que la reine Christine appelait si bien *virtuosa canaglia*, présentent la même détérioration vitale, leur esprit est aussi faible que leur corps; quelquefois même leur caractère aussi abject que leur rôle dans ce monde. Mais si ces effets ont lieu subitement et complètement par l'ablation des organes sécréteurs de la semence, ils se manifestent plus lentement, mais presque aussi infailliblement par suite des excès vénériens prolongés, et surtout par l'onanisme. Conçoit-on, en effet, qu'il soit possible de prodiguer impunément une liqueur préparée à grands frais par la nature, avec des précautions infinies, et lorsque le corps est dans sa pleine vigueur? qu'on puisse provoquer l'excrétion continuelle de cette substance, la plus importante, la plus vitalisée de l'économie, extrait le plus pur du sang, celle qui féconde, qui transmet la vie, qui contient l'être en puissance, sans amener des maux incalculables? le simple bon sens, l'expérience la plus vulgaire démontrent journellement le contraire. Ce qu'il y a de certain, c'est que le siége des plus grandes jouissances accordées à l'homme, devient l'origine de ses plus cruelles maladies, c'est que la source des voluptés est aussi l'*atrium mortis* le plus redoutable. Les sages de l'antiquité avaient donc raison d'avoir fait de *Libitina* la déesse des plaisirs et celle de la mort, Vénus-Proserpine qui présidait aux jouissances charnelles et aux funérailles, qui unit le cercueil au lit nuptial, frappant nos sens de sublimes et tristes vérités.

Les anciens, comme on le voit, n'avaient pas négligé cet important sujet de la santé des citoyens : législateurs, philosophes et médecins s'en étaient occupés. L'onanisme surtout était en horreur chez eux; on y vouait le masturbateur à l'exécration publique; et néanmoins cette affreuse habitude était commune dans l'antiquité. Chez les juifs son nom seul indique qu'on la connaissait et qu'on la maudissait. Elle fit d'affreux ravages parmi les Romains, malgré les avertissemens des censeurs,

avait des vomissemens continuels et une sensation de brûlure extrêmement vive à l'épigastre. La première dose fut suivie de la cessation de ces accidens. Encouragé par ce succès j'en fis l'essai à toutes les périodes de la maladie, même dans les cas où les symptômes étaient le plus alarmans et où, d'après l'âge avancé des malades et la faiblesse de leur constitution, on devait à peine conserver quelque espoir. Si l'état général semblait indiquer la nécessité d'une saignée, elle était pratiquée avant que l'on commençât l'administration du calomel et en même temps on prescrivait un laxatif; mais comme dans le plus grand nombre des cas la saignée n'était pas indiquée, on avait immédiatement recours au calomel à la dose d'un scrupule avec addition dans quelques cas d'un grain d'opium, que l'on répétait toutes les quatre ou six heures, suivant l'urgence des symptômes jusqu'à ce que la salivation eut commencé, ce qui avait lieu ordinairement au bout de vingt-quatre ou trente heures; alors on cessait l'administration du calomel et le malade prenait une dose d'huile de ricin. L'effet immédiat de l'administration du calomel était le rétablissement du cours de la bile dans les intestins; les selles qui auparavant ne contenaient que du sang, du pus, du mucus et des débris, offraient alors de la bile et contenaient une matière verte qui ressemblait aux épinards.

Aussitôt que la bile avait reparu dans les selles tous les symptômes perdaient de leur intensité; les vomissemens et le ténesme allaient en diminuant ainsi que la douleur abdominale et la chaleur épigastrique, et le malade était considéré comme hors de danger.

Lorsqu'une fois la bouche était prise, la suite du traitement consistait simplement dans une diète convenable; l'administration d'un laxatif tel que l'huile de ricin tous les deux jours, pour entraîner au dehors les sécrétions viciées et l'emploi de quelques opiacés dans le but de diminuer la douleur et l'irritation, on a quelque fois été obligé, et surtout dans les cas où les déjections alvines avaient une forte tendance à se présenter sous forme de scybales d'administrer l'huile de ricin pendant plusieurs semaines avant que les selles eussent repris leur aspect naturel.

Outre ces effets que déterminait le calomel sur les intestins, il produisait encore un état de réaction remarquable; le pouls prenait de la plénitude et un certain degré de mollesse; la peau devenait chaude et moite; dans quelques cas la réaction déterminée par l'administration du calomel fut si forte qu'il survint du délire. Malgré la grande quantité du calomel qui fut donnée dans beaucoup de cas, avant que le ptyalisme eût commencé, on n'observa une forte salivation que dans deux ou trois cas, et encore peut-être pourrait-on attribuer cet accident à ce que les doses avaient été plus fortes qu'à l'ordinaire.

Malgré un résultat aussi favorable, je dois cependant dire que, dans plusieurs cas qui se sont offerts pendant l'été dernier (1833), je n'ai pas obtenu un succès aussi complet de l'administration du calomel à haute dose, car quelquefois cette préparation a semblé augmenter l'irritabilité de l'estomac. Je n'ai pu m'expliquer cette singularité, car ces cas étaient en tout semblables à ceux de l'année précédente, et, en outre, dans ceux qui se sont offerts cette année (1834); j'ai employé le calomel avec le même succès qu'en 1832. Cependant telle est la confiance que j'ai dans ce moyen que je ne balance pas à administrer le calomel à haute dose dans tous les cas de dysentérie, et même dans ceux de diarrhée simple non bilieuse; je prescris ordinairement dix grains de calomel avec un grain ou un demi-grain d'opium et cinq ou six heures après une dose d'huile de ricin; de cette manière je ne manque jamais de rétablir le cours de la bile et une ou deux doses suffisent ordinairement pour arrêter la diarrhée entièrement.

Quant aux autres moyens que l'on emploie d'ordinaire dans le traitement de la dysentérie, leur efficacité a été beaucoup moindre que celle du calomel à haute dose. Voici, au reste, les principales remarques que leur emploi m'a suggérées. La saignée a été rarement employée parce que la maladie ne présentait ordinairement que des symptômes peu aigus, et que la plupart des sujets étaient vieux et infirmes. Cependant les accidens fébriles furent assez développés dans quelques cas pour que la saignée semblât indiquée; mais dans ces cas j'ai trouvé qu'on ne devait avoir recours à la lancette qu'avec la plus grande prudence; car bien que l'état du pouls et de la peau indiquât une forte action vasculaire, cependant l'émission de 12 à 14 onces de sang étaît généralement suivie d'un affaiblissement considérable.

L'opium a réussi dans un certain nombre de cas à la quantité de 5 à 6 grains par jour, administré par doses de 1 à 2 grains. Lorsque les symptômes étaient très-graves, on en administrait 4 ou 5 grains à la fois.

De tous les astringens, c'est l'acétate de plomb qui a le mieux réussi. Je l'administrais sous forme de pilules, ordinairement combiné avec l'opium, et dans la proportion de 4 grains d'acétate de plomb pour 1 grain d'opium, et cette dose était administrée quatre ou cinq fois par jour. Dans aucun cas, l'emploi de ce sel de plomb n'a eu d'effet fâcheux, bien que plusieurs malades en aient pris depuis un scrupule jusqu'à une drachme par jour pendant une ou plusieurs semaines de suite. Le nitrate d'argent à la dose de 1 à 2 grains dans une pilule avec 1 grain d'opium, administrée trois ou quatre fois par jour, a quelquefois été utile. Dans deux cas cependant, à cette dose, il a déterminé de l'irritation à l'estomac.

La dysentérie dont nous venons de donner la description, comparée avec celles qui ont été décrites par divers auteurs, offre quelques différences qu'il est important de signaler; nous noterons spécialement l'apparition des matières fécales durcies sous forme de scybales à différentes époques de la maladie, et la tendance qu'elles avaient à conserver cette forme après que les symptômes graves avaient disparu; la distension de la vésicule par de la bile qui semblait avoir conservé tous ses caractères physiologiques; l'absence d'altération du tissu du foie et l'inflammation de l'extrémité pylorique du duodénum. Dans la description donnée par le docteur Jonhson et sir George Ballingall de la maladie qu'ils ont observée dans l'Inde, et dans celle que le docteur Cheyne a observée en Irlande, il ne paraît pas que cet état des matières fécales ait été constant et ait été considéré par eux comme un des caractères de la maladie. Le docteur Jonhson et M. Annesby ont trouvé la bile altérée, tandis que le docteur Cheyne ne paraît pas avoir observé l'état de distension de la vésicule biliaire.

Manuel de médecine légale à l'usage des médecins, des avocats et des jurés, par A. Brierre de Boismont, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. 1 vol. in-18 de 350 pages. Prix 2 fr. 50 c.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 *bis*.

---

des philosophes et même des poètes. On connaît la sanglante épigramme de Martial adressée à un certain Ponticus :

Ipsam credo tibi naturam dicere verum;
Istud, quod digitis, Pontice, perdis, homo est.

Lib. IX, p. 42.

Chez les Grecs, ce fut bien pis. Loin de s'adonner au culte de l'amour pur, à l'*eros* platonique, ce peuple descendit souvent aux plus grands excès. La secte des cyniques en donna publiquement des exemples. Non-seulement on vit Cratès, jetant bas son sac et son manteau, copuler avec la belle Hypparchia sur la place publique ou sous un portique, afin de *planter un homme*; mais Diogène poussa le cynisme jusqu'à la masturbation, *coram populo*. Il disait même effrontément qu'il serait bien aise de pouvoir apaiser par une semblable voie les désirs de son estomac. Il y a sur ce sujet un passage célèbre de Galien; nous allons le citer, mais le latin est ici de rigueur. Il s'agit d'une courtisane appelée par Diogène; *cum diutiùs cessaret, ipse manu pudendis admotâ, semen excussit, ac venientem deindè; mulier culam remisit, inquiens : manus hymæneum celebrando prævenit te.* (*De locis affectis*, lib. VI.) Ce qu'il y a de singulier, c'est que Galien blâme à peine le cynisme de son infâme action, et qu'il trouve cette manière de célébrer l'hymen assez commode. Dans nos temps modernes, il s'en faut que les mœurs aient gagné sous le rapport des abus vénériens; l'onanisme surtout continue à moissonner une infinité de victimes. Les maladies produites par les excès en ce genre sont en effet incalculables. Le docteur Deslandes emploie une bonne partie de son livre à en faire le triste tableau Parmi ces maladies figurent au premier rang l'épilepsie, la consomption dorsale, la carie des vertèbres, la phthisie pulmonaire, l'apoplexie, l'aliénation mentale, les névralgies les plus variées, la goutte, les dartres, les anévrismes du cœur et des gros vaisseaux, le varicocèle, l'hydrocèle, les hémorrhagies utérines, les flueurs blanches, le cancer, l'anaphrodisie ou impuissance, etc. Et combien cette liste funeste ne pourrait-elle pas encore s'accroître? Car, bien que les maladies dont il est ici question n'attaquent pas tous les individus livrés à l'habitude énervante de la masturbation, il est certain que très-peu échappent, si le temps, la raison, les symptômes précurseurs d'une maladie ne les arrêtent sur le bord de l'abîme. Ce qui trompe plusieurs personnes, ce qui même a fait croire que Tissot avait de beaucoup exagéré, c'est que tous les individus qui s'exposent aux résultats des abus vénériens ne sont pas atteints, ou ne sont atteints que fort tard, par les maladies dont il a été question. Mais indépendamment qu'il existe encore des hommes qui se modèrent, il est des constitutions assez heureuses pour résister long-temps. Grand dieu! où en serait l'humanité si tous les coupables étaient frappés au même degré! M. Deslandes remarque d'ailleurs avec beaucoup de justesse que les excès vénériens ne donnent pas immédiatement de graves infirmités, mais ils prédisposent fortement à ces mêmes infirmités; or, en médecine, les causes prédisposantes sont tout; les causes occasionelles ou déterminantes sont à peine comptées. Dès que le terrain est bien préparé, attendez-vous à ce que la semence, bonne ou mauvaise, ne tarde pas à lever et à prospérer. Ainsi cet homme est atteint plus ou moins subitement d'une apoplexie, d'un asthme ou d'un catarrhe vésical; cet autre d'un anévrisme, de tremblemens, de gastralgie, de pollutions, d'incontinence d'urine, etc. Soyez sûr que de longs excès ont préparé ces maladies, affaibli l'énergie vitale, fatigué dès long-temps l'économie.

MALADIES DE LA PEAU.

CONSIDÉRATIONS SUR LES SYMPTÔMES ET L'ÉTIOLOGIE DE LA GALE, par M. ALBIN GRAS, interne à la Salpêtrière.

Les recherches récentes faites sur le sarcopte de la gale me paraissent avoir démontré d'une manière évidente qu'un insecte de l'ordre des acariens existe réellement, peut ramper sous l'épiderme de la peau de l'homme, et occasionner par sa présence tous les symptômes de la gale. Cette nouvelle étiologie ne doit-elle pas nous amener à modifier les idées reçues concernant la forme essentielle de l'éruption psorique? L'idée d'un virus particulier étant écartée, ne doit-on pas rejeter également celle d'une lésion unique et primitive de la peau, pour en revenir à l'opinion des anciens, qui considéraient la gale comme une affection complexe et caractérisée par des papules aussi bien que par des vésicules? « *Pustulæ oriuntur*, dit Celse, *quœdam humidiores, quœdam sicciores.* »

On sait, en effet, que tous les galeux ne présentent pas des vésicules, sans quoi rien ne serait plus simple que le diagnostic de la gale, maladie qui cependant offre souvent des difficultés. Ainsi, par exemple, les teinturiers, les droguistes et d'autres personnes qui sont obligées, par leur profession, de tremper leurs mains dans des liqueurs caustiques, présentent rarement des vésicules, quoiqu'ils soient en proie à une vive démangeaison, qu'ils aient pu communiquer la maladie à ceux qui partagent leur couche, et qu'on trouve sur eux des acarus, non pas aux mains, il est vrai, mais au corps, au scrotum, par exemple. Dans ces circonstances, il faut s'aider d'autres caractères, tels que la nature et le siége de la démangeaison, la durée de l'affection, et surtout, comme signe pathognomonique, la présence du sarcopte.

Je me propose de décrire brièvement la marche de la gale et les différentes lésions de la peau *qui paraissent lui appartenir*. Je crois en effet avoir observé chacune de ces lésions isolée et constituant seule la maladie, dans certains cas où celle-ci était contagieuse, et où la présence du sarcopte ne laissait d'ailleurs aucun doute.

I. Voici en général quelle est la marche de cette affection. Presque immédiatement après le contact contagieux, ou peu de jours après, le malade éprouve une démangeaison légère le plus souvent, et dont il ne tient pas compte. Cette première période est le temps d'incubation des auteurs, et ce n'est qu'après huit à quinze jours, quelquefois moins, quelquefois plus, que les symptômes de la gale se montrent. Dans cet intervalle, en examinant le malade, on peut rencontrer des *acarus* ou *sarcoptes*. Je ne reviendrai pas sur la description déjà connue de ces insectes (1); j'ajouterai seulement, pour compléter leur histoire, qu'outre la variété ordinaire, il paraît en exister une autre, la seule qu'ait observée Linnée, variété qui serait caractérisée par deux taches rouges situées sur le dos en forme de croissant, et se regardant par leur convexité.

Ces insectes ont déjà tracé leur sillon ou cuniculus, et se multiplient avec rapidité; ils peuvent se répandre probablement sur toutes les parties du corps; mais on les rencontre surtout aux mains et aux pieds, à la peau de la verge et du scrotum, au mamelon, dans l'enfoncement du nombril, aux aisselles, etc.; ils pondent des œufs dans leurs sillons, comme je l'ai observé dernièrement; ils n'excitent cependant qu'une démangeaison supportable et bien différente du prurit, qui survient plus tard et qui est si désagréable, quoi qu'on en ait dit. Il semblerait même que chez quelques individus ces insectes pourraient se multiplier long-temps sans déterminer de symptômes consécutifs. Ainsi Scaliger, A. Paré, Guyon, Haffenrefer et beaucoup d'autres écrivains du seizième siècle font mention du ciron; mais ils ne parlent que de la démangeaison que cet insecte occasione, et traitent à part de la gale.

Ce n'est le plus ordinairement qu'apeès huit ou quinze jours, comme nous l'avons dit, que surviennent les symptômes consécutifs.

Ce n'est le plus ordinairement qu'après huit à quinze jours, comme nous l'avons dit, que surviennent les symptômes consécutifs.

Ces symptômes ne paraissent nullement en rapport avec la faible irritation qu'occasione la présence de l'insecte. La peau, en effet, n'est pas même rougie sur le trajet du sillon, dans le moment même où le derme est couvert d'une foule de boutons qui excitent la plus vive démangeaison, et qui persistent quelquefois long-temps après la destruction des acarus.

Je ne crois pas cependant qu'il faille pour cela supposer l'existence d'un virus fourni par l'insecte lui-même; ce serait éluder une difficulté par une autre, sans rien éclaircir. Quel rapport existe-t-il entre la titillation qu'excite l'action de chatouiller, et les convulsions qui en sont la suite? et certainement il n'est venu dans l'esprit de personne de faire intervenir un virus pour expliquer ce qui se passe alors. Cette disproportion apparente de cause et d'effet, entre le chatouillement des pates d'une vingtaine d'acarus et les éruptions diverses de la peau, tiendrait-elle à ce qu'une cause irritante faible, mais persistant continuellement et agissant sans relâche, équivaudrait pour ses effets morbides à une cause plus énergique, mais d'une durée instantanée; comme on voit en mécanique, si toutefois on peut établir cette comparaison, une force donnée équivaloir à une autre force plus grande, mais animée d'une vitesse moindre? Enfin, on ne doit pas oublier qu'il faut tenir compte de l'irritation produite par les ongles du malade, qui se gratte sans cesse.

II. Les symptômes consécutifs de la gale me paraissent être les suivans, rangés par ordre de fréquence. 1° La démangeaison. C'est le plus constant de tous; il se montre le premier et disparaît le dernier, accompagne les petites ulcérations et les diverses éruptions psoriques, persiste après la disparition de ces éruptions, et s'observe enfin sur des portions de la peau qui ne présentent aucune altération.

2° Les vésicules. Elles sont acuminées, transparentes, plus ou moins volumineuses, aux mains et aux pieds seulement (gale ordinaire et miliaire). Sur le reste du corps elles sont plus rares et plus petites, de peu de durée, et perdent promptement leur transparence. Les premières peuvent se développer sur le trajet du sillon, et l'on en observe assez constamment une à l'origine de celui-ci. Souvent ces vésicules ont une base dure; on en voit aux bras qui sont atoniques, et qui contiennent à peine une petite quantité de sérosité, sensible seulement en pressant; elles semblent prendre peu à peu le caractère papuleux, et se confondre avec l'éruption suivante.

3° Éruption papuleuse. Elle est assez constante, différente du prurigo

(1) Voyez la brochure intitulée : *Recherches sur le sarcopte de la gale*. Chez Bechet, à Paris.

Comment ensuite un corps faible, usé, pourra-t-il lutter contre les orages de la vie, contre les perturbations physiques et morales, les attaques des élémens auxquels l'homme est sans cesse exposé? Il y a ici de rudes enseignemens donnés par l'expérience. Ajoutons encore que lorsqu'une maladie légère affecte l'économie, cette maladie ne tarde pas à s'aggraver si on ne pose pas des bornes étroites à l'action des organes générateurs. En tout temps les médecins recommandent la continence, mais bien plus encore si le corps est dans un état de faiblesse et de souffrance. « Les goutteux, dit un auteur cité par M. Deslandes, doivent choisir entre laisser leurs femmes tranquilles et guérir de la goutte, ou bien continuer de les caresser et rendre leur mal tout-à fait incurable. Chaque fois qu'un goutteux voit une femme, il ajoute, s'il est jeune, une nouvelle racine à sa maladie, et s'il est vieux, il creuse un pied carré de sa tombe. » *Dura lex, sed lex*. C'est bien pis encore lorsque la masturbation s'oppose continuellement à la réparation des forces. Ainsi l'onanisme est l'immolation de soi-même, par les maladies qu'il enfante, par celles qu'il prépare et par celles qu'il aggrave; vit-on jamais plus déplorable habitude!

On a souvent demandé quel était le plus fatal, des excès avec les femmes ou de ceux de la masturbation? Tous les deux entraînent la perte de la santé, tous les deux sont la ruine du corps et de l'esprit, mais les premiers à un bien moindre degré que les seconds. Il est inutile d'en déduire ici les raisons; il n'y a point d'homme de sens qui ne les conçoive. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la honteuse habitude de la masturbation, parvenue à un certain degré, finit par inspirer de l'éloignement pour les femmes; c'est une vérité journellement démontrée. Soit que les organes usés n'aient pas assez d'énergie pour remplir le vœu de la nature, soit la facilité de se satisfaire solitairement, toujours est-il que le masturbateur effréné ne recherche point le commerce des femmes. Cette circonstance peut même tromper le médecin et les parens. J'ai donné des soins à un homme de 30 ans atteint de phthisie pulmonaire. Ayant pris quelques informations, on m'assura que ses mœurs étaient pures. En effet, son indifférence, son aversion pour les femmes, aussi prononcée que celle de saint Colomba (1), donnait à sa conduite une apparence de régularité, de chasteté, dont les aveux du malade ne tardèrent pas à me dévoiler l'origine. Tous mes soins furent sans succès; le malheureux succomba après avoir langui plusieurs années sans mettre fin à sa cruelle habitude.

Cette circonstance de la facilité du secret est un des plus grands obstacles pour détruire l'onanisme. Ce qui contribue encore à l'entretenir, ainsi que les autres excès vénériens, est l'abus des excitations ou du moins le peu de soin qu'on prend de les éviter. A parler en général, la modération est ce que les hommes préconisent le plus, et ce qu'en réalité ils pratiquent le moins. On en voit qui observent un célibat rigoureux, mais la nature ne tarde pas à venger cette violation d'une de ses lois les plus formelles; car il est malaisé et dangereux, comme dit un vieux poète, « de garder chose qu'humaine race ne peult de soy. » Mais le plus ordinairement, on tombe dans l'excès contraire; et ce qu'il y a de fâcheux, c'est que l'âge, même en refroidissant le sang, ne tempère pas toujours cette ardeur, ce feu du désir auxquels les organes ne répondent plus. Quelquefois

(1) Saint Colomba est un saint d'Écosse, renommé par son antipathie pour le beau sexe; et cette antipathie allait si loin, qu'il éloignait de sa résidence jusqu'aux chèvres et aux vaches, prétendant que là où il y a une vache une femme n'est pas loin, et que là où il y a une femme le péché est tout près.

ar son siége; elle se montre surtout à l'avant-bras, au bras, à la partie interne des cuisses, à la hanche, etc. Elle apparaît sous forme de boutons, tantôt aplatis (lichen urticatus), tantôt coniques et traversés à leur sommet par un poil (lichen pilaris), ou bien présentant l'orifice d'un follicule sébacé; en pressant alors le bouton on fait sortir une matière blanchâtre, sébacée, terminée par un petit appendice en forme de poil, et ressemblant à ces prétendus insectes figurés et décrits par Ettmuller et Andry, sous le nom de *comedones* ou *crinones*.

4° Pustules (grosse gale). Elles apparaissent quelquefois dès le début de la maladie, et se montrent surtout aux mains et aux pieds, quelquefois à l'avant-bras et aux jambes.

5° Tubercules, ou plutôt indurations limitées de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent. On les observe surtout aux aisselles et aux fesses, et ils servent alors de bases à un ou plusieurs cunicules; dans quelques circonstances, surtout lorsque la gale a duré long-temps, ces indurations s'enflamment et produisent de petits abcès très-superficiels.

Ces divers symptômes, comme je l'ai dit, peuvent exister ensemble, ou isolément; leur durée est variable. Ils disparaissent en général spontanément après la destruction des acarus; d'autre fois ils persistent un temps plus ou moins long. En général, lorsque la gale se guérit, les vésicules s'éteignent d'abord, puis les pustules; la démangeaison et l'éruption papuleuse persistent au contraire le plus long-temps.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. BALTIMORE MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL AND REWIEW.

Le cahier de juillet contient : 1° des *réflexions pratiques sur le choléra*, par Harrison; 2° *notice sur le céphalotribe de M. Baudelocque*, par Mac-Phail; 3° *sur l'identité de la variole et de la vaccine*, par le même; 4° *quelques remarques sur l'histoire de la syphilis*, *et observations sur les opinions de M. Carmichael et de sir George Ballingall sur son origine européenne*, par Rob. Tolifree. L'auteur démontre que la syphilis n'a point été apportée d'Amérique en Europe. 5° *Observation de hernie ombilicale congéniale*, par Luke-Robinson; 6° *cas d'atrésie du vagin produite par un traitement irrationel*, par Thomas Jefferson-White; 7° *observations sur l'ischurie rénale*, par H. de Léon; 8° *réflexions sur la pathologie et le traitement de l'anémie ou oligémie*, par Geddings; 9° *recueil de cas de chirurgie*, par N.-R. Smith. Avec ce cahier finit le *Journal de Baltimore*; nous le retrouverons à notre prochaine revue sous un autre titre et sous la forme mensuelle.

IDENTITÉ DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE; par le docteur M. Phail, professeur d'obstétrique à Baltimore.

L'auteur regarde la variole et la vaccine comme étant primitivement la même maladie, la dernière n'étant qu'une modification de la première, produite en passant par l'économie d'un ruminant. Voici l'expérience sur laquelle repose cette opinion. Il prit du pus varioleux chez un homme qui est mort au seizième jour, et l'inocula sur la mamelle de plusieurs vaches. Chez quelques-unes l'inoculation réussit, et le pus qui en résulta se trouva évidemment être du vaccin; car, inséré sur un sujet humain, il suivit la même marche, détermina les mêmes symptômes, et produisit les mêmes effets que ceux décrits par Jenner et les autres auteurs comme caractéristiques du vrai cowpox.

OBSERVATION DE HERNIE OMBILICALE CONGÉNIALE, par Luke ROBINSON, M.-D. du comté de Caroline (Maryland).

OBS. — Une dame accoucha de deux enfans vigoureux, bien que d'une taille moindre que d'ordinaire. L'un d'eux portait une hernie ombilicale d'un volume énorme, s'étendant jusqu'aux genoux de l'enfant et contenant une grande portion des intestins, dont les circonvolutions se voyaient à travers le péritoine transparent qui constituait la seule enveloppe de la hernie. A la partie supérieure de la tumeur on apercevait la veine ombilicale, à la partie inférieure l'ouraque et les artères ombilicales; et ces artères se réunissaient à la veine au sommet de la tumeur pour constituer le cordon, sur lequel une ligature avait été appliquée. L'ouverture qui livrait passage aux viscères était de l'étendue d'un dollar d'argent; la peau offrait autour du col de la tumeur un rebord à pic, lisse et poli, et qui ne paraissait exercer aucune striction.

M. Robinson essaya de réduire cette hernie, mais en vain. Pensant que la présence du meconium pouvait apporter quelque obstacle à la réduction, il ordonna un léger purgatif, recommanda de soutenir la tumeur par un bandage et d'essayer le lendemain la réduction, lorsque l'enfant serait tranquille. Mais deux jours après il trouva qu'on n'avait rien fait; la tumeur s'était accrue, et son enveloppe péritonéale était enflammée et excoriée. Le cas paraissait désespéré; toutefois il essaya encore la réduction avec aussi peu de succès que la première fois, et l'enfant succomba peu de jours après.

La hernie dans ce cas devait dater de plusieurs mois avant la naissance; il semblait que l'abdomen ne s'était développé qu'autant qu'il le fallait pour contenir la portion des intestins non sortis; et en conséquence il y a lieu de croire que, si la réduction avait pu être effectuée, elle aurait été la source d'une insupportable irritation de l'abdomen. M. Robinson pense que le seul moyen de procurer cette réduction sans danger pour l'enfant, serait en cas pareil de ne faire rentrer les intestins que graduellement, attendant après chaque réduction partielle que les parois abdominales se fussent prêtées à contenir ce surplus de viscères. Ce procédé même est également le seul possible, puisque la réduction complète ne l'est pas. Voici donc le mode de traitement qu'il conseille :

Prendre une tasse en porcelaine d'une capacité un peu moindre que le volume total de la tumeur; oindre sa face interne d'un peu d'huile d'olive; la renverser sur la tumeur, et établir par-dessus une pression assez forte pour que ses bords soient maintenus en contact parfait avec les téguments. On la laisserait en place durant quelques jours, puis on lui substituerait une seconde tasse d'une capacité moindre, qu'on appliquerait de la même manière; et en diminuant par degrés le volume de la tasse, on arriverait à une complète réduction, et un brayer bien adapté à l'ouverture suffirait pour assurer la guérison.

OBSERVATIONS SUR L'ISCHURIE RÉNALE (*ischuria renalis*, *paruria inops* du docteur Good), par le docteur H. de Léon (Caroline du Sud).

L'ischurie rénale, celle qui dépend d'une suspension des fonctions

---

alors, par un fatal amour-propre, ou par le chagrin de voir diminuer sa puissance virile, on a recours à des excitans physiques et moraux, ce dernier degré de la folie humaine dans ce genre. Qu'on croie bien néanmoins que ce n'est jamais impunément. Malheur à celui qui, méprisant la voix de l'expérience et de la nature, se lance à un certain âge dans une carrière où la jeunesse n'a pas même le droit d'être immodérée; malheur à celui qui veut suppléer à la force qui manque par une force artificielle; il épuise rapidement la coupe et d'effroyables maux en sont le résultat. Demandez-le aux médecins qui savent observer, et ils vous diront ce qu'ils entendent et ce qu'ils voient chaque jour. Le vieux Chirac, médecin du régent, et par conséquent témoin des débauches qui ont flétri d'une honteuse immortalité l'époque de la régence, ne cessait de signaler les dangers auxquels on s'exposait. Il poussait même les précautions hygiéniques jusqu'à l'extrême. Un grand seigneur lui demanda un jour si l'usage des femmes était dangereux; « non, repondit Chirac; pourvu qu'on ne prenne pas de drogues; mais je préviens que je regarde le changement comme une *drogue*. » Il avait raison, et l'on conçoit pourquoi; mais le précepte fut il suivi? Il y a bien des motifs pour en douter. De nos jours, une certaine sévérité de mœurs dans les classes instruites de la société cache au moins le scandale, ce que l'on craint pardessus tout; *si non cas è, tamen cauté*. On est plus prudent, mais on n'est pas plus sage, et la *drogue* dont parle Chirac est encore à l'usage de bien des gens. Quelquefois on ne s'en tient pas là. Un célèbre ouvrage de gastronomie a beaucoup vanté le chocolat à l'ambre gris. Athlète sans vigueur, combattant décrépit, on espère au moyen de cet aliment, si plaisamment nommé le *chocolat des affligés*, obtenir encore quelques palmes de Vénus Aphrodite. Il n'y a qu'une chose à laquelle on ne pense guère, c'est que de pareils triomphes sont chèrement achetés. Combien même d'imprudens ont été frappés de mort à l'instant du sacrifice, au plus haut période du spasme érotique? Toujours on s'obstine à prendre le désir pour le besoin; c'est là le chant de la sirène qui empêche de voir l'écueil où la foule vient échouer.

Au reste, les maladies qui ont lieu par suite d'abus vénériens avec les femmes peuvent encore se guérir, à moins d'excès prolongés sans mesure, mais jamais celles qui sont les résultats de l'onanisme. Pourquoi cela, dira-t-on? c'est que les premiers ont des bornes et que les autres n'en ont pas; c'est que la cause de ceux-là peut s'arrêter, tandis que celle des autres continue presque toujours. Je l'ai déjà dit ailleurs et je le répète : une fois que la funeste habitude de l'onanisme est enracinée, jusqu'à un certain degré, elle devient incurable, à moins qu'un obstacle mécanique, puissant, invincible, d'un effet permanent, ne la combatte directement. Quant aux moyens moraux, il n'y faut pas compter. Imprimer un *stuprum* ineffaçable sur le front du masturbateur en dévoilant ses honteux excès, n'a pas toujours des résultats avantageux; la crainte des maladies à venir, ou celles qui le tourmentent, la perte irréparable de sa santé; la crainte d'une mort plus ou moins prochaine, et même la vue d'un masturbateur mourant, cette dernière ressource proposée par M. Deslandes, ne l'arrêtent pas, ne le corrigent nullement. Ce n'est pas indifférence de sa part; loin de là, l'infortuné concevant le danger, se raisonne lui-même, il essaie, il tâche de se vaincre, il en cherche les moyens, mais presque toujours inutilement; l'odieuse habitude, *luxuria manuensis*, triomphe de ces faibles : efforts par une sorte de spontanéité automatique vraiment fatale, la main homicide cherche, excite les organes générateurs et travaille sans relâche à saper, à détruire les forces de l'organisme. On ne chasse ni l'habitude, ni la nature à coup de fourche, comme dit un ancien; et nous en avons ici

des reins, est une maladie assez rare pour que nous croyions devoir rapporter avec quelques détails les recherches du docteur de Léon, et indiquer quelques-unes des sources où l'on peut puiser des connaissances sur cette maladie, l'une des plus propres à mettre sur la voie de l'étude des altérations des liquides et des sécrétions.

Les symptômes par lesquels elle se manifeste sont : une douleur sourde avec sensation comme d'un poids dans la région iliaque, une grande anxiété, des nausées, des vomissemens, le hoquet, des crampes, une irritabilité générale ; de l'insomnie, quelquefois du délire, la léthargie et le coma. Dans quelques cas, le malade éprouve un besoin continuel de rendre de l'urine, quoique l'introduction du cathéter dans la vessie donne la preuve que cet organe n'en contient pas la moindre quantité. Plusieurs malades ont dit avoir ressenti un goût d'urine dans la bouche, et il arrive souvent que la transpiration offre une forte odeur d'urine.

Sir Henri Halford, qui paraît avoir eu de fréquentes occasions d'observer cette maladie, dit ne l'avoir rencontrée que chez des hommes doués de beaucoup d'embonpoint, et de l'âge de 55 à 60 ans. Mais l'un des points les plus remarquables de son histoire, celui de tous qui doit le plus spécialement fixer l'attention des pathologistes, c'est sa terminaison funeste, qui arrive presque constamment dans l'espace de quelques jours et avec les symptômes de l'apoplexie. Tous les malades observés par sir Henri étaient dans ce cas (Médic. transactions, vol. 6.) La GAZETTE MÉDICALE a rapporté plusieurs exemples analogues (Année 1833, p. 237.) Dans ces cas, l'autopsie n'a jamais démontré ni épanchement, ni même congestion des vaisseaux du cerveau ou des méninges.

Le docteur Yeats a rapporté (London med. and phys. journal), plusieurs cas de cette maladie qui prouvent que l'urine peut être évacuée par la peau. Dans un de ces cas, dit-il, l'évaporation de la transtion laissait à la surface de la peau une certaine quantité de muriate d'ammoniaque. Le malade mourut aussitôt que la sécrétion fut arrêtée ; c'est cette forme de l'ischurie dont Good a donné la description sous le nom de *paruria erratica*.

L'observation suivante étant du petit nombre de celles où la terminaison a été heureuse, nous allons la rapporter.

OBS. — Madame N.., d'une forte constitution et d'une bonne santé, accoucha à 47 ans de son dernier enfant. Jusqu'alors ses règles avaient été régulières ; mais depuis cette époque elles offrirent des variations, tantôt dans l'époque de leur apparition, tantôt dans leur durée, d'autres fois dans leur quantité, qui était quelquefois si considérable que son état inspirait des inquiétudes sérieuses et réclamait des soins assidus ; mais aussitôt qu'elle éprouvait une amélioration un peu durable, elle abandonnait toute espèce de traitement. Au bout d'un an, la santé de la malade commença à décliner sensiblement ; les pertes étaient si abondantes qu'elle éprouvait fréquemment des syncopes. Tous les astringens furent employés sans succès, et le toucher fit découvrir alors un état morbide assez grave des organes internes de la génération ; l'hémorrhagie fut alors arrêtée, et l'état de la malade s'améliora tellement qu'elle put reprendre le soin de ses affaires domestiques.

Deux ans après, à l'âge de 50 ans, elle dit un jour au médecin qui ne lui faisait plus que quelques visites éloignées, afin de surveiller la maladie chronique dont elle était atteinte, que depuis plusieurs jours elle n'avait pas uriné, et qu'elle n'en avait éprouvé ni besoin ni incommodité. Le toucher fit reconnaître que l'utérus était un peu développé ; mais sans sensibilité. La vessie était flasque ; il n'y avait ni tension au dessus des pubis ni douleur sur aucun point. La seule chose dont elle se plaignit, c'était un sentiment de lassitude dans la région des reins. Le cathéter, introduit dans la vessie, n'en fit pas sortir une seule goutte d'urine.

Une foule de moyens recommandés par les meilleurs auteurs furent employés et suivis avec opiniâtreté, mais sans aucune amélioration. L'état de la malade restait à peu près le même, sans signes de réaction générale, sans le moindre changement du côté du cerveau, si ce n'est une grande anxiété et une facilité à s'impatienter. Cinq semaines s'étaient déjà écoulées sous l'influence de différentes médications, et à cette époque plusieurs applications de ventouses avaient été faites sur l'épine et suivies des frictions rubéfiantes les plus énergiques, quand, pendant une nuit, la malade ressentit dans les reins et dans la région de la vessie plus de malaise qu'à l'ordinaire ; puis, ayant éprouvé un vif besoin d'uriner, elle rendit environ 3 onces d'un liquide ayant une forte odeur et toutes les propriétés chimiques de l'urine. Les frictions stimulantes sur l'épine furent continuées, et au bout de vingt-quatre heures la sécrétion était complétement rétablie, tant pour la quantité que pour la qualité.

Cette observation que nous avons rapportée en entier, bien qu'en l'abrégeant beaucoup, laisse encore à désirer. Cependant la manière heureuse dont elle s'est terminée et le peu de troubles qu'a produits dans l'économie la suppression d'une sécrétion aussi importante que l'urine sont des circonstances très-importantes. L'observation suivante est également digne de fixer l'intérêt.

OBS. — M. T..., de Columbia, âgé de 38 ans, maigre, mais bien portant, eut une violente attaque de choléra, et pendant la convalescence se plaignit d'un malaise considérable dans les reins et la région de la vessie ; il éprouvait beaucoup de difficulté à uriner et ne rendait qu'une quantité très-peu considérable d'urine ; au bout de peu de jours même, il cessa complétement d'en rendre. Un bain, deux saignées, des ventouses, des injections émollientes, calmèrent les premiers accidens, mais ne firent pas revenir la sécrétion de l'urine. Au bout de quelques jours, bien que le malade ne se plaignît d'aucune douleur ni d'aucune incommodité, son esprit était fort agité, et il était devenu extrêmement irritable et impatient. Lorsqu'il était au lit, il était continuellement en mouvement ; ses idées n'offraient aucune trace d'incohérence ni de délire.

Une autre circonstance qu'a présentée ce malade, et qui indique combien les fonctions cérébrales étaient troublées, quoique ce trouble ne fût pas porté jusqu'au délire, c'est qu'il devint insatiable de musique, et qu'il jouait presque continuellement de la flûte, bien que l'état de ses forces eût dû l'en détourner ; les remontrances de sa femme et de ses amis furent vaines, et deux heures avant sa mort, qui arriva au bout de trois semaines de la suppression de l'urine, il jouait encore un air gai sur sa flûte. La mort arriva presque subitement, précédée seulement de quelques instans de coma.

L'autopsie fut faite avec soin, et tous les organes parurent à l'état normal, à l'exception toutefois de l'un des reins, qui offrit un volume plus considérable que l'autre, et des traces récentes d'inflammation.

Le traitement qui convient dans ces circonstances est encore fort obscur ; celui qui paraît avoir été employé par M. de Léon est bien certainement le plus rationnel pour les cas où l'on a lieu de croire que l'inflammation des reins est la principale cause de la suspension de la sécrétion urinaire. Les diurétiques ont réussi quelquefois, et les antiphlogistiques aussi. Le docteur Elliotson cite des effets très-avantageux de la poudre de cantharides prise à l'intérieur ; les révulsifs ont aussi été employés avec succès. Que conclure de tous ces faits, si non que l'ischurie dépend de plusieurs causes tout-à-fait distinctes, et qui doivent réclamer chacune une médication également différente ? C'est donc vers la recherche de ces causes que doivent spécialement se diriger les investigations des pathologistes.

RÉFLEXIONS SUR LA PATHOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE L'ANÉMIE OU OLIGÉMIE, par E. GEDDINGS, professeur d'anatomie et de physialogie à l'université de Maryland.

Ce mémoire qui n'a pas moins de quarante pages, serait un excellent

---

un désolant exemple, d'autant plus que cette habitude peut se cacher à tous les regards. Non seulement il faudrait dans ce cas une volonté forte, une volonté persévérante, ce qu'il y a peut-être de plus rare au monde ; mais il faut que cette volonté se trouve chez un être faible, sans vigueur physique et morale, et par conséquent sans empire sur lui-même ; aussi le serpent qui le dévore ne lâchera pas sa proie.

On trouvera dans l'excellent livre de M. Deslandes, auquel nous renvoyons pour une foule de détails importans, l'exposition des moyens employés soit pour guérir les effets des abus vénériens, soit pour les empêcher. Chez les anciens, les bains froids et une surveillance toute particulière étaient mis en usage pour prévenir et combattre l'onanisme ; et je suis persuadé que dans l'origine, la circoncision et l'infibulation décrite par Celse, n'avaient pas en réalité d'autre but. M. Deslandes passe en revue avec soin et méthode tout ce que l'art peut faire de nos jours pour atteindre le but, tout en avouant dans beaucoup de cas l'insuffisance de nos ressources. Parmi les moyens curatifs des excès vénériens et de l'affaiblissement qu'ils amènent, un des plus efficaces est certainement la gymnastique. Clias, en Angleterre, dit en avoir vu de bons effets. Tous les jours, dans le magnifique Institut orthopédique, établi au château de la Muette, près Passy, on obtient par ce moyen les plus heureux résultats. Ceci s'explique par une loi physiologique en vertu de laquelle, plus on augmente la force du système musculaire, plus on diminue l'excès de sensibilité. Quant aux moyens préventifs de l'onanisme, la plupart manquent toujours le but ; c'est à en chercher de nouveaux et de plus efficaces que devraient s'appliquer les chirurgiens et ceux qui s'occupent de la partie mécanique de l'art. Nous voyons tous les jours des sujets de prix, publiés par les Académies et les sociétés savantes ; de ces questions, les unes sont insignifiantes et les autres d'une extrême difficulté ; il en résulte que la société profite peu de pareils travaux. Ne serait-il pas convenable, et j'en émets ici le vœu formel, qu'une société savante proposât pour sujet de prix, d'indiquer les moyens certains de détruire le fléau de l'onanisme, ou pour me servir des expressions de l'auteur du livre, objet de cet article, « d'ôter au masturbateur qui désire et qui » veut se masturber, le *pouvoir* de le faire. » Le médecin qui aura résolu complètement la question, devra être proclamé l'un des bienfaiteurs de l'humanité et son image sera justement placée au-dessus même de celle de Jenner.

En attendant, on pourra puiser dans le livre de M. Deslandes les élémens de la solution de cet important problème. Cet ouvrage fait avec science et conscience mérite de fixer l'attention non-seulement des médecins, mais encore des chefs de famille et des instituteurs. Riche de faits et de choses, écrit avec élégance et clarté, on y reconnaît la touche ferme d'un esprit judicieux, et la maturité d'instruction d'un praticien expérimenté.

REVEILLÉ-PARISE.

DE L'ONANISME ET DES AUTRES ABUS VÉNÉRIENS considérés dans leurs rapports avec la santé, par le docteur Deslandes. 1 vol. in-8° de 560 pages. Prix 7 fr., et 8 fr. 80 c. franc de port.

A Paris, chez A. Lelarge, libraire-éditeur, rue de Sorbonne, n. 42.

article de dictionnaire; le sujet est traité par le savant professeur de Baltimore avec toute l'étendue qu'il comporte et qui ne nous permettra de donner que de courts extraits des points les plus importans sous le rapport pratique.

L'anémie est, d'après le docteur Geddings, caractérisée par un appauvrissement du sang qui présente à la fois une quantité bien plus considérable de sérosité que dans l'état naturel, et une diminution notable de celle des globules rouges et de la matière colorante. En même temps, la face et toute la peau offrent une décoloration générale; l'énergie de la constitution est considérablement diminuée; tous les tissus sont privés de sang; une infiltration aqueuse existe dans le tissu cellulaire et dans la plupart des cavités du corps, et le pouls offre une fréquence et un tremblement remarquables.

L'un des points les plus importans dans l'étude de l'anémie, c'est d'apprécier exactement la cause qui dans quelques cas de ce genre détermine des accidens fébriles, et de décider si ces accidens dépendent de l'état général du sujet ou de la phlegmasie de quelque organe. Les erreurs commises sur ce point important de pratique sont trop fréquentes, surtout en France, depuis que la doctrine physiologique a rattaché tous les mouvemens fébriles à une cause unique, à l'inflammation, pour que nous ne nous y arrêtions pas quelques instans avec M. Geddings. Fréquemment, dit-il, la maladie est accompagnée de divers phénomènes fébriles dont l'intensité varie beaucoup à des époques différentes, et qui offrent souvent des modifications subites. Dans ces cas, l'action du cœur s'exerce avec violence et détermine des palpitations; quelquefois ses battemens ainsi que les pulsations des vaisseaux du col et de toutes les grosses artères sont tumultueux; alors le pouls est ordinairement plein quoique faible, et présente le caractère particulier que Rust a décrit sous le nom de pouls brisé (shattered pulse), d'après la ressemblance de la sensation qu'il communique au doigt avec celle que produit un tuyau de plume brisé. L'auteur a souvent observé ce pouls dans le cours de plusieurs maladies aiguës, et dans ces cas il a constamment trouvé, lorsqu'il a pu le constater, que le sang contenait une grande quantité d'eau. L'action si remarquable du cœur par le tumulte et la violence de ses battemens continue, malgré l'appauvrissement du sang jusqu'à la fin, jusqu'à l'époque où les individus sont tombés dans un tel état de faiblesse qu'ils ne peuvent plus faire le moindre mouvement, ou même prendre la position horizontale, sans tomber en syncope. Le docteur Jackson rapporte un cas où le plus léger exercice amenait une fatigue générale, déterminait des palpitations et des battemens visibles à l'œil au-dessus du sternum et sur le côté droit du col, et que la malade sentait dans la tête et dans tous les membres jusqu'à l'extrémité des doigts. Elle ne pouvait monter un escalier sans être accablée au dernier point; les membres tombaient par faiblesse, la tête s'inclinait sur les épaules, et elle faisait de grands efforts pour respirer; le pouls présentait une telle force et une activité si désordonnée que l'on aurait cru à la nécessité de pratiquer une saignée. M. Gedding dit qu'il commit cette erreur chez le premier sujet anémique qu'il eut à traiter. C'était un jeune homme qui présentait les symptômes d'une hydropisie générale. Le cœur et tout le système artériel semblaient excités, le pouls était si plein et si bondissant qu'il crut que la saignée était impérieusement réclamée, malgré l'aspect blafard de l'individu et sa faiblesse évidente. La saignée fut donc pratiquée; mais aussitôt qu'il vit que le fluide aqueux qui sortait par l'ouverture était à peine assez coloré pour tacher le linge, il s'arrêta; et, outre le traitement antiphlogistique qu'il avait ordonné, il prescrivit les préparations ferrugineuses, les amers végétaux, les diurétiques et une diète générale; et sous l'influence de ces moyens tous les symptômes de la maladie disparurent rapidement.

L'un des effets les plus fréquens et les plus remarquables de l'anémie, c'est la tendance à se terminer par des épanchemens séreux ou par des hydropisies qui en sont souvent regardées comme la cause tandis qu'elles en sont en réalité la conséquence.

L'encéphale est l'un des organes où l'anémie détermine le plus de troubles. Beaucoup d'individus éprouvent des bruits désagréables, des tintemens dans les oreilles, quelquefois des douleurs ou une telle irritabilité de la vue ou de l'ouïe, que les organes de ces sens sont vivement affectés par le moindre bruit ou la lumière la moins vive. Quelques-uns sont sujets à une insomnie continuelle qui augmente encore leur faiblesse. Enfin il n'est pas rare de voir des individus anémiques présenter tous les symptômes de l'arachnitis, ou être affectés de violentes convulsions ou d'un délire continu, qui réclament un traitement tout différent de celui qu'on leur oppose ordinairement.

Parmi les préparations ferrugineuses dont l'auteur conseille l'emploi dans le traitement de l'anémie, il met avant toutes les autres l'hydriodate de fer; il en fait dissoudre une drachme ou une drachme et demie dans une pinte de vin rouge, et en donne une cuillerée trois fois par jour. Chez quelques sujets il a employé la solution aqueuse à la dose de douze à quinze gouttes.

Les médecins de Charleston observent fréquemment une forme de l'anémie avec hydropisie générale chez les esclaves qui sont envoyés en ville par les planteurs pour y être traités: elle paraît dépendre de l'absence d'une alimentation animale et du mauvais air. L'auteur dit en avoir traité un grand nombre, et avoir toujours vu la maladie céder promptement à l'usage du porter ou de l'ale dans lesquels on avait fait dissoudre quelques sels diurétiques comme le nitrate de potasse, et d'un bon régime.

Quand à l'anémie se joignent des phénomènes nerveux continus, la maladie est toujours très-grave, et se termine quelquefois d'une manière funeste. L'auteur dit avoir observé à l'infirmerie de Baltimore un cas de ce genre, où le sang était si peu coloré qu'il produisait à peine une légère tache sur le linge blanc; mais la membrane muqueuse avait une sensibilité si exquise, que le gruau déterminait constamment l'exaspération des symptômes. La fièvre était d'origine intermittente (*malarious*); le malade l'avait contractée dans le port de Levannah; mais on obtint une diminution notable des symptômes par des applications répétées de ventouses et de vésicatoires sur l'épigastre et autour de la tête, suivant que l'éréthisme semblait prédominer dans l'une ou dans l'autre de ces régions, par un régime presque exclusivement composé d'eau d'orge froide avec quelques altérans et par de petites doses d'huile de ricin, des lavemens et des ablutions froides; et la maladie fut ainsi ramenée à présenter des paroxysmes distincts et périodiques.

II. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier de novembre contient les articles originaux suivans: 1° *Histoire de six opérations de lithotripsie exécutées avec succès*, par J. Randolph. Le chirurgien américain s'est servi concurremment de l'instrument de M. Civiale et de celui de M. Jacobson; il n'a pu se procurer celui de M. Heurteloup. Son opinion est d'ailleurs que sur 10 cas de pierre chez des adultes, il y en a 8 qui peuvent être traités par la lithotripsie. 2° *Histoire d'une épidémie de fièvre jaune qui a régné à la Nouvelle-Orléans durant l'automne de* 1833, par Edward Barton; 3° *recueil de cas observés à l'hôpital de Pensylvanie*, par Kirkbride. Ce sont six cas de lésions de la tête et du crâne, un cas d'abcès viscéraux à la suite d'une amputation, et un cas de phlébite consécutive à une extirpation de veines variqueuses. Le malade toutefois se rétablit. 4° *Observations sur le cauchemar*, par Blanchard-Fosgate; 5° *pneumonie des enfans*, par W. Gerhard; deuxième partie; 6° *sur l'adhérence permanente ou incorporation du placenta au tissu de la matrice*, par Heustis; 7° *remarques sur des observations de rétention du placenta*, par Charlton; 8° *description d'une nouvelle attelle pour la fracture de la clavicule*, par Kerckeley; 9° *sur la force médicatrice de la nature*, par John Dickson; 10° *observations sur le traitement des plaies d'armes à feu, des ulcères, etc.*, par Paul Eve. L'auteur de cet article fort court insiste sur l'efficacité des chlorures de chaux et de soude dans le pansement des plaies et des ulcères. Les leçons faites par M. Lisfranc sur ce mode de traitement, et que la GAZETTE MÉDICALE a soigneusement recueillies, nous dispensent de l'analyser. 11° *Observation de plaies des parties génitales*, par James M' Junkin.

SUR L'ADHÉSION PERMANENTE OU L'INCORPORATION DU PLACENTA AU TISSU DE LA MATRICE; par J.-W. HEUSTIS, M.-D. à Alabama.

L'adhésion permanente ou l'incorporation du placenta à l'utérus, est, suivant l'auteur, une circonstance qui se présente fréquemment dans la pratique des accouchemens, et qui n'est pas sans embarras, ni sans danger. Le placenta, dans ces cas, au lieu de former un viscère distinct légèrement accollé à l'utérus par des vaisseaux intermédiaires, constitue pour ainsi dire une portion de l'utérus même, et offre un tissu également ferme, dur et résistant. Quelques femmes offrent ce phénomène dans toutes leurs grossesses; chez d'autres il est accidentel. Dans ces derniers cas la cause immédiate et efficiente paraît être une inflammation de la matrice ou du placenta, ou de tous deux à la fois, qui a déterminé une effusion considérable de lymphe, et par suite l'agglutination du placenta à l'utérus, de la même manière que la plèvre costale s'unit par suite d'inflammation à la plèvre pulmonaire. Le placenta ne se détache point alors à l'époque ordinaire après l'accouchement; il reste dans la matrice comme une source d'irritation, de douleur, de fièvre puerpérale, et de symptômes fatigans et même dangereux, jusqu'à ce qu'il soit dé-

ruit et expulsé par le développement de la putréfaction, ce qui souvent exige un temps d'un mois à six semaines.

Dans ces cas le praticien devrait donc avoir pour règle d'extraire immédiatement après l'accouchement tout ce qu'il lui sera possible de détacher du placenta. Et je saisirai cette occasion, dit M. Heustis, de remarquer que ce précepte donné par les auteurs, d'attendre, trente ou quarante minutes, que les contractions utérines se réveillent, n'est généralement ni bien convenable ni nécessaire; au moins ne l'ai-je jamais trouvé tel dans le cours de ma pratique. On perd ainsi beaucoup de temps; l'accouchée souffre et s'impatiente, puisqu'elle ne peut se livrer à un repos nécessaire qu'après la délivrance; et d'ailleurs les forces de la matrice et de tout le système ont été tellement épuisées par l'expulsion de l'enfant, qu'il en reste peu pour l'expulsion du placenta. J'ai été appelé plusieurs fois pour des cas de rétention du placenta, où les malades étaient dans un état de souffrance inquiétant. En conséquence je ne manque jamais, quelques minutes après la sortie du fœtus, d'aider avec la main à l'extraction des secondines. Si la traction sur le cordon, dans la direction de l'axe du bassin, ne suffit pas, j'introduis la main assez loin pour saisir le placenta; et, à moins d'adhérences intimes, je n'ai besoin pour le détacher que d'une très-légère force.

Dans tous les cas de perte utérine, on prescrit d'extraire le placenta sans délai. Cela n'est pas toujours possible quand des adhérences existent; il faut alors avec la main en détacher et en enlever le plus qu'on peut, et recourir ensuite aux applications froides, anodines et astringentes.

Comme ces cas d'adhérences morbides du placenta n'ont pas été décrits avec toute la précision désirable, les deux faits qui suivent se liront avec intérêt.

Obs. I. — Madame B..., constitution faible et délicate, déjà mère de trois enfans, et ayant eu pour chacun d'eux des couches fatigantes qui la retenaient au lit au moins un mois, me fit appeler le 2 octobre 1830. Dès la veille, elle avait été prise de douleurs, et à quatre heures du matin elle avait été délivrée d'un bel enfant du poids de 9 livres. On avait attendu deux heures de nouvelles contractions pour extraire le placenta; mais la matrice était restée inerte; la femme était très-épuisée; il se montrait une perte que chaque minute de retard pouvait rendre fatale; l'accoucheur qui était jeune, mais instruit et intelligent, introduisit la main pour essayer d'extraire le placenta; mais il ne put y réussir, à cause des adhérences. J'arrivai peu de temps après. La malade était extrêmement faible, pâle comme une morte; le pouls faible, filiforme, à peine sensible. Il n'y avait pas de temps à perdre; quelques onces de sang écoulées de plus auraient produit une prostration au-dessus de toute ressource. J'introduisis la main dans l'utérus, que je trouvai élevé dans le bassin, lâche, flasque et sans contractions. J'appliquai mon autre main sur l'abdomen pour embrasser l'utérus, et par la pression favoriser les manœuvres de la première. Le placenta fut en partie détaché; mais les adhérences qui restaient étaient si fortes qu'il était fort difficile de les détruire, et la portion du placenta qu'elles comprenaient semblait faire corps avec la matrice même. Je fus donc obligé de laisser une petite portion du placenta qui devait être rejetée avec le temps. Pour arrêter l'hémorrhagie et ranimer les contractions utérines, je fis des frictions avec ma main, préalablement trempée dans l'eau froide; j'appliquai un fer froid sur la région utérine avec des linges mouillés dans l'eau froide, et je tamponnai le vagin. Ce tamponnement ne fut enlevé qu'après vingt-quatre heures; il ne s'en suivit qu'un très-léger écoulement, pas plus fort même qu'on ne pourrait l'attendre dans l'état naturel de la fonte graduelle des caillots dans l'utérus.

Le quatrième jour un écoulement abondant de caillots se fit par le vagin, la malade était très-faible; pour corriger la fétidité et opérer la détersion; je prescrivis des injections journalières d'une faible infusion d'écorce de chêne avec de l'alun, puis l'usage de la teinture de myrrhe suffisamment étendue. Mais ces injections étant trop irritantes, on y substitua avec avantage le lait coupé; et pour s'opposer à l'inflammation péritonéale commençante, on appliqua des fomentations chaudes sur l'abdomen. Après divers accidens, qui se succédèrent durant plus d'un mois, et dont le plus remarquable était un mal de tête revenant particulièrement le soir; elle se rétablit enfin, non sans peine; et principalement à l'aide de toniques mitigés, tels que l'infusion de colombo et la teinture de muriate de fer.

Obs. II. — Madame B...s accoucha, le 31 mars 1832, d'un enfant qui ne vécut que douze heures. Le travail avait été pénible, et les contractions utérines ralenties avaient exigé l'emploi du seigle ergoté. Comme, dans les accouchemens antérieurs de cette dame, il y avait eu constamment rétention du placenta, je me déterminai, après avoir attendu quinze à vingt minutes, à m'assurer de l'état de l'utérus et de ce qu'il contenait. La matrice était contractée, ferme, globuleuse, et se sentait au-dessus des pubis; en glissant ma main jusqu'au placenta, je le trouvai adhérent, ferme, dur, résistant, impossible à détacher et paraissant faire corps avec la matrice même. Comme il n'était décollé nulle part, il n'y avait aucune perte de sang; la malade était assez bien; et il fut résolu d'attendre, en prenant toutes précautions contre le développement de la fièvre, de l'inflammation abdominale, et en opposant à la fétidité que déterminerait la putréfaction du placenta le lait coupé, puis le chlorure de chaux en injections.

Trois jours après, il n'y avait eu encore que peu de fièvre; une perte de sang s'était montrée, mais n'avait point reparu. Il était présumable qu'elle avait été occasionée par le décollement partiel du placenta et arrêtée par la contraction prompte de la matrice. La fétidité indiquait déjà un commencement de décomposition. L'orifice utérin était largement ouvert, et quoique le cordon eût été arraché, j'atteignis le placenta avec facilité; les membranes pendaient toujours à sa circonférence; mais leur texture était encore trop solide pour que je pusse séparer même une partie du placenta, en me bornant aux manœuvres autorisées par la prudence. Je laissai la malade sous la direction de son médecin; j'ai appris depuis que sa convalescence avait été longue, accompagnée de langueur et de souffrance, bien qu'à présent elle jouisse d'une assez bonne santé.

Remarques sur les cas de rétention du placenta; par T.-J. Charlton, M.-D. du cumté de Bryan, Géorgie.

Ce mémoire roule sur le même sujet que le précédent; l'auteur a pour but de démontrer l'efficacité des injections du chlorure de chaux dans les cas de rétention avec décomposition du placenta. Une femme de couleur était accouchée depuis quatre jours, et le placenta n'avait pu être extrait de la matrice; tous les symptômes d'une fièvre typhoïde étaient déclarés. Le docteur Charlton, appelé le cinquième jour, trouva une portion du placenta attachée au fond de l'utérus; il parvint à l'extraire; elle était considérablement altérée, et d'un tissu plus compacte que d'ordinaire. L'inflammation du vagin et de l'utérus lui firent regarder comme dangereuses de nouvelles manœuvres pour vider complétement la matrice. Il fit pratiquer toutes les heures une injection avec une faible solution de chlorure de chaux, prescrivit aux mêmes intervalles de petites doses d'acétate d'ammoniaque à l'intérieur, et pour boisson l'eau de gomme et la limonade. En 24 heures les accidens les plus graves diminuèrent, et au bout d'une semaine de ce traitement l'utérus était débarrassé de tout ce qu'il contenait, et les lochies coulaient modérément.

Dans un autre cas dont il ne donne pas les détails, l'auteur dit avoir également bien réussi avec le même mode de traitement.

Bien qu'il s'avoue partisan de Broussais, il a eu recours, dans le premier cas, à l'acétate d'ammoniaque, malgré la gastrite manifeste set lon lui; c'est le seul des stimulans, ajoute-t-il, qu'il ait trouvé exempt de dangers dans les cas où l'inflammation est unie à la débilité.

Description d'une nouvelle attelle, pour la fracture de la clavicule; par Keckeley, M.-D. à Charleston.

Ce nouvel appareil consiste dans une attelle longue de deux pieds trois pouces, et large de trois pouces et demi. Sa partie moyenne est soigneusement rembourrée pour ne pas blesser les parties sur lesquelles elle doit s'appliquer; à chaque extrémité sont deux mortaises par lesquelles passe une courroie également garnie, et qui se serre au moyen d'une boucle. Voici comment s'en fait l'application.

L'attelle est disposée transversalement sur le dos, au niveau des deux épaules; l'extrémité qui répond au côté sain est fixée à l'épaule à l'aide de la courroie qu'on fait passer sous l'aisselle, garnie préalablement d'un petit coussin qui offre deux œillets pour le passage de la courroie. L'autre courroie se fixe de même sur l'épaule malade; seulement au lieu d'un petit coussin de forme indifférente, on place sous l'aisselle de ce côté un large coussin cunéiforme. L'épaule est ainsi attirée en arrière, et l'attelle agit absolument comme la branche transversale de la croix d'Heister. Une écharpe sert à maintenir le bras relevé et rapproché du tronc, et ainsi les trois indications sont remplies.

L'auteur a employé cet appareil avec avantage chez un homme robuste atteint d'une fracture oblique de la clavicule, et dont les mouvemens multipliés dérangeaient continuellement le bandage de Desault, qu'on avait d'abord appliqué. L'attelle resta trois semaines en place, sans qu'on eût besoin de réparer aucun désordre de l'appareil. Il pense donc qu'elle pourra être employée avec avantage dans les deux cas suivans: 1° quand des contusions aux parties molles ne permettront pas d'appliquer le bandage ordinaire; 2° quand l'agitation des malades tendra à déranger tout autre appareil.

—Nous terminerons cette revue par quelques articles qui appartiennent aux mêmes journaux, et qui n'avaient pas pu trouver place dans les revues antérieures.

Remarques sur la lithotomie, par C.-R. Finley, chirurgien militaire aux États-Unis.

Les remarques fort concises de M. Finley se rapportent à la taille latéralisée et se réduisent aux objets suivans:

1° Il demande si, au lieu de forcer les malades à retenir leur urine pour distendre la vessie avant l'opération, il ne vaudrait pas mieux les laisser libres d'uriner, sauf à injecter dans la vessie un liquide mucilagineux.

2° Quant aux suites de l'opération, il demande pourquoi, le malade étant couché sur le côté sain, une sonde placée à demeure dans la vessie, la plaie ne se réunit point par première intention? On pourrait at-

teindre ce but si désirable par deux moyens : d'abord en injectant un liquide mucilagineux au lieu d'urine, ce qui éviterait les infiltrations urinaires ; secondement, il faudrait garantir la plaie des aspérités du calcul, qui la transforme en plaie déchirée. On y réussirait, dit-il, dans la majorité des cas, à l'aide d'un instrument dont on rapporte l'invention au docteur Gibson, professeur à l'université de Pensylvanie. Il consiste dans un petit sac ou une bourse attaché à un manche de 6 ou 8 pouces de longueur; l'orifice de ce sac est formé d'une substance solide et élastique, pouvant se dilater ou se resserrer à volonté, au moyen d'un ressort placé sur le manche. Le sac est introduit fermé dans la vessie par la plaie ; alors on dilate son orifice, et l'on peut s'en servir au besoin comme d'une écope pour briser la pierre ; ou bien le calcul étant saisi avec les tenettes, on le fait entrer dans le sac, qu'on referme par-dessus, et l'on extrait le tout en présentant seulement à la plaie le tissu poli de la bourse.

INSTRUMENT POUR EXTRAIRE LES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE, par le docteur TOLIFREE.

Qu'on se figure un tube de gomme élastique d'un calibre moins volumineux que la sonde œsophagienne. Son bout inférieur se rétrécit en forme de cône tronqué, et à l'anneau qui constitue le sommet de ce cône sont fixés six ou huit ressorts, dont les extrémités polies et arrondies remontent le long du tube dont ils s'écartent par leur élasticité. Un mandrin d'acier traverse tout ce tube, et est surmonté d'une espèce de chapiteau également d'acier, concave supérieurement, convexe inférieurement, du même diamètre que le tube; en sorte que quand ce chapiteau coiffe l'extrémité du tube, il applique les ressorts sur le tube même, et tout l'instrument figure une sonde ordinaire. On introduit cette sonde dans l'œsophage jusqu'au-delà du corps étranger ; lorsqu'on y est arrivé, on pousse le mandrin plus profondément ; le chapiteau s'éloigne du tube, les ressorts s'écartent et font effort contre l'œsophage qu'ils dilatent ; en retirant doucement le tube, on doit accrocher nécessairement le corps étranger, et s'il a besoin d'être pincé plus solidement, ou y parvient encore en faisant remonter le chapiteau sur les ressorts, qui presseront alors le corps étranger entre eux et le tube même.

Cet instrument est fort ingénieux sans doute; mais il suppose d'abord deux conditions; la première, que le corps étranger est d'un petit volume; la seconde, qu'il n'est point implanté dans les parois de l'œsophage et peut parcourir ce canal sans risque de le déchirer. Mais dans ces cas il n'est pas besoin de tant de précautions ; il est plus simple et plus expéditif d'enfoncer le corps étranger dans l'estomac. Quand le corps étranger, piquant, aigu, anguleux, est pour ainsi dire fiché dans les parois œsophagiennes, l'indication essentielle, et celle à laquelle précisément ou a le moins pensé jusqu'à présent, est de dilater l'œsophage immédiatement au-dessus, afin de le dégager et de le faire remonter sans danger de déchirure. Nous avons reçu sur cette question assez peu étudiée des considérations intéressantes, avec le plan d'un instrument fort ingénieux, par l'un de nos correspondans, M. Alliot de Montagny; nous les publierons dans un de nos prochains numéros.

OBSERVATION DE GRAINS DE PLOMB RENDUS PAR L'URÈTRE, par William WATSON, M.-D.

Il s'agit d'une dame qui, après de vives douleurs abdominales, rendit en urinant quelque chose qu'elle prit pour des graviers, et qu'on reconnut être du plomb de chasse. Le professeur Smith, auquel l'auteur a adressé cette observation sous forme de lettre, présume que la femme aura avalé ce plomb en mangeant du gibier ; que le plomb se sera arrêté dans quelque cellule ou follicule de l'intestin, aura déterminé par suite de son séjour des adhérences entre l'intestin et la vessie, puis une perforation par laquelle il aura passé dans ce dernier organe.

Cette théorie est sans doute fort ingénieuse; malheureusement le médecin n'était point là quand les grains de plomb ont été rendus; et plus malheureusement encore la dame, pressée de questions, n'a pas pu affirmer si le plomb avait été rendu par l'urètre ou par l'anus, attendu qu'elle avait satisfait à deux besoins à la fois. Le fait ainsi réduit perd beaucoup de son merveilleux, et la théorie du docteur Smith de sa probabilité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER.

ÉTABLISSEMENS MORTUAIRES.

M. Julia Fontenelle demande à retirer un ouvrage sur l'incertitude des signes de la mort, qu'il avait présenté pour le concours Monthyon, et que la commission qui en avait pris connaissance avait cru devoir être adressé à la section des prix de médecine, et par conséquent renvoyé à l'année 1835. L'intention de l'auteur est de le présenter de nouveau, mais en y joignant des documens nombreux qu'il a recueillis en visitant les différens établissemens mortuaires de l'Allemagne.

ALTÉRATION DES ÉCRITURES.

Une lettre de M. Boutigny, transmise par M. le garde des sceaux à l'Académie des sciences, indiquait un moyen d'écrire avec la teinture d'iode des caractères qui s'effaceraient d'eux-mêmes avec le temps. Ce moyen ayant acquis de la publicité par la reproduction de la lettre de M. Boutigny dans différens journaux, M. Chevallier a cru convenable de chercher les moyens d'apercevoir cette fraude dans le cas où quelqu'un serait tenté de s'en servir, et d'apprécier les chances de réussite qu'elle présente au faussaire; il a reconnu dans les expériences qu'il a faites à ce sujet :

1° Que l'écriture tracée avec la teinture d'iode sur papier collé à la fécule, diffère de l'écriture tracée avec l'encre ordinaire, en ce qu'elle n'a ni la même couleur ni la même netteté;

2° Que la différence de couleur augmente sensiblement en peu de temps, et que le tracé à l'iode passe au violet rougeâtre;

3° Que la disparition du tracé fait avec la teinture d'iode sur le papier collé à la fécule, s'opère lentement lorsque le papier est renfermé dans un portefeuille;

4° Que, même à l'air libre, la disparition de l'écriture exige toujours un laps de temps assez considérable;

5° Que l'on peut faire reparaître le tracé à l'iode, de manière à pouvoir le lire;

6° Que le moyen pour obtenir cette réapparition, consiste à mouiller, à l'aide d'un pinceau, le papier qui a été couvert de cette écriture avec une solution de chlore dans laquelle on ajoute une très-petite quantité d'acide sulfurique;

7° Que l'écriture qui a reparu disparaît ensuite de nouveau, mais qu'elle met assez long temps à disparaître pour qu'on en puisse prendre une copie authentique;

8° Que le papier fin d'une texture serrée paraît retenir mieux l'iodure d'amidon que ne le fait un papier de qualité inférieure, et que la revivification de l'écriture y est plus facile.

Cette communication a été renvoyée à la commission des papiers de sûreté.

ORTHOPÉDIE.

MM. Pravaz et Guérin, dans la lettre qui accompagne l'envoi d'un prospectus sur l'*Institut orthopédique de Paris*, fondé par eux sur les plus larges bases au château de la Muette, exposent quelques uns des principes qui les ont guidés dans le choix ou l'invention des méthodes qu'ils ont adoptées. Cette branche de l'art de guérir, qui ne date que d'un petit nombre d'années, a abord consisté presque exclusivement dans l'emploi d'appareils mécaniques, de sorte que des personnes même tout-à-fait étrangères à la médecine, se croyaient assez de lumières pour n'avoir plus besoin d'aucun conseil du moment où elles possédaient l'appareil. Il en est résulté que souvent, ou bien il n'y a eu que guérison apparente suivie d'une prompte rechute, ou que l'état du malade n'a pas changé, ou enfin que des accidens auxquels il eût été aisé de remédier, se sont aggravés notablement. Tout cela a contribué à inspirer beaucoup de défiance sur les succès et même sur l'innocuité des traitemens orthopédiques, qui cependant, lorsqu'ils sont dirigés d'après la connaissance de l'organisation et des lois de la vie, peuvent donner d'excellens résultats.

Pour arriver au résultat qu'on se propose, il ne faut pas perdre de vue 1° qu'il ne s'agit pas d'opérer un redressement général, mais que certaines courbures qui existent dans l'état normal doivent être respectées, et qu'ainsi les appareils doivent être construits de manière à n'exercer des efforts que là où il y a une direction à changer; 2° que ce n'est pas un corps inerte qu'il s'agit de réformer, mais un corps doué de vie, de sensibilité, de mouvemens, et que ces trois circonstances fournissent chacune des indications spéciales qu'il est indispensable d'observer; 3° que les difformités auxquelles on se propose de remédier, ne sont, dans bien des cas, qu'un symptôme d'un état maladif général qu'il faut avant tout combattre par les médications, le régime, les exercices, etc.; 4° enfin, que dans le choix des exercices comme dans celui des appareils, il n'y a pas de règle générale à tracer, et que cette partie du traitement doit être modifiée suivant les cas.

Les auteurs enfin font remarquer que dans certains cas l'emploi même le mieux dirigé de ces moyens ne présente aucune chance de succès, mais que cette impossibilité ne peut échapper à la connaissance d'un médecin expérimenté qui, dans ces cas, autant dans son intérêt que dans celui des malades, aura bien soin de détourner celui-ci d'un projet de traitement qui ne pourrait que le fatiguer inutilement.

CONCHYLIOLOGIE.

—M. Isidore Geoffroy St-Hilaire fait un rapport verbal sur un ouvrage ayant pour titre : *Species général et monographie des coquilles vivantes*, comprenant le musée Masséna, la collection Lamarck, celle du muséum d'histoire naturelle, et les découvertes récentes des voyageurs; publiées par M. Kiener.

Attaché depuis long-temps au muséum d'histoire naturelle, M. Kiener est en

même temps chargé de la conservation et de la classification de la collection des coquilles que le prince d'Essling s'est formée depuis plusieurs années, et qu'il n'a cessé d'enrichir. C'est cette collection, à laquelle on ne peut comparer pour le nombre et pour le choix des objets que les plus magnifiques musées des grandes capitales de l'Europe, c'est cet amas immense de richesses scientifiques qui, mises à la libre disposition de M. Kienner, lui a suggéré l'idée et fourni les moyens d'entreprendre l'ouvrage qui fait l'objet du présent rapport. Il est inutile, dit le rapporteur, d'insister sur l'avantage d'une telle position. La collection de M. d'Essling est maintenant connue dans toute l'Europe scientifique, parce que le propriétaire l'a rendue utile à tous. On sait en effet qu'ouverte deux fois par semaine à toutes les personnes qui cultivent la conchyliologie, offerte à leur libre étude, elle est devenue une seconde collection nationale et publique : œuvre de générosité et de patriotisme, qu'on est heureux de pouvoir citer lorsqu'on voit encore tant de prétendus amis de l'histoire naturelle se faire un vain et futile plaisir d'enfouir une foule d'objets rares dans de précieuses mais secrètes collections, et se rendre, par ce déplorable abus de leurs richesses, aussi nuisibles à la science qu'ils pourraient lui être utiles par une conduite contraire.

L'ouvrage de M. Kienner, comme la collection qui lui en fournit les sujets, ne comprendra rien moins que la série conchyliologique tout entière. Le rapporteur entre dans d'assez grands détails sur la marche que doit suivre l'auteur dans cette publication, détails que nous ne reproduirons pas ici, ayant déjà eu occasion d'exposer le plan de l'ouvrage.

Après quelques remarques sur des modifications qui pourraient être introduites dans l'ouvrage, et qui d'ailleurs, autant que nous avons pu le juger par la lettre qui accompagnait l'envoi de M. Kienner, étaient toujours entrées dans ses vues, le rapporteur termine en ces termes :

« L'ouvrage de M. Kienner n'est point un traité élémentaire de conchyliologie; il est destiné à des naturalistes déjà instruits. Ce que ceux-ci chercheront surtout dans son Species, et ce qu'ils y trouveront, c'est la description d'un grand nombre d'espèces nouvelles de toutes les contrées du globe; c'est, pour les espèces déjà connues, l'indication précise des diverses localités où elles vivent, et des variétés souvent prises pour des espèces, qu'elles présentent dans quelques-unes de ces localités; c'est enfin la rectification, faite d'après les types originaux eux-mêmes, aujourd'hui appartenant à M. d'Essling, du petit nombre d'inexactitudes que M. de Lamarck avait laissé se glisser dans le septième volume de son *Histoire des animaux sans vertèbres*, volume composé, comme chacun le sait, quand ce vénérable et illustre zoologiste était déjà atteint d'une cécité complète. »

En résumé, dit M. Geoffroy, l'ouvrage de M. Kienner renfermant la description d'un grand nombre d'espèces nouvelles et souvent aussi des faits nouveaux sur des espèces déjà connues, ne peut manquer d'être utile à la conchyliologie, et l'auteur nous paraît très-digne d'être encouragé par l'Académie dans la grande entreprise où vient de l'engager son zèle pour la science.

ORGANOGÉNIE VÉGÉTALE.

M. Dutrochet lit un mémoire intitulé : *Observations sur la formation du périsperme de la graine du tame.* (Tamus communis. *Linn.*)

Le tame commence à fleurir vers le commencement de juin. Les graines sont renfermées dans une baie à trois loges, lesquelles contiennent chacune deux semences quand il n'y a pas avortement. Quinze jours environ après la floraison, la graine offre deux enveloppes dont l'intérieure, blanche ou diaphane, contient un liquide incolore; dès lors la surface interne de cette membrane offre une matière molle et diaphane qui est le commencement du périsperme. Huit jours plus tard cette couche a acquis plus de consistance, et en l'examinant au microscope, on voit qu'elle est composée de séries rectilignes d'utricules convergens vers le centre, et d'autant plus volumineux, qu'ils sont plus près de la circonférence, c'est-à-dire plus âgés, puisque c'est à la périphérie qu'ils commencent à se former. Ce que ces utricules offrent de plus remarquable, c'est qu'ils sont composés chacun de deux utricules emboîtés. L'espace compris entre ces deux enveloppes concentriques est rempli d'une substance granuleuse incolore. Le centre de la graine future est occupé par un liquide qui se coagule par l'alcool en diminuant beaucoup de volume.

Au commencement de juillet, l'auteur a vu les rangées convergentes d'utricules s'allonger notablement par l'addition de nouveaux utricules vers le centre, tandis que la cavité intérieure avait diminué de volume. Le volume des utricules avait aussi sensiblement augmenté, et les plus gros étaient toujours les plus voisins de la périphérie. Au 15 juillet, les rangées convergentes qui avaient continué de s'accroître en longueur avaient toutes gagné les parties centrales de la graine, et le liquide qui occupait auparavant cet espace avait disparu. Tous les rayons cependant n'étaient pas venus aboutir à un point commun; plusieurs d'entre eux s'étaient arrêtés en route. La convergence des autres avait lieu non en un point, mais sur la ligne qui forme le grand axe de la graine. C'est à l'extrémité inférieure de cet axe qu'on voyait l'embryon auparavant globuleux, alors pyriforme.

« Cette observation, dit l'auteur, est féconde en déductions. Nous y trouvons d'abord la preuve évidente de l'existence chez les végétaux d'un accroissement rayonnant centripète. J'ai fait voir ailleurs que ce rayonnement centripète est l'attribut spécial du système cortical, tandis que le rayonnement centrifuge est l'attribut spécial du système central.

« Dans la graine du tame nous voyons un corps sous-jacent à la seconde tunique qu'il tapisse intérieurement, corps qui s'accroît en rayonnant vers le centre de la graine. Ce corps est le *périsperme* ou l'*albumen*. Son rayonnement centripète semble prouver qu'il appartient au système cortical. C'est en quelque sorte une écorce qui se développe seule et sans système central contigu. Les rayons centripètes dont se compose ce périsperme sont formés d'articles qui naissent successivement à la suite les uns des autres, comme cela a lieu pour les mérithales successifs dont se compose une tige végétale en développement. Chacun de ces articles est composé de deux utricules emboîtés l'un dans l'autre, et d'une matière granuleuse intérieure. On peut reconnaître dans cette organisation l'existence des deux systèmes cortical et central. Le premier est représenté par l'utricule emboîtant, l'autre par l'utricule emboîté; la substance granuleuse que contient ce dernier peut être considérée comme la moelle. Ainsi tout porte à faire voir dans ces séries d'utricules emboîtés de petites tiges intérieures composées de mérithales successifs. Cette observation confirme celles de MM. Amici, Slach et Mirbel, qui ont vu que dans les rangées d'utricules les utricules nouveaux naissent, soit à l'extrémité libre du dernier utricule produit, soit au point d'union de deux de ces utricules. Ceci confirme encore l'idée émise par M. Turpin que les élémens fibreux du tissu végétal sont des tigellules qui ont leur vie particulière dans l'être vivant végétal dont elles font partie. »

Le décroissement des utricules de la surface au centre, c'est-à-dire le rapport entre leur volume et leur âge, vient encore, dit M. Dutrochet, à l'appui de ce que j'ai établi touchant l'accroissement centrifuge du système central et l'accroissement centripète du système cortical chez les dicotylédones.

Une dernière déduction à tirer de ces observations, sur la formation du périsperme de la graine du tame, est que ce périsperme n'est point un résidu concret formé par la précipitation de la matière contenue dans le liquide qui remplit primitivement la cavité de la graine, liquide qui finit par être absorbé.

Cette opinion qui est partagée par un des plus célèbres botanistes de notre époque (l'auteur de l'organographie végétale), doit évidemment, dit M. Dutrochet, être abandonnée aujourd'hui. Le périsperme de la graine du tame est un corps organique développé par une radiation centripète dans une enveloppe séminale remplie d'un liquide aqueux. Ce n'est donc point un résidu de l'évaporation de ce liquide; on en devra dire autant des périspermes qui chez d'autres plantes se développent de la même manière, c'est-à-dire en marchant de la circonférence vers le centre dans la cavité d'une graine remplie de liquide aqueux. C'est ainsi par exemple que se développe le périsperme de la graine d'asperge (*asparagus officinalis*).

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection de deux candidats : l'un pour la place de professeur suppléant de chimie à l'école de pharmacie; l'autre pour celle de professeur suppléant de pharmacie à la même école.

Pour la première place, la section présente MM. Gaultier de Claubry et Baudremont. Le nombre des votans est de 51; majorité, 26. Au premier tour de scrutin, M. Gaultier de Claubry réunit 38 suffrages et est déclaré candidat de l'Académie.

Pour la seconde place, MM. Henry et Chevallier sont portés par la section; le dernier obtient 27 suffrages et est déclaré élu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER. — *Présidence de M. Lisfranc.*

M. Bédor de Troyes, correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

M. Malgaigne adresse une réponse à la réclamation de M. Sédillot lue dans la précédente séance. Voici les faits qui ont donné lieu à cette polémique. M. Malgaigne était inscrit depuis plusieurs mois à l'Académie de médecine pour la lecture de son mémoire, lorsque M. Sédillot présenta, sans le lire, un mémoire sur le même sujet à l'Académie des sciences. M. Malgaigne s'empressa de réclamer son droit de priorité, ajoutant que trois mois auparavant, il s'était entretenu et du sujet de son mémoire et des idées qu'il renfermait avec M. Sédillot, qui alors ne pensait point encore, au moins à ce qu'il disait, à rien écrire sur la même matière. Il demanda d'ailleurs et obtint un tour de faveur pour la lecture de son mémoire. De là les deux lettres suivantes, qui n'ont pas besoin de commentaires.

Paris, ce 22 janvier 1835.

Monsieur le président,

Le 5 janvier, j'ai présenté à l'Académie des sciences un mémoire intitulé : *De la détermination des différentes espèces de luxations scapulo-humérales, de leur anatomie pathologique et de leur traitement.*

Le 13 janvier, M. Malgaigne, qui depuis *huit jours* avait mon travail entre les mains, a lu devant l'Académie royale de médecine un mémoire *sur les luxations de l'épaule*, qui offre de grandes analogies avec le mien, sans qu'il ait jugé à propos d'en faire mention.

Je ne qualifierai pas une telle manière d'agir, mais comme il m'importe de ne laisser aucun doute sur la question de priorité pour les idées nouvelles que j'ai émises, j'ai l'honneur de vous adresser un exemplaire manuscrit de mon mémoire, qui permettra de comparer et de juger.

Agréez, etc.

Le docteur SÉDILLOT,
Chirurgien démonstrateur au Val-de-Grâce.

RÉPONSE.

Paris, 1er février 1835.

Monsieur le président,

M. Sédillot a adressé à l'Académie royale de médecine une réclamation au sujet d'un mémoire que j'ai lu récemment sur la détermination du siége et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales. S'il ne s'agissait entre nous que d'une simple question de priorité, la bienveillante observation de M. Boulay, touchant l'époque de mon inscription pour cette lecture, aurait pu me suffire; mais il y a au fond de cette affaire une telle improbité littéraire et scientifique, que c'est à la fois un devoir et une nécessité d'en repousser pour ma part jusqu'au moindre soupçon.

M. Sédillot a trouvé entre son mémoire et le mien de grandes analogies. Cela est vrai, et je m'empresse de signaler les principales, en revendiquant, preuves en main, les idées qui m'appartiennent.

M. Sédillot décrit en courant l'articulation de l'épaule et insiste surtout sur la protection que lui offre la voûte acromio-coracoïdienne. C'est moi qui ai décrit

cette voûte et qui lui ai donné son nom dès 1830. (*Journal des progrès*, t. III, p. 164.) M. Sédillot déduit de la présence de cette voûte des conséquences importantes sur l'allongement du membre dans les diverses luxations; on peut lire ces conclusions dans mon mémoire déjà cité, p. 169, et j'ai fait une démonstration publique de mes idées à cet égard à la clinique de M. Dupuytren, en 1832. (V. GAZETTE MÉDICALE, p. 508.)

De sept à huit espèces de luxations proposées par M. Sédillot, il en est quatre sur lesquelles nos idées se rapprochent. La première est celle qu'il nomme *sous-coracoïdienne*; or, je lui ai donné ce nom dès 1830 (mém. cité, p. 186); j'en ai décrit les symptômes en y en ajoutant de nouveaux; j'ai indiqué son mécanisme, son anatomie pathologique et son traitement en 1830 (*ibid.*) et en 1832 à l'Hôtel-Dieu. (V. GAZETTE MÉDICALE, *loco citato*; *Gazette des hôpitaux* de la même époque, et *Leçons orales de M. Dupuytren*, t. III, p. 84.)

La seconde est la luxation *sous-coracoïdienne incomplète*, que M. Sédillot en est encore à regarder seulement comme possible. Or, je lui donnais ce nom et je la regardais seulement comme possible en 1830 (mém. cité, p. 171); depuis lors, je me suis convaincu de son existence, et j'en donne dans mon nouveau mémoire une histoire complète.

La troisième est la luxation *scapulaire*, que je nomme *sous-scapulaire*. Mais la ressemblance se borne ici au nom; j'en donne une symptomatologie et une description anatomique nouvelles qu'on chercherait en vain dans le mémoire de M. Sédillot.

La quatrième est la luxation que je nomme *sous-acromiale*, et qu'il appelle *immédiate en arrière*; il donne à la tête luxée la même position que moi; mais cette indication nette et précise se retrouve encore dans mon mémoire de 1830, page 191.

Reste le titre même du mémoire qui est presque le même pour les deux auteurs. Mais, outre que la déclaration de M. Boulay suffit pour attester ici ma priorité, M. Sédillot ne niera point que je me sois occupé de ce sujet long-temps avant lui; dans ma réclamation à l'institut, j'ai nettement avancé que je lui avais parlé de mon mémoire et de son objet, et ce fait n'a pas été contesté; enfin je réclame même jusqu'à l'expression de luxations *scapulo-humérales* qui ne se trouve dans aucun traité de chirurgie avant moi.

Telles sont les idées qui se rencontrent dans les deux mémoires; et je prie l'académie de me permettre de déposer sur son bureau un exemplaire de mon mémoire de 1830, afin que l'on puisse vérifier toutes mes citations. J'ajouterai seulement que M. Sédillot, qui donne ces idées comme siennes, avait cependant connaissance de mes travaux, puisqu'en 1829 il avait fait lui-même au Val-de-Grâce un rapport sur mon premier mémoire.

On voit ce que signifient maintenant les réclamations de M. Sédillot, et cette assertion que j'ai eu son mémoire entre les mains huit jours avant la lecture du mien. Mais cette assertion même est de toute fausseté; M. Sédillot avait envoyé son mémoire à M. Guérin, qui ne me l'a remis que treize jours après la lecture du mien, et quand mes idées les plus saillantes avaient été reproduites par analyse dans la GAZETTE MÉDICALE, la *Gazette des hôpitaux*, *le Réformateur* et *le Journal Hebdomadaire*.

Je livre ces faits au jugement de l'académie et du public, et laisse à chacun à les apprécier.

J'ai l'honneur d'être avec respect, etc.

MALGAIGNE.

Ces deux lettres sont renvoyées à la commission chargée de l'examen des deux mémoires.

La correspondance ministérielle comprend l'ordonnance suivante accompagnée d'une lettre d'envoi du ministre de l'instruction publique.

ORDONNANCE DU ROI SUPPRIMANT LA CLASSE DES ADJOINTS ET RÉUNISSANT CES DERNIERS AUX TITULAIRES.

LOUIS-PHILIPPE, roi des Français, etc.

Vu l'ordonnance royale du 20 décembre 1820, portant création de l'Académie royale de médecine;

Vu les ordonnances royales du 6 février 1821 et du 18 octobre 1829 qui prescrivent de nouvelles dispositions relatives à l'organisation de cette compagnie;

Vu l'ordonnance royale du 15 septembre 1833, concernant les membres adjoints et les associés résidens de ladite Académie;

Vu le réglement de ladite Académie approuvé par le ministre de l'intérieur le 3 juillet 1822;

Vu la lettre adressée à notre ministre de l'instruction publique par les membres-associés et adjoints de ladite Académie, les motifs qui s'y trouvent développés, et le consentement donné aux conclusions qu'elle renferme par la majorité des membres titulaires;

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique, nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

Art. I. Il n'y aura plus à l'avenir dans le sein de l'Académie royale de médecine qu'une seule classe de membres résidens jouissant tous des mêmes droits et prérogatives.

Art. II. Le réglement de l'Académie sera modifié conformément à la disposition de l'article précédent.

Art. III. Les ordonnances des 20 décembre 1820, 6 février 1821, 18 octobre 1829, 15 septembre 1833, ne cesseront d'être exécutées qu'en ce qui serait contraire à la disposition de l'art. 1er de la présente ordonnance.

Art. IV. Notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Paris, le 20 janvier 1835.

Signé, LOUIS-PHILIPPE.

Plusieurs membres-titulaires applaudissent.

M. LE PRÉSIDENT. Le conseil s'occupera de réviser les points du réglement qu'il faut mettre en harmonie avec cette ordonnance.

RAPPORT SUR LES ASSOCIÉS ET LES CORRESPONDANS ÉTRANGERS.

M. BRESCHET lit sur ce sujet un rapport suivi de deux listes; l'une assez courte, indiquant les candidats aux places d'associés étrangers; l'autre fort longue ne comprend pas moins de 225 candidats pour les places de correspondans étrangers.

Plusieurs membres demandent la parole. On fait remarquer que plusieurs de candidats portés sur ces listes sont morts; que beaucoup de médecins dignes de faire partie de l'Académie ont été omis. M. Breschet répond que c'est une première liste qui pourra être suivie d'une seconde.

M. MARC demande que cette lettre soit imprimée et distribuée, afin que chaque membre puisse faire en connaissance de cause les observations nécessaires.

M. NACQUART répond qu'une semblable mesure, prise il y a douze ou quatorze ans, lorsqu'il s'agissait de nommer des adjoints, a produit le plus mauvais effet; une foule de réclamations sont survenues; les membres de l'Académie étaient assiégés de sollicitations; et enfin une discussion publique roulant sur les noms propres, est souvent fort désagréable pour ceux qui en sont l'objet. Par ces motifs tout de bienveillance pour les candidats, M. Nacquart s'oppose à l'impression.

M. MARC. On conçoit ces inconvéniens quand il s'agit de nommer des adjoints régnicoles; mais ils n'existent pas pour les étrangers. Si vous n'imprimez pas les listes, comment voulez-vous qu'on s'aperçoive d'une omission? Bien plus, qu'on vous avertisse si tel ou tel candidat est mort? Il serait cependant fort désagréable pour l'Académie d'envoyer un brevet à un homme enterré depuis long-temps. (On rit.)

M. LODIBERT. Il suffirait de déposer la liste dans les bureaux, où chacun en prendrait connaissance.

M. ADELON demande la parole pour un rappel au réglement. L'art. 43 dit que tout débat sur les élections aura lieu en comité secret. Il convient donc de clore la discussion et de la renvoyer à la séance prochaine, où l'Académie se formera en comité secret.

Cette proposition est vivement appuyée. Quelques membres font encore des observations de détail. M. Nacquart voudrait qu'on détruisît cette distinction d'associés et de correspondans, de même que l'ordonnance lue tout à l'heure a détruit toute distinction entre les membres résidens. — M. Breschet répond que le réglement n'a point été modifié sur ce point; d'ailleurs le titre d'associé est plus particulièrement honoraire, et se décerne à des savans connus par de longs travaux, mais à qui leur âge même ne permettrait pas d'apporter dans leurs relations avec l'Académie l'activité qu'elle a droit d'attendre des membres correspondans.

M. DESPORTES regrette aussi qu'on n'ait point désigné de candidats choisis à Calcutta et dans la presqu'île du Gange, où le mouvement scientifique est fort remarquable.

Plusieurs membres font observer que les médecins de ce pays sont généralement des médecins anglais qui n'y font qu'un séjour temporaire. M. Breschet prie en outre M. Desportes de lui donner sur les célébrités de l'Inde des notes précises; car, en indiquant d'une manière vague Calcutta et la presqu'île du Gange, comment veut-on que le rapporteur puisse s'y retrouver? (On rit.)

La discussion est suspendue et renvoyée à un comité secret.

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT FAIT AVEC LES EAUX-DE-VIE ORDINAIRES, POUR GUÉRIR TOUTES LES MALADIES; FAIT PAR M. GUILLAUME.

Tel est le titre littéral du mémoire sur lequel M. Gimelle lit un rapport. M. Guillaume, ingénieur-mécanicien, avait adressé ce mémoire dès 1832 au ministre de l'intérieur, lequel l'avait renvoyé à l'Académie; et la commission nommée n'avait pas cru devoir faire de rapport, dans l'intérêt de l'auteur même. Mais ce silence convenait mal à M. Guillaume, qui a de nouveau écrit au ministre, qui a derechef écrit à l'Académie; et voici enfin le rapport tant désiré.

M. Guillaume, ingénieur-mécanicien, a donc eu un jour « connaissance de » l'imperfection de l'art de la médecine, qui cependant est *celle* qui aurait dû être » *porté* au plus haut degré de perfectionnement, même jusqu'au point de prolon- » ger l'*existence* de l'homme, et *de ne cesser de vivre que par vétusté ou par* » *accident*. » M. Guillaume s'est aussitôt « occupé du perfectionnement de cet » art; mais j'ai pris pour base, dit-il, la première personne qui s'est occupée, » *dès la création du monde*, de guérir, comme n'ayant aucune connaissance tant » sur la théorie que sur la pratique, tant en médecine qu'en *chirurgerie*. » Avec une telle base, on peut juger de la doctrine nouvelle édifiée par M. Guillaume; bref, il guérit toutes les maladies avec de l'eau-de-vie. La commission propose de répondre au ministre que cet écrit étant entièrement étranger aux plus simples notions de physiologie, de médecine, de thérapeutique, de grammaire, de style et d'orthographe, ne mérite sous aucun rapport de fixer son attention. — Adopté.

MÉMOIRES DE CLINIQUE CHIRURGICALE, par M. VALLAT, de Montpellier, médecin des houilles de Blanzy.

M. VELPEAU lit un rapport sur ce travail, composé de cinq mémoires sur différens sujets de chirurgie clinique. (Nous publierons prochainement ces divers travaux.) La commission conclut ainsi : « M. Vallat est un homme laborieux, instruit, d'une capacité incontestable; nous croyons en conséquence que c'est une des meilleures acquisitions que l'Académie puisse faire quand elle s'occupera de nommer des correspondans; et nous vous proposons formellement de le porter sur la liste des candidats à ces places. »

Ces conclusions sont adoptées.

RECHERCHES SUR LES ANNEXES DU FOETUS HUMAIN pour faire suite au mémoire sur la membrane caduque (1), par M. LESAUVAGE de Caen.

M. VELPEAU fait un rapport verbal sur ce mémoire. M. Lesauvage a eu pour but de démontrer, dit-il, 1° que dans l'étude de l'œuf il vaut mieux commencer par l'état adulte que par l'état embryonnaire; 2° que toutes les erreurs admises à l'occasion de la membrane caduque tiennent à ce qu'on a méconnu les analogies de cette tunique avec les pseudo-membranes des surfaces séreuses; 3° que l'amnios forme seule une gaine au cordon; 4° que le chorion est un sac sans ouverture, sé-

(1) Voir l'analyse de ce mémoire, GAZETTE MÉDICALE, 1834.

paré de l'amnios par les vaisseaux ombilicaux, l'allantoïde et un parenchyme cellulo-vasculaire, et qu'il est bifolié ou multifolié; 5° que la couche interne du chorion et externe de l'amnios appartiennent à l'allantoïde; 6° que près de la racine du cordon, un peu au-dessous de l'adhérence de l'amnios, on trouve assez souvent une fente qui est le lieu où s'ouvre l'ouraque; 7° que les vaisseaux omphalo-mésentériques se terminent parfois brusquement en forme de cupule de gland vers le milieu de la vésicule ombilicale; 8° que cette vésicule est multifoliée et placée entre l'allantoïde et le chorion; 9° qu'elle ne peut pas être comparée au vitellus des oiseaux; 10° que le fluide de l'allantoïde n'est nullement émulsif; 11° que la vésicule érytroïde, décrite par M. Pockels, doit jouer un grand rôle dans la théorie des monstruosités; 12° que les granulations qu'on rencontre à la surface du cordon de la vache sont le premier degré d'un ver vésiculaire; 13° que le système vasculaire organise le placenta comme les séreuses produisent les pseudo membranes; 14° que c'est une puérilité de demander si la caduque passe ou ne passe pas sur le placenta; 15° que le nouvel être se nourrit par absorption; 16° que les vaisseaux ne communiquent, et qu'il n'est utile de lier le cordon du premier-né, dans les grossesses multiples, que s'il n'existe qu'un seul chorion pour les différens fœtus; 17° que le placenta ne fait pas subir de modification au sang qui le traverse; 18° enfin que la respiration a pour office spécial *d'introduire dans le sang un principe indispensable à la production du phénomène électro-chimique qui détermine la contraction musculaire*, et qu'elle doit être séparée des fonctions nutritives.

A l'appui de toutes ces assertions, viennent quelques observations propres à l'auteur, et des raisonnemens qu'il croit inattaquables. Il n'est content ni de Cuvier, ni de M. Dutrochet; mais c'est surtout contre les opinions de M. Velpeau que sont dirigés les accès de sa mauvaise humeur. M. Velpeau déclare que s'il ne réfute point ici les objections de M. Lesauvage, c'est que M. Lesauvage ne l'a pas toujours exactement compris, et qu'à son tour il a peur de n'avoir pas bien interprété quelques-uns des raisonnemens de son critique. Enfin M. Lesauvage a fait trop peu de dissections; et M. le rapporteur espère qu'il sentira, en y réfléchissant davantage, que des raisonnemens empruntés à l'anatomie ou à la physiologie spéculatives ne suffisent pas pour détruire des résultats d'observations. Il y a toutefois plusieurs remarques de M. Lesauvage qui méritent toute attention; et la commission propose de renvoyer son mémoire au comité de publication et d'adresser des remercîmens à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.—M. Dupuy demande que le rapport de M. Velpeau soit renvoyé au même comité, pour le mettre à même d'apprécier la valeur du mémoire. Cette proposition, appuyée par M. Breschet, est également adoptée.

M. Lisfranc présente à l'Académie plusieurs malades intéressans.

CHARBON A LA FACE, GUÉRI PAR LA CAUTÉRISATION.

Le premier est un laveur de laine qui a été affecté d'un charbon. La maladie avait envahi l'une et l'autre paupières du côté droit; elle avait déjà déterminé sur les parois de la poitrine la tuméfaction en quelque sorte élastique qui l'accompagne à une période assez avancée. M. Lisfranc mit en usage le cautère actuel; il cautérisa non-seulement l'escarre après l'avoir incisée, mais encore il produisit une brûlure du second degré, étendue à trois pouces au moins au-delà des parties frappées de mort. Un cercle inflammatoire se forma; les parties gangrénées se détachèrent; l'ulcère qui existait sous elles occupait toute l'étendue de la face antérieure des paupières, dont la peau était entièrement détruite; il s'étendait à un pouce au-dessus du sourcil, à deux pouces au-dessous de l'orbite, à un demi-pouce vers la tempe.

Pour maintenir en position les paupières pendant la cicatrisation de l'ulcère, et pour éviter leur renversement, M. Lisfranc appliqua deux morceaux de diachylon, qui, partant de la tempe et venant se rendre sur le front et sur la racine du nez, se moulaient sur l'orbite et laissaient entre eux un intervalle léger, correspondant au centre de cette cavité. Il plaça par-dessus un gros tampon de charpie et des compresses, le tout soutenu par le monocle. La cicatrice est achevée; les paupières n'ont éprouvé aucune déviation.

2° M. Lisfranc montre le malade sur lequel il a enlevé la moitié droite de la mâchoire inférieure en mettant à découvert toute l'étendue de la face antéricore du pharynx de ce côté. Ce malade, dont la difformité est peu appréciable, est entièrement guéri. (Voir à la correspondance.)

EXOSTOSE FONGUEUSE PÉRIOSTALE.

3° M. Lisfranc dépose sur le bureau une pièce d'anatomie pathologique provenant d'une dame sur laquelle il a pratiqué samedi l'amputation de la cuisse. Les parties molles environnant le genou sont à l'état lardacé, ramollies en quelques points. Une tumeur osseuse en partie dégénérée, du volume de la tête d'un fœtus à terme, s'est développée sur les parties antérieure et interne de l'extrémité inférieure du fémur. M. Lisfranc fixe l'attention de l'Académie sur deux points importans: 1° le cartilage articulaire de l'extrémité inférieure du fémur est sain, malgré les grands désordres qui existent depuis long-temps au-dessus de lui. L'extrémité supérieure du tibia n'offre d'autre altération que le développement d'une fausse membrane sur le côté interne de la surface articulaire, et un épaississement du ligament semi-lunaire externe; 2° la presque totalité de l'extrémité inférieure du fémur est exostosée; l'exostose est éburnée; l'os, scié parallèlement à son axe, est rouge et présente des traces évidentes d'inflammation.

DOIGTS ET ORTEILS SURNUMÉRAIRES.

4° M. Lisfranc présente un homme qui porte des doigts et des orteils surnuméraires. On voit sur les deux mains, à la naissance du doigt auriculaire, un prolongement long d'un pouce, dépourvu de mouvement, ne s'articulant ni avec le métacarpien, ni avec les phalanges. Ce prolongement semble renfermer deux petits noyaux osseux.

Il existe sept orteils sur le pied droit. Il est facile de constater qu'abstraction faite du dernier, ils ont chacun leurs tendons extenseurs et fléchisseurs. Les deux premiers orteils, égaux en dimension, sont réunis comme chez les animaux palmipèdes; ils s'articulent sur le même métatarsien. Le septième orteil a été amputé par M. Lisfranc; il prenait son origine sur le sixième, au-dessus et en dehors de la naissance de ce dernier; il avait dix lignes de longueur; il était dépourvu de tendons, et contenait deux petites phalanges qui ne s'articulaient pas avec le métatarsien ni avec l'orteil voisin.

Le pied gauche n'a que six orteils; il y a évidemment six métatarsiens.

Le père et la sœur de cet homme portaient six orteils à chacun de leurs pieds.

La séance est levée à 5 heures et quart.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OSTÉOSARCOME ÉNORME DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; DÉSARTICULATION DE LA MOITIÉ DROITE DE L'OS MAXILLAIRE; DISSECTION DE LA PARTIE ANTÉRIEURE ET LATÉRALE DROITE DU PHARYNX; GUÉRISON; observation recueillie dans la pratique de M. Lisfranc, par M. Pauly, interne à la Pitié.

Obs. — M. Bean, de Bourganeuf (Creuse), âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, avait joui d'une bonne santé jusqu'à la fin de l'année 1832. A la suite d'une vive irritation, déterminée par la carie de l'avant-dernière molaire du côté droit de la mâchoire inférieure, il lui survint alors une fluxion dans l'épaisseur de la joue correspondante; elle suppura et plusieurs abcès se succédèrent malgré l'extraction de la dent, cause présumée de tous les désordres. L'alvéole était restée comme fistuleuse lorsque l'apparition de la dent de sagesse vint accroître l'irritation; on favorisa sa sortie en incisant la muqueuse qui la recouvrait; cherchant ainsi à dissiper les accidens inflammatoires que cette dent nouvelle déterminait. Cinq mois s'écoulèrent, au bout desquels la fistule se cicatrisa; mais immédiatement après une autre série d'abcès s'ouvrirent successivement à la face externe de la même joue, et laissèrent de l'engorgement inflammatoire qu'on combattit avec succès à l'aide d'antiphlogistiques Il ne fut jamais totalement dissipé; et au bout de six mois environ, une petite tumeur dure et indolente restait encore vers l'angle de la mâchoire. Mais pendant que ces phénomènes se passaient dans l'épaisseur de la joue, le bord alvéolaire de la mâchoire inférieure était le siége d'un travail qui devait avoir des suites beaucoup plus graves.

Nous avons dit qu'on avait incisé la membrane muqueuse recouvrant la couronne de la dent de sagesse, qui la distendait; des bords de la section et de l'alvéole fistuleuse, s'étaient élevées quelques végétations qui commençaient à gêner le malade. Des douches administrées sur la joue les firent marcher avec rapidité, en même temps que l'engorgement augmentait à vue d'œil.

Il ne se passa rien de particulier qu'une marche graduelle des accidens jusqu'au mois de septembre 1834, où le malade vint à Paris réclamer les soins de M. Lisfranc.

On remarquait alors au côté droit et inférieur de la face un engorgement énorme, descendant en bas au-dessous du milieu du col, enveloppant les carotides en arrière jusqu'au-devant de la partie supérieure du sterno-mastoïdien. L'échancrure parotidienne était envahie; le lobe de l'oreille reporté en arrière; la tuméfaction allait se perdre en haut vers l'arcade zygomatique, et gagnait l'angle du menton et la commissure des lèvres en avant. La peau, saine dans toute son étendue, adhérait au centre aux tissus indurés.

Il était difficile et même impossible d'apprécier alors les désordres existant dans l'intérieur de la bouche, l'engorgement mettant obstacle à l'écartement des mâchoires, qui n'offrait pas plus de trois lignes d'étendue. Seulement on voyait une tumeur dure, lisse et blanchâtre s'avancer jusqu'au niveau de la ligne médiane en déjetant la langue du côté opposé. Cette tumeur naissait évidemment de la face postérieure du côté droit de l'os maxillaire inférieur jusqu'à la première molaire; mais où se bornait-elle postérieurement? Il fallait, pour s'en assurer, obtenir un écartement des mâchoires suffisant pour permettre l'introduction du doigt. C'était une première indication que M. Lisfranc voulait remplir, sentant bien qu'avant d'attaquer cette affection par des moyens chirurgicaux, il était indispensable d'en connaître exactement les limites.

Pour arriver à ce but, M. Lisfranc fit placer un coin entre les mâchoires, en même temps qu'il attaqua l'engorgement qui bornait le jeu de l'articulation temporo-maxillaire. Nous avons vu dans l'observation d'un cas analogue, publiée dans un des derniers numéros de la Gazette médicale, l'opinion de M. Lisfranc sur ces engorgemens dont s'entourent les tumeurs dégénérées, par l'irritation qu'elles déterminent dans les tissus voisins, le plus souvent cet engorgement peut être dissipé par les antiphlogistiques d'abord, s'il existe de l'inflammation, puis par les fondans à l'état chronique; on voit alors que l'affection est beaucoup moins étendue que ne semblait indiquer la masse générale de la tumeur; on simplifie ainsi de beaucoup les opérations, et fort souvent on rend opérable un mal jugé de prime abord au-dessus des ressources de la chirurgie.

En réduisant l'engorgement, M. Lisfranc avait ici un double but à remplir: celui d'écarter les mâchoires pour faciliter l'exploration dans la cavité buccale; en second lieu, de dégager les carotides et d'éviter ainsi de les intéresser dans l'opération. Ce dernier point supposé impossible, à la rigueur on aurait fait la ligature préalable de ces vaisseaux; mais cette opération est trop chanceuse pour que le chirurgien ne cherche pas à l'éviter par tous les moyens que l'art a mis à sa disposition.

La tumeur était sensible à la pression; des douleurs s'y faisaient sentir; la peau était chaude et colorée. On combattit ces symptômes d'inflammation par des topiques émolliens et des applications de sangsues au nombre de 12 à 15, réitérées six à sept fois.

Les sangsues furent placées au-dessous et en arrière de la tumeur. M. Lisfranc donne le précepte de les mettre à 2 pouces de l'engorgement. Placées sur la tu-

meur elle-même, ce praticien les a souvent vues agir au bénéfice de l'irritation, et quelquefois déterminer à la peau des ulcérations, pour peu qu'il y eût un commencement d'altération dans les tegumens.

A mesure que l'irritation se dissipait, la peau devenait mobile sur la tumeur. les mâchoires s'écartaient chaque jour davantage, et l'engorgement se concentrait à mesure.

Au bout de trois semaines, l'introduction du doigt put se faire entre les mâchoires, quoique difficilement; plusieurs fois quelque réaction inflammatoire fit suspendre l'usage du coin, pour y revenir un peu plus tard.

Ce phénomène dissipé, bientôt la tumeur fut indolore et ne se modifiait plus sous l'influence des antiphlogistiques. Cependant l'engorgement, quoique réduit, longeait encore la partie antérieure des carotides. L'état chronique bien établi, on prescrivit des frictions de pommade d'hydriodate de potasse et la compression, qu'on modifiait suivant le lieu qu'on cherchait à comprimer, de manière à lui donner pour point d'appui l'os maxillaire inférieur, et éviter de refouler simplement la tumeur en dedans. Plusieurs fois ces fondans furent suspendus et même remplacés par des antiphlogistiques, quand ils dépassaient le but qu'on en attendait et rappelaient une irritation trop vive.

C'est ainsi qu'en quelques mois l'engorgement s'était rétréci au point que l'angle de la mâchoire était dégagé, et les carotides parfaitement libres et à plusieurs lignes de distance des tissus restés indurés. Mais pendant ce traitement externe, la tumeur saillant dans la bouche s'était singulièrement accrue; elle en occupait presque toute la cavité, accolant la langue contre la joue gauche et plongeant en arrière jusqu'à l'entrée du pharynx, au point que la respiration en éprouvait une gêne notable. La parole était presque inintelligible et la déglutition très-pénible.

Il était donc urgent de débarrasser le malade de cette énorme tumeur, d'autant plus qu'aux accidens indiqués, depuis quelques jours se joignait du dévoiement, produit sans doute par l'ingestion dans l'estomac des matières sécrétées par les tissus morbides. Du reste, à part cela, tous les organes étaient dans le meilleur état possible. Le malade demandait à grands cris l'opération, qui fut pratiquée à la maison de santé du docteur Dufrenois, boulevart Montparnasse, le 11 janvier, en présence de MM. Cullerier, Malgaigne, Dufrenois, Cartean et Martinet.

Avant de se décider, le doigt introduit dans le pharynx avait fait connaître que cet organe n'était pas envahi, mais simplement accolé à la tumeur; le palais n'était en rien altéré.

Une incision partie du bord libre de la lèvre inférieure, à trois lignes en dehors de la ligne médiane, toujours du côté droit, descendit perpendiculairement jusque sur les parties latérale et moyenne du larynx, contourna la tumeur en allant en dehors pour remonter ensuite en devant des carotides, puis le long du bord postérieur de la branche de la mâchoire, et se termina enfin au niveau du conduit auditif, un peu en avant de l'artère temporale. Un aide indiquait le trajet de ce vaisseau, en le protégeant contre l'action du bistouri. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané furent compris dans cette première section. La dissection du lambeau fut opérée de bas en haut, suivant sa direction, sans difficulté aucune; la peau, comme nous l'avons dit, était saine et seulement amincie par la distension que lui avait fait subir le développement de la tumeur. On fit l'extraction de la canine et de la seconde incisive, et, quatre lignes en-deçà de la symphise du menton, le corps de la mâchoire fut coupé d'avant en arrière, à l'aide d'une scie en crête de coq. Il est entendu qu'au lieu choisi pour la section, on avait incisé les parties molles avec soin. Détachant alors la tumeur en avant et en bas, tantôt à l'aide du bistouri, tantôt par énucléation, suivant le degré de résistance occasionée par les adhérences, on put assez écarter la branche de la mâchoire pour s'assurer de l'état de l'os et des rapports de la tumeur du côté du pharynx. L'érosion de l'os du côté de la cavité buccale s'étendant en avant jusque sous la première molaire, et en arrière vers la face interne, près de l'angle, il fut décidé que cet os serait sacrifié, d'autant plus qu'on sentait les tissus altérés se prolonger dans son épaisseur. A la partie moyenne il était tellement perdu au milieu de la tumeur, qu'il était impossible de l'en isoler. Du côté du pharynx, M. Lisfranc s'assura que la tumeur était simplement accolée à cet organe, sans l'intéresser dans sa texture. Il ne s'agissait donc plus que d'enlever la totalité de la masse altérée. M. Lisfranc la détacha circulairement en bas; arrivé en arrière au devant de la carotide, il l'énucléa ou divisa avec de forts ciseaux les brides celluleuses plus résistantes, tandis que les doigts d'un aide couvraient ce vaisseau et le refoulaient en dehors et en arrière. L'énucléation était d'autant plus facile en certains lieux, que la tumeur semblait avoir écarté les tissus sans les altérer, n'ayant contracté avec eux que de simples adhérences.

Rassuré sur les carotides, M. Lisfranc revint en avant. A la partie supérieure la tumeur était tellement adhérente au pilier antérieur du voile du palais, qu'il fallut le sacrifier; puis continuant l'ablation de haut en bas et d'avant en arrière, l'opérateur s'assura d'abord des rapports du pharynx; il s'aperçut que ce tube musculo membraneux était accolé à la tumeur par sa partie antérieure et latérale, et qu'en renversant cette tumeur un peu en dehors, on l'entraînait avec elle. Il fallut donc disséquer avec soin pour ne point l'intéresser, et cela de haut en bas, dans l'étendue de trois pouces au moins. Vers le milieu de cet espace, on trouva refoulés vers le pharynx les petits muscles qui partent de l'apophyse styloïde. La tumeur ainsi détachée, on n'eut plus à s'occuper que de la désarticulation. La section des ptérygoïdiens se fit sans beaucoup de peine; mais la section du tendon du temporal au-dessus de l'apophyse coronoïde fut d'une difficulté très-grande. Cette saillie osseuse, par une anomalie qui la rapprochait de la conformation qu'on observe chez les carnassiers, s'élevait à plus de 3 lig. au-dessus du niveau du condyle, n'en étant séparée à peine que de 6 lignes; de telle sorte que cette apophyse se cachait profondément sous l'arcade zygomatique et près de sa base. Les parties osseuses étaient rapprochées à tel point, que la lame d'un bistouri une fois introduite, tout mouvement était impossible. Alors coupant les moyens d'union de l'articulation temporo-maxillaire en avant et en dehors, par des tractions en bas, on parvint à descendre un peu l'apophyse coronoïde; la section du crotaphite, devenue plus facile, s'opéra dès lors sans trop de difficultés de dedans en dehors. Cinq ou six artères furent liées à proportion; la linguale était la seule un peu volumineuse.

Pendant l'opération, la langue ne fut point rejetée en arrière et garda sa position naturelle.

Avant de disséquer le pharynx, M. Lisfranc se débarrassa d'une grande partie de la portion interne de la tumeur, en faisant précéder la section d'une ligature en masse. de peur qu'elle ne donnât lieu à quelque écoulement sanguin considérable.

On attendit un instant pour s'assurer contre toute hémorrhagie. Dans ces opérations, où des lambeaux doivent être réappliqués à l'aide de sutures, on ne saurait trop apporter d'attention à se prémunir contre une hémorrhagie consécutive. Cet accident, en effet, nécessiterait pour y remédier la compression sur un lambeau où déjà la circulation languit, ou même l'ablation des points de suture pour les rétablir après l'écoulement sanguin arrêté; on prévoit les inconvéniens de ce second pansement.

Le lambeau réuni par première intention fut maintenu par un grand nombre de points de suture. Depuis le bord libre de la lèvre jusqu'au menton, on préféra la suture entortillée, pour mieux affronter les bords et pouvoir donner au lambeau les inflexions que conservait le point correspondant des tégumens. Et sous ce rapport, la réunion est tellement exacte qu'il faut la chercher pour l'apercevoir sur les lèvres.

Partout ailleurs on mit un grand nombre de sutures entrecoupées. A la partie inférieure de la plaie, la peau formait un petit gousset arrondi, à cul-de-sac inférieur; ce sinus retenant le pus, aurait facilité son infiltration dans le tissu cellulaire filamenteux et lâche des parties latérales du cou. Une petite incision longitudinale de dix lignes détruisit ce cul-de-sac. On laissa cette petite plaie triangulaire sans suture pour fournir au pus un écoulement facile, et une petite mèche pendant 24 heures s'opposa à l'agglutination de ses bords. Une large compresse fenêtrée, fortement enduite de cérat, un plumasseau de charpie très-épais, pour maintenir mollement le lambeau réappliqué contre les tissus sous-jacens; de compresses longues et une mentonnière constituèrent tout l'appareil du pansement.

A l'aide d'un biberon, dont le bec était introduit jusque sur la base de la langue, le malade but sans peine. Les mouvemens de déglutition un peu embarrassés le lendemain, et le troisième jour de l'opération, par suite de l'inflammation traumatique, ont été depuis parfaitement libres. Le malade n'a pas ressenti la plus légère indisposition. Le mieux a marché avec une rapidité incroyable. Dès le troisième jour l'opéré a pu rester levé plusieurs heures; le quatrième il s'est promené dans l'appartement; le sixième il est sorti sur le boulevard; et au dixième, il est venu à l'hôpital de la Pitié, où le professeur, M. Lisfranc, a pu le montrer à son nombreux auditoire.

Dès le 27 janvier, seizième jour après l'opération, il ne restait pour compléter la guérison, qu'à cicatriser une petite plaie superficielle, dans le point où l'on avait ménagé une petite ouverture pour l'écoulement des matières sécrétées, et le mardi 3 février, l'opéré a été présenté à l'Académie parfaitement guéri. Il mastique très-bien avec la portion restante de l'os maxillaire. Sa parole est beaucoup plus facile qu'avant l'opération; du reste, trois jours après l'opération parlait déjà assez distinctement.

Il reste ici une paralysie de la face et du muscle orbiculaire des paupières. Cependant ces dernières ne sont pas totalement privées de mouvement, et le malade peut recouvrir à volonté les deux tiers du globe oculaire, habituellement à découvert dans l'écartement naturel des paupières. Au reste, ces mouvemens sont beaucoup augmentés depuis quelques jours, et la joue reprend un peu de sensibilité. Nous espérons que cette paralysie se dissipera avec le temps. Déjà l'autre malade dont nous avons publié l'observation avait présenté un phénomène analogue, ce qui tient sans doute à la section du nerf facial.

Une portion du nerf lingual a été enlevée ici avec le côté interne de la tumeur. Au moment de sa section, le malade ressentit dans le côté correspondant de la langue un mouvement de vibration qu'il éprouve encore aujourd'hui. Malgré la perte de ce nerf, il n'en conserve pas moins sur le même côté de la langue la faculté de percevoir parfaitement les saveurs.

Nous avons dit les difficultés que l'opérateur avait eues à surmonter pour détacher l'apophyse coronoïde; il avait fallu hacher, dilacérer en quelque sorte la partie inférieure du muscle crotaphite. Joignez à cette cause d'inflammation l'impossibilité de juxta-poser le lambeau sur les tissus sous-jacens, à cause de la saillie de l'apophyse zygomatique.

Cette opération a présenté trois faits principaux: la disposition singulière de l'apophyse coronoïde, la dissection de la partie antérieure et droite du pharynx; et enfin on a pu s'abstenir de lier préalablement la carotide.

La pièce pathologique était une énorme tumeur de 4 pouces au moins de diamètre en tous sens. Trois pouces au-delà de la face postérieure de l'os, elle plongeait jusque vers le pharynx. A la section, on a trouvé un tissu blanc, élastique, laissant suinter un peu de sérosité et offrant en un mot tous les caractères des polypes fibreux de l'utérus. A sa partie moyenne, l'os en était enveloppé dans toute sa circonférence; sans présenter nulle trace d'inflammation, cet os était détruit, usé, sans ulcération aucune, usure analogue à celle qu'on observe sur les os voisins d'un anévrisme. Au centre, il n'offrait plus qu'un noyau de 3 lignes d'épaisseur. Toute la table interne était presque détruite, et la partie supérieure du corps de l'os était parcourue par une large gouttière depuis la base de l'apophyse coronoïde, également détruite, jusqu'à la première molaire, restée encore sur la pièce pathologique

et non ébranlée. Nulle trace des cloisons dentaires. Cette rainure était remplie d'un tissu mou passant à l'état fibreux, au milieu duquel le nerf dentaire passait intact. La tumeur semblait avoir pris naissance du périoste des alvéoles dégénérées. A sa partie postérieure et externe, se voyait une portion du nerf lingual avec quelques fibres musculaires enlevées avec elle. Cette pièce a été mise sous les yeux de l'Académie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Lehrbuch von den Brüchen und Verrenkungen, zum Gebrauche für Studirende; par le docteur A.-L. Richter, etc. 8 planches. 448 pages.

Le sujet important des fractures et des luxations a provoqué, tant en Allemagne qu'en France et en Angleterre, des recherches nombreuses dont les résultats ont tourné au profit de l'art. Toutefois, il est à re marquer que la direction imprimée à ce genre de travaux n'est point la même dans ces trois contrées savantes. En Allemagne, on s'est attaché surtout à perfectionner les moyens mécaniques inventés pour le traitement des lésions traumatiques des os; Hagedorn, Dzondi, Langenbeck, Hager, Kluge, Rust, etc., ont tourné leur attention vers un but éminemment pratique. Les chirurgiens anglais ont accordé un soin tout particulier au diagnostic et au traitement des fractures qui ont leur siége dans le voisinage des articulations, ainsi que le constatent les ouvrages de sir A. Cooper, de sir Ch. Bell, d'Amesbury, etc. En France, les travaux de cette espèce ont une tournure en quelque sorte plus scientifique; les recherches de MM. Dupuytren, Breschet, Sanson, Malgaigne, etc., attestent avec quelle supériorité les chirurgiens français ont traité la pathologie du système osseux et étudié la marche que suit la nature dans la curation des maladies des os. Ces considérations préliminaires ne sont point inutiles au moment où nous allons chercher à déterminer le degré d'intérêt que peut offrir à des chirurgiens français l'ouvrage du chirurgien allemand Richter. En effet, cet auteur envisageant son sujet du même point de vue que ses compatriotes, a donné une physionomie toute pratique à son traité, qui peut être considéré, d'une manière générale, comme le résumé des principaux modes de traitement actuellement en faveur auprès des chirurgiens de l'Allemagne. Nous allons indiquer quelques-uns des points principaux de cet ouvrage; on verra qu'il s'y trouve quelques opinions que les chirurgiens français sont loin d'admettre.

Le docteur Richter considère comme *causes prédisposantes* des fractures la syphilis, la goutte, le cancer, les scrophules, le scorbut, et l'espèce de cachexie produite par l'abus du mercure. Parmi les diverses variétés de fractures, il indique avec soin celle où une partie seulement des fibres osseuses sont rompues. Cette fracture incomplète a été observée surtout dans les os spongieux, et dans ceux des os longs qui, situés parallèlement à un autre os long, en reçoivent un véritable appui. A. Cooper et Eckl ont observé cette fracture sur le col du fémur, Campaignac sur le péroné; Chelius l'a vue chez de jeunes sujets, et donne pour signe diagnostique la douleur, la tuméfaction et le défaut de résistance dans le point correspondant à la lésion. Les remarques de ce dernier auteur se trouvent d'accord avec celles de J.-R. Barton, chirurgien américain, qui a décrit cette espèce de fracture ainsi que la *courbure* des os sans lésion de continuité, dans le *Medical Recorder* (janvier 1821). A l'occasion de la formation du cal, le docteur Richter énumère avec soin les opinions qui ont été émises à diverses époques sur ce sujet. Sa manière de voir diffère peu de celle de M. Dupuytren, qui a été confirmée sous beaucoup de rapports par les expériences de Meding et de Weber, en Allemagne. Suivant lui, dans les circonstances les plus favorables, une fracture est consolidée au bout de dix jours pour les doigts, de quinze pour une côte, de vingt pour la clavicule, de trente pour les os de l'avant bras et pour le péroné, de quarante pour l'humérus, de cinquante pour le tibia, et de soixante ou soixante-dix pour le fémur. Il remarque que, quand on a enlevé les attelles, on peut avec avantage consulter les sensations du malade et le degré de confiance que celui-ci semble avoir dans la force de son membre, pour préciser l'époque à laquelle on peut définitivement rendre l'os fracturé à ses fonctions. Il passe en revue les diverses lésions qui peuvent compliquer les fractures, et les maladies qui peuvent se développer pendant le traitement. Ses conseils sont en général très-judicieux. L'incurvation des membres après la consolidation de la fracture est attribuée par lui à l'agitation du malade, à l'appui insuffisant fourni par les attelles et les bandages, et surtout à l'usage prématuré du membre. Quand la courbure est due au défaut de solidité du cal, il faut réappliquer les attelles et maintenir le membre dans l'immobilité pendant le temps nécessaire. Dans un cas où le malade s'était servi trop tôt de son membre, et où le cal était tellement difforme que la cuisse malade offrait un raccourcissement de deux pouces, Weinbold a réussi à faire disparaître cette déviation par le moyen d'un séton introduit à l'aide d'un trépan très-petit et d'une forme particulière : au bout de sept semaines le cal se ramollit; alors on replaça le membre dans un appareil extensif, et après la sixième semaine, la cuisse fracturée était, à quelques lignes près, de la même longueur que l'autre. Le docteur Oesterlen a essayé dans ces derniers temps de remettre en faveur la méthode qui consiste à refracturer un os qui s'est consolidé vicieusement; notre auteur a représenté dans l'une de ses planches l'instrument imaginé par son compatriote pour effectuer cette cruelle opération; nous ne croyons pas utile d'extraire la description qu'il en donne, nous nous bornerons à transcrire le nom incroyable que son inventeur vraiment Allemand lui a imposé; cet instrument se nomme un *Dysmorphosteopalinclastes*. Divers modes de traitement ont été proposés pour la cure des fausses articulations : la méthode de Celse consiste à frotter l'un contre l'autre les deux bouts de l'os; celle d'Avicenne, de Guy de Chauliac et de plusieurs autres, à scarifier les surfaces de la fracture; White conseille de les enlever par la scie, et quelquefois de les corroder avec le beurre d'antimoine; Ollenroth veut qu'on les enlève avec l'acide nitrique; Clioe, Earle, et J. R. Barton, ont employé l'alcali caustique dans le même but; le séton a été trouvé plus sûr et plus efficace que toutes ces méthodes de traitement; il a été proposé pour la première fois par Winslow *Tode's Arzniknndigen Annalen*, Kopenh. 1787; mais il a été surtout préconisé par le docteur Physick. Ce moyen quoique efficace dans beaucoup de cas, a échoué dans plusieurs autres où la compression, moyen plus récent proposé par Amesbury, a eu un heureux résultat. C'est à ce dernier que le docteur Richter donne la préférence, et il est en cela d'accord avec le docteur T. H. Wright *Americ. Journ. of med. Sc.*; *août* 1828.

Ce qui précède est extrait des considérations générales sur les fractures; nous ne ferons que deux citations au sujet des fractures en particulier. Dans le traitement de la fracture de l'olécrâne, faut-il placer le membre dans l'extension ou dans la flexion? l'extension recommandée par A. Cooper, Amesbury et plusieurs autres, permet en général un affrontement plus exact des fragmens; mais l'avant-bras pouvant être alors étendu à un degré plus considérable qu'à l'état normal, on peut craindre que l'extrémité supérieure du fragment inférieur ne s'enfonce dans la cavité olécrânienne, ou ne chevauche sur le fragment supérieur; dans les deux cas, il peut en résulter une consolidation vicieuse. En outre, ajoute le docteur Richter, le malade est obligé de rester assis ou couché avec son membre soutenu, à cause de la douleur et du gonflement qui se manifesteraient s'il essayait de marcher en laissant pendre son bras. Après la guérison de cette fracture, le coude peut être ankylosé; dans ce cas, le bras fléchi est plus utile que dans un état d'extension. D'un autre côté le docteur Richter pense que la méthode qui a été préconisée par Manzotti, Camper, Bertrandi. Boyer et Roux, et qui consiste à placer l'avant-bras à angle droit avec le bras, a l'inconvénient très-grave d'augmenter à tel point l'intervalle qui sépare les deux fragmens, qu'après la guérison le membre ne peut plus être porté par le malade dans une extension complète. En conséquence, imitant Duverney, Feiler, Earle et Ch. Bell, il conseille de placer l'avant-bras de manière à ce qu'il forme avec le bras à peu près le même angle que quand le membre pend naturellement le long du corps, c'est-à-dire un angle d'environ 112 degrés. Il s'appuie surtout, pour préférer cette position, sur ce que, dans le cas où l'articulation aurait perdu ses mouvemens, il est plus facile de redresser par des moyens mécaniques un membre fléchi par suite d'ankylose, que de fléchir par les mêmes moyens un membre fixé dans l'extension par la même cause.

Le chapitre qui traite des fractures du col du fémur est un des plus intéressans de l'ouvrage. Pour le traitement de cette lésion, le docteur Richter recommande, avec la plupart des chirurgiens de l'Allemagne, la position étendue du membre, et préfère à tous les appareils celui de Dzondi, qui n'est autre chose que celui de Hagedorn modifié. Dzondi fait aller jusqu'à l'aisselle l'attelle qui est placée à la partie externe du membre sain; afin d'augmenter la force de l'extension, il fait placer à angle obtus avec l'attelle, la traverse à laquelle est fixé le pied du côté malade; au lieu d'une seule bande appliquée au coude-pied pour cette extension, il en emploie deux qui sont mises en usage alternativement, l'une au coude-pied, l'autre au-dessus du mollet; par ce moyen, il

évite l'ulcération de la peau qui est en contact avec cette bande. Enfin, il a supprimé comme inutile la bande extensive que Hagedorn appliquait au pied du côté sain. Le docteur Richter conseille d'ajouter à cet appareil l'attelle concave de Brünninghausen, qui se place à la partie externe du membre fracturé et s'étend depuis la crête iliaque jusqu'au genou; cette addition a pour but de fournir un soutien au trochanter, et de prévenir autant que possible tout mouvement de l'os dans le lieu de la fracture.

Le docteur Richter a parlé du traitement des fractures en général, d'une manière très-étendue. Plusieurs des appareils qu'il décrit paraîtront beaucoup trop compliqués aux chirurgiens français; mais en revanche il a exposé non-seulement les méthodes de traitement usitées en Allemagne, mais encore celles qui ont faveur dans plusieurs autres pays. Sous ce rapport, son livre est extrêmement instructif.

La seconde partie de cet ouvrage, qui est consacrée aux luxations, est une compilation également bien faite. Ce qui précède suffit pour permettre à nos lecteurs de former un jugement sur le mérite et l'utilité du livre que nous analysons. Pour les chirurgiens français, il doit être considéré sous un double point de vue: premièrement, il offre une source d'érudition qui n'est point à dédaigner; secondement, comme il est présenté sous une forme élémentaire, et que tout ce qui a rapport au traitement y est exposé avec des détails minutieux, il doit être recherché par les étudians et par les jeunes praticiens.

R.

DE L'ASPHYXIE LENTE CHEZ LES ENFANS NOUVEAU-NÉS, et principalement de celle qui produit la maladie connue sous les noms d'encurdissement, induration, œdème du tissu cellulaire, sclérémie, etc., par Isidore VALLEIX, de Toulouse, interne des hôpitaux de Paris. — Thèse inaugurale.

Dans un avant-propos, l'auteur de cette thèse reconnaît qu'on ne doit donner un nouveau nom à une maladie que dans le cas de nécessité absolue. Mais il se croit fondé à négliger ce précepte pour accroître la synonymie de la maladie dont il s'occupe. Il voudrait lui imposer le nom *d'asphyxie lente* chez les enfans nouveau-nés, parce que cette dénomination exprime la nature de cette affection, et que les noms usités jusqu'à ce jour pour la désigner donnent à l'esprit une fausse idée de ses principaux caractères. Nous ne pensons pas avec M. Valleix, que cette nouvelle dénomination soit exacte, par la raison que l'œdème du tissu cellulaire ou la sclérémie n'est pas toujours sous la dépendance des troubles de la respiration. Cette maladie, selon nous, peut se rattacher à une foule de lésions dont elle n'est que le symptôme; et vouloir la subordonner constamment à des troubles respiratoires, c'est marcher contre les faits, et par conséquent s'écarter de la vérité.

Toutefois l'auteur a décrit les caractères de l'œdème du tissu cellulaire des nouveau-nés avec une précision digne d'éloges. Mieux que ses devanciers, il a apprécié les lésions anatomiques, les complications et la marche de cette affection. Le point le plus intéressant de la thèse est sans contredit celui où il établit les différences qui existent entre l'endurcissement adipeux et l'asphyxie avec œdème; M. Valleix puise dans des considérations anatomiques et dans le mode de développement de ces deux maladies, des caractères différentiels si tranchés, qu'il ne sera plus permis de les confondre. L'œdème des nouveaux-nés se développe sans prodrômes presqu'au moment de la naissance; il offre pour caractère une gêne de la respiration notable; la poitrine se dilate mal; la circulation est ralentie; le petit malade plongé dans un assoupissement profond, exprime sa douleur en gémissemens, si on le fatigue par des attouchemens répétés; quelquefois les membres sont agités par des mouvemens convulsifs; les extrémités inférieures les premières deviennent œdémateuses et violettes. Bientôt les jambes, les mains et les avant-bras présentent une dureté légèrement pâteuse; enfin toutes la surface du corps de l'enfant est bouffie; une teinte ictérique plus ou moins prononcée se montre à la face et aux sclérotiques; toutes les parties sont froides au toucher; l'anasarque fait de nouveaux progrès, et si l'on ne porte de prompts secours la mort ne tarde pas à arriver. Ajoutons que des complications se surajoutent le plus souvent à cet état, et en augmentent la gravité: les inflammations intestinales et l'érysipèle œdémateux sont les plus fréquentes; viennent ensuite les convulsions et l'engouement des poumons.

Ainsi l'on voit, comme le remarque M. Valleix, qu'il existe une grande différence entre l'affection dont nous venons d'esquisser à grands traits le tableau, et l'endurcissement adipeux, accident pathologique qui se montre au déclin d'une maladie plus ou moins longue. En effet, cette induration n'arrive ordinairement que dans l'agonie des affections graves; et quelquefois même elle n'est que le résultat d'un effet cadavérique. Billard et l'auteur de cette thèse ont vu des enfans dans leur berceau, plusieurs heures après leur mort, avec des membres souples et mous, et les ont retrouvés durs à l'amphithéâtre. Ce sont, comme le fait judicieusement observer M. Valleix, les inflammations intestinales qui amènent le plus fréquemment cet état, tandis qu'elles font disparaître l'œdème. D'ailleurs la coloration des tégumens dans l'endurcissement adipeux, loin d'être violette, est blanche ou jaunâtre; la peau n'est pas mobile sur la couche sous-jacente, et ce caractère que l'auteur retrouve toujours dans l'œdème, suffirait pour établir, selon lui, une distinction entre ces deux affections. A ces preuves il ajoute encore de nouvelles raisons tirées de l'examen anatomique des parties.

« Dans le premier cas, dit-il, le pannicule graisseux paraît aminci, » quoiqu'il ne le soit pas réellement; ses masses adipeuses sont divi» sées par des interstices œdémateux; il a un aspect jaune et quelque» fois légèrement rougeâtre. Dans l'endurcissement adipeux cette cou» che ne paraît pas amincie, elle est très-dense; les interstices ne se » voient qu'à la partie inférieure, encore ne paraissent-ils que comme » des lignes très-déliées; sa couleur est ordinairement d'un blanc mat; » il n'en sort aucun suc.

» Le derme, dans l'œdème, est mou, et contient une très-grande » quantité de sang, qui sort des vaisseaux en grosses gouttes noires. » Dans l'endurcissement adipeux, le derme est consistant et ne laisse » paraître, à des distances assez grandes, que de petites gouttelettes » de sang. Ainsi, différence entière dans l'état des parties. »

Le résultat des autopsies des enfans qui ont succombé à *l'asphyxie lente* occupe une place importante dans le travail de M. Valleix. Des auteurs ont rencontré fréquemment les poumons gorgés de sang et remplis d'air; quelquefois, au contraire, flétris, noirs et gangréneux. M. Valleix n'a jamais trouvé ce second état, tandis qu'il a vu trois fois l'engouement et deux fois une véritable induration pulmonaire. Ici l'auteur examine l'opinion de M. Troccon, adoptée par M. Dugès, qui attribue la maladie à une péripneumonie. Il se croit autorisé à rejeter cette assertion d'après les faits qu'il a lui-même observés et d'après ceux rappelés par différens auteurs. Il est incontestable pourtant que l'hépatisation du parenchyme du poumon coïncide quelquefois avec la sclérémie. Les observations de M. Dugès ne laissent aucun doute à ce sujet.

Nous devons avouer cependant qu'Auvity, Billard, MM. Léger et Blanche ont montré à l'ouverture du corps des enfans affectés de sclérémie les poumons à l'état naturel ou à peine congestionnés, et ces résultats nécroscopiques si variés viennent corroborer l'assertion que nous avons émise en commençant cette analyse, savoir, que l'endurcissement, l'induration, l'œdème du tissu cellulaire, etc., reconnaissent différentes causes qu'il n'est pas toujours en notre pouvoir de bien apprécier. Ce n'est pas que nous adoptions les hypothèses sans nombre et purement gratuites qui ont été émises sur la nature de cette affection; dénuées pour la plupart de tout fondement, elles ne peuvent soutenir un long examen. D'ailleurs l'auteur a pris soin de les réfuter dans sa thèse, et les argumens qu'il produit contre elles les renversent complètement.

Passons donc à l'exposition des idées qui ont été fournies à M. Valleix par l'observation des faits.

« L'enfant, dit-il, en naissant est dans un état de congestion sanguine » générale plus ou moins prononcé; l'extérieur est surtout gorgé de » sang, et de là cette coloration rouge foncée des nouveau-nés. Dans » les premiers jours, lorsque la vie est bien établie, cette turgescence » diminue peu à peu, la circulation est active, les pertes abondantes » et la réparation faible, quoique l'enfant avale avec avidité les bois» sons qu'on lui présente. Mais je suppose qu'on suit les lois de la na» ture, et qu'on lui donne des liquides destinés à le désaltérer plutôt » qu'à le nourrir. Si les principales fonctions, et surtout la respira» tion et la circulation, sont entravées, cet état de turgescence per» sistera, il y aura une stase de sang veineux partout, et il s'ensuivra » un œdème du tissu cellulaire et des épanchemens de sérosité dans » les cavités. »

Cette théorie, comme on le voit, peut être vraie dans quelques circonstances; mais aussi une foule de faits restent en dehors de son domaine. Nul doute que les troubles respiratoires et circulatoires entraînent le plus souvent l'œdème chez les enfans nouveau-nés; mais cette maladie se développe aussi sans qu'on puisse en accuser les désordres de la respiration. Quelquefois elle a commencé dans le sein même de

a mère, et ce n'est qu'après la naissance qu'elle a fait de rapides progrès.

Presque tous les auteurs qui ont étudié cette maladie considèrent le froid comme une de ses plus puissantes causes. On a observé, en effet, qu'elle se développait plus souvent dans les saisons froides que pendant l'été. M. Valleix ne met pas en doute l'influence de la saison rigoureuse sur sa production. Cependant, comme l'a déjà fait remarquer un auteur, il est des peuples qui ont l'habitude de plonger leurs enfans dans l'eau froide immédiatement après leur naissance, et l'on n'a point observé que cette affection fût plus fréquente chez eux, ce qui aurait dû nécessairement avoir lieu si l'impression du froid en était la cause. Il serait peut-être plus rationnel de négliger les influences extérieures dans l'explication des phénomènes de cette maladie, pour accuser un vice particulier d'exhalation ou d'absorption. Toujours est-il que, malgré les nombreux travaux publiés sur cette matière, les causes de l'œdeme chez les enfans nouveau-nés sont encore des plus obscures.

Quant au traitement de cette affection, il a varié suivant les idées systématiques que les médecins ont tour à tour adoptées sur ses causes et sa nature.

Avant les recherches d'Andry, la plupart des enfans frappés de cette maladie étaient voués à une mort certaine. Il préconisa les bains chauds avec la décoction de feuilles de sauge, et cette simple médication fut souvent couronnée des plus heureux succès. Hulme, au contraire, cherchait à provoquer le vomissement chez ses malades, et prescrivait l'application des émolliens sur les parties œdématiées. Enfin le docteur Chamhon insiste sur les heureux effets des évacuations sanguines; par l'application des sangsues derrière les oreilles, il a souvent rendu à la vie des enfans réduits à la dernière extrémité. L'auteur de cette thèse se prononce en faveur de ce moyen. Toutes les fois qu'il l'a mis en usage, les résultats qu'il a obtenus ont été des plus satisfaisans. Les frictions irritantes, selon M. Valleix, n'ont jamais produit de bons effets; elles peuvent déterminer un érysipèle souvent suivi d'une réaction violente, quelquefois même de la mort. Les vésicatoires aux jambes ont compté quelques partisans. Andry et Auvity les ont conseillés, et nous pensons que dans les cas désespérés, surtout lorsque les autres moyens sont restés infidèles, il serait utile de les employer.

Les conclusions de la thèse de M. Valleix sont les suivantes :

1° La maladie connue sous le nom d'*induration*, *endurcissement*, *œdème du tissu cellulaire*, *sclérème*, *scléremie*, etc., est une véritable asphyxie lente, semblable, par ses causes et ses symptômes, à l'asphyxie des nouveau-nés, connue par les accoucheurs sous le nom d'état apoplectique.

2° Loin de différer complétement de toutes les autres maladies, elle a les plus grands rapports avec l'anasarque passive des adultes.

3° Il faut la distinguer soigneusement de l'état morbide appelé *endurcissement adipeux*, dont elle diffère par ses causes, sa nature, son siége et ses lésions.

4° Le traitement doit consister principalement en évacuations sanguines abondantes et continuées avec persévérance.

Malgré quelques légères imperfections, la thèse de M. Valleix est une des meilleures qui aient été publiées sur ce sujet important; elle est riche de faits écrits avec précision et méthode. Cette dissertation inaugurale est donc du petit nombre de celles qui sont destinées à rester dans la science.

DE LA STUPIDITÉ CONSIDÉRÉE CHEZ LES ALIÉNÉS, par G.-F. ETOC-DEMAZY. Paris, 1833. 62 p. in-4°.

Attaché pendant quatre années aux hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, M. Etoc Demazy a profité des avantages de cette position pour se livrer à l'étude de la stupidité considérée chez les aliénés. C'est le fruit de ses recherches sur les symptômes, la marche et les lésions anatomiques de cette affection, qu'il soumet à la publicité. Des considérations trop importantes se rattachent à la nature de ce sujet, pour que cet opuscule ne fixe pas un instant notre attention. Examinons donc si les opinions qu'il renferme sont exactes, et si nous sommes en droit d'admettre avec l'auteur que la stupidité, comparée chez les aliénés, reconnaît pour lésion anatomique constante l'œdème des hémisphères cérébraux. C'est là sans contredit le point litigieux de ce travail, bien digne d'un examen sérieux.

D'après le relevé de dix observations recueillies par lui-même ou prises dans les auteurs, M. Etoc-Demazy se croit fondé à conclure que les symptômes de la stupidité reconnaissent pour cause la compression des hémisphères cérébraux par un liquide infiltré dans la pulpe encéphalique. Cette assertion se trouve motivée par quatre observations de stupidité chez des individus aliénés chez qui l'autopsie a démontré l'existence d'un œdème cérébral. S'étayant d'ailleurs de l'analogie, l'auteur cherche, par un tableau comparatif des symptômes de l'hydrocéphale et de ceux de la stupidité, à donner plus de poids à son opinion. Dans ces deux affections, il est vrai, il existe un caractère commun, la compression du cerveau. Dans l'un et l'autre les facultés intellectuelles sont profondément altérées, et cependant la sérosité intermoléculaire, comme le remarque l'auteur, est en quantité absolue bien inférieure à la sérosité ventriculaire. De plus, le tableau symptomatique de ces deux maladies ne présente pas les mêmes caractères; aussi les altérations cérébrales avec lesquelles l'une et l'autre coïncident, ne sont pas identiques. Dans l'hydrocéphale, le liquide est épanché dans les ventricules; dans la stupidité, il infiltre les hémisphères. De là une différence d'action sur les fonctions de l'organe, et par conséquent une différence dans les symptômes. Si nous saisissons bien l'influence causative de la lésion de l'organe sur le désordre de la fonction, nous arrivons à cette conclusion: que, s'il est vrai que dans l'hydrocéphale les symptômes soient produits par l'épanchement ventriculaire, il est vrai que ces mêmes symptômes, modifiés légèrement dans la stupidité, sont produits par l'infiltration séreuse des hémisphères.

Nous venons de raisonner dans le sens de la théorie de l'auteur, afin qu'on pût mieux apprécier les preuves qu'il invoque en faveur de son opinion: elles nous paraîtraient tout-à-fait concluantes, si, dans un plus grand nombre de cas de stupidité bien confirmée, on était arrivé au même résultat anatomique. Mais les faits que M. Etoc-Demazy a par devers lui, nous paraissent encore trop isolés pour autoriser une telle généralisation.

Il rapporte, il est vrai, dix cas de stupidité; mais le plus grand nombre des malades atteints de cette affection a été guéri. Or, nous le demandons à M. Etoc-Demazy, oserait-il affirmer que l'œdème cérébral existait chez ceux dont l'intelligence s'est rétablie? certes non. Comme il en convient lui-même, la preuve anatomique, la plus essentielle de toutes, manque; et si la similitude des symptômes rend très-probable la similitude des lésions, nous ne pouvons cependant pas affirmer leur existence. Lorsqu'il s'agit d'imposer une opinion à la science, il faut invoquer des preuves irrécusables et non des probabilités.

Il faut donc attendre, avant de se prononcer, que de nouvelles recherches soient venues confirmer ce point d'anatomie pathologique; et sous ce rapport nous ne saurions trop engager l'auteur à multiplier ses observations.

VARIÉTÉS.

— Nous apprenons avec douleur que l'état de M. Dupuytren ne laisse plus aucun espoir; à peine lui accorde-t-on encore quelques jours d'agonie; et tandis que notre grand chirurgien lutte ainsi contre la mort, M. Gentil écrit aux journaux politiques qu'un régent de la banque de France a eu le courage de donner un bal au-dessus des appartemens du malade. Nous désirerions vraiment pouvoir douter de la réalité de ce fait.

— Nous croyons devoir ajouter à ce que nous avons extrait du rapport de MM. Dumas et Turpin, sur le mémoire de M. Payen, les faits suivans.

La substance azotée, si abondante dans toutes les spongioles des plantes, se prolonge sur les parois du tissu vasculaire, sans aucune solution de continuité, dans les racines, les tiges et les feuilles, quoique la proportion soit bien moindre relativement à la masse dans ces parties.

La commission a signalé les données nouvelles comme utiles aux physiologistes et aux agriculteurs; enfin, l'Académie a voté l'insertion du mémoire de M. Payen dans le *Recueil des savans étrangers*.

— DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, ou Précis de l'histoire générale, technologique et littéraire de la médecine, suivi de la bibliographie médicale du dix-neuvième siècle, et d'un répertoire bibliographique par ordre de matières; par M. DEZEIMERIS.

Cet ouvrage se composera de six parties qui formeront 3 forts vol. in-8°. Le prix de chaque partie est de 5 fr. pour les souscripteurs, et 6 fr. pour ceux qui n'auront pas souscrit avant la mise en vente de la quatrième partie. Les première, deuxième et troisième sont en vente; la quatrième est sous presse et paraîtra le 25 février prochain.

On souscrit à Paris chez Béchet jeune, libraire, place de l'École-de-Médecine, n° 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

N° 7. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 13 FÉVRIER 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, *n°* 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA NATURE ET LES VARIÉTÉS DES OSSIFICATIONS ACCIDENTELLES; par M. ROGNETTA.

La persuasion où l'on était autrefois que toute espèce de substance osseuse avait dû d'abord passer par l'état cartilagineux avant d'arriver l'ossification complète, avait fait ériger en axiome la proposition que voici : *Omne os a cartilagine, sicut omne animal ab ovo!* Cette sentence erronée a pourtant eu pour partisans les deux physiologistes les plus illustres de leur époque, Haller et Scarpa. J'ose dire *erronée*, prise d'une manière générale; car il est prouvé aujourd'hui que toute substance osseuse ne suppose pas toujours inévitablement la préexistence d'un lit cartilagineux. Sans compter pour le moment les trois quarts des ossifications accidentelles dont je vais parler, qui d'après l'analyse chimique, ne sont que de simples pétrifications, ou plutôt des concrétions purement calcaires, ostéiformes, et manquant absolument d'un fond cartilagineux, je dirai que l'ostéogénie normale a prouvé aujourd'hui que la partie moyenne de tous les os cylindriques, aussi bien que plusieurs os du crâne du fœtus, passent *ex abrupto* de l'état membraneux à l'état calcaire osseux, sans subir aucunement la métamorphose de cartilaginification généralement admise. Cela n'empêche pas cependant que, plus tard, cette partie du système osseux ne présente les mêmes élémens que le reste des os. Cette découverte est attribuée, de nos jours, à un physiologiste anglais Howship; elle a été confirmée par Béclard. Je la trouve pourtant nettement exposée dans Reichel. Il paraîtrait même, d'après cet auteur, que ce sujet avait occasioné une polémique assez acharnée entre Kerkringius et Nesbit. Mais laissons là les questions de pure érudition; revenons à notre sujet.

Je dis donc que toute substance osseuse n'est pas toujours l'effet d'une métamorphose d'un état cartilagineux préalable. Ceci se vérifie surtout dans la plupart des ossifications accidentelles des organes indépendans du périoste. C'est déjà faire pressentir qu'il n'y a pas d'analogie rigoureuse à établir entre la pathogénésie et la structure des exostoses proprement dites, et celles des productions ostéiformes accidentelles qui ont lieu dans des parties indépendantes de la membrane périostale. Prouvons d'abord par des faits incontestables cette proposition fondamentale.

Pour procéder avec ordre dans l'examen de ce sujet intéressant, il faut considérer toutes les ossifications accidentelles sous le double rapport des tissus qu'elles envahissent et des élémens matériels qui les forment.

Feuilleton.

DUPUYTREN.

Maintenant que la tombe de Dupuytren est fermée et que la postérité commence pour lui, nous ne saurions nous dispenser de jeter un dernier regard sur cet homme illustre. Ce triste devoir nous a été imposé bien souvent dans ces derniers temps. En moins de quatre années la France a perdu ses plus beaux génies et ses plus grands citoyens : Champollion, Rémusat, Benjamin Constant, Lafayette, Cuvier, et enfin Dupuytren.

Nous ne ferons point de panégyrique : les oraisons funèbres ne conviennent qu'aux gloires douteuses. Celle de Dupuytren n'en a pas besoin : la sienne n'était pas de celles que la main des partis et le vent des opinions bâtissent et renversent en une heure. Elle avait la consécration du temps, qui égalise tout et met chaque chose à sa place. On n'en sait pas plus aujourd'hui qu'on n'en savait hier : la mort n'y a rien changé; elle n'a fourni qu'une nouvelle occasion d'en parler.

Nous ne donnerons pas non plus des détails biographiques, qui sont partout et qui ont été reproduits dans les discours prononcés sur sa tombe.

Nous voudrions plutôt nous livrer à une appréciation raisonnée des travaux de ce grand maître, compter et peser en même temps les services qu'il a rendus à son art; mais ce serait entreprendre un chapitre de l'histoire de la chirurgie française pendant le 19e siècle, et un pareil chapitre, nous ne nous chargeons pas de l'improviser.

L'histoire privée de ce personnage extraordinaire offrirait sans doute aussi un chapitre de mœurs non moins intéressant qu'instructif. La jeune génération qui se presse aux avenues de la carrière, pourrait y apprendre à quel prix et par quels moyens se fondent les grandes renommées, et s'établissent les grandes existences. Elle se convaincrait que les plus heureux dons du génie, les plus riches acquisitions de la science, ne sont que des instrumens accessoires pour celui qui veut dominer la foule, rester sans égaux et mettre le monde à ses pieds, et qu'il faut à une telle entreprise le terrible mobile de la passion et d'une inflexible volonté. La valeur des sacrifices à faire, comparée à celle du résultat, remplirait peut-être d'une salutaire terreur quelqu'une de ces ambitions fougueuses. Cette biographie aurait donc aussi sa moralité.

Mais ce chapitre de mœurs, nous n'aurons pas non plus la témérité de l'écrire. La terre est trop fraîche encore. La mort d'ailleurs a fait disparaître l'homme et

Tous les tissus de nos organes indistinctement ont offert en différentes occasions des exemples de transformations osseuses. Quelques-uns d'entre eux cependant y paraissent plus prédisposés que les autres. En général, toute trame organique dont les élémens matériels se rapprochent le plus des principes parenchymateux des os occupe le premier rang dans l'ordre de fréquence de productions osseuses accidentelles. Ainsi les systèmes cartilagineux, fibro-cartilagineux, fibreux (ligamens, tendons, périoste, dure-mère, centre tendineux du diaphragme), artériel, etc., sont de nos parties celles qui nous offrent dans les dissections de plus fréquens exemples de ces transformations. Les organes parenchymateux, tels que le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, la rate, les testicules, toutes les glandes en général, la matrice, les muscles, etc., occupent la seconde place dans la catégorie de la susceptibilité à ces altérations. Viennent ensuite les membranes séreuses, les muqueuses, les veines, etc. Il est plus rare de trouver un organe creux tout ossifié, tel que la vésicule biliaire, etc. On n'en manque pas d'exemples cependant. On voit aussi cette dégénérescence envahir quelquefois certaines productions morbides, comme des kystes, des tumeurs fibreuses ou polypeuses, etc. Il y a un point de contact important à saisir et à méditer entre toutes ces ostéocèles extra-périostales et les exostoses proprement dites; c'est celui de leur forme, de leur consistance et de leur composition chimique.

La forme qu'affectent les ossifications accidentelles non dépendantes du périoste est variée suivant les organes qu'elles attaquent. En général, on peut réduire à quatre espèces ces altérations, savoir : 1° ossifications *granulées* ou *terriformes*; 2° *ensiformes* ou *en figure d'espadons*; 3° *laminiformes* ou *lamellaires*; 4° *nucléiformes* ou *en figure de tubérosités plus ou moins volumineuses*.

I. *Ossifications granulées ou terriformes.*

Ce sont des substances crétacées plus ou moins consistantes, quelquefois mollasses, d'autres fois dures et friables, qui s'infiltrent dans les ligamens des goutteux, dans les parois et dans l'intérieur de certains kystes et de certaines tumeurs; dans les glandes bronchiques, méséntériques; dans les poumons, le foie, les reins, le cœur; sur la face utérine du placenta, etc. On a souvent confondu ces dépôts crétacés avec les véritables tubercules. Je vais donner un exemple de ce dernier cas. M. Carus, d'Allemagne, ayant eu plusieurs fois l'occasion d'observer des concrétions calcaires de forme tuberculeuse et lamellaire sur la face utérine du placenta, eut le soin de faire analyser chimiquement ces concrétions, et l'on s'assura qu'elles étaient composées de phosphate de chaux, de phosphate magnésique et d'une très-petite quantité d'acide sulfurique. Ces concrétions extra-placentaires se rencontrent, d'après M. Carus, deux, trois, cinq, huit fois sur cent femmes scrophuleuses enceintes. Cet accoucheur les considère comme l'analogue de la matière qui forme la coquille de l'œuf chez les oiseaux et chez plusieurs reptiles; et je m'étonne qu'un cas de ce genre, présenté dernièrement à la société anatomique de Paris, ait été jugé par cette assemblée comme une production tuberculeuse ordinaire. La plupart des autres ossifications crétacées que je viens de nommer ont été analysées par Duncan; aucune d'entre elles ne contenait les élémens propres à la faire comparer aux os véritables; aucune d'entre elles surtout ne présentait ce fond cartilagineux qui forme l'essence des os à l'état parfait. Ce dernier médecin-chimiste a trouvé que les concrétions tophacées des goutteux ne sont composées que d'urate de soude en place de carbonate et de phosphate de chaux, ainsi qu'on le croyait autrefois.

II. *Ossifications ensiformes ou en figures d'espadons.*

Il ne faut pas confondre ces ossifications avec celles qu'on rencontre dans certaines gourmes et dans d'autres espèces de tumeurs formées entre le périoste et l'os, ou dans les mailles mêmes de cette membrane, ou bien enfin dans quelques points du système médullaire des os. Ces dernières ossifications ne diffèrent en rien, dans leur structure, des os véritables, tandis que celles dont il est ici question, n'ont de semblable avec eux que les seules apparences.

Ces concrétions ne se rencontrent ordinairement que dans l'intérieur de certaines tumeurs enkystées, telles que les athérômes, etc. On les a vues quelquefois dans le parenchyme de certains muscles. Tel était le cas d'ossification accidentelle rencontré en 1808 par M. Colombat, dans la base de la langue d'un homme, dont il présenta la pièce à la Faculté de médecine de Paris. Le plus souvent cependant, l'ossification ensiforme dont nous parlons est accompagnée aussi de l'ossification granulée; il y a quelquefois même une sorte de diathèse terreuse dans la constitution; de là des dépôts multipliés dans le parenchyme des muscles et dans différentes autres parties du corps. Un cas de ce genre, rapporté dernièrement par la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (1834, n° 16), justifie assez ces dernières propositions. Je ferai remarquer, d'après mes propres recherches à ce sujet, que les ossifications en question ne se rencontrent ordinairement que chez des jeunes gens scrophuleux. Je vais en attendant citer un exemple remarquable d'ossification ensiforme. Un jeune homme âgé de 15 ans portait une tumeur anévrismale de l'artère sous-clavière; on l'ouvrit, croyant à une tumeur d'autre nature : jet de sang, etc., etc. Avec le temps, toute la masse de la tumeur sanguine s'ossifia, ou plutôt se pétrifia, en présentant dans son intérieur des espèces d'espadons et de lames ostéiformes très-solides, avec une quantité de terre calcaire. Ces espèces de cristallisations en forme d'aiguilles spathiques et de lames osseuses présentaient un arrangement régulier entre elles, étant les unes concentriques, les autres excentriques dans toute la masse de la tumeur. Un cas absolument pareil se trouve déposé dans le cabinet anatomique de Glascow. D'après l'observation de Béclard, ces cristallisations n'ont rien de semblable aux os parfaits, si ce n'est quelques principes terreux; elles manquent en effet d'un parenchyme cartilagineux; aussi cet anatomiste les considère-t-il comme de véritables productions pétrées. On doit en dire autant de certains corps fibreux de la matrice, de quelques polypes du nez, de tous ces organes parenchymateux ou autres, tels que le foie, la rate, des fœtus entiers, etc., qu'on a trouvés pétrifiés dans les corps vivans. « Ce que l'un a décrit, dit » Béclard, sous le nom de pétrification de certains organes ou de fœ» tus, n'est autre chose qu'une infiltration d'os pierreux très-serrée, de » manière à faire disparaître presque tout-à-fait la matière animale de » l'organe. »

Il y a quelques cas cependant où une tumeur de nature celluloso-vasculaire se dessèche et devient une véritable substance osseuse, si sa base communique avec les vaisseaux du périoste. Tel a été le cas d'une épulis du volume d'un œuf, qui se transforma plus tard en véritable exostose, observée par Cullerier. (*Dict. des sc. méd.*)

---

n'a laissé que le savant. C'est de ce dernier seulement que nous devons nous occuper.

Nous bornons donc volontairement notre tâche pour qu'elle ne soit ni trop vaste ni trop périlleuse. Nous croirons l'avoir convenablement remplie en consignant ici l'opinion que nous nous sommes depuis long-temps formée sur le mérite, la portée et l'influence scientifique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Dupuytren n'écrivait pas. On ne connaît de lui que deux ou trois mémoires qui suffiraient à la réputation d'un autre, mais qui ne sauraient tout seuls justifier la sienne. On dit qu'il a laissé des papiers. Nous souhaitons que nos prévisions soient trompées; mais nous ne pensons pas qu'il s'y trouve rien de véritablement important. Dans les sciences, ce sont les écrits qui d'ordinaire marquent les places. Toutes les grandes illustrations médicales et chirurgicales soit antiques, soit modernes, ont été acquises par des livres. En tout temps il a dû y avoir et il y a des praticiens habiles, des professeurs éminens, dont la renommée n'a pas survécu à la génération qui avait pu les voir et les entendre. La génération suivante les a oubliés, et leur nom même n'a pas trouvé une place dans l'histoire de l'art qu'ils honorèrent et qu'ils agrandirent. Sans doute Dupuytren ne sera jamais au rang de ces illustres morts inconnus, et ne périra pas tout entier. Son nom est attaché à trop de découvertes et a retenti trop souvent depuis trente années dans les fastes de la chirurgie; mais on peut prévoir qu'il n'arrivera pas à la postérité tel que nous l'avons connu. Ses principaux titres à la juste admiration de ses contemporains ne sont en effet confiés qu'au vague témoignage des souvenirs, à la voix de la tradition, qui se fatigue et s'affaiblit si vite. C'est là un motif de regret que nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer.

Quant à nous, un livre, quelque beau qu'il fût, ne nous apprendrait rien de plus que ce que nous savons.

C'est surtout comme praticien et comme professeur que Dupuytren a mérité d'être distingué parmi les chirurgiens de notre âge. Nul autre ne l'a égalé dans l'application et dans l'enseignement de l'art. C'est à l'Hôtel-Dieu, dans le premier établissement de France, et l'un des plus considérables d'Europe, qu'il a donné pendant vingt ans des preuves incontestables et publiques de cette supériorité. On peut même ajouter que, sous le rapport des services rendus à la science et à l'humanité, la clinique de l'Hôtel-Dieu a offert un exemple unique dans les institutions médicales; elle a répandu plus d'idées et formé plus de maîtres que les milliers de volumes publiés dans le même intervalle de temps. Jamais les avantages de l'enseignement oral n'avaient été démontrés d'une manière aussi positive.

La chirurgie n'est pour les gens du monde, et même pour quelques chirurgiens, que l'art de faire des opérations. Le génie chirurgical ne git pas au bout des doigts: les médecins l'ont pourtant cru pendant des siècles, alors qu'ils faisaient exécuter les opérations par des barbiers dont ils dirigeaient la main. Ils dédaignaient d'être chirurgiens de peur de n'être plus médecins. Aujourd'hui le chirurgien et le médecin se sont confondus socialement comme la médecine et la chirurgie scientifiquement. On a compris qu'il fallait autant et plus de science pour reconnaître un calcul, pénétrer dans la vessie, extraire le corps étranger, et guérir le malade, que pour reconnaître et guérir une fièvre tierce ou quarte; et que l'une de ces guérisons était tout aussi noble que l'autre. Ceci paraît d'une vérité bien simple et le contraire d'une absurdité bien énorme; mais l'esprit humain est fait de telle sorte, qu'il a fallu quelques siècles pour mettre tout le monde d'accord sur ce point.

III. *Ossifications laminiformes ou lamellaires.*

Celles-ci sont les plus communes. Dans les artères, dans le péricarde, dans les plèvres, dans les membranes du cerveau, dans les enveloppes du testicule, etc., on ne rencontre ordinairement que l'ossification laminiforme; quelquefois on y trouve aussi la granuleuse. L'analyse chimique de ces lames cassantes a été faite plusieurs fois : ce sont de simples concrétions terreuses manquant entièrement de ce parenchyme cartilagineux qui forme l'essence des os. « Quant aux artères, ajoute » Béclard, c'est dans beaucoup de cas une sorte d'incrustation, plutôt » qu'une véritable transformation osseuse.» On trouve, dans les ouvrages de Scarpa et de Hogdson sur les maladies des artères, et dans d'autres ouvrages que j'ai déjà cités, un très-grand nombre d'exemples de ces productions. Je me bornerai au suivant. Un homme, âgé de 47 ans, mourut de pulmonie tuberculeuse. A l'autopsie l'on trouva dans la poitrine une sorte de plastron ostéiforme qui s'étendait de la sixième à la neuvième côte, depuis le corps des vertèbres jusqu'à la portion cartilagineuse des mêmes côtes. Cette espèce de plaque, qu'on pourrait comparer pour la solidité et la forme à celle dont on garnit les corsets des femmes de nos contrées, présentait à l'œil nu ici des lames osseuses, là des granulations de même nature. L'auteur de cette observation ajoute que « le sel terreux paraît être disposé en masses granulées et friables » dans les mailles du tissu cellulaire extra-pleural. *La trame cartilagineuse qui régularise en général le procédé d'ossification naturelle*, paraît avoir manqué dans le cas présent (1). » Les ossifications laminées du périoste et des cartilages différant de celles-ci par leur nature, seront examinées plus loin.

IV. *Ossifications nucléiformes.*

Celles-ci se rencontrent ordinairement dans le centre des organes parenchymateux, tels que le foie, la rate, le cerveau. On les voit assez souvent dans les cartilages des côtes. Il ne sera ici question que de celles de la première espèce. Ce sont tantôt des hydatides ou des tumeurs enkystées dans le centre des organes, qui se pétrifient en conservant leur forme primitive; tantôt au contraire c'est une partie du parenchyme de l'organe lui-même qui se laisse sursaturer de terres calcaires, de la même manière qu'une éponge se laisse pénétrer d'eau : c'est ce qui arrive assez souvent à la glande pinéale : la matière animale disparaît en grande partie et la concrétion prend une apparence d'ostéocèle. M. Berzélius, qui donne l'analyse des concrétions osseuses de la glande pinéale, s'exprime de la manière suivante à ce sujet : « Ces concrétions » sont composées, d'après l'analyse qu'en a faite John, de trois quarts » de phosphate calcique, avec un peu de phosphate magnésique, et » d'un quart d'une substance animale dont la nature n'a point été déterminée. » Il arrive cependant quelquefois que les ossifications nucléiformes extra-périostales présentent un fond cartilagineux et les mêmes élémens que les os véritables; tel était le cas d'une tumeur ostéiforme, du volume d'une grosse noix, que Mascagni rencontra dans le centre de la substance du foie : cet anatomiste fit sécher la tumeur, la plongea pendant quarante-huit heures dans une solution d'acide nitrique très-allongée, et il obtint une masse de cartilage ou de fibro-cartilage dépouillé des sels calcaires, comme si c'eût été un morceau d'os véritable. Mais ces cas sont excessivement rares, et ne doivent être considérés que comme des exceptions extraordinaires.

On peut donc dire, sans crainte d'être démenti, que les concrétions ostéiformes, non dépendantes du périoste, sont plutôt des pétrifications que de véritables substances osseuses; car elles manquent non-seulement d'un canevas cartilagineux, mais aussi de la gélatine qui forme l'un des élémens essentiels des os.

Ceci répond à peu près à cette proposition, dit M. Lobstein, savoir que « toute partie dure qui n'a pas été d'abord cartilagineuse doit » être regardée comme une sorte de pétrification. »

Il reste maintenant à parler des ossifications accidentelles qui dépendent immédiatement de l'action des vaisseaux périostaux, je veux dire, qui naissent entre le périoste et la face externe de l'os; ou bien, entre les lames mêmes de la membrane périostale. Ces productions sont de véritables substances osseuses; et lorsqu'elles forment des tumeurs circonscrites, elles constituent les exostoses que nous appelons épiphysaires.

Obs. — Une demoiselle de la campagne, âgée de 28 ans, de bonne constitution, habituellement bien portante avait reçu depuis huit mois, une légère contusion par la corne d'une vache, à la partie supérieure et interne du bord orbitaire du côté gauche. Pas de plaie ni de perte de connaissance; douleur passagère. Un mois après, apparition d'une petite tumeur dure et indolente vers le grand angle de l'œil, endroit de la contusion. Augmentation graduelle de cette tumeur jusqu'au volume d'une amande. Consultation de quelques professeurs de la faculté de Glascow : le mal paraît de nature douteuse, on n'ose pas l'attaquer, d'autant mieux que la malade n'en souffre pas. Vers le huitième mois de l'accident, le docteur Lucas est consulté; voici l'état des choses à cette époque.

Tumeur très-dure et indolente au-dessous de la paupière supérieure; forme plate et ovale de la grosseur; elle est large d'un pouce et demi suivant le bord interne et supérieur de l'orbite; sa profondeur est inappréciable. Exophthalmie très-considérable, ou plutôt chute de l'œil sur la joue; faculté visuelle entièrement éteinte. Mobilité apparente et non-réelle de la tumeur sous l'impulsion des doigts; absence complète de tout symptôme cérébral et de toute maladie constitutionelle. La malade réclame avec instance l'enlèvement de sa tumeur.

Le docteur Lucas, pour s'assurer de la nature du mal, pratiqua une incision transversale d'un pouce sur le bord orbitaire en coupant la paupière supérieure, et mit la tumeur à découvert. On y découvre un corps osseux, dur, couvert seulement par la paupière et par le périoste orbitaire, adhérant à cette membrane. On fait des efforts pour l'en détacher, elle paraît inébranlable. On entretient la plaie ouverte pendant long-temps. La tumeur continue à augmenter de volume et l'œil à prolapser davantage. La santé de la malade pourtant continue à être bonne. Onze mois après cette incision, la tumeur paraît mobile et très-saillante entre les lèvres de la plaie : *nécrose sur quelques points de la partie découverte de l'ostéocèle*. On élargit l'incision, on ébranle la tumeur avec de fortes pinces, on y revient à la charge quelques jours après, et l'extraction en est faite heureusement. C'était une plaque osseuse, solide, très-dure et très lisse, de la figure d'un morceau de verre de montre, pesant une once et deux drachmes. Elle présentait un pouce et demi de longueur, et deux bons pouces et demi de circonférence. La cavité d'où la tumeur a été extraite ayant été parcourue avec le bout du doigt et de la sonde, est saine et comme tapissée par une membrane très-fine; aucun des os de l'orbite ne paraît dénudé. Pansemens simples; rentrée graduelle de l'œil; retour de la vision. Guérison complète au bout de plusieurs mois de traitement.

L'analyse chimique de la pièce, ayant été faite par M. Duncan, donna les proportions suivantes, mises en regard avec celles d'une portion d'un fémur d'homme adulte, de volume égal à la tumeur, qu'on analysa en même temps.

(1) Fouquier, Bulletin de la Faculté de méd., t. 3, p. 85.

La chirurgie n'est aujourd'hui qu'une branche de l'art de guérir, c'est-à-dire de la médecine. C'est la nature elle-même qui a créé deux spécialités dans l'art médical, en produisant des maladies externes et internes; mais dans la pratique les rôles du chirurgien et du médecin se confondent très-souvent, comme les maladies elles-mêmes dans la nature. Les simples *opérateurs*, dans la rigoureuse acception du mot, sont rares maintenant. On ne peut même guère plus donner ce nom qu'à ceux qui se vouent exclusivement à la pratique d'une seule opération; mais ce ne sont pas là proprement des chirurgiens.

En disant donc que Dupuytren a été le premier chirurgien de notre âge, nous entendons donner à cet éloge toute sa portée. La chirurgie illustrée par tant de grands maîtres, a si fort agrandi son domaine de nos jours, qu'il n'y a pas d'art ni de science qui la surpasse en difficulté. Cette application étant d'ailleurs à plusieurs égards, beaucoup plus certaine et plus positive que celle de la médecine, elle ne laisse pas tant de latitude aux prétentions de l'ignorance et du charlatanisme. L'erreur y est plus palpable, la vérité plus sensible, et les réputations ne peuvent guère s'y établir que sur des preuves pour ainsi dire matérielles.

Dupuytren fut également supérieur dans toutes les parties de cet art difficile. Il avait un coup d'œil d'une précision admirable, une main sûre, un sang-froid à toute épreuve, et ce génie inné qui fait les artistes. On naît un peu médecin et chirurgien, comme on naît peintre et poète. A dix-sept ans, Dupuytren était prosecteur de l'école; son penchant l'entraîna presque en naissant vers cette carrière qu'il a parcourue avec tant de succès.

En médecine, la plus grande difficulté du praticien, c'est le diagnostic. C'est dans le diagnostic que se déploie surtout la force et la rectitude de l'intelligence; en chirurgie, le diagnostic n'est pas plus facile qu'en médecine. Les maladies ne sont et ne sauraient être *externes* dans la rigueur du mot. Il n'y a de vraiment externe dans le corps humain que la surface cutanée. Les affections dites chirurgicales sont le plus souvent cachées dans la profondeur de quelque cavité, comme l'utérus, la vessie, les fosses nasales, le pharynx. Celles mêmes qui sont visibles aux yeux du corps ont besoin d'être interprétées et expliquées par les yeux de l'esprit. Il n'y a pas d'altération si simple qui n'offre des difficultés pour le diagnostic.

Or, c'est surtout dans le diagnostic qu'a excellé Dupuytren. Quiconque a pu le suivre dans sa pratique à l'Hôtel-Dieu, a dû admirer comme nous la sûreté admirable de son coup d'œil. Il observait avec attention, mais vite; la promptitude de ses décisions n'étonnait pas moins que leur solidité. Au lit du malade, ses cinq sens étaient en éveil; son examen, ses questions, ne duraient que quelques minutes. On pouvait se défier raisonnablement de ce regard superficiel, mais il ne tardait pas à prouver combien ce regard avait été profond et complet. Dupuytren n'était pas infaillible, mais il se trompait plus rarement que la plupart des autres. Il tailla, dit-on, un jour un malade qui n'avait pas la pierre. C'est un fait qu'on a cité assez souvent; mais qui ne prouve rien. Pareille chose est arrivée à Cheselden, à Desault, et en particulier à M. Roux, qui l'avoue avec une franchise qui lui fait honneur.

Dans le diagnostic, nous le répétons, Dupuytren n'a pas eu d'égal. Ses décisions claires, précises, circonstanciées et toujours motivées, le livraient sans défense à l'épreuve des faits, et les faits se tournaient rarement contre lui. Dans les cas les plus douteux et les plus obscurs, sa sagacité aiguisée par la difficulté, décou-

	Tumeur.	Fémur.
Cartilage,	7,8	4,6
Phosph. de chaux,	82,4	87,5
Carb de chaux,	9,8	7,9
	100	100

M. Duncan ajoute très-judicieusement après cette analyse comparative la remarque suivante. « Il est évident que la substance de la tumeur » extraite par M. Lucas ne diffère en composition de celle du fémur » que comme un os d'enfant diffère de celui d'un adulte. La tumeur, en » effet, ne datant âgée que de dix-neuf mois, devait présenter une plus » grande proportion de cartilage que l'os adulte (1). » A en juger d'après cette analyse sur le fémur ci-dessus, on serait porté à conclure que chaque partie de nos os renferme près de 95 parties de principe terreux sur 5 parties de cartilage, ce qui me paraît énorme. Ceci est en contradiction avec un passage de Wilson, qui dit qu'un os dépouillé par un acide de ses sels terreux ne perd qu'un tiers de son poids primitif. Du reste, cela nous importe fort peu pour le sujet en question; ce qu'il y a de certain à cet égard, c'est que si l'on dépouille un os sain de toute sa substance animale en le faisant brûler, ce qui reste est un amas considérable de substances calcaires conservant la forme primitive de l'os, et dont il serait très-facile de calculer les proportions en pesant l'os avant et après sa carbonisation ou son incinération.

Quoi qu'il en soit cependant, pour que les réflexions que je viens de faire n'affaiblissent en rien les conclusions que je veux tirer de l'analyse de l'exostose ci-dessus, je vais m'appuyer sur l'autorité d'un des premiers chimistes de l'époque. « Il arrive quelquefois, dit M. Berzélius, » qu'un os se développe sur un point de son étendue en une masse qui » prend continuellement de l'accroissement, mais dont cependant la » composition est presque la même que celle du reste de l'os. Parfois » aussi on voit se former sur les os des tubercules volumineux qui ne » s'accroissent plus. Ces masses appelées exostoses contiennent, d'a» près M. Lassaigne, plus de cartilage et de carbonate calcique que » les os ordinaires. » (Berzélius, *Traité de chimie*, t. VII, p. 481.)

A moins de fermer les yeux à la lumière, on ne peut se refuser de voir dans l'observation qui précède une exostose épiphysaire produite par une épiphlogose périostale orbitaire (inflammation adhésive de Hunter), que la contusion primitive y avait provoquée. Nous développerons dans un autre travail la manière d'agir des causes pathogéniques de ces productions osseuses sous-périostales. Contentons-nous de remarquer pour le moment dans cette observation l'existence de tous les élémens d'une trame véritablement osseuse, pareille à celle des os normaux. Ceci différentie essentiellement cette tumeur de toutes celles qui naissent en dehors et à distance du périoste, et dont nous venons de parler. Indépendamment des vaisseaux ostéifères du périoste, il y a dans la composition moléculaire de cette membrane quelque chose de particulier qui lui donne une faculté étonnante aux productions organiques nouvelles. Par la simple ébullition dans de l'eau pure; en effet, on peut faire fondre complètement le périoste et le résoudre en véritable gelée, circonstance qui ne se rencontre dans aucune autre membrane fibreuse de notre corps. D'autres considérations importantes se rattacheraient à ce sujet; mais elles trouveront mieux leur place ailleurs. Je finirai ce travail par les remarques suivantes.

1° Un grand nombre d'ossifications accidentelles sous-périostales ayant été soumises par Scarpa, Scavini, Mascagni, Naınula, A. Cooper, Howship, Wilson et par plusieurs autres chirurgiens, à l'action d'un acide minéral étendu d'eau, ont constamment été dépouillées des sels calcaires qui les saturaient et donné une masse fibro-cartilagineuse, de figure pareille à celle de la tumeur primitive, comme si c'eût été un véritable os normal. Plusieurs pièces préparées de la sorte et exposées dans les cabinets anatomiques de l'hôpital St-Thomas, à Londres, dans celui de M. Nanula, à Naples, attestent cette vérité. (*The Lancet*, vol. 8, p. 28.)

2° Toutes les ossifications accidentelles sous-périostales ont une base sessile avec laquelle elles se joignent à l'os qui les supporte. Elles s'y joignent d'abord épiphysairement, à l'aide d'un lit cartilagineux; puis, elles se greffent solidement, ou plutôt se cimentent avec l'os lui-même par les progrès de l'ossification; de manière à devenir partie intégrante du parenchyme de l'os primitif. Ces circonstances ne peuvent pas se rencontrer dans les ossifications extra-périostales.

3° D'après l'observation de Mascagni (*Prodromo*, p. 123), toute ossification accidentelle dépendant de l'action des vaisseaux ostéifères du périoste, présente constamment dans sa substance un tissu compacte extérieurement et un tissu alvéolaire dans le centre. Ainsi les fibro-cartilages laryngiens, dit cet observateur, acquièrent l'organisation indiquée lorsqu'ils s'ossifient, bien que rien de pareil ne s'observe dans l'état normal de ces fibro-cartilages. La même remarque a lieu à l'égard des cartilages costaux lorsqu'ils passent à l'état osseux. Voilà encore une différence entre ces ossifications et les pétrifications organiques dont nous avons parlé.

4° L'éburnation (avec ou sans hyperostose), qui est aussi une sorte d'ossification accidentelle, ne s'observe que dans les parties qui vivent sous l'influence du périoste. « Dans l'extrême vieillesse, dit Bi» chat, la substance calcaire domine tellement qu'elle étoufferait la vie, » si la mort générale ne prévenait celle des os. » C'est là, à mon avis, une proposition hasardée, plutôt spirituelle que vraie; car les os éburnés sont saturés au plus haut degré de phosphate calcaire, et cependant leur vie, bien que très-latente et en quelque sorte engourdie, n'est jamais complètement éteinte par cette seule cause; je ne connais pas, en effet, un seul exemple de nécrose survenue par cette seule circonstance. Il y a dans les os éburnés un mode de vitalité que nous ne comprenons pas encore. L'éburnation dépend, comme il est aisé de s'en convaincre, d'une sursaturation de phosphate calcaire libre. Ainsi un morceau de fémur éburné ayant été pesé comparativement à un autre morceau de volume égal d'un fémur sain, le premier marquait dans la balance un poids double du second. Cette substance calcaire s'interpose dans les aréoles du tissu organique des os, comme l'eau se comporte à l'égard d'une éponge qu'on immerge dans ce liquide. (Béclard, Anat. gén., p. 459.) Les acides minéraux, en effet, dépouillent les os éburnés de leurs sels calcaires, comme ils le font à l'égard des os normaux. La masse cartilagineuse restante est égale dans les deux cas. On peut en dire autant de la formation et de l'analyse des émails accidentels qu'on rencontre aux extrémités articulaires de certains os; ce ne sont là que deux espèces de cartilages passés à l'état d'éburnation. Il est probable en outre que les concrétions cartilagineuses, formées spontanément dans

(1) The Edimb. med and surg. journal, 1805, t. 1, p. 405.

vrait des rapports inattendus qui les entouraient de lumière et de certitude. Cet art du diagnostic si brillant, si précieux par les résultats, à quoi tient-il? à la plus importante des facultés de l'esprit humain, au jugement, qui à un certain degré, s'appelle le bon sens, et à un degré supérieur, le génie. Le diagnostic est un résultat de l'induction et de la généralisation; ce n'est pas une affaire de divination, mais de logique; l'instinct médical n'est qu'un calcul rapide.

Dans la pratique de l'art, les bonnes indications dépendent de la sûreté du diagnostic. Dupuytren n'était pas moins habile à traiter les maladies qu'à les reconnaître et caractériser. Sans vouloir juger ici le mérite des procédés qu'il a ou inventés, ou renouvelés, ou perfectionnés, on peut dire qu'il a touché à tous les points de la chirurgie, et que partout où il a mis la main il a laissé des traces de son sens droit et profond et de son esprit éminemment pratique.

Comme opérateur, il réunissait plusieurs qualités précieuses et indispensables: le sang-froid, la présence d'esprit et une adresse naturelle suffisante. Il exécutait les opérations ordinaires de la chirurgie avec habileté; mais c'est là un éloge que méritent aussi bien un grand nombre de chirurgiens opérant dans les grandes villes. Il faut moins d'adresse qu'on ne le pense communément pour amputer un bras ou une jambe suivant les règles. Sous le rapport de la dextérité manuelle, Dupuytren ne manquait pas de rivaux, et quelques praticiens de nos jours le surpassaient à cet égard. M. Roux, par exemple, est bien plus adroit, matériellement parlant; il montre plus de prestesse, de vivacité et d'aisance, ce qui ne veut pas dire qu'il opère mieux. Dupuytren avait un genre d'adresse moins brillant, mais plus difficile à acquérir; il consistait à atteindre le but, non par la voie la plus courte, mais par la plus sûre. Un de ses grands mérites à nos yeux, c'est d'avoir en général subordonné dans sa pratique l'intérêt de sa réputation à celui du malade, et de n'avoir jamais mis l'imprudence de moitié dans ses succès. Le hasard est un des dieux de la médecine; et comme il fait de temps en temps des miracles, il ne manque pas de sectateurs. Dupuytren ne s'est jamais livré à cette aveugle providence. Soit moralité supérieure, comme on aimerait à le croire, soit calcul plus profond et mieux entendu, soit plutôt, à notre avis, par suite de son esprit naturellement positif, rigoureux, pratique, ennemi des illusions et ami de la réalité, la prudence et la circonspection la plus soutenue ne l'abandonnaient jamais. En chirurgie, il y a quelquefois plus de génie à s'abstenir qu'à agir. Dupuytren s'abstenait souvent. Il voulait moins briller que réussir; il n'opérait pas pour opérer, mais pour guérir, et ne prenait pas le moyen pour le but. C'est là un des grands exemples qu'il a laissés à ses élèves; c'est par là surtout qu'il a honoré son art et l'a rendu digne du respect des hommes.

Cette prudence n'excluait pas la hardiesse. La hardiesse, chez les praticiens vulgaires, consiste à risquer beaucoup pour un résultat incertain. C'est une affaire de quitte ou double. Ces déterminations hardies ne sont le plus souvent que des actes d'impuissance et d'ignorance, et quelquefois de mauvaises actions. Un grand chirurgien n'a pas de ces sortes de hardiesses; ses déterminations les plus hasardées en apparence sont fondées sur des motifs raisonnables, et la hardiesse ne consiste dans ces cas très-fréquens qu'à braver les conséquences d'un insuccès et à en prendre la responsabilité en pleine connaissance de cause.

Le *melius anceps quam nullum remedium*, est une maxime dont il est facile d'abuser. Équivoque en théorie et aussi en morale, elle autorise depuis des siècles toutes les fantaisies de l'esprit d'innovation; c'est la devise de tous les

l'intérienr des articulations, dépendent aussi de la même influence des vaisseaux périostaux ou ostéifères qui se propagent par les ligamens articulaires. Comme, d'après la remarque de Bichat, ces vaisseaux des ligamens et des tendons articulaires charient, dans l'état naturel, de la gélatine plutôt que du phosphate calcaire, cette circonstance expliqnerait assez la cause de la différence de structure de ces productions cartilaginiformes, par rapport aux autres ossifications dont nous venons de parler.

5° Enfin, dans l'analyse chimique ou d'anatomie palbologique qu'on fera de toute espèce d'ostéocèle, soit épiphysaire, soit parenchymateuse, il est bon de se rappeler que, dans l'état normal, tous les os du corps humain ne sont pas également pénétrés de la même qnantité de sels calcaires. Ainsi, par exemple, il est prouvé qu'en général les os du crâne contiennent une plus forte proportion de pbospbate calcique que les os des membres, et que le rocher en renferme naturellement toujours une quantité beaucoup plus considérable que tous les autres os du enrps, etc. Cela nous explique jusqu'à un certain point pourquoi les exostoses dites éburnées ont été le plus souvent rencontrées à la tête, et pourquoi les exostoses céphaliques acquièrent plus promptement que les autres le caractère d'éburnation.

Je termine là ce que j'avais à dire des ossifications accidentelles considérées en général; les faits et les déductions que je viens de poser ne sont pas sans importance pour l'histoire des exostoses, et j'aurai occasion de les rappeler dans un travail complet sur ce snjet que je ne tarderai pas à publier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

Nous nous bornerons pour cette fois à analyser les cabiers de novembre et de décembre du *London medical gazette*; les autres journaux seront compris dans la prochaine revue, avec les journaux trimestriels.

Ces deux cahiers contiennent 1° des *leçons de M. Davies*, *sur les maladies de poitrine*, de M. Mayo, *sur les maladies du tissu osseux*, de sir B. Brodie, *sur les affections du sinus maxillaire*, de sir Ch. Bell, *sur le cancer*, *les plaies d'artères et les rétrécissemens de l'urètre*; 2° Une note *sur le traitement du nœvus sous-cutané par le séton*, par Th. Fawdington; 3° un *cas d'empoisonnement par le stramonium*, par E.-W. Duffin; 4° des *expériences sur l'oxide de fer hydraté comme contrepoison de l'acide arsénieux*, par Brett; elles confirment les résultats déjà obtenus en France; 5° *note sur une modification produite sur l'huile de ricin pendant son passage à travers les intestins*, par M. Golding Bird; 6° nn travail fort étendu de M. Francis Kiernan, *sur l'anatomie et la physiologie du foie*; 7° *observations sur la nature et l'origine de la plique polonaise*, par G. William Lefevre; 8° *note sur l'efficacité des bains de vapeur dans le traitement des diabètes*, par Watson; 9° quelques autres observations et des revues eliniques dont nous extrairons les faits les plus importans.

HISTOIRE D'UN EMPOISONNEMENT PAR LES GRAINES DE STRAMONIUM.

L'observation suivante est d'autant plus importante qu'elle a été recueillie par le père de l'enfant qui en fait le sujet, M. Duffin, médecin lui-même.

Obs. — Le 26 novembre, la petite D..., âgée de 2 ans et demi, avala, sans qu'on s'en apperçût, mais sans les mâcher, plus de cent graines de stramonium qui étaient sur nne table, et qui pouvaient peser environ 16 grains.

Pendant près d'nne beure, on n'observa rien de très-remarquable; cependant depnis on s'est rappelé qu'environ nne demi-benre après qn'elle ent avalé les graines vénéneuses, elle était très-irritable, paraissait éprouver une assez vive démangeaison et surtout à la face et semblait dans nn léger degré d'ivresse. La mère qui ignorait la canse de cet état, pensant qu'il dépendait d'un moment d'bumeur, ne s'en inquiéta pas et même la gronda nn pen. Mais bientôt la congestion de la face, le désaccord des mouvemens, l'injection des yenx, l'expression maniaque, les efforts inutiles pour vomir, la parole incobérente et rapide, ses cris, ses efforts pour atteindre det objets imaginaires, frappèrent vivement l'attention; ces objets étaient sans donte très-effrayans, car au moment où elle semblait jeter les yeux du côté où elle croyait les voir, elle poussait un cri de terrenr se jetait en arrière et se cachait la figure. Bientôt elle passa à la furenr, frappant, pinçant et essayant même de mordre tout ce qui se tronvait autour d'elle.

Au bout de deux beures et demie environ, la petite malade avait déjà entièrement perdu la voix et ne faisait entendre qu'un cri sourd qui alternait avec une toux sonore; de violens spasmes des muscles de la déglutition l'empêchaient entièrement d'avaler. Dès lors elle avait cessé d'être en rapport avec les objets qui l'entouraient; les mouvemens volontaires des membres avaient été remplacées par nne agitation spasmodique. Le pouls était imperceptible, et les extrémités inférieures froides; la fontanelle antérieure n'offrant ni tension, ni battemens sensibles, il était évident qu'il n'y avait pas nne forte congestion à la tête.

Cet état dura pendant environ trois beures avec quelques instans d'intermission et fit place au coma. Pendant tout ce temps, malgré les mouvemens rapides des membres, les muscles de la face restèrent toujours immobiles. Pendant la durée du coma le pouls augmenta considérablement de fréquence, 200 pulsations par minute, et la respiration donnait 100. Les évacuations étaient involontaires; la malade mourut 24 heures après avoir pris les grains.

L'émétique et le sulfate de zinc administrés aussitôt que l'on eut constaté qu'elle avait avalé quelque substance nuisible, firent sortir nne vingtaine de grains par le vomissement, mais on dut en administrer de très-fortes doses, et l'huile de ricin, prise par la bouche et en lavement, en fit sortir encore 80.

A l'autopsie les membres étaient plus souples que d'habitude; l'abdomen très-distendu; le sang était demi-fluide partout; le cerveau et la moelle allongée n'offrent rien de notable; le laryn et l'œsophage étaient assez fortement injectés; les bords de la glotte étaient très épaissis; l'estomac et les intestins paraissaient être à l'état normal; la vésicule biliaire était distendue par de la bile qui avait transsudé et colorait les intestins; la vessie était distendue par de l'urine; il ne restait pas une seule graine de datura dans tout le canal intestinal.

MODIFICATION PRODUITE SUR L'HUILE DE RICIN PENDANT SON PASSAGE A TRAVERS LES INTESTINS, par M. GOLDING-BIRD.

Nous avons fait connaître ailleurs les recherches qu'ont faites les Anglais sur la matière grasse que rendent quelques malades par les selles. La communication suivante ajoute un nouvel intérêt à ces recherches. Les expériences qu'elle contient ont eu pour but de trouver les moyens de distinguer les masses graisseuses que contiennent quelquefois les garde-robes des différentes formes que peut offrir l'huile de ricin lorsqu'elle a traversé le tube digestif. On sait que quand cette huile a été administrée, soit par la bouche, soit en lavement, on peut la retrouver dans les déjections sous des modifications variées. Quelquefois elle se présente sous la forme de flocons caséeux ou d'une écume semblable à celle produite par le savon et flottant à la surface de la partie

---

barlatans, et laisser passer de tous les poisons. En chirurgie elle a produit dans ces derniers temps quelques monstruosités. A l'Hôtel-Dieu, sans s'expliquer sur la valeur de la maxime, Dupuytren prouvait par sa pratique, qu'elle lui était suspecte, et l'humanité non moins que la vraie science doivent s'en féliciter.

C'est surtout dans les cas imprévus que brillait de tout son éclat la fertilité des ressources de son talent. Doué de ce sang-froid que donnent l'organisation et l'habitude, et surtout de celui que donne la science, les complications les plus alarmantes, les accidens les plus inattendus survenus pendant une manœuvre, ne le déconcertaient point. C'est alors qu'on le voyait lutter avec les obstacles, saisir avec une sagacité supérieure les indications nouvelles, improviser les moyens de les remplir, changer dans un instant tout un système de conduite, et terminer l'opération sur un nouveau plan. L'opération terminée, on était étonné de l'entendre discuter longuement sur le fait avec une méthode et une suite parfaites. Il exposait les motifs de ce qu'il avait fait avec la même précision que s'il les eût médités d'avance; il indiquait les moyens qu'il y avait à employer, en pesait les avantages et les inconvéniens, et justifiait sa conduite par des exemples pratiques sans nombre et une logique irréprochable. Ayant été souvent témoin de faits de ce genre, nous avouons que jamais l'art de guérir ne nous a paru plus grand ni plus digne d'admiration que dans ces occasions.

La réussite d'une opération dépend en grande partie du traitement ultérieur. Les chirurgiens suivent en général avec un peu trop d'abandon le principe: « Je t'ai opéré, que Dieu te guérisse. » C'est ici que doit intervenir ce qu'on nous permettra d'appeler la médecine chirurgicale. Dupuytren était sous ce rapport moins reprochable que la plupart des chirurgiens. Il n'était pas autant sous le joug des idées mécaniques dont ils sont trop préoccupés, et montrait en toute occasion une sollicitude des plus louables.

Dans l'enseignement nous retrouvons le même homme. Quand Dupuytren vint s'asseoir dans l'amphithéâtre de l'Hôtel Dieu, il assuma une grande responsabilité; il remplaçait un professeur dont l'éloquence avait fait la principale gloire. Les élèves n'étaient pas disposés à l'indulgence envers ce nouveau-venu, qui semblait arrivé là par une porte insolite. Avant Pelletan, cette chaire avait été occupée par l'illustre Desault. Dupuytren ne resta pas au-dessous de cette lourde tâche, il fit taire les voix ennemies, et la clinique de l'Hôtel-Dieu ne tarda pas à effacer toutes les autres.

L'enseignement clinique a été porté par Dupuytren à un degré voisin de la perfection. C'est un art difficile, à voir le peu de gens qui y réussissent. Tout homme qui joint à une instruction solide quelque goût littéraire et l'habitude de la conversation peut faire un cours passable; car un cours se fait à peu près comme un livre. C'est l'auteur qui distribue son plan, choisit sa matière et prend son temps pour tout cela. Une clinique est une chose bien autrement difficile; c'est une improvisation continuelle; la matière des leçons n'est pas réglée d'avance par le professeur, mais par le hasard, qui envoie aujourd'hui une fracture, demain une hernie, et dix autres cas différens et souvent nouveaux. Arrivé devant les malades avec les élèves, il faut qu'il s'explique, qu'il porte un diagnostic, qu'il prescrive un traitement et qu'il motive ses décisions. Toujours en éveil, toujours surveillé, toujours accompagné d'une foule dont chaque regard est une question, il lui faut satisfaire à tout, repondre à tout. Il s'agit ici moins de la *science* que

la plus fluide des déjections. D'autres fois, on l'a vue sous forme de grappes ou semblable à des hydatides d'une couleur blanchâtre. Le plus souvent cependant, on la trouve mêlée aux matières sous forme d'émulsion, et, dans un petit nombre de cas, elle a été rendue sous forme de masses solides.

Obs. — Une femme enceinte d'environ huit mois fut admise dans le service du docteur Bright, affectée de constipation, de vomissemens fréquens et d'un sentiment de brûlure dans la région épigastrique. On lui prescrivit quelques médicamens, parmi lesquels un lavement d'huile de ricin. La malade le garda le restant de la journée et toute la nuit, et ne le rendit que le lendemain matin. Une partie de l'huile de ricin était mêlée aux matières fécales. On voyait en outre à sa surface quelques masses semblable à du suif solide. Depuis cette époque cette femme n'a rien rendu de semblable.

Examen de la matière grasse.

1° Cette matière est molle, blanche, d'une odeur pénétrante, plus pesante que l'eau; insoluble dans le fluide et sans action sur le papier tournesol.

2° Exposée à la chaleur dans un tube de verre, elle fond partiellement, se décompose, fournit de l'eau et une petite quantité d'ammoniaque.

De ces caractères et de quelques autres qu'il serait trop long d'exposer ici, l'auteur conclut que cette matière grasse n'était que l'huile de ricin elle-même, qui avait été ainsi modifiée dans le gros intestin, changement probablement produit par une espèce de saponification due à la combinaison d'une partie de l'huile avec une matière alcaline et un peu d'albumine.

OBSERVATIONS SUR LA NATURE ET L'ORIGINE DE LA MALADIE APPELÉE LA PLIQUE DE POLOGNE; par le docteur LEFÈVRE.

L'auteur de cette notice, attaché à l'ambassade anglaise à Pétersbourg, a recueilli dans ses voyages en Pologne quelques observations sur la plique, qui ne nous paraissent pas dénuées d'intérêt.

Il y a trois opinions différentes sur la nature de cette maladie: la plus généralement répandue, surtout parmi les étrangers, est celle qui la regarde comme n'étant que le résultat de la malpropreté. La seconde la regarde comme une maladie contagieuse produite par un virus particulier. D'après la troisième, elle n'est qu'une affection secondaire, une excrétion critique du cuir chevelu et de la racine des cheveux, qui met un terme à une foule de maladies différentes.

La première de ces opinions s'appuie sur la fréquence de cette maladie dans les dernières classes, qui sont renommées par leur misère et leur malpropreté; mais elle est fausse pour ceux qui, comme le docteur Lefevre, ont pu pénétrer dans l'intérieur des familles opulentes du pays, parmi lesquelles on observe également la plique, et où cependant on ne peut accuser ni la négligence ni l'absence de propreté. L'auteur dit l'avoir observée dans cinq de ces familles. Qui ne sait en outre que la population juive, qui est répandue dans toute la Pologne, offre l'exemple de ce que l'on peut voir de plus hideux sous le rapport de la malpropreté? On devrait croire que la plique y serait au moins aussi fréquente que parmi les paysans polonais eux-mêmes; et cependant il n'en est rien. M. Lefevre dit ne l'avoir observée qu'une seule fois chez un juif, et avoir appris des médecins du pays que les enfans d'Israël en sont rarement atteints.

Il distingue deux formes de plique bien différentes, l'une artificielle, et l'autre naturelle. La première est produite dans le but de déterminer une espèce de crise, de débarrasser l'économie d'un vice ou d'une matière à laquelle on attribue une foule d'affections différentes. Cette forme est toujours bornée à la tête, et c'est déjà là un des moyens propres à la distinguer de la plique naturelle, que l'on observe sur toutes les parties qui sont couvertes de poils. On facilite la formation de cette espèce de plique en enveloppant la tête avec de la flanelle, et entretenant la chaleur qui augmente la sécrétion du cuir chevelu. La matière de cette sécrétion s'accumulant entre les cheveux, les colle les uns aux autres; une nombreuse population d'insectes s'y développe, et bientôt le bulbe des cheveux étant détruit, la masse tombe alors sous la forme d'un nid d'oiseau, et est remplacée par une nouvelle chevelure. Quelquefois cependant le sujet n'a pas la patience d'attendre la chute de cette masse, et il l'accélère en la liant partiellement avec un fil d'archal, qu'il serre chaque jour jusqu'à ce qu'elle se détache entièrement.

La plique naturelle se développe sur toutes les parties qui sont couvertes de poil; le bulbe des cheveux, dans cette espèce, se gonfle dès le commencement; les cheveux eux-mêmes, soit qu'ils reçoivent une plus grande quantité de fluide nutritif, soit plutôt par suite de l'altération de ce fluide, augmentent de volume et offrent une raideur qui leur a fait donner le nom populaire de *koltun* (bâton). L'entrelacement des cheveux n'est point un caractère de la plique naturelle, mais il est le résultat de l'art ou de la négligence; et c'est probablement là ce qui a fait douter, à quelques observateurs superficiels, de l'existence de la plique naturelle. Un phénomène curieux qu'offre cette maladie, et qui démontre bien qu'elle n'est point le résultat seulement de la malpropreté, c'est l'altération qu'offrent les ongles, et dont l'auteur dit avoir vu un exemple. A l'époque où les cheveux commencent à se détacher, les ongles cessent de pousser; ils présentent une apparence cornée, deviennent opaques, tombent, et sont remplacés par de nouveaux ongles. Aussi l'auteur pense que cette maladie n'est ni le résultat de la malpropreté, ni contagieuse; mais il la regarde comme une affection secondaire, comme une espèce d'évacuation critique qui se porte spécialement sur le tissu corné.

EFFICACITÉ DES BAINS DE VAPEUR DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE, par le docteur WATSON.

Le docteur Lefevre avait annoncé, dans une communication à la même feuille, insérée dans un numéro précédent, que la diabète sucrée est extrêmement rare en Russie. Il avait attribué la rareté de cette affection à l'usage que font fréquemment les Russes de bains de vapeur. M. Watson rapporte à l'appui de cette assertion deux faits qui cependant sont loin de démontrer l'efficacité des bains de vapeur dans le traitement de cette maladie, puisque tous les deux se sont terminés par la mort. A la vérité, il y eut une certaine amélioration dans les symptômes sous l'influence de ces bains; mais elle ne fut que passagère dans l'un de ces deux cas, et dans l'autre les symptômes du diabète firent place à ceux de la phthisie, qui entraîna la perte du malade.

---

de l'*art*, moins des *maladies* que des *malades*; d'où il suit que pour faire une bonne clinique le talent pratique passe avant tout autre.

Praticien du premier ordre, Dupuytren possédait la plus importante qualité d'un professeur de clinique. Il y joignait une manière sûre et abondante où il puisait sans cesse et sans jamais la tarir des exemples choisis et des points de comparaison. Sans être orateur, ce qui n'était nullement nécessaire, il parlait avec cette facilité et cette assurance que donne la parfaite connaissance du sujet. Sa diction n'était pas dépourvue d'élégance; on y remarquait même quelquefois une certaine élaboration littéraire et de bon goût assez rare dans les hôpitaux. La forme était donc très-satisfaisante; mais l'immense succès de ses leçons était fondé comme celui de sa pratique, sur leur excellence propre. Dupuytren aimait sa profession; l'Hôtel-Dieu était tout pour lui; toutes ses facultés étaient concentrées sur cette clinique où il avait commencé sa glorieuse carrière; c'est là qu'il régnait sur un peuple d'élèves, entouré d'une cour composée de maîtres: la mort seule a pu l'en séparer. Exact dans ses devoirs de professeur il a donné l'exemple d'une assiduité et d'une constance sans exemple. S'il y a acquis cette domination et cette suprématie qui était, dit-on, l'objet de son ambition, l'humanité n'y a pas perdu, at c'est un grand bonheur lorsque des ambitions si vastes sont obligées de recourir à de pareils moyens. Pendant vingt ans le peuple de Paris a été soigné gratuitement par le plus habile homme du pays, tandis que l'opulence n'y pouvait prétendre qu'au plus haut prix. Dupuytren a acquis plusieurs millions, sans manquer un seul jour à ses devoirs publics. Il y a là quelque chose de grand et d'extraordinaire. Il faut choisir, pour l'expliquer, entre une grande passion et une grande vertu. C'est là un des mystères de la vie de cet homme, qui en était pleine. Mais dans tous les cas, dans ce personnage singulier, le caractère n'a pas été au-dessous de l'intelligence.

Fidèle à ses précédens et au plan de toute sa vie, Dupuytren a laissé une somme considérable à des établissemens scientifiques. L'anatomie pathologique avait été l'objet de ses premières études, elle a eu son dernier regard. Il a rejoint ainsi les deux bouts de sa carrière, qui a commencé et fini par la science.

Peu d'hommes ont été si diversement jugés de leur vivant, mais peu sans doute ont été si mal connus. Ce qu'il a fait, nul ne l'ignore; ce qu'il fut, nul ne le sait peut-être. Il n'a jamais paru devant ses contemporains qu'enveloppé d'un nuage mystérieux; il n'a jamais parlé aux hommes qu'à distance; très-peu l'ont pu approcher d'assez près pour le reconnaître, et quelques uns ont été mal payés de leur curiosité. Cet isolement systématique ou naturel a pu ajouter quelque chose de prestigieux à sa renommée. Les idoles les plus révérées du peuple ne sont pas celles qu'il touche de ses mains, mais celles qu'il ne voit que par un coin dans le fond du sanctuaire.

— Un élève en médecine vient d'être exclu de l'école secondaire de cette ville, sur la plainte des professeurs de cette école, par un arrêté du préfet de l'Isère, pour avoir exposé les principes de la doctrine homœopathique dans un journal de Grenoble. Nous ne sommes pas suspects de trop de faveur pour l'homœopathie, mais nous voulons avant tout la liberté dans la science; et c'est un mauvais moyen pour combattre une doctrine, que la persécution. Cette affaire est grave, et nous y reviendrons.

OBSERVATION D'UN CAS D'EXANTHÈME ET DE NARCOTISME causés par l'application externe du houblon.

Le fait suivant, s'il est authentique (et nous n'avons aucun motif d'en douter), est important sous plusieurs points de vue. D'abord il démontre l'existence d'un principe âcre et narcotique jusqu'ici peu connu dans le houblon, et ensuite il apporte une nouvelle preuve à l'appui de l'absorption cutanée.

Obs. — Marie Bell, âgée de 14 ans, d'une bonne constitution, était depuis huit jours occupée à la récolte du houblon, quand le matin du 24 septembre, par un temps très-froid, ses mains étant toutes gercées, elle les plaça dans l'endroit où l'on serre le houblon pour les chauffer. Peu de temps après, elle commença à y ressentir une cuisson semblable à celle produite par des piqûres d'ortie, et éprouva bientôt la même chose à la figure après y avoir porté les mains. Au bout de peu d'heures il se développa sur ces parties une efflorescence distincte accompagnée d'une forte disposition au sommeil. Arrivée à la maison, cette disposition était tellement forte que ses parens eurent bien de la peine à la tenir éveillée. Sa vue était tellement troublée qu'elle ne pouvait pas distinguer entre eux les objets les plus différens; elle prenait, par exemple, un plat d'anguille pour des champignon. Le soir cependant tous les efforts pour la tenir éveillée furent inutiles et elle tomba dans un profond sommeil. Le lendemain, la face était converte d'un érythème foncé, et était très gonflee. Les yeux étaient couverts par la tuméfaction des paupières. Elle dormit toute la journée, se plaignant seulement de temps en temps d'une douleur au front. Un laxatif qui lui fut administré resta sans effet. Le soir, la face et les mains étaient litteralement couvertes de vésicules, quelques-unes d'un volume considérable, d'autres moindre, et qui commencèrent à s'ouvrir aux mains et ensuite à la face. De ce moment, tous les symptômes se calmèrent. La face revint à son premier volume et se couvrit d'une forte desquammation. Le quatrième jour, les yeux étaient encore rouges; toute la face était couverte de petites écailles; il restait entre les doigts de petites fentes d'où sortait un fluide ichoreux; il y avait encore de la céphalalgie. Un purgatif et quelques jours de repos firent disparaître le reste de cette affection.

OBSERVATION D'UN CAS DANS LEQUEL DES PORTIONS DE TOENIA ONT ÉTÉ ENTRAÎNÉES HORS DE LA VESSIE.

Ce fait curieux est emprunté par le journal anglais à la quatrième édition de l'ouvrage de Mason-Good (*The study of medicine*), que vient pe publier le professeur Samuel Cooper.

Obs. — Une jeune femme, âgée de 20 ans, éprouva une sensation semblable à celle que lui aurait causé la rupture de quelque chose dans la vessie, en se baissant pour se couper un cor au pied en août 1829. Depuis cette époque, elle a rendu de temps en temps du sang avec ses urines, et croyait sentir quelque chose se mouvoir dans la vessie, surtout après chaque évacuation, ce qu'elle attribuait à la présence d'un ver. Cependant elle dissimula avec soin, bien que sa santé en fût notablement altérée, lorsqu'en octobre 1830 elle fut prise d'une laryngite pour laquelle on appliqua des vésicatoires. Une rétention d'urine avec un cystite se déclarèrent aussitôt et nécessitèrent l'emploi du cathétérisme. Ce fut à cette occasion qu'elle parla de ses craintes qui, furent traitées d'imaginaires. Cependant l'attention ayant été appelée sur la vessie par la quantité du sédiment que déposait l'urine, on lui administra par la bouche et en lavement l'essence de térebenthine qui détermina une grande irritation, et fit sortir par l'urètre une petite longueur (environ huit articulations) de tœnia. Une autre médication fut alors adoptée: de fréquentes injections d'une solution d'opium furent pratiquées dans la vessie afin de détruire le ver, s'il était possible, en le tenant constamment sous l'influence de l'opium. Ce moyen réussit après avoir été employé pendant trois jours. Tous les mouvemens du tœnia cessèrent et on en fit sortir des fragmens considérables en dilatant l'urètre; mais ces fragmens étaient dans un tel état de décomposition qu'on ne put compter les anneaux dont ils se composaient. Cependant il ne devait pas y en avoir moins de deux mille. Ils étaient toujours accompagnés à leur sortie, d'hémorrhagie, de débris de membrane et d'autres matières.

Depuis cette époque (janvier 1831) jusqu'au commencement d'avril de la même année il ne parut plus de tœnia, et cependant l'urine continuait à être teinte de sang et à déposer un sédiment blanc, bien que moins abondant qu'auparavant; comme la vessie etait toujours fortement irritée, on fit pendant tout ce temps une injection anodine chaque jour. A cette époque, la malade ayant cru sentir encore les mouvemens du tœnia, on eut recours encore pendant quelques jours aux injections opiacées, mais sans succès, et ensuite à l'essence de térebenthine prise par la bouche. La malade en prit le 18 avril au matin, plein une cuiller à thé et détermina la sortie de quelques portions de ver dans un état récent avec des fragmens d'une membrane reticulee. Depuis cette époque jusqu'au 20 septembre il sortit, par la même voie, douze cent trente-neuf articulations de volume différent, depuis un tiers jusqu'à un huitième de pouce de largeur et qui furent tous conservés. La malade rendait en même temps des portions de membrane et des espèces de fongus qui ressemblaient à un morceau de foie, ou de chair de volaille. Enfin il y avait aussi quelquefois des fragmens d'une substance fibreuse ressemblant à la membrane musculeuse de la vessie ou de l'intestin. La malade rendait chaque jour de ces matières, et en même temps l'urine diminuait de quantité, excédant rarement quatre onces en vingt-quatre heures.

Le 16 novembre, après quelques jours pendant lesquels la malade n'avait rendu que de l'urine sanguinolente et très-fetide, on administra de nouveau l'essence de térébenthine qui fut suivie de la sortie des matières indiquées ci-dessus, et qui depuis ont toujours continué à être rendues par la malade avec de très-légers intervalles de repos. Pendant tout ce temps, elle a éprouvé aussi à différentes époques d'abondantes hémorrhagies intestinales qui l'avaient considérablement affaibli. De temps en temps elle rend encore des portions de tœnia lorsqu'elle a pris de l'essence de térébenthine.

Parmi les phénomènes bizarres et presque inexplicables qu'offre cette affection, l'un des plus remarquables est la rapidité avec laquelle l'essence passe de l'estomac dans la vessie. La malade la sent dans cet organe à peine au bout de vingt secondes, et elle est évacuée par l'urètre en moins de deux minutes, et même, en une occasion, la malade la rendit en une minute et quart.

La présence du tœnia dans la vessie, l'excrétion avec l'urine de débris de tissus, la rapidité avec laquelle l'essence de térébenthine passe de l'estomac dans la vessie, la fétidité des urines, sont autant de motifs de penser qu'il existe chez cette femme une communication entre la vessie et le canal intestinal.

OBSERVATION D'UNE MALADIE DE LA GLANDE PINÉALE, recueillie à l'hôpital Saint-George.

Il n'est pas bien démontré pour nous que l'altération décrite dans l'observation suivante eût son siége dans la glande pinéale. Cependant, comme le malade a présenté pendant sa vie quelques symptômes anormaux, et comme tout ce qui s'rapporte à l'étude de la localisation des organes du cerveau est d'un intérêt actuel, nous allons reproduire l'observation et une partie des remarques dont elle est suivie.

Obs. — Kendal, âgée de 21 ans, admise le 11 juin, se plaint d'une douleur vive à la partie postérieure de la tête et à la nuque. Il n'y a ni sensibilité ni rien d'observable à la vue. Elle éprouve une forte oppression et une grande faiblesse, et passe l s nuits sans sommeil. La vue est intacte; le pouls d'une force médiocre; la peau fraiche et moite; depuis deux mois absence des règles. On prescrit le calomel et une potion saline.

Les deux ou trois premiers jours la malade éprouve un peu d'amendement, mais sans diminution de la douleur de la tête. Mouvemens convulsifs dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens et surtout dans celui du côté gauche. Lorsqu'on parle à la malade, elle répond sur un ton élevé et très-aigu. On continu le calomel et plusieurs autres moyens sont employés concurremment. Le 4 juillet, la bouche est affectée, et la malade éprouve un peu d'amelioration; la douleur de téte a un peu diminué; la vue est meilleure; les mouvemens convulsifs ont cessé, et la malade sommeille un peu pendant les nuits; mais cette amélioration ne se soutient pas: la douleur revient la nuit suivante, et la malade est obligée de reprendre la même position qu'avant: c'est-à-dire qu'elle se tient continuellement assise dans le lit, la tête appuyée sur les genoux et les deux mains portées sur l'occiput. Lorsqu'elle essaie de lever la tête, elle augmente beaucoup les douleurs qu'elle y éprouve.

Le 11, on remarque un peu de surdité, du strabisme; les pupilles ne se contracten tque lentement. Le 14, il y a de la stupeur; la malade évacue involontairement; elle continue à s'affaiblir, tombe dans le coma et meurt le 20 juillet.

Autopsie. La dure-mère est adhérente le long du sinus longitudinal. Tous les vaisseaux du cerveau sont pleins de sang. On trouve immédiatement au-dessous du fornix, reposant sur les tubercules quadrijumeaux, et faisant saillie dans le troisième ventricule une tumeur du volume d'une grosse noissette qui paraissait composée de sang coagulé et de fragmens de substances cérébrales. A l'entour, le cerveaux était ramolli, mais n'offrait aucune autre lesion.

L'un des traits les plus frappans de cette observation, c'est sans contredit l'attitude que la malade fut obligée de garder pendant long-temps, et qu'elle ne pouvait quitter sans rendre les douleurs insupportables. Le narrateur de cette observation pense que la compression qu'exerçait la masse cérébrale sur les tubercules quadrijumeaux, lorsque la tête posait sur l'occiput, était la cause de l'aggravation des douleurs. Il signale encore l'intonation particulière de la voix de la malade, et qui ne ressemblait nullement à l'expression de la voix des personnes tourmentées par la douleur, comme liée aussi probablement à la maladie.

EXPÉRIENCES RELATIVES AU SENS DU GOUT, par M. NOBLE.

Les physiologistes sont loin d'être d'accord sur la désignation du nerf qui préside à chacun des sens. La cinquième paire joue certainement un grand rôle dans la perception de chacun des sens; mais l'observation suivante, et les expériences qu'elle a permis de faire ne permettent pas d'admettre que les mêmes filets de la cinquième paire, qui donnent à la langue le sens général du toucher, soient chargés aussi du sens du goût.

Obs. — Mme Willi ms, âgée de 50 ans, s'appliqua, il y a quelques années, deux ou trois sangsues à la tempe gauche, près de l'angle externe de l'œil, et éprouva, au bout de deux ou trois jours, de violentes douleurs névralgiques dans la moitié gauche de la face. Ces douleurs se dissipèrent graduellement et laissèrent une amaurose presque complète du côté gauche, et une paralysie de la sensibilité du même côté de la tête et de la face. Le mouvement volontaire étant intégralement conservé comme avant. Depuis cette époque M. Williams est toujours restee dans le même état.

Ce que cette dame présente de plus singulier, c'est que le sens du goût, du côté gauche de la langue, est complétement intact, tandis que

la sensibilité générale des mêmes parties est entièrement détruite. Elle est tout à-fait insensible à toutes les impressions qui frappent le tact général, comme celle de la douleur, du rude et du lisse, du chaud et du froid, tandis qu'elle conserve la même finesse des deux côtés de la langue, pour percevoir la sensation de l'amer et du doux., ou pour toute autre modification du sens du goût. Ainsi, si après lui avoir bandé les yeux et lui avoir fait tirer la langue, on place transversalement sur la langue la lame d'un couteau : elle ne le sent que du côté sain, ou au moins la perception qu'elle en a du côté gauche est si obscure, qu'elle dit qu'il lui semble mort. On gratte avec la pointe d'une lancette une partie de la membrane muqueuse du côté gauche, et elle n'en éprouve pas la moindre douleur.

On laisse quelques instans une lame de couteau dans l'eau bouillante, et ensuite on l'applique transversalement sur la langue; mais la perception de la chaleur n'est sentie que du côté sain. On jette de petits fragmens de sel sur le côté gauche et de la poudre de sucre sur le côté droit, et elle ne sent rien tomber sur le côté malade; mais au bout de quelques secondes, lorsque les particules sapides ont été dissoutes, elle sent aussi bien le goût du sel du côté gauche, que celui du sucre du côté droit, et le même espace de temps s'écoule des deux côtés entre le contact des matières sapides et leur perception. Ces expériences furent modifiées de différentes manières, et constamment elles démontrèrent que d'un côté le tact général était détruit, tandis que le sens du goût était conservé.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 février.

MODE DE GÉNÉRATION DE L'ORNITHORHINQUE.

A l'occasion du procès-verbal, M. de Blainville demande la permission de rectifier une communication faite par M. Geoffroy dans une des dernières séances, et d'après laquelle il semblerait que M. Owen, dans le dernier mémoire qu'il a publié sur le mode de génération de l'ornithorhinque, aurait admis comme prouvé que cet animal pond des œufs véritables. M. de Blainville assure que M. Owen ne parle dans ce mémoire que de l'œuf ovarien ou de l'ovule, soit dans les vésicules de Graaf, soit dans les voies utérines; ce qu'il démontre en outre en rapportant textuellement l'énumération des faits qui, suivant M. Owen, restent encore à établir dans l'histoire de la génération de ce singulier animal, faits parmi lesquels sont comptés ceux qui se rapportent à la grandeur, à l'état et aux forces du produit au moment de la naissance.

FOETUS HUMAIN VOMI PAR UN ENFANT DE TROIS ANS.

M. Nicolo Poulo adresse la traduction d'une lettre de M. Joannis Vouros, médecin en chef du département des Cyclades. J'ai eu, dit ce médecin, occasion d'observer récemment dans la ville de Syra, que j'habite, un fait des plus rares : Un enfant mâle de trois ans et demi souffrait depuis quelque temps d'une helminthiase assez grave; dans la nuit du 26 au 27 octobre 1834, après avoir vomi plusieurs fois, il a fini par rendre un embryon humain; j'ai constaté que c'était en effet un embryon qu'on me présentait, et la police qui soupçonnait quelque fraude, a fait faire des recherches, d'où il est résulté qu'il n'y avait eu réellement aucune supercherie.

A l'occasion de cette lettre, M. Geoffroy Saint-Hilaire fait la communication suivante : M. Giraudet, médecin à Cusset, près Vichy, a eu occasion d'observer un cas tout semblable dans le courant de juin dernier. J'étais sur les lieux, et j'ai reçu au moment le produit vomi, que j'ai apporté conservé dans la liqueur et examiné avec M. Milne Edwards; c'était une môle sans distinction d'organes spéciaux.

COEXISTENCE DE DEUX SYSTÈMES D'APPAREIL RESPIRATOIRE DANS CERTAINES ARANÉIDES.

M. Dugès, élu dans une des dernières séances correspondant pour la section d'anatomie et de zoologie, adresse ses remercîmens à l'Académie et lui communique une découverte qu'il a faite récemment.

Je m'occupais, dit-il, des aranéides et surtout de leur anatomie; je venais de vérifier les observations de M. Léon Dufour, qui a bien reconnu quatre stigmates ou orifices respiratoires à l'abdomen des *dysdères* et des *segestries*, genres fort voisins des *Clubiones* et des *araignées* proprement dites, qui n'en ont que deux, et fort différens des *mygales* qui en ont quatre aussi. La dissection m'a fait voir que la différence était aussi grande à l'intérieur qu'à l'extérieur. En effet les deux stigmates postérieures des dysdères et des segestries ne s'ouvrent point comme les antérieurs dans une poche pulmonaire, mais bien dans un gros canal cylindrique corné et qui donne naissance à une multitude de trachées, c'est-à-dire de vaisseaux aérifères qui se répandent de toutes parts dans l'abdomen, le thorax et jusqu'aux extrémités des pattes. Les stigmates antérieurs, au contraire, ne communiquent qu'avec une cavité renfermant une multitude de feuillets lamelleux, courte et constituant un poumon ou si l'on veut une branchie aérienne toute pareille aux deux du plus grand nombre des aranéides, aux quatre des mygales. Voilà donc des animaux respirant à la fois par des poumons, c'est-à-dire par des organes dans lesquels le sang vient chercher l'air comme chez les vertébrés, les annelides, les crustacés, les scorpions, et par des trachées, c'est-à-dire par des organes que l'air parcourt pour aller dans tout le corps chercher le sang et vivifier directement les parties intérieures, comme chez les insectes, les faucheux et les acarides.

A cette singularité assez piquante s'ajoute l'intérêt d'une transformation complète d'un de ces genres d'organes dans l'autre, puisque la deuxième paire de stygmates et l'appareil de trachées qui en dépend représentent évidemment la deuxième paire de poumons des mygales.

— MM. Dubouchet et Tissot adressent quelques réflexions sur le rapport des commissaires qui ont jugé les pièces envoyées pour le concours sur les avantages et les inconvéniens des traitemens orthopédiques. Ils font remarquer que la condition indiquée dans le rapport et peut-être trop peu clairement exprimée dans le programme, que les commissaires de l'Académie devront examiner avant et après le traitement les malades, exclut en quelque sorte du concours tous les médecins de province. Ils croient que l'Académie pourrait dans ce cas déléguer des commissions prises parmi les personnes les plus éclairées qui se trouvent dans les départemens et parmi lesquelles l'Académie compte un assez grand nombre de correspondans.

MM. Dubouchet et Tissot demandent que le mémoire qu'ils avaient envoyé pour le concours leur soit remis, ou que du moins on leur restitue l'atlas.

ACTION DIFFÉRENTE DE L'EAU DISTILLÉE ET DE L'EAU PURE SUR LA COLLE DE POISSON; ET APPLICATION A L'INDUSTRIE DU TANNEUR.

M. Gannal adresse quelques réflexions sur le tannage et la fabrication de la colle. Il commence par rappeler la différence qu'il a établie entre la géline, la gelée et la gélatine. La géline est la matière animale de laquelle on extrait la gelée; la gelée est le produit de la décomposition de la géline par l'action de la chaleur et de l'eau; la gélatine est la gelée desséchée.

Si l'on fait, dit M. Gannal, macérer dans l'eau, pendant vingt-quatre heures, de la colle de poisson (substance qu'il considère comme de la géline pure), la quantité de liquide absorbé est égale au poids de la matière immergée si l'on se sert d'eau commune, et huit fois aussi considérable si l'on emploie de l'eau distillée.

Si l'on fait bouillir de la géline (colle de poisson du commerce) dans de l'eau distillée, la dissolution s'opère bien plus vite que dans de l'eau de puits ou de rivière.

Comme on pouvait le prévoir, ajoute M. Gannal, ces diverses substances acquièrent un volume beaucoup plus considérable lorsqu'on les fait macérer dans l'eau distillée que dans l'eau qui contient des sels en dissolution. Ces différens faits une fois constatés, il était facile d'en tirer une conclusion qui devenait importante pour cette partie de l'opération du tannage que l'on appelle le *gonflement*; en effet, dans l'opération que l'on pratique ordinairement, on fait gonfler les cuirs au moyen du *jus aigre* (eau de tan restée dans les fosses et qui s'est aigrie à l'air.) L'eau distillée, surtout lorsqu'elle est aiguisée par une légère quantité d'acide sulfurique, produit en six fois moins de temps un gonflement beaucoup plus considérable, et qui peut même aller au double. Il résulte de là que l'action du tan sur les cuirs est beaucoup plus prompte et en même temps beaucoup plus complète qu'elle ne peut l'être par le procédé ordinaire.

CONSERVATION DU LAIT POUR LES USAGES DOMESTIQUES.

M. Grimaud présente une préparation qu'il désigne sous le nom de *lactoline*, et qui, mêlée avec les neuf dixièmes d'eau, reproduit exactement la composition du lait frais dont elle conserve aussi la saveur. Cette substance, dit-il, se conserve indéfiniment sans que l'humidité et la chaleur l'altèrent; elle offre ainsi un moyen de faire arriver le lait de pays très-éloignés jusqu'à Paris où les vaches, mal nourries et tenues dans des étables imparfaitement aérées, périssent presque toutes de la pommelière.

M. Braconnot, poursuit l'auteur de la lettre, a déjà essayé de faire une conserve de lait qui réduit cette substance au sixième de son volume; mais son procédé, qui est fondé sur la coagulation au moyen des acides, d'un côté prive le lait de la plupart de ses sels, entre autres du sucre de lait, tandis que de l'autre il ajoute une quantité de sous-carbonate de potasse pour rendre le coagulum soluble. Cette préparation chimique diffère dès lors notablement du lait, et n'en a plus du moins la saveur. La nouvelle préparation est due aux recherches de M. Gallais, ancien pharmacien, aujourd'hui fabricant de chocolats; elle consiste à enlever la partie aqueuse par l'évaporation, non pas à chaud, car il y a toujours altération, quelque attention qu'on apporte à ménager le feu, mais en mettant successivement, par une agitation convenable, toutes les parties du liquide en rapport avec l'air froid.

Lors des premiers essais, poursuit M. Grimaud, je voulus savoir si l'évaporation du lait et la concentration de tous ses principes n'apportaient pas quelque changement dans la disposition de ses globules. M. Turpin eut la complaisance de soumettre un peu de lactoline à l'analyse microscopique, et les globules de lait lui apparurent dans leur intégrité.

Jusqu'à présent, poursuit l'auteur de la lettre, le lait n'avait été employé qu'à la fabrication du beurre et du fromage; la lactoline offre un troisième produit, un aliment à la fois très-agréable et très-sain.

ANATOMIE DU MARSOUIN.

M. Duméril fait en son nom et celui de M. Serre, un rapport peu favorable sur une lettre de M. Lepiez, contenant des observations relatives à ce cétacé, lettre dont nous avons donné précédemment une courte analyse. Il résulte pour vos commissaires, dit l'honorable académicien en terminant son rapport, que la lettre de M. Lepiez énonce deux circonstances que l'auteur n'a pas assez bien observées : la première sur la structure du larynx, puisque les cétacés n'ont pas d'épiglotte, et la seconde, sur laquelle en particulier nous devons donner notre opinion, c'est.

que la disposition de la veine azygos est tout-à-fait différente de ce qui existe chez les autres mammifères, ainsi que l'a très bien fait connaître M. Breschet.

CIRCULATION DANS LES VÉGÉTAUX.

M. Richard fait, en son nom et celui de M. Adolphe Brongniart, un rapport sur un mémoire de M. Pouchet, professeur d'histoire naturelle au Jardin des Plantes de Rouen, mémoire qui a pour titre : *Etude des globules circulatoires de la zannichellia palustris.*

Le mouvement de progression des fluides nutritifs dans l'intérieur des tissus végétaux, a été dans ces derniers temps l'objet de recherches suivies et de travaux importans. L'Académie des sciences a elle-même contribué à éclairer cette question, en la donnant comme sujet du grand prix de physiologie de 1833. On sait, en effet, tous les développemens qu'elle a reçus dans le beau travail de M. Schultz de Berlin, couronné par l'Académie. Le mémoire qui fait l'objet de ce rapport, ajoute cependant plusieurs faits nouveaux à ceux qu'on avait jusqu'ici sur cette intéressante question.

C'est en 1772 que l'abbé Corti découvrit d'abord dans une espèce de *Chara*, et plus tard, en 1774 et 1775; dans la *caulinia fragilis*, les mouvemens singuliers du fluide nutritif contenu dans les petits tubes allongés dont se compose la tige des plantes aquatiques.

Lorsqu'à l'aide d'un bon microscope on examine un fragment détaché de la tige d'une de ces deux plantes, on aperçoit dans leurs cellules de nombreuses granulations d'une extrême ténuité, suspendues au milieu d'un liquide incolore. L'œil est d'abord frappé du mouvement confus de ces petits corps; mais insensiblement, on voit que leur mouvement est fort régulier, qu'il est indépendant dans chaque cellule, et qu'il suit constamment la même direction. Ainsi, entraînant avec lui les globules qu'il contient, il descend le long d'une des parois longitudinales de la cellule, se replie sur le diaphragme inférieur, remonte le long de la paroi longitudinale opposée, et arrive au diaphragme supérieur, le traverse pour recommencer le circuit déjà parcouru.

Cette découverte de Corti fut d'abord publiée à Modène en 1775, sous la forme d'une lettre adressée au comte Paradisi. L'année suivante il en parut une traduction française dans le Journal de physique. Cependant, ainsi qu'il arrive bien souvent pour les découvertes faites par des hommes que la direction habituelle de leurs travaux ne semble pas y attacher spécialement, la découverte de Corti passa presque inaperçue par les naturalistes; car en 1807, un savant d'une vaste érudition, M. Treviranus, à qui la botanique et la zoologie doivent des travaux également remarquables, fit, sur le mouvement du fluide du chara, des observations semblables à celles du professeur de Reggio, qui lui étaient tout-à-fait inconnues.

Lorsqu'on lit avec attention l'opuscule de Corti, on y trouve le germe de toutes les découvertes qui ont été faites depuis sur le même sujet. En effet, après avoir constaté le mouvement du fluide dans le *chara* et le *caulinia* qui sont deux plantes aquatiques, le savant Italien voulut savoir si le même phénomène avait lieu dans les plantes terrestres. Ses nouvelles recherches embrassèrent un grand nombre de végétaux, dans lesquels il constata non-seulement le mouvement giratoire du suc des cellules, mais aussi dans plusieurs espèces le mouvement qu'on pourrait appeler longitudinal, qui a lieu dans les vaisseaux, et sur lesquels les travaux de MM. Schultz et Meyen ont jeté tant de lumières.

Depuis un certain nombre d'années les expériences de Corti ont été répétées sur le chara et sur plusieurs autres plantes aquatiques, sans qu'on ait beaucoup ajouté à ce qui avait été vu d'abord. Cependant de ces différens travaux résultent les faits suivans :

1° Le suc nutritif contenu dans les petits tubes et les cellules des plantes aquatiques et de quelques plantes terrestres, se meut circulairement dans chaque cellule en suivant la direction de ses parois intérieures. Ce mouvement est appréciable à l'aide des granules colorés qui nagent dans ce liquide.

2° La circulation dans une cellule est tout-à-fait indépendante de celle qui a lieu dans les autres cellules.

3° Les molécules contenues dans le fluide séreux sont, selon M. Meyen, des globules diversement colorés ou tout-à-fait incolores. Dans le premier cas, les réactifs chimiques indiquent que la matière colorante est de nature résineuse; dans le second cas, ce sont des grains de fécule.

Quant à la cause qui met ainsi en mouvement ces granules, nous ne croyons pas, dit le rapporteur, devoir développer ici les hypothèses émises par les auteurs qui se sont occupés de ces faits, et décider par exemple s'il est dû à l'action d'une pile voltaïque dont les élémens sont représentés par les petites granulations des parois des cellules, ainsi que le pense M. Amici; ou bien, en suivant l'hypothèse de M. Meyen, s'il y aurait dans leur force quelque chose de comparable à l'attraction qui retient dans leur orbe les corps célestes.

Après ce court résumé de ce qui s'est fait depuis la première découverte du fait, et avoir averti qu'il écartait à dessein tout ce qui a rapport aux mouvemens qui ont lieu dans les vaisseaux si bien décrits par Schultz, sous le nom de *vaisseaux du latex*, le rapporteur passe à l'examen des nouvelles observations consignées dans le mémoire de M. le docteur Pouchet.

Ce naturaliste a pris pour sujet de ses recherches une plante aquatique assez commune dans les eaux dormantes, et qui n'avait point encore été examinée sous ce point de vue, le *zannichellia palustris*. Sa tige est grêle et transparente. Si on en soumet un fragment au microscope, on voit ses tubilles remplis d'un suc incolore, dans lequel nagent des corpuscules de forme globuleuse. Ces corpuscules sont de deux sortes, les uns lisses et transparens, les autres hérissés de pointes opaques.

Parmi les globules lisses, on en voit de plus petits qui sont parfaitement incolores, et paraissent n'avoir dans leur cavité qu'un liquide semblable à celui dans lequel ils nagent; d'autres, plus gros, sont faiblement colorés, et contiennent parfois des globules et des granules excessivement petits.

Les globules hérissés sont généralement moins nombreux; leur surface opaque est d'un blanc jaunâtre. Quelle est la nature des points qui se voient à leur extérieur? L'auteur est porté à croire que ce sont probablement des cristaux salins ou acides. Le diamètre des globules hérissés varie entre 2 et 3 centièmes de millimètre.

Malgré les différences qui semblent exister entre les deux sortes de globules, elles sont probablement identiques, et leur dissemblance tient à des différences d'âge; car on rencontre souvent dans une même cellule tous les états intermédiaires entre ces deux espèces de globules.

Les globules hérissés sont entraînés par un courant plus rapide qu'eux, courant qui est rendu perceptible par de petits globules lisses et diaphanes qui ne s'apercevaient pas au premier examen.

Ici se présente un point sur lequel l'auteur ne s'est pas suffisamment expliqué, c'est la direction des globules. Jusqu'à présent, dans toutes les espèces examinées sous ce point de vue, le mouvement du fluide nutritif a été vu s'effectuant circulairement et indépendant dans chaque cellule. En serait-il autrement dans le *zannichellia?* c'est ce que l'on serait presque tenté de croire d'après ce qui dit dans son mémoire M. Pouchet.

Dans l'intérieur des globules lisses se voient, avons-nous dit, d'autres globules plus petits qui sont parfaitement transparens, et dont le diamètre varie de deux à six millièmes de millimètre. M. Pouchet n'a pu reconnaître si, à une certaine époque de leur apparition, ces vésicules secondaires ont adhéré à la paroi interne de la vésicule mère, car elles sont déjà mobiles quand leur diamètre n'excède pas un ou deux millièmes de millimètre.

Indépendamment de ces vésicules secondaires, on aperçoit encore dans le liquide de la vésicule-mère des granules tellement petits que, malgré un grossissement de 560 diamètres, leur forme est restée insaisissable. Ces granules sont parfois immobiles, et d'autres fois extrêmement mobiles; ils manquent constamment dans les petits globules lisses, et quelquefois aussi dans ceux d'un diamètre plus considérable. Dans certains cas ils sont très-apparens, mais leur mobilité n'est pas manifeste; le plus souvent la masse légère et en quelque sorte nuageuse qu'ils forment dans la vésicule, se meut, non pas de ces mouvemens confus d'oscillation qu'on peut attribuer à une foule de causes étrangères, mais d'un mouvement de masse qui fait que tout s'agite dans le globule, et que l'observateur ne peut se refuser à croire qu'il a sous les yeux un essaim d'animalcules.

Cette structure remarquable des vésicules du suc nutritif du *zannichellia*, ces corpuscules dont M. Pouchet a le premier constaté le mouvement, leur donnent une ressemblance frappante avec les vésicules du pollen, qui contiennent aussi comme l'a constaté M. A. Brongniart, la faculté de se mouvoir.

Mais ces corpuscules, si petits que leur forme et leur structure n'ont pu être déterminées, sont-ils des animalcules, comme semble le croire M. Pouchet? C'est ce que ne pensent pas les commissaires, qui font remarquer que, depuis les belles expériences de M. Robert Brown, il n'est plus permis de regarder comme caractère d'animalité des mouvemens tels que ceux dont il est question, puisqu'on en voit de tout semblables dans des particules inorganiques.

Quoi qu'il en soit, le mémoire de M. Pouchet contient des faits nouveaux et curieux qui peuvent être ainsi résumés :

1° L'auteur a reconnu dans le suc du *zannichellia* deux sortes de vésicules mobiles, les unes opaques et hérissées de pointes, les autres transparentes et lisses.

2° Il a constaté dans ces vésicules une structure analogue à celle des vésicules polléniques.

3° Dans l'intérieur des vésicules lisses, il a vu des vésicules secondaires plus petites et des corpuscules d'une ténuité extrême.

4° Ces corpuscules analogues à ceux qui existent aussi dans les graines de pollen sont mobiles. Le plus souvent isolés les uns des autres, ils ont tous des mouvemens indépendans; quelquefois réunis en une masse irrégulièrement globulaire, ils se meuvent en totalité.

M. Pouchet établit ici une nouvelle analogie entre les globules mobiles du *zannichellia* et les granules polléniques.

Ce travail, qui contient des faits nouveaux sur un sujet déjà traité par plusieurs naturalistes, nous paraît, disent en terminant les commissaires, le résultat d'observations faites avec beaucoup de soin et exposées avec sagacité et jugement. Nous proposons donc à l'Académie d'y donner son approbation et d'engager l'auteur à étendre ses recherches aux autres plantes dans lesquelles on a constaté l'existence des globules mouvans.

M. Legrand a achevé la lecture d'un mémoire sur l'emploi de l'or en médecine; nous en parlerons à l'occasion du rapport.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE.—*Présidence de M. Louyer-Willermay.*

M. VILLENEUVE demande la parole pour remercier au nom de tous ses collègues les anciens membres adjoints, ceux de MM. les membres titulaires qui ont apostillé la pétition par suite de laquelle a été rendue la dernière ordonnance royale.

— M. LEPELLETIER DU MANS écrit à l'Académie pour se porter candidat à la première place de titulaire vacante. Il expose qu'il est un des plus anciens membres correspondans de l'Académie; fixé à Paris depuis plusieurs années, il a suivi avec zèle les travaux de cette compagnie, siégeant parmi les adjoints et jouissant des mêmes prérogatives qu'eux. La dernière ordonnance en élevant les adjoints au rang de titulaires l'a placé dans une condition tout exceptionnelle; il espère qu'aux prochaines élections l'Académie prendra tous ces titres en considération.

NOUVEAU MOYEN PROPHYLATIQUE DE LA SYPHILIS.—DISCUSSION.

La correspondance officielle comprend une lettre du ministre qui demande à l'Académie un rapport sur un nouveau moyen préservatif de la maladie vénérienne. Une discussion s'engage à ce sujet.

M. BORDOIS DE LA MOTHE. Je rappellerai à l'occasion de cet envoi un fait qui a eu quelque célébrité. Un médecin fort connu de l'ancienne Faculté de Paris, M. Préval, disait aussi avoir trouvé un moyen préservatif de la vérole; la Faculté ne crut pas pouvoir permettre les expériences qu'il proposait de faire sans en référer au parlement; le parlement refusa l'autorisation, et M. Préval fut rayé du tableau des docteurs-régens de la Faculté.

M. Lombert. Un autre médecin, nommé Collet, avait aussi proposé comme préservatif de la syphilis des onctions avec une pommade composée de gomme élastique dissoute dans l'huile de lavande; des poursuites furent dirigées contre lui par la police. Sa pommade ne valait pas grand' chose, et je ne pense pas que la nouvelle composition qu'on nous présente ait beaucoup plus de succès.

M. le président. Il y a une commission nommée; en conséquence, cette discussion ne saurait continuer; on va passer à l'ordre du jour.

M. Chevallier. Je réclame contre l'ordre du jour; on ne discute pas: on cite seulement des faits analogues qui auraient pu échapper à la commission; c'est donc lui rendre service plutôt que de devancer son travail. M. Coster avait préconisé les lotions avec le chlorure de chaux; il y a eu une foule d'autres arcanes, pour lesquels même ont été pris plusieurs brevets d'invention.

M. Ferrus. Il y a trois ans qu'un remède du même genre a été présenté à la Faculté de médecine de Paris, qui l'a rejeté.

M. Boulay. La préparation qu'on vous présente est d'ailleurs de peu d'importance. Elle ne renferme pas de substances actives, comme quelques-unes de celles qui l'ont précédée et où l'on faisait entrer le sublimé corrosif; c'est tout simplement une décoction de plusieurs plantes, dont la plus énergique est l'ail.

M. Rochoux. Les précédens qu'on vient de rappeler sont au moins fort inutiles à mentionner, et dans aucun cas ils ne me paraissent de nature à influer sur les décisions de l'Académie. Que nous importe ce qu'a permis ou défendu l'ancien Parlement avec ses préjugés, l'ancienne Faculté avec son intolérance? Ce qui importe à l'humanité, à la science, à l'Académie, c'est de savoir si le moyen prophylactique est bon ou mauvais; et s'il est bon, il faut nous empresser de l'approuver.

M. Ferrus déclare qu'il partage complètement cet avis; la Faculté n'a rejeté le moyen qu'on lui avait proposé que parce qu'il n'offrait aucun avantage.

M. Lombert. Préval n'a pas été rayé non plus de l'ancienne Faculté à raison de sa découverte; mais à cause des expériences qu'il avait instituées pour en démontrer l'efficacité, et qui avaient paru blesser la morale publique.

M. Deslongchamps rappelle que la commission des remèdes secrets a eu à décider il y a trois ans sur un arcane du même genre, qui a été rejeté à raison de son inutilité.

La discussion est fermée.

M. le président annonce à l'Académie la perte immense qu'elle vient de faire dans la personne de M. Dupuytren. Une autre perte qui lui sera aussi très-sensible est celle de M. Fodéré, professeur de la Faculté de Strasbourg, mort le 5 février dernier.

M. Bédor, de Troyes, obtient un tour de faveur pour la lecture de la note suivante:

Framboesia ou pian, observé à l'Hôtel-Dieu de Troyes; note clinique présentée avec un dessin colorié à l'Académie royale de médecine, par Henry Bédor, D.-M. P., membre correspondant.

Dans une discussion récente qui a eu lieu sur le mémoire de M. Devergie, M. Rochoux avait établi que le pian est un symptôme syphilitique très-répandu dans les pays chauds. Un cas de frambœsia ou pian se trouvant dans le service de M. Bédor à l'Hôtel-Dieu de Troyes, l'auteur a pensé que son observation acquerrait ici un intérêt de circonstance. Voici le fait.

Obs. — François Elof, ouvrier forgeron, âgé de 32 ans, ayant la taille raccourcie par une profonde courbure vertébrale, du reste fortement musclé, appartenant à une famille saine, établi à Troyes depuis deux ans, est entré plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu pour un frambœsia qui l'porte à la partie inférieure et interne de la cuisse droite. Il fait remonter cette affection à son enfance. Elle commença par une forte rougeur à la peau, s'étendant de la région antérieure de la cuisse droite jusqu'au jarret, et donnant lieu à de vives démangeaisons. Vers l'âge de 12 ans, cette surface rouge devint farineuse; puis, grattée sans ménagement, elle s'humecta d'une sérosité roussâtre, et enfin se couvrit de croûtes qui, à force de se reproduire et de tomber, déterminèrent une ulcération profonde de la peau.

Ce fut alors qu'apparurent les premières végétations framboisées, sur la partie antérieure de la cuisse qui actuellement n'en présente plus que la cicatrice. Des traitemens nombreux leur furent opposés, mais avec peu de succès. Après un an passé à l'hôpital de Vesoul, il vint à Paris dans le service de M. Biett qui diagnostiqua un frambœsia. On lui fit prendre à l'intérieur les *gouttes arsénicales*; on appliqua sur les végétations la pâte arsénicale; on y joignit l'usage des bains de vapeur, sulfureux ou simples; au bout d'un an la cicatrisation était complète; mais les végétations ne tardèrent pas à se reproduire.

Il s'en alla de Paris à Bangey, où il cacha sa maladie, et où il eut toujours pour camarades de lit des compagnons dont aucun n'a jamais rien contracté de ce rapprochement. Enfin depuis deux ans qu'il est à Troyes, il continue ses travaux et n'entre à l'hôpital que quand l'excès de travail fait gonfler la cuisse et la jambe, ou quand il manque de linge pour son pansement.

A en juger par le dessin de M. Bédor, cette affection se présente sous la forme d'un arc de cercle situé sur la partie externe du genou, à concavité antérieure et d'environ six pouces d'étendue, sur un pouce environ de large. Toute cette surface est couverte de végétations rosées piquetées de blanc, divisées par des sillons transversaux à la partie supérieure, confondues inférieurement, et qui retracent assez bien l'aspect de la fraise. Ces végétations laissent écouler une sanie surabondante, qui s'épaissit par son séjour sur cette surface, et mouille incessamment les appareils dont il la recouvre dans ses pansemens habituels.

Cette affection a-t-elle le caractère contagieux? les faits décident pour la négative. Provient-elle d'une origine contagieuse? jamais cet homme n'a eu contact avec un individu atteint d'une affection de ce genre. Le malade affirme même qu'il n'a jamais eu le moindre symptôme de syphilis. La santé parfaite de ses parens et l'absence chez lui-même de tout autre symptôme, repoussent également l'idée d'une syphilis héréditaire. Serait-ce une affection *sui generis*, ou bien une simple forme de l'irritation de la peau, mais excitée par les grattemens continuels; ou bien enfin ne se rattacherait-elle pas à la maladie qui s'offre le plus souvent à l'observation à Troyes, c'est-à-dire à la maladie scrophuleuse. M. Bédor laisse à l'Académie le soin d'en décider; il avoue cependant qu'il incline fort pour la dernière opinion.

A cette observation sont joints deux dessins coloriés qui représentent la partie malade, et qu'on fait circuler dans l'Académie.

M. Rochoux. M. Bédor me permettra de lui faire observer que l'affection retracée par ce dessin n'est pas le frambœsia ou pian des colonies; M. Chervin et M. Gérardin ne le reconnaissent pas plus que moi.

M. Rénor. Les dessins de frambœsia sont fort rares: celui qu'on trouve dans l'ouvrage de M. Devergie a été copié sur un modèle en cire du cabinet de M. Dupont, et ce modèle lui-même ne paraît pas avoir été fait sur nature. Je ne peux dire si mes dessins représentent bien l'affection des Antilles, mais j'ai pour moi l'autorité de M. Biett, qui a vu le malade et qui a déclaré que c'était bien un frambœsia.

M. Chervin. Il est certain au moins que ce n'est pas là le pian que j'ai vu dans les colonies, et que le dessin ne s'en rapproche même pas assez pour le designer sous ce nom.

M. Gérardin s'élève contre cette synonymie inutile qui donne à une seule maladie deux noms pour un, et fait douter s'il n'y aurait pas deux affections différentes. Il adopte le nom de frambœsia.

M. Rochoux. Les caractères anatomiques du frambœsia sont tout autres que ceux que révèle le dessin de M. Bédor. Il y a une grande analogie entre le frambœsia et ces pustules humides, ulcérées, que M. Cullerier a si bien décrites, et qui constituent dans nos climats un symptôme consécutif assez rare de la maladie vénérienne. Leur origine est la même, la forme est la même; la couleur seule est un peu différente. Le pian ou frambœsia est donc une affection vénérienne ayant son siége dans le réseau muqueux. Quant à l'affection décrite par M. Bédor, elle n'est pas comparable au pian et n'a rien de syphilitique.

M. Emery. Je noterai d'abord que les pustules vénériennes humides, loin d'être rares dans nos climats comme le pense M. Rochoux, sont au contraire très-fréquentes; et chez les femmes principalement on trouvera cent pustules muqueuses pour deux ou trois chancres vénériens. Je reviens au pian. M. Rochoux professe que c'est une affection du réseau muqueux; le réseau muqueux est un organe fort problématique, et conséquemment le prétendu siége du pian aussi. Quant au dessin de M. Bédor, il me paraît avoir une grande ressemblance avec une dégénérescence particulière aux *eczémas* lorsqu'ils sont vieux et qu'ils se chargent de tubercules rouges et saignans à leur surface.

M. Bédor. M. Gibert, qui fait aussi autorité en cette matière, n'a dit dans son manuel que quelques mots sur le frambœsia; mais il pense qu'il y en a d'origine scrophuleuse, et il l'a reconnu dans ce dessin. Au reste, mon seul but en lisant cette note à l'Académie, a été de faire voir qu'il existait des frambœsia non syphilitiques et non contagieux. En effet, le malade qui fait le sujet de mon observation a long-temps habité et même couché avec ses compagnons sans leur avoir jamais rien communiqué. Du reste cet accident des scrophules doit être fort rare, car c'est le seul que j'ai rencontré sur plusieurs milliers de scrophuleux qui, à Troyes, me sont passés sous les yeux.

M. Moreau. On a justement blâmé la confusion introduite par une synonymie exubérante dans le langage médical. En voici un exemple remarquable; en effet, le résultat de cette discussion me paraît être que ces deux mots, pian et frambœsia, donnés comme synonymes, doivent s'appliquer à deux maladies distinctes, le frambœsia, qui peut exister sans cause vénérienne, et le pian, qui est toujours un symptôme très-grave et très-contagieux de la syphilis. Le pian n'est pas si étranger à notre pays qu'on le suppose. Durant les guerres de l'empire, une grande quantité de prisonniers espagnols ayant été transférés à Dijon, ils y importèrent une épidémie de pian essentiellement syphilitique. On l'appela d'abord mal espagnol, puis pian. Il ne faut donc pas confondre le pian avec l'affection dont M. Bédor vient de lire l'histoire, et qui paraît être le frambœsia.

M. Rochoux. Pour la rareté des pustules humides, j'ai cité M. Cullerier; pour l'existence du corps muqueux, je renvoie M. Emery aux travaux de M. Gaultier.

M. Émery. Depuis M. Gaultier, M. Gerdy a fait sur ce sujet des recherches nombreuses, et il n'a jamais pu voir ce prétendu corps muqueux. D'ailleurs, M. Breschet, qui s'en est aussi spécialement occupé, peut nous dire ce que l'expérience lui a appris sur ce point.

M. Breschet. Je dirai en peu de mots le résultat de mes recherches. Il y a dans le derme des glandules ou petits organes sécréteurs qui versent à sa surface un liquide; ce liquide se concrète et durcit à mesure; mais sa dureté augmentant avec le temps, il forme plusieurs couches dont la plus extérieure est aussi la plus dure, c'est l'épiderme; dont la plus profonde est presque liquide; c'est cette couche profonde à qui l'on a donné le nom de corps ou réseau muqueux. Ce qui a trompé Malpighi, c'est que les papilles du derme traversant ce liquide lui donnent en effet l'apparence d'un réseau; mais il fallait se borner à constater cette apparence; et il y a erreur manifeste à dire que ce réseau prétendu est formé par des vaisseaux spéciaux et constitue une couche organisée. Ruisch, qui en a donné la figure, a moins consulté la nature que son imagination.

M. Moreau. Vos recherches infirment donc celles de Gaultier?

M. Breschet. Il est des points sur lesquels nous tombons d'accord, d'autres où je ne saurais être du même avis. M. Gaultier décrit le corps muqueux comme un véritable réseau vasculaire; or il n'y a pas là de réseau vasculaire, il n'y a pas d'organe distinct, mais seulement une matière sécrétée et purement inorganique.

La note de M. Bédor est renvoyée au comité de publication.

Tumeur pulsatile de nature douteuse.

M. Montault, en son nom et au nom de M. Manec, présente à l'Académie un vieillard qui porte à l'épaule gauche une tumeur du volume du poing, offrant des battemens isochrones à ceux des artères sur toute sa surface, mais seulement à la pression; à la vue ils ne sont pas sensibles. Cette tumeur occupe la partie postérieure du moignon de l'épaule, et recouvre l'acromion et la partie antérieure de l'épine de l'omoplate, qui paraissent même être comprises dans la dégénérescence. La peau est saine. La compression de l'artère axillaire n'influe en rien sur les battemens de la tumeur; mais si l'on comprime la sous-clavière au-dessus de la clavicule, les battemens cessent immédiatement. L'humérus de ce côté est en outre luxé sous l'apophyse coracoïde; le malade remue le bras en avant et en arrière, mais il ne peut l'écarter beaucoup du tronc ni le relever vers la tête. La pression

sur la tumeur est douloureuse ; on produit également de la douleur en pressant sur la tête luxée et à son pourtour.

Ces diverses lésions datent de deux mois. Le malade, en relevant une fenêtre à guillotine, fut obligé, pour l'empêcher de retomber, de la soutenir vivement avec l'épaule gauche ; en élevant dans ce but brusquement l'épaule, il y ressentit une douleur, et les mouvemens du bras, auparavant libres, se trouvèrent subitement embarrassés. Dès lors aussi commença la tumeur postérieure, d'abord petite, puis accrue par degrés jusqu'à son volume actuel. Cet homme est fondeur de caractères d'imprimerie, et fait sa besogne comme auparavant.

L'Académie se forme en comité secret pour la discussion du rapport de M. Breschet sur les correspondans étrangers.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ULCÈRE CANCÉREUX DE LA LÈVRE INFÉRIEURE ; EMPLOI DE LA KRÉOSOTE ; GUÉRISON ; par M. MARCHAL, docteur en médecine à Lorquin (département de la Meurthe).

Ayant lu dans votre savant journal plusieurs observations sur l'emploi de la kréosote dans le traitement des cancers, je viens vous offrir la suivante, qui sera un fait de plus en faveur de ce nouveau médicament. Vous m'obligerez, si vous l'en jugez digne, de l'insérer dans la GAZETTE MÉDICALE.

OBS. — M. Petit, habitant le village de Kerprich, arrondissement de Sarrebourg (Meurthe), âgé d'environ 50 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, vint me trouver le 5 juin 1834, portant sur la partie médiane de la lèvre inférieure un ulcère cancéreux qui datait de trois mois environ.

Cet ulcère occupait à peu près le tiers de l'étendue du bord libre de la lèvre ; il était profond, d'une couleur grisâtre, recouvert de quelques végétations fongueuses ; ses bords étaient durs et calleux ; il s'accompagnait de douleurs lancinantes, et il s'écoulait continuellement de sa surface un ichor très-fétide.

Cet ulcère avait été précédé d'un petit bouton qui s'était déjà montré souvent, et que le malade avait fait disparaître plusieurs fois en le lavant avec du vinaigre pur. Enfin ce bouton avait reparu une dernière fois, et le malade l'ayant irrité en y portant fréquemment les doigts, il s'était ulcéré et avait peu à peu envahi les tissus environnans. Aucun traitement spécial ne fut dirigé contre cette maladie ; seulement, le malade s'était contenté de répandre sur la plaie un corps gras que je crus être du cérat mercuriel ; il le recouvrait ensuite d'une feuille de *tussilago farfara*, qu'il y laissait constamment appliquée, afin de dérober la vue de son mal.

En comprimant la lèvre entre deux doigts, je rencontrai, près de chacun des deux angles de la bouche, un durillon résistant, sans changement de couleur à la peau, séparé de l'ulcère par une portion saine de la lèvre et qui me parut être de nature squirrheuse.

N'ayant point alors de kréosote à ma disposition, je priai M. Lhuillier, pharmacien à Lorquin, de m'en procurer le plus tôt possible ; je me contentai pour le moment de cautériser l'ulcère en le touchant avec un pinceau imbibé de muriate d'antimoine, et je recommandai au malade de le laver de temps en temps avec de l'eau chlorurée, afin de ne plus être autant incommodé par l'odeur fétide qu'il répandait.

La résidence du malade étant éloignée de la mienne de deux lieues, je ne pouvais le voir que rarement ; cependant il venait dans les premiers temps me trouver régulièrement chaque deux jours ; mais plus tard il ne vint plus qu'une fois par semaine.

Je cautérisai aussi souvent que je remarquai quelque point suspect ; et seulement au bout de douze jours, c'est-à-dire le 17 juin, j'employai pour la première fois de la kréosote que M. Lhuillier, pharmacien, venait de me procurer. Les végétations de l'ulcère n'étaient plus aussi proéminentes que le premier jour ; néanmoins ses bords étaient renversés et calleux ; l'ichor fétide qu'il fournissait conservait encore le même caractère, et il s'était étendu extérieurement à la peau du dessous du bord libre de la lèvre, intérieurement au sillon qui sépare la lèvre des gencives. Je passai un pinceau imbibé de kréosote pure sur toute la surface de l'ulcère, le malade se plaignit d'un sentiment de cuisson assez vive, mais de courte durée, et je lui conseillai de ne venir me trouver dorénavant qu'une seule fois par semaine, afin de me mettre en état de mieux apprécier les changemens qui s'opéreraient dans sa maladie. De retour chez lui, le malade se pansait lui-même régulièrement trois fois par jour, le matin, à midi et le soir. Chaque fois, il abstergeait toute la surface de l'ulcère, d'abord avec de l'eau chlorurée pour le débarrasser de la matière fétide qui en découlait et faire disparaître sa mauvaise odeur, ensuite avec de l'eau de guimauve tiède ; et ce n'était qu'après ces différentes lotions qu'il passait sur la plaie un pinceau fortement imbibé de kréosote, y introduisait un petit tampon de charpie trempé dans cette substance, et recouvrait le tout d'une feuille de tussilago farfara.

Le 23, l'ulcère avait encore gagné en étendue ; mais il était diminué en profondeur et avait perdu de sa couleur blafarde ; ses bords étaient calleux et renversés. Je cautérisai ces bords et les durillons dont j'ai parlé.

Le 30, le centre de l'ulcère s'était recouvert de quelques bourgeons charnus ; il avait perdu de son odeur fétide ; ses bords naguère calleux s'étaient ramollis sur quelques points. Une légère escarre s'était détachée du durillon placé au côté droit de l'ulcère, et laissait apercevoir une plaie grisâtre à son centre et rougeâtre à sa circonférence. Je recommandai au malade d'appliquer sur ce second ulcère un petit plumasseau de charpie imbibée de kréosote.

Pour éviter des détails qui pourraient devenir trop longs, je me contenterai de dire que l'ulcère s'étant peu à peu recouvert de bourgeons charnus, la cicatrisation se fit du centre à la circonférence, et les douleurs lancinantes cessèrent de tourmenter le malade. Le 21 juillet, il était presque entièrement cicatrisé ; il n'en restait plus qu'une très-petite callosité ulcérée que l'on remarquait à l'extérieur et au-dessous de la partie médiane du bord libre de la lèvre que je cautérisai. La plaie qui avait succédé à la chute de l'escarre du durillon du côté droit de l'ulcère était entièrement cicatrisée.

Le 11 août, l'ulcère lui-même était entièrement cicatrisé et recouvert sur toute sa surface d'une pellicule mince et rosée. Les callosités de ses bords étaient presque nulles. Le durillon qui existait à gauche de cet ulcère s'était accru. Je continuai de le cautériser avec le muriate d'antimoine.

Le 18 août, la cicatrice de l'ulcère devient solide ; seulement elle est divisée depuis quelques jours d'avant en arrière par une fissure peu profonde qui occupe la ligne médiane de la lèvre, et s'étend depuis le bord libre extérieur jusqu'à l'origine de la duplicature de la membrane muqueuse nommée le frein. Cette fissure n'avait aucune apparence suspecte ; elle semblait être le résultat d'une rupture de la cicatrice. Néanmoins, je conseillai au malade d'y passer le pinceau imbibé de kréosote. L'escarre qui recouvrait le durillon du côté gauche était tombée et laissait à découvert une plaie à bords calleux, assez large, grisâtre au centre, d'apparence lardacée, qui intéressait même la commissure des lèvres de ce côté. Je cautérisai ce troisième ulcère, et recommandai au malade de le recouvrir d'un plumaceau de charpie imbibé de kréosote dès le lendemain.

Ce jour le malade m'apprit que très-souvent il était sorti du premier ulcère quelque chose qui ressemblait à du menu gravier ; j'ai regretté de n'avoir pu constater moi-même le fait. Il m'apprit aussi que lorsqu'il négligeait de se panser, les douleurs éteintes semblaient se ranimer et lui faisaient éprouver un certain besoin auquel le pansement satisfaisait.

Le 25 août, la fissure de la partie médiane de la lèvre ne présente aucun changement ; elle laisse suinter un peu de sérosité limpide. Je la cautérise avec le nitrate d'argent fondu, et conseille au malade d'y appliquer ensuite de la kréosote. La plaie qui résultait de la chute de l'escarre du durillon du côté gauche, offrait un commencement de cicatrisation qui se faisait du centre à la circonférence.

Le 3 septembre, la plaie du côté gauche est presque cicatrisée ; la fissure de la ligne médiane de la lèvre était cicatrisée et laissait après elle un sillon profond. Un petit bouton, d'apparence suspecte, se montre au côté droit de la lèvre supérieure ; je le cautérise au moyen du nitrate d'argent fondu.

Le 28 octobre, la guérison est complète. Il ne reste aucune trace ni du petit bouton de la lèvre supérieure, ni des deux durillons de la lèvre inférieure ; la cicatrice de l'ulcère principal ressemble à celle qui serait la suite d'une brûlure.

J'ai revu le malade plusieurs fois depuis ; et rien jusqu'à présent ne fait craindre une recrudescence de la maladie.

Cette observation semble être très-concluante sur les propriétés thérapeutiques de la kréosote. Il est vrai qu'avant d'user de ce médicament, j'avais, à différentes reprises, cautérisé l'ulcère ; mais lorsque je m'en servis pour la première fois, l'ulcère n'avait pas encore perdu ce caractère suspect et particulier qui fait reconnaître un cancer ; l'écoulement d'un ichor fétide, les végétations, la couleur grisâtre du centre et l'aspect lardacé existaient encore, tandis qu'ils disparurent rapidement après l'emploi de la kréosote. Je dois dire aussi que la cicatrisation marchait plus lentement à mesure qu'elle s'éloignait du centre des ulcères pour se rapprocher de leur circonférence ; quelquefois même elle semblait rester dans un état stationnaire ; et chaque fois que je me servais du caustique, soit pour réprimer les callosités des bords de l'ulcère, soit pour raviver quelques parties encore blafardes, et qui limitaient les parties déjà cicatrisées, la marche de la cicatrice devenait plus rapide qu'avant la cautérisation ; c'est ce qu'on a déjà pu remarquer à la lecture de l'observation pour la fissure qui divisait la cicatrice du premier ulcère. La kréosote que j'y fis appliquer d'abord n'y produisit qu'un effet très-peu sensible, tandis qu'après que je l'eus cautérisée, l'action de la kréosote fut telle, que la cicatrisation se fit très-rapidement. Il serait peut-être possible que le caustique, irritant vivement les parties avec lesquelles il se trouve en contact, les mît dans une condition plus favorable à la cicatrisation par l'action de la kréosote. Quoi qu'il en soit, l'application du caustique pourrait servir à hâter la cicatrisation de certains ulcères cancéreux, lorsque la kréosote seule ne peut y parvenir. On a vu, en effet, de ces ulcères résister à la kréosote ; la cicatrisation, qui s'était d'abord faite rapidement, s'était ensuite ralentie ; et parvenue à un certain point, elle restait stationnaire et ne s'achevait plus, quoique l'on continuât l'emploi du médicament. Faudrait-il, dans des cas semblables où l'on a reproché à la kréosote de se montrer quelquefois infidèle dans la thérapeutique des cancers, lui adjoindre le caustique ? On trouverait peut-être un moyen plus sûr d'obtenir leur cicatrisation et de se rendre maître de cette terrible maladie. Il faudrait avoir plusieurs faits, et je n'ai jusqu'à présent que l'observation ci-dessus à présenter en faveur de ce que j'avance ; peut-être en aurons-nous plus tard de plus concluantes, qui nous permettront d'établir jusqu'à quel point le caustique peut seconder l'action de la kréosote.

LETTRE SUR L'INFLAMMATION GANGRÉNEUSE DE L'APPENDICE ILÉO-COECALE; par M. LOUYER-WILLERMAY, membre de l'Académie de médecine.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez inséré dans votre numéro du 27 décembre dernier une observation recueillie dans le service de mon honorable ami M. le professeur Chomel.

Cette observation, intitulée : *péritonite intense*; *mort*; *perforation de la valvule iléo-cœcale*, serait, ce me semble, plus exactement désignée sous ce titre : *inflammation gangréneuse de l'appendice iléo-cœcale, avec perforation, épanchement et péritonite consécutive.*

Permettez-moi de rappeler à ce sujet que j'ai lu à l'Académie royale de médecine (en 1824) deux observations très-analogues : elles furent consignées dans les Archives générales de médecine, t. 5, p. 246, et fournirent peu de temps après, au docteur Mélier, l'occasion d'un mémoire fort court, mais qui contient des réflexions judicieuses (1827). Dans ce travail dont je n'ai eu connaissance que tout récemment, notre confrère a relaté six observations gangréneuses de l'appendice iléo-cœcale. Les deux premières m'appartiennent, et les trois autres sont dues aux docteurs Mélier, Sévestre et Jacquemin fils. La sixième diffère des cinq autres par une marche chronique. Chez tous ces malades la terminaison a été funeste. Ajoutons que l'auteur y a joint deux autres faits que nous passons sous silence, parce qu'ils n'offrent avec les précédens que des rapports fort éloignés.

On nous pardonnera, nous l'espérons, de citer ici les propres paroles de notre confrère M. le docteur Mélier. « Nous devons dire, en terminant, que M. Louyer-Willermay est le premier qui ait appelé l'attention des médecins sur les maladies de l'appendice iléo-cœcale, et fait pressentir l'importance, en pathologie, d'un organe auquel jusqu'alors on n'en attribuait aucune. »

Rapprochée de ces différens faits, l'observation recueillie dans le service de M. le professeur Chomel nous semble leur donner une plus grande valeur, et en emprunter elle-même un plus haut degré d'intérêt.

Il résulte de nos recherches que l'inflammation gangréneuse de l'appendice iléo-cœcale n'est pas une maladie fort rare, puisqu'à Paris, et seulement dans l'espace de dix ans, on en a observé sept exemples constatés par l'autopsie cadavérique; on peut même avancer qu'un nombre bien plus considérable a échappé à l'investigation des médecins, parce que ces lésions n'ont point été soumises à cette dernière exploration.

En analysant ces diverses observations, nous croyons pouvoir assigner à cette phlegmasie les caractères suivans : Douleur circonscrite dans la fosse iliaque droite, nausées, vomissemens; bientôt douleur abdominale plus étendue; presque toujours marche rapide; constamment, et en quelque sorte inévitablement, terminaison funeste.

Ces phénomènes sont tellement tranchés, que dans une consultation le docteur Sévestre, qui voyait cette maladie pour la seconde fois, n'hésita pas, en présence de M. Alibert, à annoncer une inflammation de l'appendice iléo-cœcal, et à pronostiquer un dénouement prompt et fatal, dont la cause fut peu de jours après mise en évidence par l'examen du cadavre.

Enfin, nous ajouterons que cette phlegmasie nous paraît devoir désormais trouver place dans tout cadre nosologique ou nosographique.

Paris, 25 janvier 1835.

LOUYER-WILLERMAY,
Membre de l'Académie royale de médecine.

RÉCLAMATION.

Paris, le 3 février 1835.

Monsieur le rédacteur,

Dans une note historique sur la lithotritie, publiée dans le numéro de novembre du *Journal des connaissances médicales pratiques*, j'avais signalé quelques assertions inexactes avancées par M. Leroy (d'Étiolles), dans une série d'articles que ce journal avait accueillis. J'avais aussi rétabli certains faits importans, omis par notre honorable confrère, et qui appartiennent irrévocablement à l'histoire de l'art.

En parlant des comptes-rendus de M. Civiale sur le service des calculeux à l'hôpital Necker, j'avais cru devoir, dans l'intérêt seul de la science et de la vérité, relever quelques contradictions entre les faits offerts par les registres de cet hôpital et ceux présentés dans les deux rapports lus à l'Institut, et notamment dans le rapport de M. Larrey (25 avril 1831), invoqué par M. Leroy. J'avais dit à ce sujet (pag. 121 du Journal cité): « Le premier rapport fut fait par M. le baron Larrey; il contenait *des erreurs* qui furent constatées alors en temps utile. »

L'estimable académicien a réclamé contre cette assertion, en déclarant (page 160, numéro de décembre du journal cité), « que son rapport, *d'une exactitude rigoureuse*, était appuyé d'un *état en règle* signé par la direction de l'hôpital, ainsi que de notes détaillées des chirurgiens internes qui avaient assisté aux opérations de M. Civiale. » Puis il ajoute : « *Toutes ces pièces authentiques* sont déposées au secrétariat de l'Institut. »

J'ai dû dès lors demander la communication de ces documens; je ne devais pas croire qu'elle me serait refusée. J'ai été fort surpris en apprenant que M. Larrey lui-même avait expressément défendu de montrer les pièces dont il est question et auxquelles pourtant il renvoie.

Tant que l'honorable rapporteur persistera à soustraire aux investigations du public les renseignemens qui ont servi de base à son rapport, je serai autorisé à maintenir pour vrai ce que j'ai avancé. L'opinion que j'ai émise est, au reste, établie sur des pièces puisées à bonne source; elles sont, je pense, d'une *exactitude rigoureuse*. J'ai un *état en règle* de tous les malades admis à l'hôpital Necker, dans le service des calculeux, depuis sa fondation. J'ai aussi sous les yeux la copie des notes détaillées qu'invoque M. Larrey. Or, ces pièces donnent des résultats bien différens de ceux signalés dans le rapport fait à l'Académie des sciences. Je déclare donc que ce rapport contient des erreurs, et des *erreurs graves*; elles n'ont pu provenir sans doute que de la trop grande confiance accordée par l'estimable académicien à des documens qui n'avaient peut-être pas toute l'authenticité qu'il leur accorde. M. Larrey doit tenir plus que personne à ce que la vérité se fasse jour sur cette affaire. Loin de lui savoir gré des sentimens d'*égard* et d'*indulgence* qu'il ont porté, dit-il, dans sa réclamation, à ne pas faire imprimer son rapport et les pièces à l'appui, on pourrait peut-être lui attribuer des intentions que repousse, j'en suis personnellement convaincu, la probité de son caractère, pour laquelle j'ai la plus grande vénération.

Telles sont, monsieur le rédacteur, les explications que je vous prie d'avoir la bonté d'insérer dans l'un des plus prochains numéros de votre estimable journal. M. le rédacteur du *Journal des connaissances médicales pratiques*, à qui je les avais adressées, a sans doute oublié de leur accorder une place dans sa feuille.

Agréez, etc.,

Henri LEDAIN.

SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES PAR LA POTASSE CAUSTIQUE; et sur la véritable signification des mots : « kali purum. »

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 24 janvier 1835 de votre journal se trouve une analyse d'un travail sur les tumeurs érectiles; je n'ai eu qu'un but en publiant ce mémoire, celui de faire ressortir les bons effets d'un traitement presque ignoré en France; et je suis heureux d'avoir déjà réussi. M. Roux vient d'employer la potasse caustique pour la guérison d'une tumeur érectile pulsative; d'autres suivront bientôt, je l'espère, son exemple. Je pourrais bien facilement, monsieur, réfuter les reproches de votre critique; je pourrais aisément lui démontrer qu'il juge trop légèrement les difficultés du sujet; mais je me bornerai, dans l'intérêt de la science, à relever une erreur contenue dans l'analyse de ce mémoire. « M. Wardrop (c'est le critique qui parle), dit dans ses leçons qu'il emploie le *kali purum*, que nous avons traduit par soude pure ou soude caustique; M. Tarral assure que M. Wardrop se sert de la potasse. » Si le critique veut se donner la peine d'ouvrir un dictionnaire anglais, il trouvera que le *kali purum*, le *potassa fusa*, le *lapis causticus*, etc., signifient en effet la potasse caustique. La soude caustique est presque inusitée en Angleterre comme en France; et le professeur Thompson, de Londres (*v.* sa *Materia medica*), pense que la potasse caustique a beaucoup de supériorité sur la soude caustique dans la destruction des tissus vivans; enfin je conseillerai l'usage de la potasse parce qu'elle a toujours été employée et jusqu'à présent suivie de succès.

Agréez, etc.

C. TARRAL (de Londres).

Paris, 3 février 1835.

N. du R. Le passage cité par M. Tarral appelait cette rectification. Tous ceux qui transportent d'une langue dans une autre des écrits purement scientifiques savent quelles difficultés ajoute à ce travail la confusion des mots techniques, dont aucun dictionnaire ne donne la valeur relative, et que les nationaux même sont quelquefois embarrassés pour traduire. Nous avons plus d'une fois rencontré des difficultés de ce

genre; et alors, à côté de la traduction, nous avons toujours eu soin de rappeler le texte original, afin de mettre au besoin le lecteur à même de rectifier un sens douteux ou mal entendu. C'est ce qui est arrivé ici. M. Wardrop, dans ses leçons imprimées, ne parlait ni de *potassa fusa*, ni de *lapis causticus*, mais uniquement de *kali purum*, et tous nos dictionnaires anglais traduisent *kali* par *soude*; la potasse porte un autre nom. Le langage médical a donc ici renversé le langage ordinaire en transportant le nom d'un alcali à l'autre; toutefois, dans le doute, nous avions suivi le sens ordinaire en reproduisant l'expression anglaise, et nous remercions pour notre part M. Tarral de nous avoir indiqué cette utile rectification.

BIBLIOGRAPHIE.

THE CYCLOPOEDIA OF PRACTICAL MEDICINE, edited by J. FORBES, A. TWEDIE, J. CONOLLY. London (1).

Déjà cet ouvrage, dont nous analysions le premier volume au commencement de 1834, arrive à sa fin. Les éditeurs, qui n'avaient annoncé d'abord que trois volumes, ont reconnu la nécessité d'en ajouter un quatrième, et maintenant la publication est assez avancée pour que l'on soit assuré que ce nombre ne sera pas dépassé. Ils annoncent en même temps qu'ils publieront avec la dernière partie une histoire de la médecine pratique, une bibliographie médicale que l'on regrettait de ne pas trouver à la suite de chaque article et un index général. Au reste, à part ce changement, l'*Encyclopédie de médecine pratique* n'offre aucune modification dans sa publication, dans son plan ni dans sa direction. Aussi nous allons entrer immédiatement en matière et parcourir les deux volumes (deuxième et troisième) que nous avons en ce moment sous la main.

Dans un ouvrage qui a pour but d'éclairer le praticien, de lui servir de guide, même dans les cas les plus difficiles, l'étude des convulsions méritait une attention toute spéciale; aussi ne sommes-nous point étonnés de l'étendue qui a été donnée à l'article *Convulsions*. Sans doute il est facile de dire dans un ouvrage purement théorique que les convulsions ne sont que les symptômes d'un état morbide de l'encéphale ou du tissu des nerfs, et de renvoyer à l'étude de l'encéphalite ou des maladies du système nerveux; mais le médecin appelé auprès d'un malade attaqué de convulsions ne peut pas toujours, et même nous dirons peut rarement, remonter à la lésion organique qui les cause, et cependant il est obligé de chercher dans ce qui se passe sous ses yeux les indications qui doivent le guider dans le choix du traitement. De là la nécessité d'étudier avec soin les symptômes, qui souvent pourront seuls guider le praticien tant que la science n'aura pas fait assez de progrès pour que l'on puisse ne s'en occuper qu'à l'occasion du diagnostic.

Un fait que l'on a peut-être trop souvent oublié, c'est que les convulsions dépendent plus de la constitution du sujet que de la maladie dont il est affecté. En effet, les constitutions dans lesquelles le tempérament nerveux prédomine sont le plus sujettes aux affections convulsives; il n'y a pas de maladie dans laquelle on observe constamment des convulsions, à l'exception de celles où elles sont le phénomène morbide prédominant, tandis qu'il est des sujets chez lesquels toutes les affections sont compliquées de mouvemens convulsifs.

Nous sommes dans l'ignorance la plus complète sur l'essence de la force nerveuse; mais nous savons, dit M. Crawford, l'auteur de l'article *Convulsions*, que dans certaines limites son irritabilité augmente en proportion que son énergie diminue. On peut donc établir d'une manière générale que ce n'est pas dans les moyens propres à débiliter encore le système nerveux que l'on doit chercher ceux que réclame le traitement des convulsions générales.

Quand les convulsions dépendent d'une affection primitive du cerveau ou de la moelle épinière, le traitement est indiqué par la nature de la maladie elle-même; mais il s'en faut qu'elles soient constamment, ainsi qu'on l'a prétendu, symptomatiques d'une affection de l'un de ces deux centres nerveux. Le cerveau prend certainement une part active dans les convulsions, surtout lorsqu'elles sont générales; mais ce n'est pas toujours dans son état organique que l'on doit chercher la cause qui les a déterminées. Ainsi, chez les femmes qu'une odeur forte, une musique profondément expressive, la vue inattendue de quelque objet d'intérêt ou d'aversion, fait tomber en convulsions, ce n'est pas dans l'encéphale seulement, mais bien dans la susceptibilité nerveuse dont elles sont douées, qu'on peut en trouver la cause.

Une autre erreur que l'on a souvent commise, et sur laquelle le docteur Crawford appelle spécialement l'attention, c'est celle dans laquelle tombent les médecins qui rapportent toutes les convulsions ou au moins la plupart d'entre elles à l'inflammation du cerveau ou à un état approchant de l'inflammation, à l'irritation (dans le sens que l'école physiologique attache à ce mot), et qu'ils supposent réclamer la même médication. Il est arrivé fréquemment, dit-il, que l'on a considéré comme des symptômes de l'inflammation du cerveau, la pesanteur de tête avec disposition aux vertiges, les mouvemens convulsifs des traits et des sourcils, le battement redoublé des temporales et des carotides, l'anxiété et l'insomnie avec alternative de frisson et de chaleur morbide, l'irrégularité et la rapidité du pouls, et même les soubresauts des tendons, tandis que tous ces phénomènes indiquent cette irritabilité extrême du cerveau et du système nerveux, que le docteur Whitelock Nicholl a appelée avec tant de justesse *éréthisme cérébral*. Cette erreur grave conduit à l'adoption de moyens qui ne peuvent qu'aggraver cet état morbide. Les saignées copieuses et fréquentes auxquelles on croit devoir recourir dans ces cas, paraissent bien apporter un peu de soulagement temporaire lorsqu'il y a quelques signes de pléthore, mais elles ne font qu'augmenter cet éréthisme et les accidens qu'il entraîne. Les cas de ce genre sont très-nombreux, et l'une des causes d'erreur les plus fréquentes et en même temps des plus funestes dans la pratique.

Le docteur Locock, qui a fait l'article Convulsions des enfans et convulsions puerpérales, insiste aussi sur le même point, et condamne la saignée générale dans le traitement des convulsions puerpérales, lorsque la femme a été débilitée soit par une perte de sang abondante, soit par une longue maladie. On ne doit point oublier que les animaux qui meurent d'hémorrhagie éprouvent des convulsions au moment de la mort; et il est probable que chez quelques-unes des femmes chez lesquelles elles surviennent après des pertes abondantes, elles dépendent de la même cause. Mais lorsque la malade est dans des circonstances différentes, il recommande de tirer une grande quantité de sang, et dans un espace de temps aussi court que possible.

Les autres articles du même auteur ont tous rapport aux maladies des femmes et présentent quelques faits qui, sans être nouveaux, sont cependant encore peu connus parmi nous, et dont la connaissance n'est pas à dédaigner dans la pratique; ainsi aux articles *Lactation*, *Leucorrhée*, nous trouvons de nouveaux exemples de l'extension qu'a pris dans la pratique des médecins anglais l'emploi du nitrate d'argent; ainsi encore à l'article *Dysmenorrhée* l'auteur signale une forme de cette maladie, qu'il dit avoir rencontrée souvent et qui a été également observé par le docteur Gooch et par le docteur Dewees, en Amérique, et qui existant en même temps que des symptômes du rhumatisme, cède très-bien à l'emploi du gaïac et du colchique en même temps que le rhumatisme.

Les autres articles sur les maladies des femmes sont du docteur Lee et du docteur Marshall-Hall, dont les opinions sont connues des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

L'article *Croup* est du docteur Cheyne, médecin général des armées en Irlande, et qui avait déjà publié un traité sur cette maladie longtemps avant que Napoléon eût mis la question du croup au concours. Le docteur Cheyne a eu en Irlande et en Écosse de fréquentes occasions d'observer le croup, qui peut y être considéré sur quelques points comme une maladie endémique. Il a remarqué qu'il frappe surtout, à Dublin, sur les enfans des malheureux qui demeurent au bord des canaux dont la ville est environnée, et qu'il règne en Irlande et en Écosse aux environs de tous les grands amas d'eau, qu'elle soit douce ou salée, courante ou stagnante. L'auteur s'élève surtout contre l'opinion des médecins français, qui sont disposés à confondre le croup avec l'angine maligne épidémique. Il admet bien quelques rapports entre ces deux affections, mais cette ressemblance partielle ne suffit pas, selon lui, pour qu'on les réunisse en une seule maladie. « Quelle identité, dit-il, peut se trouver entre deux affections dont l'une est causée par le froid et l'autre par la contagion, dont l'une est toujours de nature inflammatoire et l'autre ordinairement adynamique; dont l'une réclame un traitement antiphlogistique actif, et l'autre les stimulans locaux les plus énergiques, les toniques et les cordiaux, le vin et le quinquina? Si cette opinion, continue-t-il, était vraie, le traitement du croup, qui est aujourd'hui d'une grande simplicité, deviendrait complexe, difficile et incertain. » Voici le traitement que conseille le docteur Cheyne. Aussitôt que l'enfant présente une toux rauque qui peut inquiéter, il prescrit le repos, les bains tièdes, un régime adoucissant et surtout la potion sti-

(1) Encyclopédie de médecine pratique, publiée par les docteurs Forbin, Twedie et Conolly.

vante, dont on prendra une drachme d'heure en heure ou toutes les deux heures, si celle détermine des nausées.

Prenez : Vin d'ipécacuanha, 3 gros.
Sirop de tartre, 5 gros.
Mucilage d'acacia, 1 once.

Lorsque la respiration est affectée ou que les symptômes inflammatoires commencent à se dessiner, un émétique est administré sans délai, et le sang tiré du bras ou de la veine jugulaire chez les très-jeunes enfans, et ensuite, toutes les 2 ou 3 heures, on donne une dose d'un mélange de calomel et de la poudre de James, dans la proportion de deux, trois ou quatre grains du premier pour deux ou trois de la seconde. Le malade est mis dans un bain tiède; et si, après la troisième dose de la poudre, son action sur les intestins n'a pas encore commencé à s'exercer, on administre une dose d'huile de ricin.

De nouvelles saignées sont pratiquées soit au bras, soit par des sangsues, si le cas l'exige; et enfin on continue l'administration du tartre émétisé à la dose d'un demi-grain ou plus s'il est nécessaire, pour obtenir des nausées et des vomissemens toutes les deux ou trois heures, et aussi long-temps que l'état des forces le permet.

Tous ces moyens employés dans l'espace de quelques heures paraîtront très-actifs; mais on sait aussi que le sort des malades doit être décidé en quelques heures, et qu'il n'y a pas de temps à perdre. Voici encore un moyen que le même auteur dit avoir employé avec succès lorsque l'inflammation était violente et la constitution du sujet robuste. Quelques minutes après avoir donné l'émétique, et avant que les nausées aient commencé à se faire sentir, il fait ouvrir la veine et à peine quelques onces de sang sont écoulées, que des vomissemens abondans et des selles copieuses surviennent presque simultanément. Il produit ainsi une puissante impression avec une très-faible perte de sang.

La maladie que les médecins désignent sous le nom de *delirium tremens* paraît être rare en France, tandis qu'en Angleterre elle est fréquemment observée, au moins si nous établissons notre jugement d'après les journaux de médecine anglais, où nous en voyons souvent des exemples. A quoi tient cette différence entre ces deux contrées? Dépendrait-elle uniquement de ce que l'abus des liqueurs alcooliques, auquel on attribue la production de cette maladie est plus fréquent de l'autre côté du détroit que chez nous? Cette circonstance peut avoir quelque influence sur la différence que nous venons de signaler, mais nous ne pensons pas qu'elle suffise pour l'expliquer entièrement. Ne pourrait-on pas l'attribuer aussi à la disposition où nous sommes en France à localiser toutes les maladies et à considérer comme des cas d'arachnitis ou d'inflammation du cerveau tous ceux où il y a un délire un peu aigu et non tant. Quoi qu'il en soit de ces deux explications, l'auteur de l'article *delirium tremens*, le docteur Carter, adopte l'opinion de Suttoo et des nombreux médecins anglais qui s'en sont occupés, et le considèrent comme une maladie particulière, exigeant un traitement spécial, et qu'il serait funeste de confondre avec les maladies auxquelles il ressemble le plus, et qui réclament un traitement tout différent.

L'article *Diabète* du docteur Bardsley, médecin de l'infirmerie de Manchester, et qui avait déjà consigné d'importantes recherches sur cette maladie dans l'ouvrage qu'il a publié il y a quelques années, *Facts and observations*, est plein d'érudition et de recherches pratiques d'une grande importance. Nous nous contenterons de conclure avec lui des faits nombreux qu'il a réunis dans son article: 1° que la nature du diabète nous est encore entièrement inconnue; 2° que dans la plupart des cas, c'est l'estomac qui est primitivement affecté, et que les reins ne prennent part à la maladie que par suite du passage de la matière sucrée; 3° que l'emploi d'une diète exclusivement animale n'est efficace que parce qu'elle suspend l'introduction dans l'économie des matériaux qui disposent à la formation du sucre, et qu'elle opère un changement favorable dans l'assimilation; 4° que les moyens les plus efficaces pour suspendre les progrès de la maladie, et même pour la faire disparaître entièrement sont le *régime animal*, l'*opium*, les *diaphorétiques* et les *bains chauds* combinés en même temps ou administrés successivement, et que ces moyens pourront être aidés avec avantage de l'application de ventouses et de vésicatoires dans la région des reins, de saignée dans les cas où la maladie offrira des caractères très-aigus, d'eau de chaux et d'acide nitrique pour boisson; 5° qu'il n'est pas un seul moyen qui puisse être employé dans tous les cas.

Nous avons exposé ailleurs la théorie du docteur Hope sur les bruits du cœur. Nous trouvons l'application de quelques-unes de ces idées à l'article *Dilatation*. On sait combien il est difficile de mesurer exactement avec l'échelle proposée par Laënnec le degré que peut avoir acquis la dilatation du cœur chez un sujet. Le docteur Hope conseille pour y arriver d'observer combien le premier bruit du cœur ressemble au second, et de comparer l'intensité du premier, entendu immédiatement au-dessus du ventricule affecté, avec celui que nous supposerions devoir être entendu chez le même sujet dans l'état sain. Ce qui le guide dans le jugement qu'il porte sur le premier bruit, c'est moins son étendue que sa vitesse et sa clarté; car il croit que ce bruit est souvent plus fort dans la dilatation avec hypertrophie ou bien dans la dilatation sans modification de l'épaisseur des parois, que dans la dilatation avec amincissement.

L'opinion de Bertin, qui pensait que la dilatation du cœur n'est jamais une maladie primitive, et qui admettait dans tous les cas l'existence d'un obstacle au cours du sang, n'est pas partagée par l'auteur. Il existe, selon lui, d'autres causes, dont quelques-unes sont propres au cœur lui-même, telles que la faiblesse du cœur, soit par une conformation congéniale, soit par une maladie.

Deux autres articles du même auteur sont dignes de la réputation qu'il s'est faite dans l'étude des maladies du cœur. L'*hypertrophie du cœur*, sur laquelle les travaux des médecins français semblaient avoir laissé peu à dire, la *péricardite* et la *cardite*. Il attribue l'hypertrophie du cœur aux mêmes causes qui produisent sa dilatation, c'est-à-dire à toutes les causes qui peuvent accélérer ou retarder la circulation et occasioner une pression extraordinaire du sang sur le cœur. Ainsi, en supposant qu'aucun agent intermédiaire ne vienne compliquer l'action de ces causes, elles détermineront une hypertrophie, ou une dilatation, ou ces deux altérations à la fois, suivant que la prépondérance est du côté de ces mêmes causes ou du côté de la réaction qu'oppose la cavité à leur action.

M. Hope ne pense pas, avec la majorité des pathologistes de l'époque, que les symptômes de la plupart des affections organiques du cœur soient les mêmes. La difficulté, dit-il, que l'on éprouve à distinguer ces différentes affections tient à ce qu'on les a surtout étudiées dans les cas où elles existent simultanément, tandis que c'est seulement lorsqu'elles sont isolées qu'on peut espérer d'apprécier les symptômes qui sont particuliers à chacune d'elles. L'exposition de ces différens signes, qui sont présentés ici avec toute la clarté que comporte le sujet, nous entraînerait dans de trop longs détails.

M. Hope adopte à peu près la méthode de traitement qu'a conseillée Laënnec sous le nom de méthode de Valsalva. Cependant il fait remarquer que, malgré le soulagement que procurent les premières saignées, il arrive souvent que quand ce traitement est suivi avec trop d'activité, les paroxismes reviennent avec plus de violence et plus fréquemment, et que sa terminaison funeste est accélérée. Il attribue cette influence fâcheuse du traitement à ce que la réaction qui suit toujours la saignée augmente la violence de l'action du cœur, et, au lieu d'être calmée, est au contraire augmentée par la répétition des évacuations sanguines et par l'appauvrissement du sang.

Parmi les signes physiques de la *péricardite*, cette maladie dont le diagnostic est si difficile qu'elle est le plus souvent méconnue, le docteur Hope cite surtout les suivans, qui nous paraissent mériter quelque attention: 1° l'impulsion du cœur est remarquable non-seulement par sa vigueur, mais par sa rapidité, semblable à un coup de fouet (*jerking character*), et qui souvent ébranle toute la paroi antérieure de la poitrine; 2° le bruit de la systole des ventricules non-seulement offre une sonoréité beaucoup plus prononcée, mais encore est accompagnée d'un bruit de soufflet (*bellow murmur*); quelquefois le même murmure accompagne le bruit de la diastole.

Les *adhérences du péricarde* semblent au docteur Hope une altération beaucoup plus grave que ne le pensait Laënnec; il leur attribue surtout une très-grande influence sur la production de l'hypertrophie du cœur, influence qu'il explique par l'obstacle mécanique qu'opposent ces adhérences aux mouvemens de l'organe.

Le docteur Carswell a contribué pour une large part à la collaboration de l'Encyclopédie de médecine pratique; nous remarquons surtout les articles *induration*, *mélanose*, *squirrhe*, *perforation des viscères* et *mortification*. Nous nous arrêterons quelques instans seulement sur l'article *mélanose*, afin de faire connaître quelques recherches nouvelles de l'auteur sur un sujet qui n'est pas dépourvu d'intérêt. Il distingue deux espèces de mélanose, la vraie mélanose, dont la matière se trouve primitivement dans le sang, et dans la composition de laquelle n'entrent que les parties élémentaires de ce fluide, et la fausse mélanose. Il divise ensuite cette dernière en deux espèces distinctes, l'une qui n'a encore été étudiée que par les médecins anglais sous le nom de *pseudo-melanosis*, et qui consiste dans le dépôt d'une matière charbonneuse au milieu du tissu des poumons. Il en a été trop souvent question dans les revues de journaux anglais que publie la GAZETTE MÉDICALE, pour que nous nous arrêtions sur ce sujet. Enfin l'autre espèce qu'il attribue

à l'action d'agens chimiques, qu'il n'a étudiée que depuis quelques années, et sur laquelle son attention fut appelée à l'époque où il faisait des expériences sur la dissolution chimique ou sur la digestion de l'estomac. Ayant remarqué qu'en même temps que les parois de l'estomac étaient complètement ramollies par l'action d'un fluide acide, le sang contenu dans les veines de cet organe prenait une couleur noire très-foncée, il fut conduit à attribuer la production de cette couleur noire à l'action de l'acide gastrique sur le sang contenu dans les veines qui sont en contact avec ce fluide. Ainsi s'expliquent, dans l'opinion du docteur Carswell, ces colorations noires que l'on rencontre si fréquemment dans l'estomac et les intestins, sous quelque forme qu'elles se présentent, sous celle de points, de rameaux ou de larges taches. Il explique encore de la même manière la coloration noire que prend le sang épanché dans l'estomac ou les intestins, et qui est due à l'action de l'acide gastrique ou de l'hydrogène sulfuré de ce fluide. De cette théorie resulte une explication très-simple de la différence qui existe entre le sang de l'hémathémèse et celui du melœna.

La maladie des reins décrite par le docteur Bright et à l'occasion de laquelle il s'est élevé une discussion entre quelques médecins de Londres et les médecins d'Edimbourg, qui ont admis l'opinion du docteur Bright et l'ont appuyée de recherches d'une grande valeur, est rapportée à l'article *Hydropisie*, par le docteur Darwall, qui émet une opinion différente de celles déjà avancées à cette occasion. Il pense que l'urine albumineuse n'est pas l'effet de la lésion des reins, mais dépend de l'altération du sang qui ne fournit plus aux reins les mêmes élémens pour la sécrétion urinaire. Quant à l'altération du docteur Bright elle ne s'en lie pas moins, dans cette opinion, à l'altération de la sécrétion urinaire; mais seulement elle a changé de rôle; au lieu d'être cause elle devient effet; elle est le résultat de la modification qu'a éprouvée la sécrétion de l'urine. Si cette opinion était démontrée elle fournirait donc un nouvel exemple d'une lésion organique dépendant d'une altération de fonction. Cette opinion se rapproche beaucoup de celle du docteur Bardeley sur la cause du diabète et que nous exposions à l'instant. Nous convenons que, sans nous convaincre immédiatement, elle nous fournit une explication assez satisfaisante d'un fait qui nous a souvent frappé et qui avait déjà été signalé par le docteur Bright, pour que nous l'examinions avec quelque attention. Parmi les cas où l'urine est albumineuse, il en est où l'altération des reins est si peu avancée qu'elle est très-facilement méconnue quand la mort arrive peu de temps après l'apparition de l'albumine dans l'urine, en sorte que ce symptôme serait le même à toutes les époques de la maladie, et même la précéderait dans un certain nombre de cas. Il semble donc plus naturel d'admettre avec le docteur Darwall que la présence de l'albumine dans l'urine dépend d'une modification du fluide qui fournit les matériaux de l'urine, et que, soit le surcroît d'énergie qu'entraîne ce changement dans l'action des reins, soit le contact seul de l'albumine, suffit pour déterminer l'altération dont nous parlons; de même que le contact de la matière sucrée de l'urine du diabète, ou la modification qu'elle entraîne dans l'acte sécrétoire du rein, finit par déterminer les altérations du rein que l'on trouve chez les diabétiques qui ne succombent qu'après que la maladie a duré quelque temps, de même que la difficulté qu'apporte à la circulation du sang un obstacle soit mécanique, soit nerveux, au libre cours de ce fluide, détermine après un temps plus ou moins long une hypertrophie ou une dilatation du cœur.

Cependant, tout en admettant que cette maladie peut dépendre d'une altération du sang, nous ne devons pas considérer cette altération comme primitive, mais en chercher la cause dans la modification de l'une des fonctions qui contribuent à la formation du sang, telles que la digestion, l'assimilation, l'hématose, etc.; car, ainsi que le dit le docteur Conolly à l'article *Maladie*, « la physiologie nous apprend que la formation des fluides n'est pas moins que celle des solides sous la dépendance de certaines fonctions dont le trouble précède souvent, peut-être même pourrait-on dire toujours, l'altération des fluides. »

VARIÉTÉS.

MORT DE M. DUPUYTREN.

La chirurgie et l'humanité viennent de faire une grande perte; M. Dupuytren est mort le 8 février, à trois heures et demie du matin.

Guillaume Dupuytren était né à Pierre-Buffière, département de la Haute-Vienne, le 5 octobre 1778; ses parens n'avaient pas de fortune, et ne songeaient même pas à l'envoyer à Paris. Celui qui devait un jour laisser une si grande renommée et une si grande fortune, jouait encore enfant sur la place de sa ville natale, pendant qu'un régiment de cavalerie la traversait; un officier de ce régiment ayant remarqué sur sa jeune physionomie, je ne sais quelle expression d'avenir dont il fut frappé, lui proposa de l'emmener à Paris; Dupuytren saisit cette offre, et n'hésita pas à se lancer dans cette vaste arène, où il a tracé depuis un si large sillon. Son arrivée à Paris date de 1790, il était donc âgé de douze ans. Bientôt son heureuse étoile et la providence le firent rencontrer par M. Thouret, médecin célèbre, qui le prit dans une grande amitié; Thouret le devina si bien, qu'à quelques années delà, une de nos Facultés de médecine ayant réclamé le jeune Dupuytren pour être professeur d'anatomie, « la ville de Montpellier, dit Thouret, n'est pas assez riche pour payer un tel homme. »

On sait assez depuis cette époque quelle fut sa marche ascendante; et M. Orfila a pris soin de le rappeler dans son discours.

Ce fut le 15 novembre 1833 qu'il fut frappé d'une légère atteinte d'apoplexie, à la suite de laquelle on remarqua un peu de paralysie dans la bouche et de la difficulté à s'exprimer. A force d'instances et de prières, il consentit à quitter pour la première fois ses devoirs et ses travaux; il partit pour l'Italie avec sa famille le 24 novembre 1833.

Il revint à Paris en mars 1835, dans un état en apparence assez satisfaisant; mais bientôt sa santé déclina de nouveau, il fut atteint d'une pleurésie qui fut d'abord méconnue, l'attention étant entièrement fixée sur l'affection cérébrale. Au mois de juillet, il voulut aller prendre les bains de mer; mais, au bout d'un mois, il revint de Tréport beaucoup plus malade qu'il n'était en partant. L'épanchement avait fait des progrès; il n'était plus possible de se faire illusion sur la nature du mal; tous les moyens furent employés, mais on n'obtint que du soulagement et jamais on n'espéra de guérison; enfin il expira le 8 de ce mois, à trois heures et demie du matin, dans sa cinquante-sixième année, ayant conservé jusqu'à la fin la pleine jouissance de ses facultés intellectuelles.

Il n'a pas cessé de donner ses consultations jusqu'au dernier moment, et la veille de sa mort il se fit lire son journal, comme à l'ordinaire, voulant, disait-il, porter là-haut des nouvelles de ce monde.

M. Dupuytren laisse une fortune évaluée à 7 millions. On connaît déjà la principale disposition de son testament; il lègue à la Faculté de médecine de Paris 200,000 fr. pour l'institution d'une chaire d'anatomie pathologique.

MM. Sanson et Bégin sont chargés de terminer son Mémoire sur la taille; M. Marx présidera aux autres publications, et il hérite en outre de tous les instrumens de son maître et de son ami. M. Dupuytren a laissé sa bibliothèque à son neveu; il n'a pas oublié non plus ses internes de l'Hôtel-Dieu ni même son fidèle domestique dont il a reçu jusqu'au bout les preuves du plus grand dévouement. Enfin il a, par une dernière volonté, légué son corps à MM. Broussais et Cruveilhier: ces deux professeurs aidés de M. le professeur Bouilland, de M. Delmas et de M. Marx, ont procédé à l'autopsie.

Le cerveau a présenté un volume remarquable; son poids, après avoir été en partie desséché, était de 2 livres 14 onces; on a trouvé dans le lobe droit les traces de l'ancien épanchement apoplectique. La cavité droite de la poitrine contenait une assez grande quantité de sérosité, et le cœur très-volumineux pesait 20 onces; le poids ordinaire du cœur est d'environ 12 onces. Les reins étaient ramollis, et renfermaient quelques graviers. On n'a pas trouvé de traces d'une gastro-duodénite qu'un de ses médecins avait cru reconnaître pendant la vie.

Les obsèques ont eu lieu le 10 février. De très-bonne heure les abords de la maison mortuaire, place du Louvre, en face les tombes de juillet, étaient envahies par une foule nombreuse. Les médecins les plus distingués et tout le corps médical de Paris, médecins et étudians, emplissaient la maison, la cour et la place du Louvre, malgré une pluie mêlée de neige qui n'a cessé de tomber tout le matin.

Parmi les notabilités présentes, on remarquait MM. Rothschild et Lemercier; les médecins et chirurgiens des divers hôpitaux de Paris, Husson, Bouilland, Fouquier, Chomel, Roux, Richerand, Lisfranc, Marjolin, Amussat, Civiale, Breschet, Marc, Auvity, Desgenettes, Alibert, Andral, Bally, Deneux, Double, Dubois, Ferrus, Duméril, Emery, Cruveilhier, Esquirol, Guersent, Lugol, Moreau, Orfila, Velpeau, Virey, etc.

Le cortége, composé des professeurs de la Faculté de médecine en robes rouges, d'une députation de l'Académie de médecine et de l'Institut, dans laquelle on remarquait MM. Poisson, Arago, Thénard, Larrey, Pariset, de plusieurs pairs, de plusieurs députés, d'artistes, d'un grand nombre de médecins de Paris, de tous les élèves de l'école; des serviteurs de l'Hôtel-Dieu, dont l'uniforme tranchait sur la couleur sombre du reste du cortége; et enfin de peuple, est parti à onze heures de la maison de M. Dupuytren, place Saint-Germain-l'Auxerrois. Le gendre du défunt, M. le comte de Beaumont, et quelques parens, étaient en tête du cortége; le char s'est dirigé par le quai de l'École, les rues du Roule et des Prouvaires, jusqu'à l'église Saint-Eustache, à peine assez vaste pour contenir ce prodigieux concours de monde.

Après le service, le convoi a pris la rue Montmartre et les boulevards pour se rendre au cimetière du père La Chaise; mais, en sortant de l'église, les élèves, qui avaient porté le cercueil sur leurs épaules depuis le chœur jusque sur le char, ont manifesté le désir de traîner le char. Les chevaux ont été dételés, et cet imposant cortége s'est remis en marche.

M. Orfila a pris le premier la parole au nom de la Faculté de médecine. Nous reproduisons ici un fragment de ce discours:

« Dupuytren naquit à Pierre-Buffière le 3 octobre 1777. Livré de bonne heure à l'étude de la médecine, il se fit bientôt remarquer de ses maîtres par une application soutenue et par d'heureuses dispositions; il commença surtout à cultiver avec ardeur l'anatomie, l'anatomie pathologique et la chirurgie. Doué d'une prodigieuse facilité d'élocution et d'un profond savoir, il attira la foule dès son début dans l'enseignement particulier, et prit rang parmi les hommes destinés à illustrer le professorat. Il fut nommé prosecteur en 1795, lors de la réorganisation de l'école, et avant l'âge de 18 ans. En 1801, il obtint la place de chef des travaux anatomiques, et en 1803 celle de chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu. Il fut appelé, en 1812, à remplir la chaire de médecine opératoire, vacante à la Faculté par la mort du célèbre Sabatier. Il devint enfin professeur de clinique chirurgicale en 1815, et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu en 1818. La plupart de ses nominations furent obtenues après des concours brillans et pénibles, dans lesquels Dupuytren eut à lutter contre des hommes d'un mérite transcendant, placés aujourd'hui à la tête de la médecine et de la chirurgie française. Aussi l'institution du

concours n'eut-elle jamais de plus éloquent défenseur que notre collègue ; on se souvient qu'en 1821, portant la parole au nom de la Faculté dans une séance solennelle, il demanda, dans un discours remarquable, le rétablissement de cette institution, supprimée depuis sept ans, et il proposa de tenir compte aux concurrens de leurs titres antérieurs. Cette idée, pleine de sens et d'équité, fut depuis accueillie avec empressement par la Faculté, et fait aujourd'hui la base de l'une des épreuves de nos concours publics.

» L'activité de Dupuytren, comme chirurgien de l'Hôtel-Dieu et comme professeur de la Faculté, ne s'est pas démentie un instant. Le conseil général gardera long-temps le souvenir des services qu'il a rendus aux pauvres dans le premier établissement hospitalier de Paris ; et s'il a constamment apprécié au plus haut degré le dévouement de Dupuytren aux malades qui lui étaient confiés, et les soins éclairés qu'il ne cessait de leur rendre, il se consolera difficilement aujourd'hui d'une perte qu'il doit déplorer autant que nous. D'un autre côté, la Faculté de médecine n'a jamais vu les devoirs du professorat remplis avec plus d'assiduité. Toujours, et dans les leçons et dans les actes, son esprit positif se décelait par les préceptes judicieux qu'il donnait, et par l'application immédiate qu'il en faisait à l'art de guérir. C'est surtout dans l'enseignement de la clinique chirurgicale, dont il a été chargé pendant dix-huit ans, qu'il s'est acquis une réputation qu'il sera difficile de surpasser. Obligé de disserter souvent sur des malades qu'il avait à peine le temps d'examiner, il étonnait toujours par la sûreté du diagnostic ; et lorsque la nécessité forçait de recourir à la dernière ressource de la chirurgie, qui mieux que lui savait se conformer à la maxime de Celse, dans le but de diminuer les souffrances, d'éviter les accidens et d'assurer le succès de l'opération ? S'il fallait citer ici toutes les questions médico-chirurgicales discutées et éclaircies dans les leçons de Dupuytren, je n'aurais qu'à tracer une table des matières dont la science se compose. J'appellerais surtout votre attention sur les instrumens et les procédés opératoires qu'il a imaginés, et sur un grand nombre de points qu'il a perfectionnés.

» .... Ce n'était pas assez pour Dupuytren d'avoir donné pendant sa vie des preuves de son inaltérable attachement à la Faculté et à ses élèves, il a voulu se survivre à lui-même par un dernier témoignage d'intérêt, et celui qu'il nous lègue en mourant doit, en perpétuant le bienfait, rendre impérissable la mémoire du bienfaiteur. La postérité se souviendra avec gratitude de cette généreuse disposition testamentaire qui dote notre enseignement d'une chaire d'anatomie pathologique. Il appartenait au savant distingué qui, par ses recherches, a tant contribué à naturaliser et à propager cette science en France, de créer un enseignement systématique, réclamé depuis long-temps par tous les bons esprits. Honneur au citoyen qui fait un si digne et si noble usage d'une fortune qu'il ne doit qu'à lui même, et qui, pour être sans exemple dans notre profession, n'en est pas moins le fruit de ses travaux. »

M. Larrey a pris ensuite la parole au nom de l'Académie des sciences ; M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine ; et M. Bouillaud, l'un des professeurs de la Faculté, a retracé par quelques paroles touchantes les derniers momens de cette vie laborieuse, pendant lesquels la fermeté de Dupuytren ne s'est pas une seule fois démentie.

Nous reproduisons les principaux passages de ce discours.

« Puisque d'autres vous ont raconté sa vie, permettez-moi, Messieurs, de vous le peindre à ses derniers momens.

» Après une lente et cruelle maladie, M. Dupuytren vit enfin que tout espoir de guérison était perdu. Il déploya alors une force de résignation dont il est peu d'exemples, et un courage vraiment stoïque ; il conserva jusqu'au dernier moment toute sa présence d'esprit, toute la netteté, la lucidité de son jugement. Jamais il ne prononça une seule parole qui pût attester la moindre faiblesse.

» Pendant une agonie de huit jours, il est aussi resté toujours maître de lui-même...

» Chaque instant de sa vie pendant ce douloureux et long martyre, était pour ceux qui l'approchaient une sorte de miracle ; il semblait que la mort hésitât à frapper une si grande victime, et à détruire une organisation que la nature avait si fortement trempée.

» M. Dupuytren s'occupa de la Faculté jusqu'à son dernier soupir ; de cette Faculté qui lui était si chère, dont il était l'une des plus grandes gloires ; et à laquelle il laisse en mourant une éclatante preuve de son généreux et libéral attachement.

» Ainsi, messieurs, chez M. Dupuytren les facultés intellectuelles ont survécu à toutes les autres, et bien que trois fois sillonné par la foudre apoplectique, son robuste et vaste cerveau a vraiment été l'*ultimum moriens*.

» Mais il faut finir. Cet immense concours d'élèves, ces dépouilles traînées comme en triomphe jusqu'à la tombe dans laquelle elles vont être déposées, voilà qui vaut mieux que nos faibles paroles ; voilà la plus éloquente des oraisons funèbres ; voilà l'éloge le plus digne de l'illustre maître dont nous déplorons la fin prématurée !

» Que cette terre reçoive donc ces restes précieux, puisque la France n'a point encore de Panthéon pour ceux de ses citoyens qui par leurs grands travaux et leurs nobles services ont bien mérité d'elle ! »

M. H. Royer-Collard, chef de la division des sciences et des lettres au ministère de l'instruction publique, qui fut élève interne à l'Hôtel-Dieu sous M. Dupuytren, a prononcé d'une voix émue un discours improvisé dont voici à peu près le texte :

« Messieurs,

» Ce n'est point pour me conformer à un triste usage que j'essaie d'ajouter quelques paroles à celles que vous venez d'entendre ; c'est pour acquitter un saint devoir ; c'est pour rendre, au nom des anciens élèves de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, un dernier témoignage de reconnaissance à celui qui fut leur maître. Ce nom de maître dit tout, messieurs, ce nom autrefois si vénéré, et qui semble presque descendre dans la tombe avec l'un des derniers qui l'aient porté.

» Je laisse à ceux dont l'âme est plus tranquille que la mienne le soin de raconter quelle fut sa vie, de rappeler ses éclatans succès, ses prodigieux travaux, ses immortelles découvertes. Le monde entier a vu sa gloire ; mais nous, élèves de l'Hôtel-Dieu, nous n'hésitons point à le dire, ceux-là seuls ont pu véritablement connaître et apprécier Dupuytren, qui ont marché pendant plusieurs années à ses côtés, qui ont suivi laborieusement et sans relâche, non-seulement ses leçons mais sa pratique, qui ont subi la sévérité de sa discipline, et qui, formés en quelque sorte de ses mains, nourris de ses exemples, animés de son ardeur, ont appris à pénétrer jusque dans la pensée du maître les ressources infinies de son art et les secrets intimes de sa science. Ceux-là seuls ont le droit de dire, parce qu'il leur a été permis d'en bien juger, combien son esprit était puissant, son coup-d'œil infaillible, sa main vite, sûre, infatigable. Ceux-là enfin, messieurs, ont vu par eux-mêmes ce qu'il y avait dans cet homme extraordinaire de rares et inappréciables qualités.

» Élèves de l'Hôtel-Dieu, je vous prends ici à témoin, en est-il un de vous qui, pendant ses courtes années d'études, se soit montré aussi constamment assidu que lui à ses devoirs, aussi zélé, aussi actif, qu'il l'a été pendant 35 ans ? Ne l'avez-vous pas vu toujours prêt, toujours le premier au poste, et toujours le dernier, revenant à toute heure du jour, laissant tout pour accourir au lit du pauvre, et lui prodiguer des soins que la fortune des riches n'aurait pu payer ! N'est-il pas resté le même jusqu'à la fin, et lorsque, vaincu par le mal et comme frappé de la foudre au milieu de vous, les forces lui manquèrent tout à coup, mais non le courage, n'a-t-il pas fallu l'arracher à ses travaux et l'emporter comme malgré lui ? Eh ! messieurs, quelles sont donc les faiblesses, les fautes même qui ne disparaissent auprès d'un si long et si admirable dévouement ? Est-il donc tant d'hommes qui puissent se présenter au jugement des hommes avec de pareils titres à leur reconnaissance ?

» Élèves de l'Hôtel-Dieu, témoins et compagnons de ses travaux, vous qui avez porté de toutes parts les enseignemens de votre maître et la gloire éternelle de son école, vous qui lui devez tout ce que vous êtes, son nom vous sera toujours saint et sacré ; vous resterez fidèles à sa mémoire ; vous la défendrez, s'il le faut, contre les erreurs ou les injustices des passions humaines. Hélas ! sa carrière a été bien rude ; puisse-t-il, du moins, obtenir après sa mort cette justice bienveillante qu'on lui a trop souvent refusée pendant sa vie ! »

Enfin M. Tessier, au nom des élèves actuels de l'Hôtel-Dieu, a prononcé quelques courtes et simples phrases de reconnaissance et d'adieu.

La cérémonie a fini à 4 heures. M. Dupuytren repose non loin du monument du général Foy, un peu sur la gauche, entre plusieurs tombeaux qui ne portent encore aucune inscription.

— Le journal des *Débats* ayant annoncé, dans un article sur les dispositions testamentaires de M. Dupuytren, que la chaire d'anatomie pathologique devait être mise au concours, M. Orfila a adressé à ce journal la rectification suivante :

Paris, ce 10 février 1835.

L'article inséré dans votre numéro d'aujourd'hui sur M. Dupuytren, contient un paragraphe qui me concerne, et sur lequel je crois devoir vous donner des renseignemens positifs.

Le 24 octobre dernier, M. Dupuytren me pria, en présence de M. et de Mme de Beaumont, de lui donner mon avis sur la clause de son testament relative au legs de 200,000 fr. qu'il faisait à la Faculté de médecine de Paris, pour l'établissement d'une chaire d'anatomie pathologique. « Mes enfans, dit-il, ont bien voulu consentir à ce qu'une partie assez considérable de ma fortune fût donnée à un certain nombre d'établissemens publics. La Faculté de médecine, à laquelle je suis attaché de cœur, et que je désire voir prospérer de plus en plus, recevra une grande part de ce legs. Mais je serais désolé que cette donation pût susciter des embarras à ma famille après ma mort. Je sais, ajouta-t-il, que la première nomination de toute chaire créée appartient à M. le ministre de l'instruction publique ; mais ne pourriez-vous pas témoigner à M. Guizot le désir que j'aurais de voir cet enseignement confié à mon ami le professeur Cruveilhier. » Il me lut alors l'article du testament qui intéressait la Faculté. Je le rassurai sur les craintes qu'il m'avait témoignées au sujet de ses héritiers, et je lui promis de m'employer activement à l'exécution de sa dernière volonté, en me conformant en tous points à ce qu'il venait de me dire. C'est alors, Monsieur, que j'exprimai le désir de lui voir modifier cette disposition testamentaire dans le sens que vous indiquez. Vous rendrez, lui dis-je, un plus grand service à l'enseignement, en affectant les 200,000 fr. à la fois à l'établissement du muséum d'anatomie pathologique et à la création de la chaire dont vous voulez doter l'école. Le muséum portera votre nom, qui se trouvera ainsi rattaché à deux immenses bienfaits. M. Dupuytren accueillit cette proposition avec faveur, et s'en entretint souvent avec M. Cruveilhier, l'un de ses médecins, qui l'encourageait beaucoup à la réaliser. Le 28 octobre, je donnai à M. Dupuytren l'assurance que, si le testament était modifié dans ce sens, le muséum serait établi dans un local particulier et la chaire créée. Il me serait difficile de vous dire, Monsieur le rédacteur, pourquoi la disposition testamentaire qui concerne la Faculté n'a pas été changée, mais ce que je puis affirmer, c'est qu'avant sa mort notre collègue a positivement dit à M. Cruveilhier qu'il s'en rapportait à moi pour la faire exécuter de la manière la plus utile à l'école. Il a en outre exprimé le désir que son neveu obtînt une place dans le muséum.

ORFILA.

Dans une lettre insérée le lendemain dans le *National*, M. Marx déclare aussi avoir ouï M. Dupuytren approuver le double usage du legs de 200,000 fr. ; en sorte que, malgré le silence du testament, la volonté de l'illustre défunt paraît assez nettement exprimée pour que nous puissions espérer de voir, à côté de la chaire nouvelle, s'élever le muséum Dupuytren.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 8. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 21 FÉVRIER 1835.

Gazette Médicale
DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois; et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier; 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'APPARITION DES FLUIDES GAZEUX DANS LE CORPS DE L'HOMME MALADE, par M. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon.

Tous les médecins s'accordent à reconnaître qu'un des phénomènes les plus généraux de l'économie animale, dans l'état morbide, est le mouvement fluxionnaire. Cette observation, faite de tout temps, se trouve consacrée dans cette sentence d'Hippocrate : *Ubi stimulus, ibi fluxus*. Or, comment se fait-il que, lors de la réapparition dans le champ médical de la théorie du vitalisme, malgré les rapides progrès ultérieurs de cette théorie, malgré les idées de Bordeu, de Barthez, de Bichat, etc., on se soit toujours laissé dominer, quand il s'agissait des gaz que présente le corps de l'homme malade, par des considérations presque entièrement chimiques, et qu'on n'ait jamais pensé à rattacher ce phénomène au même mouvement fluxionnaire auquel on attribuait tant de produits différens? Cependant les phénomènes gazeux qu'on avait attentivement observés dans l'état normal du corps de l'homme et de quelques animaux devaient mettre sur la voie de la vérité. Il est vrai que, dans ces derniers temps, on commençait à émettre vaguement sur ce sujet les idées d'exhalation, de sécrétion, d'irritation; mais il y avait loin de ces idées à une opinion arrêtée, démontrée. Ce qui a pu induire long-temps en erreur, c'est que l'on a sans cesse confondu dans les voies gastriques les gaz, résultat certain, incontestable de la digestion quelquefois normale, mais surtout plus ou moins irrégulière, avec tous les gaz qui apparaissent plus ou moins abondamment dans d'autres circonstances où il ne peut être nullement question de digestion. Aussi ces gaz étaient-ils généralement regardés comme le résultat de la décomposition des matières; quoique déjà des observations très-remarquables de Sydenham, qui avaient fixé un instant l'attention de ce grand praticien, montrassent l'exemple frappant d'évacuations purement gazeuses au lieu de selles liquides, à la suite de l'introduction d'un laxatif ou d'un purgatif. Dans ces dernières années encore, lors de l'invasion du choléra en France, avant la publication de mes lettres sur les gaz, on a dit et écrit que les gaz qui se présentaient dans les voies gastriques, aux diverses phases de cette terrible maladie, étaient dus à la décomposition de quelques matières contenues dans le canal intestinal; mais je répète encore ici ce que j'ai publié : les gaz, dans ces circonstances, ne sont que le résultat de la fluxion qui, au lieu d'être liquide, est simplement gazeuse. Beaucoup de personnes, à Paris comme ailleurs, non sujettes auparavant aux

Feuilleton.

DÉCISION ADMINISTRATIVE CONTRE UN HOMOEOPATHE.

Un élève de l'école secondaire de Grenoble, remplissant les fonctions d'*externe* au grand hôpital de cette ville, publie dans un journal une exposition des principes du système homœopathique. Les professeurs de l'école secondaire décident, sur la proposition d'un des médecins de l'hôpital, qu'une demande en radiation du tableau des élèves serait adressée au conseil de l'hospice de Grenoble. La plainte des professeurs était appuyée sur l'unique considérant : que M. Juvin avait « préconisé dans des écrits publics la doctrine de l'homœopathie, laquelle » doctrine est contraire à celle qu'on enseigne et qu'on pratique dans cet établis- » sement et aux vrais principes de la science. » Le conseil de l'hospice, se fondant sur un arrêté ministériel du 20 décembre 1806, qui investit le préfet du droit « d'exclure d'un hospice les élèves qui auraient manqué à l'ordre et à la » discipline dans des circonstances graves, » se contente de transmettre purement et simplement la plainte des professeurs au préfet. Le préfet, faisant droit, rend un arrêté par lequel le sieur Juvin est « rayé du tableau des élèves externes » de l'école secondaire de médecine de Grenoble. » Quelques jours après cette belle décision, un honorable médecin de Grenoble se plaint dans un journal que la peine est trop douce ou trop forte; qu'il fallait ou exclure tout-à-fait M. Juvin de l'école, c'est-à-dire l'empêcher de continuer ses études, ou se contenter de lui donner le fouet.

Voilà comment on a entendu l'administration, la justice, la science et les convenances dans cette affaire.

Examinons d'abord la question de droit.

Il est évident que le réglement ministériel sur lequel a roulé tout ce procès n'a eu en vue que des infractions à la règle et à la discipline intérieures des hospices; il a voulu donner à l'autorité les moyens de punir et d'exclure les élèves lorsque, par exemple, leur conduite serait un scandale, lorsque leur négligence ou leur insubordination porteraient le trouble dans le service de l'hôpital; dans le cas enfin où ils manqueraient, soit aux règles de l'honneur, soit aux devoirs spéciaux de leur service; et la preuve que ce réglement n'a pas entendu autre chose, c'est qu'il confère le droit de juger, de punir ou d'absoudre au préfet du département, lequel ne pourrait être compétent s'il s'agissait d'infractions aux règles de la science et aux principes des *vraies* doctrines.

Le préfet avait légalement le droit de prononcer l'exclusion d'un élève; il s'a-

gaz ou vents, n'ont eu qu'une sorte de cholérine gazeuse, au lieu d'une cholérine diarrhéique. Beaucoup de personnes qui viennent à Paris pour la première fois, et qui boivent de l'eau d'Arcueil ou d'autres eaux chargées de sulfate de chaux, etc., éprouvent des coliques et d'abondantes éruptions gazeuses en place de la diarrhée, et quelquefois en même temps avec la diarrhée. Tout cela arrive en vertu du même principe, le mouvement fluxionnaire. C'est un fait que l'on peut vérifier tous les jours; mais tout cela a été par moi suffisamment démontré; il s'agit ici d'attirer les regards sur d'autres faces de la même vérité.

L'idée de la décomposition des matières, comme cause de la formation des gaz, avait été aussi appliquée à tous les fluides de cette espèce qui se montrent dans les divers tissus du corps de l'homme malade. C'est encore là une erreur qu'il m'a fallu combattre. Lorsqu'à la suite d'un mouvement fluxionnaire morbide il se dépose dans quelque lieu de l'économie animale des matières liquides, demi-liquides, solides, qu'il y a plus ou moins dégénérescence, gangrène, etc., jamais, si ces matières sont tout-à-fait à l'abri du contact de l'air, il n'y a formation de gaz par le fait de leur fermentation, de leur décomposition putride. Ainsi, ne voyons-nous pas des épanchemens dans les diverses cavités, de vastes abcès, des amas de différens liquides avoir lieu, pendant un temps plus ou moins long, sans présenter le moindre gaz, soit durant leur séjour dans le corps, soit à l'ouverture des parois du sac qui les renferme? Ne voyons-nous pas de larges, de très-anciennes tumeurs avec confusion de tous les tissus, mélange de tous les liquides, dégénérescence dans quelques points, gangrène même dans quelques autres, avec des substances réduites à une sorte de putrilage, etc.; ne voyons-nous pas, dis-je, ces tumeurs, après leur extirpation, n'offrir à leur examen aucune parcelle de fluide gazeux? Ne connaissons-nous pas des exemples, lors des grossesses extra-utérines, de fœtus restés un grand nombre d'années dans l'abdomen, réduits à un petit volume par l'absorption, ou à une matière putrilagineuse, ou sortant partiellement par diverses ouvertures et à différentes époques, et cela sans le développement d'aucun gaz, soit à l'ouverture des corps qui les renferment, soit à leur issue de ces corps? Il est clair que si cette décomposition putride, cette fermentation avec formation de gaz était possible au milieu des matières amassées dans un tissu quelconque, sans contact de l'air (dans la cavité même de la matrice, cette décomposition avec gaz peut avoir lieu à cause du contact de l'air); ce phénomène aurait lieu dans tous les cas, ou du moins dans la grande généralité des cas; car il ne dépendrait entièrement que de circonstances physico-chimiques qui doivent bientôt se trouver les mêmes dans tous ces cas. Mais cela ne s'observe pas, et, dans les vues sages de la nature, cela ne pouvait être autrement. N'est-il pas évident en effet, que des gaz, développés toujours abondamment de cette manière, auraient bientôt causé les plus grands désordres et arrêté tous les mouvemens de la vie, soit par leur présence dans le lieu même de leur première apparition, soit, par leur trop grande absorption, dans le système circulatoire, où, comme je l'ai déjà démontré et comme je le démontrerai mieux plus tard, leurs effets sont souvent funestes et même mortels. La vérité est que les gaz qui paraissent dans ces cas, sont directement le résultat du même mouvement fluxionnaire qui a produit tous les autres phénomènes morbides; et alors, leur absorption pouvant se faire successivement et graduellement, en proportion de leur exhalation, comme cela a lieu pour d'autres substances, les effets fâcheux que je viens de signaler sont beaucoup moins à craindre. C'est lorsque l'absorption n'est pas en rapport avec cette exhalation, que nous voyons paraître des fluides gazeux dans le péritoine, la plèvre, le tissu cellulaire, avec les abcès, etc.; des faits, pour démontrer la vérité de ces principes, se présentent et se présenteront très-fréquemment aux médecins qui voudront bien fixer leur attention sur ce point intéressant de pathologie. Il y a peu de temps que de semblables faits se sont présentés à l'observation de M. Lisfranc, dans cet hôpital où il donne à un auditoire toujours très-nombreux de si bonnes leçons de clinique chirurgicale et de si beaux exemples d'habileté dans l'art des opérations. Dans les abcès par congestion, au traitement desquels il applique des considérations médicales qui l'ont conduit à de remarquables succès, il a déjà observé plusieurs fois que l'apparition, le développement des gaz plus ou moins fétides, qui avait fréquemment lieu dans l'intérieur du foyer purulent, diminuait ou augmentait ou restait stationnaire, ou que ces gaz disparaissaient enfin, selon qu'il employait plus ou moins activement le traitement antiphlogistique dirigé contre l'état fluxionnaire des parois du foyer; de manière qu'il était très-aisé, dans ces cas, de saisir le rapport qui existait entre le mouvement fluxionnaire des parois et le développement des gaz de la cavité de l'abcès (1).

Le développement des gaz, dans le corps de l'homme malade, est un fait qu'on ne peut méconnaître, relativement auquel il ne faut pas se contenter d'idées vagues plus ou moins chimiques, dont il faut rechercher et déterminer, autant qu'il est possible, la cause et l'origine, dont il faut, en un mot, assigner la place dans le cadre nosologique; car enfin, un fait pathologique aussi fréquent, aussi général que celui-là, vaut certainement bien la peine d'être sérieusement et attentivement étudié. Qu'est-ce qu'un gaz? Quelle différence y a-t-il entre un gaz, un liquide, un solide? Aucune, si ce n'est un rapprochement plus ou moins grand des molécules. La nature produit les gaz à l'intérieur ou à la surface des tissus par des procédés analogues à ceux qu'elle emploie pour produire les liquides. C'est toujours hors des cas de digestion, etc. que j'ai signalés dans mes lettres, c'est toujours, dis-je, le résultat d'un mouvement fluxionnaire qui constitue le phénomène ou un des phénomènes morbides les plus généraux de l'économie animale.

Voilà les idées que j'ai déjà présentées, mais que je développerai plus complétement encore dans un troisième mémoire où les gaz seront considérés dans le tissu cellulaire et les cavités des séreuses, mémoire dont je suis forcé de retarder de quelques mois la publication. J'ai désiré seulement par ces réflexions, appeler de nouveau l'attention sur ce sujet intéressant, où les faits, pour en parcourir toute l'étendue, ne manqueront certainement pas à ceux qui voudront s'en occuper, et où j'ose assurer que les observations recueillies par mes confrères s'accorderont avec ce qui me reste à dire, pour poursuivre l'histoire de l'apparition et des effets des fluides gazeux dans toutes les parties du corps de l'homme.

(1) Les observations où des tumeurs, suite de chutes, de coups, de contusions, etc., n'ont offert que des gaz qui ont souvent induit le chirurgien en erreur, observations dont j'ai cité déjà et dont je citerai plus tard encore de frappans exemples, s'expliquent absolument par les mêmes principes.

---

git seulement de savoir s'il a exercé convenablement ce droit à l'égard de M. Juvin, ou, en d'autres termes, si les faits imputés à M. Juvin étaient suffisamment graves pour motiver cette décision. Or, sur ce point, nous pensons que M. le préfet de l'Isère est allé beaucoup plus loin que ne le permettaient la lettre et l'esprit du réglement. Les considérans dont il a fait précéder son arrêté sont tous autant de preuves qu'il n'a pas bien compris l'étendue et la portée de son droit dans cette circonstance. Dans ces considérans, il se contente en effet de relater la plainte des professeurs à lui déférée par la commission administrative de l'hospice, et il adopte purement et simplement les conclusions de cette plainte. Or, les griefs articulés dans cette plainte contre M. Juvin se réduisent à de prétendues erreurs de doctrine, à de fausses opinions scientifiques, toutes choses sur lesquelles M. le préfet doit se reconnaître incapable de prononcer. Il a donc à peu près jugé de confiance et par pure déférence pour les professeurs. Or, ce n'est certainement pas là ce qu'a voulu le réglement. En investissant l'autorité supérieure d'un pouvoir aussi grand et susceptible de tant d'abus, le réglement a voulu, au contraire, donner à l'inculpé toutes les garanties d'impartialité et de lumières résultant de la position supérieure et indépendante du chef de l'administration; et pendant qu'il abandonne les peines disciplinaires légères, telles que la réprimande, à l'arbitraire du conseil des hospices, il confère spécialement l'exclusion au préfet, ne voulant pas laisser un pouvoir aussi exorbitant entre les mains d'une administration juge et partie à la fois; il a fait pour ce cas intervenir une autorité étrangère et supérieure. De cette distinction, et par suite des motifs même qui l'ont fait établir, il résulte que le préfet n'est pas chargé seulement de prononcer l'application de la peine, sur l'avis de l'administration de l'école, mais de juger l'affaire elle-même au fond, de décider qui à raison ou tort; enfin, il est par là constitué juge dans toute la rigueur du mot. Or, nous le répétons, dans l'affaire de M. Juvin le préfet ne pouvait pas condamner, par la raison que les faits allégués ne sont pas du nombre de ceux que la loi a prévus. La loi, ou le réglement qui est la loi, n'a pas entendu protéger des doctrines, des théories, des opinions, mais la morale et le bien du service. Dans tous les établissemens et corporations où les convenances de la hiérarchie et les intérêts de la chose ont fait établir un code disciplinaire, il n'a jamais été question de délits intellectuels, mais bien de délits moraux ou matériels, de ces délits qui peuvent porter atteinte à la considération morale du corps dans la personne d'un de ses membres, ou à l'ordre intérieur du service. On n'a jamais vu les avocats, par exemple, poursuivre et exclure de leur corps un confrère pour des erreurs en jurisprudence.

Il y a dans les considérans de la plainte des professeurs une phrase derrière laquelle le préfet pourrait peut-être se retrancher, parce qu'elle semble articuler un grief un peu plus palpable que celui d'homœopathisme. Cet élève, y est-il dit, préconise une doctrine contraire aux vrais principes de la science (ce qui veut dire de notre science); dans cet état de choses, il nous *est impossible* de compter sur son *zèle* et son *exactitude* à exécuter nos prescriptions dans le service dont il est chargé. » Cette allégation de défaut de zèle et actitude dans le service est une accusation réelle, appréciable, sur laquelle le préfet pouvait prononcer, et probablement elle n'a été mêlée à l'accusation d'hérésie que pour donner un peu de consistance à la plainte et dissimuler son absurdité. Nous remarquerons seulement que le défaut de zèle ne saurait être précisément un motif de pu-

PATHOLOGIE EXTERNE.

QUELQUES REMARQUES SUR UNE MALADIE PEU CONNUE, qui a son siége à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, pour faire suite à la description qu'en a donnée le Dr ROGNETTA; par M. le docteur GAUBE.

La maladie qui se manifeste au poignet et à la face palmaire de l'avant-bras, s'étendant parfois jusqu'aux doigts, et qu'a décrite M. Rognetta (GAZETTE MÉDICALE de 1834, n° 38, page 596) n'est pas très-rare; comme le pense l'auteur de cette description, ou du moins comme il a pu le penser d'après ce qu'il en a entendu dire à M. Dupuytren.

Après l'observation qu'il rapporte d'un cas de cette maladie, l'auteur fait les questions suivantes :

« Quelles sont d'abord les causes de la maladie que nous venons d'intituler *gonflement crépitant chronique de la face palmaire du poignet et de l'avant-bras?*

» Quels sont maintenant le siége et la nature du mal en question? »

Répondant principalement à la première des questions de l'auteur, je dirai ce qui s'est offert à mon observation sur l'étiologie de cette maladie, pour laquelle j'ai été assez souvent consulté par des personnes qui en étaient atteintes. Elle est occasionée notamment par certains exercices forcés de l'avant-bras et du poignet. Au temps de la moisson des blés, par exemple, des travailleurs à la coupe de cette récolte sont souvent atteints de cette affection, qui m'a paru avoir été déterminée par la fréquence des contractions forcées des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts, et par celle des abducteurs et extenseurs du pouce agissant sur des corps saisis *à trop pleine main*. C'est principalement dans la région et l'étendue que parcourent les tendons de ces muscles, que se montre la maladie appelée gonflement douloureux de la face palmaire de l'avant-bras et du poignet, et que la pression fait entendre une sorte de crépitation semblable au bruit qu'on entend en pressant de l'amidon entre les doigts, et parfois un bruit presque sonore, surtout lorsque le mal plus intense s'étend le long d'une partie des muscles long abducteur et court extenseur du pouce et sur le trajet de leurs tendons. En faisant exécuter alors au poignet, et parfois seulement au pouce, des mouvemens légers ou étendus de flexion et d'extension; en appuyant en même temps la pulpe d'un ou plusieurs doigts sur le siége de la douleur, on entend une sorte de bruit ressemblant assez à celui que produit le frottement, l'une contre l'autre, de deux petites branches d'un arbre agité par le vent; ou bien à celui que rendraient deux bandelettes tendues et cirées qu'on ferait mouvoir en sens opposé, fortement appuyées l'une contre l'autre. Ce phénomène se produit aussi durant l'acuité de la maladie, c'est-à-dire dans les premiers jours de l'accident. Je dis accident, parce que, il y a quelques jours seulement, j'ai encore fait cette remarque chez un lutteur qui venait d'essayer la force de son poignet avec un autre, étant tous les deux assis, l'un des coudes de chaque adversaire appuyé sur une table et rapprochés à trois à quatre pouces, les mains engagées l'une dans l'autre, se tenant les pouces par leur base, et chacun cherchant, dans cette position, à renverser la main de l'autre dans la supination par des efforts opposés de pronation.

Dans la coupe des blés, le coupeur porte ses quatre doigts, la main tenue en demi-supination, à travers les tiges du blé, en saisit une partie qu'il ramène vers le pouce tenu debout en-dehors des tiges et qui, pour chaque saisie, est fortement porté dans l'abduction afin de ramener un plus grand nombre de tiges lesquelles sont à l'instant réunies par la flexion de tous les doigts et du pouce, en un petit faisceau qu'il scie aussitôt avec une faulx tenue de l'autre main. Plusieurs petits faisceaux sont, avec rapidité, successivement formés et coupés de la même manière, et chaque fois poussés par un mouvement approprié des doigts, dans la paume de la main, entre les éminences thénar et hypothénar et entre l'indicateur et le pouce. A mesure que le faisceau ou la poignée augmente de volume, le pouce se trouve rejeté dans une plus forte abduction quoique, à chaque coup de faulx, il exerce, comme les autres doigts, un mouvement ou effort de flexion. La contraction de tous les muscles fléchisseurs est alors d'autant plus forcée que la poignée de tiges est plus volumineuse et que les épis sont plus pesans. Ces épis forment, par leur rapprochement à l'extrémité supérieure du faisceau, un poids qui se balance dans tous les sens et tend sans cesse à forcer la main alternativement dans la pronation et la supination complètes. Dans ce moment, tous les tendons de ces muscles sont tendus à outrance, tellement que la face palmaire du poignet et de l'avant-bras en est fortement sillonnée. La poignée posée, cette manœuvre recommence et se continue toute la journée avec une succession d'efforts si rapide, que chaque soir le poignet des coupeurs en est plus ou moins douloureux et par fois un peu gonflé; mais le repos de la nuit fait disparaître ces légers symptômes. Chez ceux dont l'action a été la plus forte, ou dont les tissus ainsi violentés sont trop irritables pour résister à ces efforts continus, surtout s'ils n'ont pas soin de déposer les poignées avant qu'elles soient trop grossies, on voit survenir la maladie qui nous occupe, le plus souvent à un léger degré; mais parfois aussi elle est assez intense pour mettre celui qui en est atteint hors d'état de travailler pendant plusieurs jours et même durant plusieurs semaines.

Certains coupeurs, surtout ceux qui ont été une fois atteints de cette maladie, que dans l'idiome gascon et local ils nomment Laï, prennent une précaution préservative, qui, quoiqu'en quelque sorte superstitieuse, leur sert dans la réalité. Ils entourent leur poignet d'un cordon de soie modérément serré; lorsque la main commence à être assez chargée de blé, le poignet se gonfle par la tension momentanée des tendons; la sensation que leur fait éprouver alors le bracelet serait bientôt portée jusqu'à la douleur s'ils remplissaient davantage la main; ils posent donc alors la poignée, et par ce moyen ils se garantissent réellement de la maladie.

D'après les faits que je viens d'exposer, et qui mettront l'observateur sur la voie des causes occasionelles analogues, je crois pouvoir conclure que la maladie dont M. Rognetta a donné la description sous le titre de « gonflement crépitant de la face palmaire du poignet et de l'avant-bras », a pour cause immédiate les effets produits par la tension forcée et souvent répétée des tendons des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts; des tendons des muscles abducteurs et extenseurs du pouce sur les tissus qui entourent immédiatement ces organes, et que ces tissus irrités par cette action forcée et plus ou moins long-temps répétée des tendons, subissent un mode d'inflammation qui constitue

nition et encore moins d'exclusion. Le reproche d'inexactitude serait plus grave. Si M. Juvin, par exemple, au lieu d'administrer aux malades les doses allopathiques prescrites par les médecins de l'hôpital, leur eût donne les décillionièmes homœopathiques, il aurait commis une très-grave faute; il aurait manqué à ses devoirs d'elève externe et eût mérite d'être puni; mais il n'est pas question de tout cela dans la plainte. MM. les professeurs n'accusent pas positivement M. Juvin d'une infraction de ce genre; ils disent seulement qu'il leur est impossible de compter sur son exactitude à venir. Au lieu de faits, ils allèguent des craintes, des soupçons, des conjectures. M. Juvin étant homœopathe, sera *peut-être* inexact à exécuter nos prescriptions, donc, M. le préfet, veuillez le rayer du tableau des élèves; ses opinions nous déplaisent, sacrifiez-nous sa personne et ôtez-lui sa place, qu'il a gagnée par le concours. Voilà la logique de la plainte, qui a été trouvée très-bonne par M. le prefet.

Reste à savoir si dans l'article même où M. Juvin a fait sa profession de foi homœopathique, on peut trouver quelque infraction aux règles disciplinaires. Au fond, rien de plus innocent sans doute qu'une déclaration de principes homœopathiques; elle peut être absurde et ridicule, et doit même presque nécessairement avoir ces deux caractères; mais ce ne sont pas là des délits. Quant à la forme, elle pourrait être plus répréhensible. Les novateurs sont d'ordinaire querelleurs, méprisans et intolérans. L'élève aurait donc pu fort bien, dans son manifeste, ajouter à de mauvais raisonnemens des expressions blessantes pour les médecins orthodoxes, et se livrer à ces personnalités en usage dans les écrits de cette secte. Cette conduite aurait été blâmable. Sans avoir un respect superstitieux pour les devoirs hiérarchiques, ni sans croire qu'en certaines circonstances l'élève ne puisse avoir raison contre le maître et même être admis à le prouver, nous pensons cependant qu'il est des convenances de position qui lient réciproquement les élèves et les maitres, et dont l'inobservation peut être répréhensible à divers degrés. Un élève ne doit pas en général faire de la polémique avec ses maitres, pour se donner les airs de l'indépendance, et les maitres quelquefois ne doivent pas le souffrir. M. Juvin était-il dans ce cas? Son article était-il injurieux pour ses professeurs? Y a-t-il manqué aux convenances admises dans l'école et dans le pays? La plainte n'en dit rien, et si elle n'en dit rien, c'est que l'article en question était parfaitement irréprochable sous ce rapport. On n'aurait pas eu recours à des suppositions s'il y avait eu un fait positif à alléguer. Le seul reproche qu'on fasse à cet article, c'est de contenir l'hérésie homœopathique, sorte de délit dont M. le préfet n'avait pas à s'occuper.

Ainsi donc rien dans ce procès, que nous appellerons monstrueux et inouï, rien de positif n'a été, je ne dis pas prouvé, mais même allégué contre l'élève inculpé. Son seul crime, c'est d'être homœopathe. Il n'est pas jugé et condamné pour ce qu'il a dit, ou pour ce qu'il a fait, mais pour ce qu'il croit; non pour les faits de son service comme élève, ni pour ses actes comme écrivain, mais pour ses croyances scientifiques comme médecin; et c'est un préfet, assisté d'un procureur du roi, d'un conseiller de cour royale, d'un propriétaire et d'un avocat constitués en Sorbonne au petit pied, qui a rendu ce bel arrêt!...

Après avoir examiné la compétence du préfet, passons à celle des professeurs.

S'il fallait s'en rapporter à la susceptibilité scientifique des professeurs de l'école secondaire de Grenoble, il paraitrait que dans cette école la science médicale est arrivée à une fixité de principes et à un degré de certitude tels, que son enseigne-

l'acuité de la maladie. Lorsque la solution de cette maladie n'a point eu lieu dans un temps donné et qu'elle est passée à l'état chronique, il est probable qu'alors, comme dans toutes les maladies chroniques, il se joint un autre ordre de phénomènes à ceux qui ont lieu durant son acuité. M. Rognetta, au reste, a émis à ce sujet, des opinions qui me paraissent admissibles.

Le traitement est tout simple lorsque la maladie est encore récente : le repos et les topiques résolutifs si le mal est léger; des bains locaux émolliens, des cataplasmes, quelques sangsues même lorsque la douleur et le gonflement sont trop forts, en ayant soin néanmoins de revenir à temps, et sans trop attendre, à l'usage des résolutifs locaux.

Lorsque la maladie est chronique, le traitement doit être approprié à la nature des symptômes de cette période du mal.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE.

Nous avons devant nous le troisième et le quatrième cahier du vingt-unième volume et le premier du vingt-deuxième. Les deux premiers cahiers contiennent les articles suivans : 1° *mort à la suite de jeûne*, par M. le professeur de Walther; 2° *système nosologique de chirurgie*, par le docteur Senffleben. C'est une énumération des maladies chirurgicales par classes, ordres et genres; 3° *la ligature des carotides peut elle être utile dans quelques formes de manie*, par le docteur Bird; 4° *considérations théoriques sur la nature de l'inflammation*, par M. le docteur Eisenmann; 5° *des produits anormaux de l'organisme, comme anomalies de la métamorphose*, par M. le docteur Zanders; 6° *lettre écrite en français par M. Graefe à M. Leroi d'Étiolle sur un cas de lithotripsie par percussion*; 7° *sur les tumeurs du larynx*, par M. le professeur Albers; 8° *quelques mots sur le traitement de l'hydrencéphale aiguë*, par le même. L'auteur a traité 49 cas de ce genre sans en guérir un seul, ce qui ne permet pas de se fier beaucoup au traitement qu'il propose; 9° *de l'inoculation de la rougeole*, par le même. Quatre essais d'inoculation dont aucun n'a réussi; 10° *de la constitution médicale des années* 1831 et 1833, *dans ses rapports avec l'état sanitaire des aliénés, à l'hospice de Siegburg*, par M. le docteur Bird; 11° *études sur l'hydropisie de l'ovaire et sur sa cure radicale*, par M. le docteur Truckmüller; rien de nouveau; 12° *sur la vision*, par M. le docteur Hofrichter. C'est en partie une réfutation de la nouvelle théorie de la vision, par Chaubard; (Gazette médicale, p. 6o8, 1833); 13° *de l'emploi des acides comme moyen médicamenteux*, par M le docteur Kœchlin; article tout de théorie.

Le troisième cahier contient : 1° *extrait du rapport de la clinique de chirurgie et des maladies des yeux à l'université de Berlin, pendant l'année* 1833, par M. Græfe. M. le professeur Græfe publie chaque année une Revue de sa clinique, une des plus importantes de l'Allemagne; ce travail étendu et instructif nous paraît mériter une attention toute particulière; nous en rendrons compte séparément dans un de nos prochains numéros. 2° *médecine et chirurgie*, par M. le docteur Koch. C'est un coup-d'œil rapide jeté sur les causes qui, du temps d'Erasistrate et d'Hérophile, ont amené la séparation de ces deux branches de l'art et sur celles qui à l'époque d'Harvey en ont de nouveau produit la réunion. 3° *recherches sur la nature et le traitement de la phlegmasie blanche*, par M. le docteur Eisenmann; premier article; 4° *de l'ulcération de la matrice de l'ongle sous le rapport historique et pratique*, par M. le docteur Sachs; 5° *observations pratiques*, par M. le docteur Strahl; nous en extrairons quelques détails sur l'emploi thérapeutique de l'indigo.

Mort par suite de jeûne; par M. le professeur de Walther.

Le professeur de Munich rapporte plusieurs lettres dans lesquelles est consignée l'histoire d'un homme de 29 ans qui, après avoir reçu pendant quelque temps ses soins pour une amaurose, s'était ensuite abandonné à un individu qui lui avait promis de le guérir par le jeûne. M. W. B... de D... n'avait pris pendant quarante-sept jours aucun aliment solide, et pendant quatre semaines rien que de l'eau pure, si ce n'est quatre tasses de thé sucré, qu'il but le jour de l'an. Son corps, pesant avant ce prétendu traitement 130 livres, était tombé à 97. Il était arrivé ainsi au plus haut degré d'émaciation, et mourut d'une apoplexie nerveuse sans être guéri de son amaurose.

Autopsie. Manque total de sang; sécrétions séreuse et bilieuse à l'état normal; 8 à 10 onces de sérosité dans le péricarde; poumons parsemés d'une grande quantité de tubercules, dont quelques-uns à l'état de ramollissement et d'ulcération; point d'inflammation dans les intestins, qui paraissent être rétrécis dans toute leur étendue, mais surtout au colon transverse. Tous les organes de la poitrine et du bas-ventre atrophiés. Le cerveau et la moelle épinière ne furent pas ouverts.

Sur les diverses tumeurs du larynx, par M. le professeur Albers de Bonn.

Ces maladies si rares et en même temps si remarquables par leur symptomatologie ont déjà donné lieu à un traité ex-professo du même auteur, publié en 1829; depuis M. Albers a continué le cours de ses observations et en a communiqué le résultat à un de ses élèves, M. le docteur Urner, qui en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale, présentée à Bonn en 1833. Cet article est un résumé des faits insérés dans le travail de M. Urner ainsi que d'autres faits inédits.

1° *Hydatides*. La plupart des cas d'hydatides dans le larynx admis par les anciens et nommément par Ploncquet et Lentin, ne peuvent être considérés comme tels; puisque, d'après la description qu'ils en ont donnée, il ne peut être question que de l'œdème du larynx. Des véritables hydatides ont été observées ou citées par Aubertin (Essai sur l'ulcération du larynx, Journal de médecine, v. XXII); Otto (Handbuch der pathologischen Anatomie, Breslau, 1814); Delormes (Journal général de la société de médecine, juin, 1808); Harless (Neues Journal der auslændischen medicinische Chirurgischen Literatur, vol. IX, cahier 2.)

2° *Tumeurs enkystées*. Il n'en existe qu'un exemple qui se trouve rapporté dans la Monographie de M Albers; ce fait est très-curieux et prouve quel secours on a attendre en pareil cas de la laryngo-trachéotomie.

---

ment est et doit être soumis à des règles invariables et indiscutables. Nous pensions qu'il n'y avait que deux sciences au monde qui jouissent de ce privilége : les mathématiques et la théologie. Il paraît qu'à Grenoble on a mis la médecine dans cette catégorie. L'école de cette ville croit pouvoir de sa pleine autorité établir quels sont les *vrais* principes de la médecine, et être en possession de ce joyau précieux que l'esprit humain cherche en vain depuis 6,000 ans, la *vérité*. Nous ne la chicanerons pas là dessus pour le moment, et peut être conviendrait-il mieux d'attendre qu'elle ait proclamé et formulé sa doctrine, que nous avouons, à notre honte, ne pas connaître. Alors on pourrait voir s'il n'y a pas quelque pierre de touche capable de nous éclairer sur la valeur de cet or pur. En attendant, nous nous bornerons à faire remarquer que cette prétention exclusive à l'orthodoxie n'est nullement partagée par les autres écoles du pays. A Paris et à Montpellier, on n'impose pas une doctrine particulière aux élèves, parce que ces écoles n'ont pas de doctrine arrêtée et uniforme, parce qu'il y a autant de doctrines que de professeurs. Il n'y a qu'à consulter les milliers de thèses soutenues chaque année dans les trois Facultés du royaume, pour s'assurer de la parfaite indépendance des élèves. On peut y venir soutenir l'homœopathie, la crânioscopie, le magnétisme, le physiologisme, le brownisme, le polarisme, le contro-stimulisme, l'humorisme et le solidisme, le tout impunément. Les journaux de médecine de la capitale sont en grande partie écrits par des élèves de la Faculté, employés dans les hôpitaux, si on peut appeler élèves des hommes qui ont plusieurs années d'études et à qui il ne manque qu'une feuille de papier pour être docteurs. Ces élèves publient et signent dans les journaux leurs opinions et observations, qui souvent sont en opposition directe avec les idées de leurs professeurs légaux, de ceux devant qui ils subissent leurs examens. Eh bien! nous ne voyons pas que jamais aucun d'eux ait été ni rejeté, ni exclus, ni même réprimandé pour cette espèce d'opposition. On ne leur demande pas compte de ce qu'on leur a enseigné, mais de ce qu'ils savent.

A Grenoble il en est autrement; là la science médicale s'est constituée en une doctrine régulière, uniforme et invariable, les professeurs sont tenus de l'enseigner et les élèves d'admettre, et pour plus de sécurité on l'a mise sous la protection du procureur du roi et du préfet, c'est-à-dire du bras séculier, comme on disait autrefois.

Le procès n'étant pas justifié par des motifs valables et des faits positifs, à quoi donc l'attribuer? à des causes fort naturelles pour qui connaît les misères de l'esprit de corps, surtout dans les petites localités. L'élève inculpé est connu pour suivre la pratique particulière d'un médecin étranger à l'école et à l'hôpital, lequel est homœopate, et par conséquent adversaire et concurrent naturel de la science constituée. Il ne serait pas impossible qu'on eût passé par l'élève pour arriver au maître. Ce sont là de ces petites persécutions et de ces petits démêlés fort communs dans les villes de province, des considérations personnelles y ont beaucoup de poids dans toutes les questions possibles. Il n'en faut pas beaucoup pour faire du plus mince intérêt une affaire d'état, et pour mettre en campagne toutes les influences hautes et basses d'un pays. C'est probablement (et nous ne demandons pas mieux que d'être détrompés) à quelque circonstance de cette nature qu'il faut rapporter l'origine de cette affaire. C'est dans la prévision des abus de justice auxquels l'esprit de corps et de localité pourrait entraîner les administrations des hôpitaux dans l'application des peines disciplinaires, qu'on leur ôta le

3° *Polypes.* Les observations de ce genre sont assez fréquentes. Aux faits publiés par Zwinger, Morgagni, Lieutaud, Herbiniaux, Desault, Voigtel, Wendt, Otto et Prinz (voyez Wœchentliche Beitræge der medicinischen und chirurgischen Klinik, par les docteurs Clarus et Just. Radius, IV, t. 19, 2). M. Urner ajoute l'observation suivante recueillie par M. Albers.

Obs — Joseph T..., menuisier, âgé de 51 ans, de Bonn, était affecté dans son enfance d'un engorgement des glandes du cou qui se dissipa et d'une toux sèche qui ne le quitta jamais. Il y a 11 ans, à la suite d'une chute, il eut une inflammation de la poitrine suivie d'une hépatite. Au moyen de la méthode antiphlogistique, tous les symptômes disparurent, à l'exception d'une toux sèche qui persista ; et il s'y joignit, il y a cinq ans, de la douleur, des crachats sanguinolens, des vertiges, de la céphalalgie frontale, une faiblesse générale ; mais ce dont le malade se plaignit le plus, c'étaient des douleurs sous la clavicule gauche. (Saignées et eau de Seltz avec du lait.)

Après quelques semaines, le malade put reprendre ses occupations. Six mois après, il fut pris tout à coup d'une syncope suivie d'une violente hémoptysie ; dans l'espace de trois jours, il perdit à peu près 7 livres de sang. (Saignées ; sel commun.)

L'hémoptysie cessa ; mais les symptômes suivans se déclarèrent : Toux plus forte ; expectoration jaune, abondante et purulente ; agitation ; perte des forces, puis douleur dans le cou et voix rauque. Trois mois après, il se présenta à la clinique de Bonn (trois ans avant sa mort) dans l'état suivant :

Habitus hémoptysique ; cou très long ; saillie du larynx très-prononcée ; couleur de la face terreuse ; aphonie ; douleur par la pression du larynx, ainsi qu'en parlant ; configuration extérieure du cou normale ; toux très-fréquente avec un son creux ; crachats sanguinolens, jaunâtres et fétides ; bruit de la respiration nul sous la clavicule gauche ; l'auscultation fait entendre, quand le malade parle, un son criard, et on aperçoit quelquefois au même endroit un râle caverneux ; la percussion est plus mate que du côté opposé ; bruit respiratoire distinct dans le reste de la cavité ; respiration très-courte et difficile ; urine copieuse et claire ; quelquefois douleurs dans le bas-ventre qui se dissipent à la suite des selles ; appétit presque nul ; goût pour des alimens aigrelets ; pouls fréquent ; pieds œdémateux et douloureux ; peau brûlante ; sommeil assez bon ; maigreur générale ; cautère au bras.

On pronostiqua « une vomique du lobe supérieur du poumon gauche, une in-» flammation avec exsudation de la glotte et du larynx, et une inflammation de la » muqueuse intestinale. » Au moyen des ventouses, des cataplasmes sur le bas-ventre, des boissons mucilagineuses, d'une infusion de digitale, de l'acide hydrocyanique, les symptômes les plus alarmans se dissipèrent ; on plaça alors un séton à la base du larynx.

Au mois de juillet 1830, tous les symptômes éclatèrent de nouveau, à l'exception de la douleur du côté du larynx. Encore cette fois on obtint une diminution des symptômes qui dura pendant neuf mois. Dans l'intervalle, le malade laissa le séton et le cautère se ferma. Au mois de juillet 1831, toux très-fréquente ; respiration difficile ; menace de suffocation avec la sensation d'un bouchon dans la trachée-artère ; douleur nulle du côté du larynx ; sueurs nocturnes. Au moyen d'un vésicatoire sur la poitrine et de l'acide hydrocyanique, la difficulté de la respiration devint moindre et disparut à la fin d'octobre après une hémoptysie. L'acétate de plomb et une infusion de semences de ciguë aquatique, déjà employés précédemment, restèrent de nouveau sans effet. (Cautère sur la poitrine.)

Au mois de février 1832, ces symptômes revinrent avec une grande intensité, et il s'y joignit de la difficulté dans la déglutition, et une douleur près de la corne gauche de l'os hyoïde. La pectoriloquie, quoique peu distincte, fut entendue jusqu'à la région mammaire ; expectoration extrêmement copieuse, facile et purulente. Ces symptômes augmentèrent et diminuèrent encore à plusieurs reprises jusqu'à sa mort, qui arriva au mois de mars.

AUTOPSIE.

Rien d'anormal dans la cavité crânienne.

Cou. Muqueuse laryngo-pharyngienne d'un aspect grisâtre, parsemée, principalement à la proximité de la glotte, d'une grande quantité de petites glandes lymphatiques, tuméfiées, rondes et blanchâtres. Larynx très-gros ; en l'entr'ouvrant, on apercevait entre les deux ligamens inférieurs de la glotte une petite tumeur ronde, charnue, de la grosseur d'une noix, dure au toucher et adhérente par une racine à chaque corde vocale. Immédiatement derrière ce corps, entre les ventricules de Morgagni, qui étaient plus écartés que de coutume, se trouvait un enfoncement qui pouvait recevoir en partie la petite tumeur, de manière qu'en l'y enfonçant un peu, elle n'obstruait la glotte qu'à moitié. Ventricule droit presque entièrement effacé ; le gauche rétréci, mais encore visible ; ligamens inférieurs de la glotte surtout distendus. La muqueuse environnant la tumeur, et dans le voisinage de la glotte, en partie tuméfiée et épaissie, en partie recouverte de petits ulcères, présentait ainsi un aspect comme rongé ; normale à la partie inférieure du larynx et dans la trachée-artère. Cartilage thyroïde carié en partie à l'endroit où existait l'excavation, derrière la tumeur. Glande thyroïde plus grande, et ses lobes plus développés que de coutume. Pharynx et nerfs du cou à l'état normal.

Poumons. Vomique au lobe supérieur du poumon gauche ; quelques granulations tuberculeuses dans le poumon droit. Viscères abdominaux sains, à l'exception des reins, dont le droit présentait dans sa substance corticale une hydatide de la grosseur d'un petit œuf ; à la surface de ces organes se remarquaient trois tumeurs dures, en partie enfoncées dans le parenchyme, et qui ressemblaient intérieurement à des glandes scrophuleuses.

4° *Tumeur spongieuse* de caractère indéterminé, observée chez une femme de 40 ans, très adonnée à la boisson et aux plaisirs vénériens. La maladie dura trois ans et fut caractérisée par une dyspnée qui alla toujours en augmentant et finit par occasioner une mort par suffocation. (Archives générales, août 1824.)

5° *Sarcôme médullaire.* L'observation suivante, rédigée par le docteur Tortual, a d'abord été insérée dans un rapport sur l'état de l'institut anatomique de Munster, pendant l'année 1830, page 82, publié par le professeur Wutzer.

Obs. — L..., ecclésiastique, âgé de 60 ans, se plaignit, le 24 novembre 1826, d'une gêne au cou qui tendait à faire soupçonner une dégénérescence du larynx ; en même temps, il existait de l'enrouement et une toux qui le fatiguaient surtout en parlant. Les boissons spiritueuses, que le malade aimait, lui procuraient la sensation d'un corps brûlant juste à la région du larynx ; respiration assez facile ; fièvre vers le soir ; amaigrissement. (Extrait de jusquiame avec soufre doré d'antimoine et vésicatoire au cou.)

Le malade n'observa pas la diète prescrite. Au mois de janvier 1827, M. le docteur Tortual trouva le malade dans l'état suivant : Enrouement qui, huit jours avant la mort, dégénéra en aphonie ; sensation pongitive dans la région de la grande corne de l'os hyoïde, qui était tuméfiée ; en avalant, le malade disait sentir comme un os pointu qui restait fixe à cet endroit. Cette sensation devenait quelquefois insupportable ; mais elle diminuait lorsqu'en toussant le malade pouvait rendre quelques parcelles purulentes. Quatorze jours avant la mort, la toux devint convulsive, semblable à la coqueluche, et à peine durait-elle une minute qu'elle semblait produire la suffocation ; elle était ordinairement sèche et augmentait surtout la nuit lors du décubitus dorsal. Cette sensation pongitive devenait surtout très-marquée par la déglutition de substances solides, et provoquait la toux ; aussi le malade ne prenait-il que des substances liquides dans les derniers jours de sa vie. Il paraissait aussi exister un obstacle mécanique, parce que la déglutition se faisait avec la plus grande difficulté. Le malade mourut suffoqué dans un fort accès de toux.

AUTOPSIE.

Un sarcôme médullaire de la grandeur d'une noisette se trouve dans l'intérieur du larynx, entre la grande corne de l'os hyoïde du côté gauche et l'épiglotte, au-dessous du ligament hyo-épiglottique. Une ouverture conduisait du ligament ary-épiglottique dans la tumeur, dont une partie était remplie de pus. La tumeur était formée d'une masse semblable à la matière encéphaloïde. L'épiglotte était poussée de côté ; le cartilage thyroïde dévié ; la muqueuse du larynx ulcérée et recouverte de beaucoup de pus ichoreux. La corde vocale et une partie du ventricule de Morgagni de ce côté étaient également ulcérés et comme dénudés.

---

droit d'infliger la plus grave, l'exclusion, pour le conférer au préfet. Il est fâcheux que dans l'affaire de Grenoble l'autorité supérieure n'ait pas su se mettre et rester dans la haute position que la loi lui avait faite.

Le plus triste de tout ceci, c'est qu'il y a une victime et une victime innocente. Nous terminerons ces observations par une remarque toute dans l'intérêt de l'élève exclu. l'honorable praticien, qui a écrit dans le *Courrier de l'Isère* pour se plaindre de l'insuffisance de la punition, prétend que l'arrêté qui raie M. Juvin du tableau des élèves externes, lui *interdit implicitement de prendre des inscriptions et de suivre les cours de l'école* ; il assure en outre que ce n'est pas là une véritable élimination et exclusion. Nous ne sommes pas en état d'apercevoir la différence qu'il y aurait entre une véritable exclusion et l'interdiction de prendre des inscriptions et de suivre les cours ; l'auteur de l'article ne nous a pas donné l'explication de cette énigme dont la solution est du reste très-peu importante. Une question plus sérieuse c'est de savoir si réellement M. Juvin est exclus de l'école. Or, selon nous, il ne l'est ni ne peut l'être ni explicitement ni implicitement. L'article 1er de l'arrêté porte : *le sieur Juvin est rayé du tableau des élèves EXTERNES de l'école secondaire de médecine de Grenoble.* Il s'agit ici de son titre et de ses fonctions comme *externe* et non pas de sa qualité d'*étudiant*. Il a acquis la première par le concours, et l'autre par son argent, par son inscription. Comme externe, il est sous la dépendance de l'administration des hospices ; comme étudiant inscrit, il ne relève que des autorités universitaires. Le préfet aurait commis le plus grave abus de pouvoir, s'il avait entendu prononcer l'exclusion de l'école et non pas seulement de l'hôpital. Il n'a été rendu ici qu'un jugement, et ce jugement émane du préfet. Or, le préfet, d'après le règlement invoqué dans son considérant, n'a à s'occuper que des faits relatifs au service de l'hospice, dont il est censé l'administrateur supérieur, et il n'a pu lui, en sa qualité de préfet, juger M. Juvin qu'en sa qualité d'élève externe de l'hôpital. Il n'a pu rayer son nom que sur le tableau des externes, c'est-à-dire des élèves faisant un service quelconque dans l'hospice, et non sur les registres de l'école. D'ailleurs l'article de l'arrêté est clair et formel, il n'admet pas d'interprétation.

M. Juvin, pour n'être plus attaché comme externe au service de l'hospice de Grenoble, n'en est pas moins de droit et de fait élève de l'école secondaire de cette ville. Il conserve les inscriptions prises et peut en prendre de nouvelles. C'est son droit et il fera bien d'en user.

Nous ne connaissons pas l'élève condamné, et nous ne sommes guère portés, en général, à plaider la cause de l'homœopathie ! mais ici il ne s'agit ni d'une personne, ni d'une doctrine particulière, il s'agit de l'indépendance de la science, du droit commun et de la justice universelle qu'on vient de violer si étrangement à Grenoble. Nous espérons que tous ceux à qui la considération du corps médical est chère, se réuniront à nous pour repousser la solidarité de parcils actes,

Un fait semblable a été publié par le professeur Albers, dans le 19e volume du présent journal.

6° *Glande lymphatique tuméfiée dans le larynx.* Observation communiquée au docteur Urner par le professeur Wutzer de Bonn.

Obs. — W..., âgé de 66 ans, de Poesfeld, accusait, depuis le 9 août 1825, un sentiment de gêne qui existait depuis quelque temps dans la déglutition, et qui avait son siége dans la région du larynx; les substances solides lui occasionaient des douleurs et ne pouvaient être avalées qu'après avoir été soumises à une mastication très-prolongée. Le malade était devenu maigre. L'exploration de la bouche et du gosier ne fit rien découvrir d'anormal. A l'extérieur, on apercevait au côté gauche du cou, de l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à la clavicule, une rangée de glandes lymphatiques engorgées; elles étaient assez grosses pour pouvoir comprimer l'œsophage et gêner la déglutition. L'eau-de-vie à laquelle le malade était adonné, pouvait bien en être la cause; il n'y avait nulle trace de goutte, de syphilis ni de scrophules. (Ext. de ciguë avec soufre doré d'antimoine; décoction de salsepareille à l'intérieur; emplâtre de ciguë au cou.) Ces moyens furent continués jusqu'à la fin de septembre; l'état sanitaire du malade en fut amélioré. Il pouvait avaler des alimens bien mâchés, quoiqu'ils lui procurassent encore une sensation désagréable dans la région du larynx.

Le 26 octobre, le malade fut atteint d'une fièvre inflammatoire qui l'emporta au bout de cinq jours.

AUTOPSIE.

Viscères abdominaux à l'état normal. Poumons adhérens à plusieurs endroits de la plèvre costale, gorgés d'un sang noir foncé; tissu normal. Dans les valvules semi-lunaires de l'ouverture aortique et dans l'aorte on trouva quelques plaques ossifiées de différentes grandeurs. Au côté gauche du cou, on trouva des glandes lymphatiques tuméfiées et changées en sacs remplis d'un pus visqueux et jaunâtre. La plus grande était couchée sous le muscle sterno cléido-mastoïdien et adhérente, au moyen d'un tissu cellulaire épaissi, aux carotides et à la veine jugulaire interne. Les glandes ramollies s'étendaient si loin dans le médiastin que les dernières se trouvaient derrière la seconde et la troisième côte. Un examen attentif fit voir qu'aucune de ces glandes n'était en rapport avec l'œsophage, et par conséquent ne pouvait pas le comprimer; mais à l'inspection du pharynx, on découvrit bientôt la cause de la dysphagie. Une glande lymphatique ramollie, de la grandeur d'une noisette, était si adhérente, au moyen du tissu cellulaire épaissi, au ligament ary-epiglottique droit, qu'elle entrait dans la cavité interne du larynx et du pharynx; de sorte qu'elle devait gêner la déglutition des substances solides, qui étaient obligées de passer par-dessus la tumeur. Ce qui est bien remarquable, c'est que le malade avait conservé une voix claire et ne présentait que la petite toux propre aux ivrognes.

7° *Squirrhe et tumeur carcinomateuse.* On n'a point encore d'observation qui prouve le développement primitif d'un squirrhe dans le larynx; la plupart de ces tumeurs trouvées dans cet organe s'y sont pour ainsi dire propagées du pharynx et de l'œsophage. Le plus grand nombre d'observations rapportées par les anciens sont annoncées comme des cas douteux par leurs auteurs mêmes; ici se rangent celle de Smyth (Med. communic., vol. I, n° 31), de Morgagni (De sed. et caus. morb., epist. XL,IV, cap. 5.), qui sont évidemment des polypes laryngés; mais une autre de ce dernier auteur (epist. XXVIII, cap. 9) concerne réellement un squirrhe du pharynx qui avait gagné la cavité laryngienne; Lieutaud (Hist. anat. méd., page 304) donne ce dernier fait comme venant de Valsalva. Otto cite une observation de Rudolphi (Historia entozoorum, vol. I, p. 454), relative à un squirrhe du larynx sur la nature duquel ce dernier a même des doutes. En effet, la disposition anatomique de cet organe prédispose peu au développement de ce genre d'affection.

8° *Tumeur cartilagineuse.* L'histoire de cette affection extrêmement remarquable, développée à l'extérieur du cou en même temps que dans l'intérieur du larynx, a été décrite par Macilwain. (Edinburgh medical and surgical journal, vol. 35, page 215, 1831.)

Obs.—Une femme entre 59 et 60 ans souffrait de symptômes qui ne pouvaient être rapportés qu'à une maladie du larynx. Respiration difficile; menaces de suffocation; glande thyroïde tuméfiée; une tumeur était visible au côté du muscle sterno-cléido mastoïdien droit. Après que tous les médicamens internes eurent été employés inutilement, M. le docteur Macilwain, avec les docteurs Hoully et King lou, entreprit la trachéotomie. Après l'incision du cou, on trouva des branches d'une grosse artère dont le trajet était tel, qu'il restait à peine un pouce d'espace pour faire l'opération; on l'abandonna à cause de la difficulté de l'exécution dans un espace aussi restreint, et parce que l'artère serait restée après l'opération aux bords de la surface suppurante. La malade mourut dans un accès de suffocation.

L'autopsie fit découvrir dans le larynx un produit nouveau formé d'un tissu dur et presque cartilagineux qui fermait tellement la glotte, qu'il est bien remarquable que la respiration ait pu s'exécuter à travers un espace aussi rétréci. Après l'extraction de cette tumeur, on trouva une petite cavité qui était en communication avec la seconde tumeur placée en dehors du larynx, et qui se trouvait jointe au lobe gauche de la glande thyroïde. L'artère qu'on avait rencontrée lors de l'opération était l'artère innominée.

Ce fait est une preuve bien convaincante que dans certains cas de maladies du larynx, la laryngotomie ne peut être remplacée par aucun autre moyen; si on l'avait faite à la place de la trachéotomie, elle aurait certainement été suivie de succès. M. Albers attire notre attention sur une circonstance qui, étant souvent un obstacle dans la trachéotomie, arrête moins dans la laryngotomie; il veut parler de la tuméfaction de la glande thyroïde qui accompagne ordinairement les maladies chroniques du larynx; plus ces maladies sont longues, plus ce gonflement est considérable.

9° *Tumeurs verrucoïdes.* Fait rapporté par un médecin belge au professeur Wutzer, qui l'a communiqué au docteur Urner.

Obs. — Un architecte de Liége, âgé de 40 ans, d'une constitution robuste, fut affecté d'une difficulté dans la respiration qui fit soupçonner une maladie du larynx. Tous les moyens internes et externes furent employés sans succès. M. le docteur Brauers, assisté par M. Baud, professeur de chirurgie à Liége, et par le docteur Boershrok, entreprit la laryngotomie. Le cartilage thyroïde fut incisé dans sa partie antérieure de haut en bas; les bords écartés, on découvrit des tumeurs verrucoïdes qui remplissaient la cavité du larynx; on les cautérisa avec du nitrate de mercure. Après quelques jours, la tumeur avait tellement augmenté, qu'elle rendit difficile la respiration. La blessure, presque fermée, fut élargie en emportant un morceau du cartilage thyroïde. La tumeur paraissait s'accroître à l'endroit où on l'avait touchée, et d'autant plus vite qu'on la cautérisait plus souvent. Enfin on employa le fer rouge, qui ne produisit qu'une légère inflammation dans l'intérieur du larynx; mais en arrière, elle fut tellement vive, que pendant trois jours le malade ne put avaler une goutte de liquide. L'inflammation se dissipa; le larynx fut changé en une masse squirrheuse par ces irritations répétées; une fièvre hectique se développa avec une grande activité; ainsi, quoique le malade n'eût point encore succombé au moment où la présente communication a été faite, il ne peut néanmoins rester de doute sur l'issue funeste de cette maladie.

10° *Autres tumeurs rares.* Calculs et concrétions presque inconnues; (Aubertin, loc. cit.) Une plus grande attention doit être donnée aux exostoses, qui se développent rarement il est vrai dans la cavité laryngienne elle-même, mais qui naissent communément du bord du cartilage thyroïde, montent vers le pharynx, et occasionent des difficultés dans la déglutition. (Albers, Pathologie und Therapie der Kehlkopfskrankheiten, Leipzig, 1829.)

DE LA CONSTITUTION MÉDICALE DES ANNÉES 1831 ET 1833 DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉTAT SANITAIRE DES ALIÉNÉS A L'HOSPICE DE SIEGBURG, par le docteur Freder. Bird, médecin de cet établissement.

On remarque, dans la santé et la manière d'être des aliénés, des variations fréquentes qui paraissent intimement liées aux différens changemens de la constitution atmosphérique. L'étude des causes générales est donc très-importante, sous le rapport du traitement des malades affectés d'aliénation mentale. Il n'est pas moins digne d'intérêt de comparer l'action que ces causes générales exercent en même temps sur des personnes aliénées et sur des individus jouissant de l'exercice de toutes leurs facultés. Tel est le but que s'est proposé M. Bird dans ce mémoire dont nous allons donner une analyse.

Les observations concernant l'année 1831 sont trop courtes et trop peu détaillées pour présenter quelque intérêt: seulement l'auteur fait remarquer que la constitution médicale de la maison de santé ne coïncidait pas toujours avec celle de la ville, et qu'en général l'état sanitaire de l'hospice était plus satisfaisant que celui de Siegburg même; mais, ajoute-t-il, on ne doit pas perdre de vue que leur exposition est différente, qu'ainsi l'établissement des aliénés est situé sur un plateau de 230 pieds d'élévation, tandis que la ville est bâtie au pied de la colline, sur un terrain et au milieu d'une atmosphère humides.

Les observations pour l'année 1833 ne vont que jusqu'au 9 juillet; mais elles présentent un assez grand nombre de faits dignes de remarque.

La constitution médicale paraît ici agir à peu près de même sur les aliénés et sur les autres individus; en effet dans les premiers six mois les maladies revêtent en général le caractère rhumatismal et catarrhal, chez les aliénés comme chez les individus sains d'esprit; cependant on observe chez ces derniers une plus grande tendance aux complications gastriques ou inflammatoires et un plus grand nombre de fièvres intermittentes. Dans les premiers jours de juillet les affections catarrhales et rhumatismales disparaissent; mais on remarque chez beaucoup d'aliénés une irritation fluxionnaire au cerveau. En ville les maux de tête deviennent aussi plus fréquens, et il n'est pas rare de voir des affections cérébrales souvent mortelles s'associer aux fièvres intermittentes.

Il serait trop long de suivre l'auteur dans l'énumération de tous les faits qu'il a observés jour par jour; bornons-nous aux réflexions générales et à quelques observations qui viennent à l'appui.

M. le docteur Bird établit deux grandes classes d'aliénés :

1° Ceux chez lesquels le cerveau est primitivement affecté, sous l'influence de l'exaltation directe du système artériel, les *maniaques*.

2° Ceux chez lesquels le cerveau n'est affecté que secondairement; le trouble porte d'abord sur l'appareil digestif et le système veineux, puis se propage au système artériel et aux organes encéphaliques : les *hypochondriaques* au premier degré, *mélancoliques* à un degré plus élevé.

Le froid a exercé une influence marquée sur tous les aliénés; c'est ainsi que pendant le mois de janvier, les jours où la température était très-basse, le temps nébuleux, ou quand il tombait de la neige, ils se trouvaient dans une agitation très-grande qui se calmait dès que le temps se radoucissait. Cependant cet état d'agitation n'est jamais d'aussi longue durée en hiver qu'en été par les grandes chaleurs et une forte tension électrique de l'atmosphère; les temps d'orages et les changemens brusques de température rendent également les aliénés plus inquiets et plus remuans. Une remarque que nous pouvons placer ici, c'est que jamais M. Bird n'a observé dans le mois de janvier ni dans les mois suivans l'influence de la lune sur l'esprit de ses malades.

Aux approches du printemps, quand tout dans la nature semble recevoir une vie, une excitation nouvelles, les mêmes effets se font ressentir aussi chez les aliénés.

Les mélancoliques en éprouvent d'abord un certain degré de malaise et une aggravation passagère de leur état.

Deux malades, un jeune homme de 17 ans tombé en démence à l'époque de la puberté, et un autre de 22 ans, empirèrent tellement dans les premiers beaux jours de février, qu'ils mangèrent leurs excrémens et burent leur propre urine. Ils en avaient tous deux la conscience : c'était, disait le premier, une pénitence à laquelle il se soumettait en expiation de ses péchés. En même temps le cœur battait avec violence; les carotides étaient plus pleines, plus tendues, tandis que les radiales étaient à peine sensibles; à l'exception de la tête qui était plus chaude, la température du reste du corps ne paraissait point augmentée.

Cependant à mesure que le printemps avance, dans les mois d'avril et de mai, M. Bird remarque qu'à l'état de trouble et d'agitation survenu d'abord succède un état plus calme, et souvent même des instans d'une véritable lucidité; ainsi une femme continuellement agitée par la crainte et un sentiment d'angoisse, parvint à se maîtriser au point de se livrer paisiblement au travail; un autre malade préoccupé d'idées sombres, dont l'état touchait à la monomanie, manifesta des dispositions plus sereines et même quelque gaieté; la mélancolie chez lui a diminué d'un degré et est redevenue hypochondrie.

L'état de trouble et de malaise qui survient dans les premières journées de printemps chez les mélancoliques est parfois un effort salutaire que tente la nature pour guérir la maladie; si alors elle est convenablement secondée par l'art, on peut en espérer un résultat favorable; mais le plus souvent l'art et la nature restent frappés d'impuissance, et si quelquefois on obtient quelques succès passagers, on a de fréquentes récidives à craindre en automne.

C'est aussi sous l'influence du printemps que le docteur Bird a observé le plus de ces sécrétions et évacuations critiques à la suite desquelles l'état des malades semble s'améliorer, du moins pour quelque temps.

Un idiot de 40 ans, sujet à des accès pendant lesquels il restait comme paralysé, paraissait avoir recouvré une partie de son intelligence, dans le courant de mars, après une sécrétion très-abondante de mucus nasal entremêlé de sang. D'autres se trouvèrent soulagés après un épistaxis. Une fluxion hémorrhoïdale, l'apparition de menstrues longtemps supprimées, des sueurs, là où la peau était restée long-temps inerte, s'annonçant parfois par une légère fièvre; enfin une expectoration abondante à la suite de catarrhes ont fréquemment encore produit des effets salutaires : un malade affecté d'une mélancolie profonde, qui avait été adonné au vin, avait cessé de témoigner de la tristesse depuis qu'une phthisie catarrhale s'était développée chez lui.

Nous devons parler ici d'un jeune homme qu'on voulait empêcher de se livrer à la masturbation, en lui mettant le gilet de force : d'abord il pleura beaucoup, déraisonna plus que jamais, devint taciturne; ses extrémités devinrent froides; ses lèvres et sa langue d'un rouge vif; ses dents se resserraient spasmodiquement; une salive abondante s'écoula de la bouche, et il sortit des narines une quantité considérable de mucus. Sa tête était chaude et les battemens du cœur et des carotides très-forts. Le malade aimait à se laver la tête; les organes génitaux étaient dans un état d'éréthisme presque continuel.

M. Bird fait la remarque que là où le penchant aux plaisirs vénériens est très-développé comme dans ce cas, et où il se fait une sécrétion abondante de sperme, plus l'on veut s'opposer d'une manière sévère aux excès auxquels se livrent les malades, plus on a à craindre de congestions vers la tête, qui peuvent faire passer, si l'on n'y porte remède, la manie à l'état de démence.

Le printemps, si favorable en quelque sorte aux mélancoliques, l'est moins aux maniaques et aux aliénés affectés d'hallucinations des sens : chez eux l'exaltation artérielle, qui est la cause directe de l'affection cérébrale, se trouva encore augmentée; aussi M. Bird a-t-il observé durant cette saison ainsi que dans la suivante que chez beaucoup d'aliénés les accès de délire étaient plus fréquens et plus intenses, et qu'il y avait chez un grand nombre tendance aux congestions vers le cerveau; trois malades succombèrent, dans le courant de l'été, frappés d'apoplexie.

La meilleure saison pour les maniaques est l'automne; les seules guérisons possibles pour cette espèce d'aliénés ont eu lieu à cette époque de l'année : le contraire se remarque chez les mélancoliques.

Cependant M. Bird fait observer que, dans l'année 1833, l'exaltation artérielle, et par suite les congestions cérébrales et les paroxysmes de délire, ont été plus rares et moins prononcés : il en attribue la cause :

1° A l'éloignement de toutes les mesures de coercition qui irritent le malade et l'excitent à la manière des liqueurs alcooliques et des narcotiques à haute dose.

2° A la marche lente et progressive du printemps.

3° A l'apparition, chez beaucoup d'aliénés, d'hémorrhagies et de flux sanguins long-temps supprimés, à des sécrétions abondantes survenues à la surface des muqueuses ou sur la peau, qui ont presque toujours produit une amélioration dans l'état de ces malades, amélioration qui s'est même soutenue dans quelques cas.

Terminons par quelques mots sur l'usage des bains dans le traitement de l'aliénation mentale.

L'auteur considère les bains comme une chose nuisible pendant la saison froide; il recommande de s'en abstenir partout où la salle où on les prend et les allées qui y conduisent, depuis la chambre du malade, ne pourront être convenablement chauffées. Le froid humide agissant d'abord sur la peau, puis, par irritation sympathique, sur les muqueuses, produit le plus souvent des affections catarrhales et des rhumatismes; par la même raison les bains froids en hiver devront aussi être considérés comme désavantageux à la santé des aliénés. En effet, il en résulte souvent une irritation de la muqueuse gastro-pulmonaire qui peut se propager au cerveau et produire les accidens les plus graves. La meilleure saison des bains pour les aliénés est l'été. M. Bird pense qu'on ne devrait jamais les faire prendre qu'à cette époque de l'année, vu la grande difficulté, dans un établissement public, de prémunir toujours, pendant l'hiver, les baigneurs des effets funestes de l'impression d'un air froid.

Études sur l'hydropisie de l'ovaire et sur sa cure radicale, par le docteur Truckmuller.

C'est une assez bonne et courte monographie sur cette maladie, mais elle ne nous apprend rien qui n'ait déjà été dit par Richter (Spezielle-Thérapie, v. III p. 101), Gardien, (Traité complet des accouchemens), Madame Boivin et M. Dugès (Traité pratique des maladies de l'utérus). A la fin de son travail, M. Truckmuller cite l'observation suivante :

Séraphine Schwelle, âgée de 45 ans, non mariée, d'une constitution faible, habitus phthisique, avait été régulièrement menstruée à l'âge de quinze ans. A l'âge de trente-un ans, elle dit avoir été affectée d'une fièvre rhumatismale, pendant laquelle elle éprouva une vive douleur dans l'aine droite qui se dissipa avec les symptômes fébriles, mais elle assure avoir remarqué à cette place une tumeur dure, indolente, de la grosseur du poing. Au mois d'août 1830, elle fut atteinte sans cause connue d'une inflammation du bas-ventre. La douleur se concentra à l'endroit de la tumeur, qui datait donc de 14 ans et qui avait maintenant la grosseur de deux poings; on fut obligé de pratiquer à cette femme, déjà faible et maigre, quatre saignées et cinq applications de sangsues. L'inflammation se dissipa, mais la tumeur augmenta, et au commencement d'octobre elle avait déjà la grandeur d'une forte tête d'adulte. La respiration était si gênée qu'elle menaçait de suffocation. On appliqua à l'endroit où on fait ordinairement la paracentèse un morceau de pierre à cautère de la grandeur d'un petit écu; l'escarre se détacha le cinquième jour au moyen d'applications émollientes; une ouverture ayant été faite dans son milieu, on vit qu'au pourtour de l'escarre il y avait entre le péritoine et la tumeur située au-dessous comme un commencement d'adhérence qui en effet fut complète après quelques jours. Après la chute de l'escarre, la tumeur se présenta, avec une couleur tout-à-fait blanche, d'une dureté cartilagineuse et montrant une

fluctuation obscure; on y plongea un bistouri droit à un pouce de profondeur; il s'écoula une très-petite quantité de liquide d'une consistance assez forte, jaunâtre et sans odeur. On pansa la malade avec le digestif et on la plaça dans une position convenable; pendant la nuit, l'écoulement fut assez abondant. On agrandit en l'arrondissant l'ouverture du kyste qui offrait un pouce d'épaisseur, pour pouvoir y introduire la canule d'une seringue; on retira ainsi 18 fois l'instrument rempli d'un pus jaune et de mauvaise odeur. Le sac vidé fut rempli avec une décoction de chêne et de teinture de myrrhe. Le traitement fut répété pendant quelques jours. M. Truckmuller trouvant le péritoine tout-à-fait adhérent, augmenta encore l'ouverture pour y introduire un doigt qui fit découvrir que la paroi intérieure du sac était recouverte de granulations spongieuses qui saignaient facilement; une sonde pouvait très-bien être portée jusqu'aux environs de l'utérus. L'auteur remarque que s'il avait trouvé la tumeur divisée en différentes cavités ou remplies par des hydatides, il aurait pu en élargissant encore plus l'ouverture détruire les cloisons et les vésicules au moyen de l'instrument tranchant.

Pendant qu'on vidait et qu'on remplissait la tumeur avec une décoction d'écorce de chêne, on remarqua que des morceaux entiers se détachaient par plaques de la paroi interne du sac qui, lui-même, au bout de quatorze jours paraissait à l'exploration extérieure être réduit à la moitié de son volume. Ne pouvant arriver jusqu'au fond au moyen de la seringue pour vider et remplir le sac, l'auteur y introduisit un tuyau par lequel la canule de cette dernière passait très-facilement; c'est ainsi que, petit à petit la tumeur fut entièrement vidée, la plaie se ferma sans fistule et sans laisser d'autres traces de l'hydropisie de l'ovaire qu'une dureté cartilagineuse de la grandeur d'une pièce de 20 sous autour de la cicatrice. La malade jouit pendant une année entière d'une assez bonne santé. Elle mourut au bout de ce temps à la suite d'une tumeur squirrheuse qui se forma dans la région de la rate. L'autopsie n'a pas été faite.

DE L'ULCÉRATION DE LA MATRICE DE L'ONGLE SOUS LE RAPPORT HISTORIQUE ET PRATIQUE, par le docteur SACHS, de Berlin.

Après quelques considérations assez étendues sur l'histoire et la description de cette maladie, et après avoir passé en revue les différents traitemens dirigés contre elle, M. Sachs expose une méthode curative basée sur les principes suivans : 1° les portions de l'ongle qui touchent les parties ulcérées de sa matrice doivent toujours et au plus vite être éloignées, s'il se peut, sans douleur et sans hémorrhagie; celles, au contraire, qui touchent à des parties saines doivent être conservées; 2° l'ulcère mis à découvert doit, d'après sa nature, être traité et conduit à la cicatrisation par les moyens convenables.

Ces deux règles s'appliquent à tous les cas d'ulcération de l'ongle; le traitement pour les cas particuliers est le suivant.

En première ligne, il faut avoir égard aux maladies générales qui peuvent être cause ou seulement complication du mal. Les vomitifs et les purgatifs, lorsqu'ils sont indiqués, influent ordinairement d'une manière favorable sur la marche de l'affection locale; dans le cas d'accidens nerveux après l'arrachement ou la contusion de l'ongle, on donnera une émulsion d'eau de laurier-cerise, d'opium avec la liqueur minérale d'Hoffmann. Pour combattre l'inflammation qui précède l'ulcération, on emploiera la position horizontale de la partie affectée, quatre à cinq sangsues près et jamais sur les parties enflammées, quatre à cinq bains par jour de la durée d'un quart d'heure, d'eau savonneuse ou d'une décoction de ciguë, en cas d'excessive nuisibilité, ou bien de carbonate de potasse, de potasse, ou seulement de cendre, lorsqu'il y a un état de torpeur. Après les bains, frictions mercurielles opiacées sur les parties non enflammées; les corps étrangers doivent être extraits. Il est inutile de fendre l'ongle, car le trajet de la petite plaie guérit le plus souvent sans suppuration, guérison que l'on peut favoriser par l'application d'un emplâtre et de l'eau froide. Lorsque le bord extérieur de l'ongle est incarné, on ne doit l'enlever que peu à peu, au moyen de ciseaux émoussés et après l'avoir ramolli par des bains répétés. Le pus, dès qu'on l'aperçoit, doit être vidé; ordinairement le bord de l'ongle est détaché, et cette portion doit être enlevée le plus tôt possible. Si les douleurs sont trop vives et ne permettent pas l'introduction d'un instrument, M. Sachs introduit sous la partie desséchée un petit morceau d'éponge préparée pour agrandir peu à peu le trajet fistuleux. Le bord postérieur qui est plus solidement fixé ne se détache que tard par la suppuration; il ne faut pas se hâter de l'arracher : ici encore on peut préparer les voies au moyen de l'éponge, en ayant soin d'exciser ce qui peut être enlevé sans douleur. S'il se fait dessous l'ongle un épanchement de sang qui soulève une portion de ce dernier, on doit extirper celui-ci aussi loin que s'étend la suffusion; à chaque pansement on examinera s'il y a encore des portions de l'ongle à enlever. On panse la surface ulcérée avec de la charpie râpée sèche, ou simplement trempée dans de l'eau chaude, ou dans la décoction suivante de Græfe : écorce d'aune une once, eau huit onces; acétate de plomb un gros. Le reste du traitement comme dans les autres méthodes. La cure dure ordinairement de trois à six semaines.

DES EFFETS DE L'INDIGO DANS LES AFFECTIONS SPASMODIQUES, par le docteur STRAHL, de Berlin.

L'indigo donné à dose graduée, d'abord à un scrupule trois fois par jour jusqu'à une demi-once, dans dix cas d'épilepsie, n'a produit absolument aucun résultat; seulement on a remarqué la coloration en bleu des selles et de l'urine. Dans quatre cas d'hystérie, on a observé les phénomènes suivans : après l'administration de deux gros d'indigo, il survint une violente colique rénale; l'urine présentait une couleur d'un bleu très-foncé et laissait déposer une quantité assez notable de poudre d'indigo très-fine. Les coliques durèrent quatre jours et ne cédèrent qu'à l'emploi continué d'une émulsion huileuse. Dans un cas seulement il y eut, à la suite de l'affection des reins, cessation des accidens nerveux, qui, après trois mois, ne sont pas encore revenus. Dans deux cas on observa des effets très-remarquables sur le système utérin : une aménorrhée, accompagnant l'hystérie, céda sans que cette dernière disparût. Dans deux cas de danse de Saint-Guy, l'usage de l'indigo s'est montré sans effet. M. Strahl en conclut que cette substance médicamenteuse n'est d'aucune efficacité dans les affections nerveuses, mais paraît avoir une action très-prononcée sur le système génito-urinaire.

II. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

PAR HUFELAND ET OSANN.

Le cahier du mois d'octobre contient : 1° *propagation du charbon par le contact des animaux infectés et par l'emploi de leur chair, comme aliment*, par M. le docteur Wagner; 2° *de la constitution médicale de* 1833 *à Luneburg*, par M. le docteur Fischer; 3° *mélanges de médecine pratique*, par M. le docteur Hanff; on trouve sous ce titre un excellent tableau de la pleuro-pneumonie bilieuse; 4° *traitement des ulcères chroniques des jambes*, par le docteur Siemerling. Nous reproduirons à part le mémoire de M. Wagner, qui apporte une solution nouvelle à une question fort grave et fort controversée.

TRAITEMENT DES ULCÈRES CHRONIQUES DES JAMBES, par le docteur SIEMERLING.

Ce traitement consiste dans l'application de bandelettes circulaires comme dans la méthode de Baynton, à l'exception de la composition de l'emplâtre qui est la suivante : « cire blanche, une demi-once; huile d'olive, quatre onces; mêlez à deux onces de minium, faites cuire ce mélange en agitant jusqu'à ce qu'il se prenne en masse épaisse; ajoutez plus tard deux gros de baume indien. » Avant l'application on a soin de toucher les bords calleux ainsi que toute la surface de l'ulcère avec la pierre infernale, puis on entoure l'extrémité de compresses et d'une bande roulée. Repos et position horizontale du membre. Dans les ulcères à bords non calleux et où il existe cependant des granulations de mauvais aspect, on se sert au lieu de la pierre infernale d'un plumasseau trempé dans la teinture suivante : « teinture d'aloës, *id.* de myrrhe, de chaque deux gros; baume du Pérou, un gros à un gros et demi. » Le traitement ne doit pas durer plus de six semaines.

— Nous terminerons cette revue par les deux faits suivans, dont le premier pourra être rapproché avec intérêt de ceux que nous avons déjà rassemblés sur cette matière.

OBSERVATION D'UN EMPYÈME SUIVI DE GUÉRISON, par le docteur KORTUM.

OBS. — G. P., fut, à l'âge de 3 ans, affecté de la gale que l'on fit disparaître avec trop de précipitation : en effet, il ne tarda point à se développer au côté gauche du thorax un abcès qui donna lieu à des symptômes graves. L'abcès s'étant ouvert, il resta une petite ouverture fistuleuse à travers laquelle il s'écoula, pendant sept ans, un pus ichoreux en assez grande quantité. Une fièvre lente s'était emparé du petit malade qui dépérissait à vue d'œil; il était devenu extrêmement maigre et sa taille était restée au-dessous de l'ordinaire; les côtes avaient perdu leur convexité dans l'étendue d'une main autour de la fistule, et le thorax du côté malade était entièrement aplati. Différens traitemens avaient été tentés sans aucun succès. A 10 ans le petit malade fut présenté au docteur Kortum. Une sonde introduite dans la cavité ulcérée, dans une direction horizontale, pénétra à une profondeur de 8 pouces; comme dans son trajet l'instru-

ment n'avait rencontré ni le poumon, ni le cœur, on en conclut avec raison que ces organes avaient été repoussés de leur position naturelle par l'amas du pus. L'indication était évidemment ici de permettre à ce dernier de s'échapper par un écoulement continu. A cet effet, le docteur Kortum fit dilater l'ouverture fistuleuse au moyen d'une éponge préparée, puis il introduisit dans la cavité purulente à peu près à deux pouces de profondeur un tuyau de plume, fixé au moyen d'un fil adapté à son extrémité et passé autour de la poitrine. L'orifice fistuleuse fut à son tour recouverte d'une coquille de noisette, passée autour du tuyau de plume, et garnie extérieurement d'une couche de charpie, afin que le pus qui suinterait à la surface pût être absorbé. Tout l'appareil fut maintenu avec beaucoup de facilité; dans les premiers jours il s'écoula par le petit tuyau une quantité incroyable de pus, surtout lorsque le malade se tenait dans une position horizontale et inclinée à gauche. Sous l'influence de ce moyen et de l'usage interne du quinquina et de la ciguë aquatique long temps continué, le pus devint d'une nature de jour en jour meilleure, la fièvre hectique et des sueurs fétides très-abondantes cessèrent bientôt. Au bout de 6 mois le foyer purulent était entièrement effacé, et la plaie extérieure cicatrisée. La présence du tuyau de plume, quoique son extrémité interne fut assez tranchante et enfoncée à une grande profondeur n'avait jamais produit d'accidens. Il est à remarquer encore qu'avant la terminaison de la cure il s'était développé sur tout le corps une éruption psorique qui avait cédé à l'administration de bains, d'évacuans et de boissons dépuratives. Depuis cette époque il s'est passé une année et la santé de l'enfant s'est toujours maintenue; il peut même marcher, courir, fréquenter l'école sans trop fatiguer sa poitrine; cependant sa constitution est frêle et délicate, et le côté gauche du thorax est resté aplati.

EXEMPLE D'UNE XÉNOMÉNIE PAR LES POUMONS, par le docteur BECKER.

OBS. — N..., âgée de 32 ans, tomba, il y a deux ans, dans l'eau, au moment de son flux menstruel; aussitôt celui-ci se supprima; le mois suivant il survint à sa place une forte hémoptysie, qui s'est depuis renouvelée d'une manière tout-à-fait périodique. Il y a quinze mois cette femme devint enceinte, et pendant toute sa grossesse, durant ses couches et pendant tout le temps où elle a allaité, le crachement de sang ne s'est point montré; mais il est revenu aussitôt qu'elle a eu sevré l'enfant.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER.

M. Couerbe annonce qu'il a obtenu une quantité considérable de méconine, substance qu'il a fait connaître en 1830, et dont l'existence était encore regardée comme douteuse par plusieurs chimistes distingués.

FOURS AÉROTHERMES.

MM. Lemare et Jametel demandent que l'Académie charge une commission d'examiner leurs fours aérothermes.

« Le dernier de ces fours, disent-ils, construit au Petit-Montrouge, n° 52, maison Jametel, est de 4 mètres de long sur 3 de large. Déjà il a cuit sans interruption onze fournées de 150 pains de 3 livres chacun.

Aucun combustible, aucune flamme ou fumée n'entre dans le four. De l'air enfermé autour du foyer s'échauffe, monte dans le four, puis redescend autour du foyer pour s'y réchauffer. Par le jeu d'une circulation perpétuelle, on élève à volonté la température du four de 0 à 350° cent., soit pour dessécher, soit pour vaporiser ou pour cuire des substances solides ou liquides quelconques.

Ces effets sont obtenus avec une grande économie de combustible, sans altération des produits.

Une des propriétés de ce four, ajoutent les auteurs de la lettre, c'est que le combustible plus ou moins accumulé dans le foyer étant une fois allumé, brûle avec une parfaite incandescence et jusqu'à l'incinération, malgré la fermeture complète de tout registre d'air alimentaire.

SUCRE DE MAÏS.

M. Deyeux fait en son nom et celui de MM. Thénard et Darcet, un rapport sur un mémoire de M. Pallas, médecin à Saint-Omer.

Le sucre, dont l'usage est aujourd'hui si répandu, fut long-temps considéré comme un produit fourni exclusivement par l'*arundo saccharifera*; on reconnut pourtant par la suite que beaucoup d'autres plantes en contiennent également, et si on négligea de l'en extraire, c'est parce que les procédés pour l'obtenir n'étaient pas suffisamment connus. Achard, chimiste prussien, paraît être celui qui le premier s'occupa sérieusement de cette recherche; la racine de betterave fut celle qui attira d'abord son attention, et il parvint, en variant ses essais, à en obtenir un sucre dont les propriétés étaient égales à celles du plus beau sucre de canne. Un fait assez remarquable, c'est que cette découverte, loin d'être accueillie avec empressement comme elle le méritait, ne trouva d'abord que des détracteurs, et il a fallu beaucoup de temps pour surmonter le préjugé qu'ils avaient fait naître dans le public contre le sucre de betterave.

Le maïs est devenu après la betterave le sujet de beaucoup de recherches; le rapporteur donne un aperçu historique des travaux qui ont eu pour objet d'extraire le sucre de cette plante, mais comme nous en avons parlé précédemment dans l'analyse du mémoire de M. Pallas, nous ne le reproduirons point ici, non plus que la description qu'il donne du procédé suivi par ce médecin. Ses conclusions sont que l'auteur n'a pas suffisamment prouvé que les tiges de maïs contiennent un véritable sucre cristallisable, mais que comme il n'a pas épuisé toutes les expériences qu'il avait intention de faire; l'Académie doit l'engager à les suivre, et avec d'autant plus de raison qu'elles pourront peut-être le conduire à découvrir d'autres plantes assez riches en sucre pour être cultivées en France, concurremment avec la betterave.

INFLUENCE DE LA GÉLATINE, CONSIDÉRÉE COMME ALIMENT, SUR LE DÉVELOPPEMENT ET L'ENTRETIEN DES FORCES MUSCULAIRES; par M. EDWARDS.

Dans un premier mémoire, qui lui était commun avec M. de Balzac, M. Edwards s'était occupé de déterminer l'influence de la gélatine sur le poids de l'être soumis à ce régime, et pour arriver à des résultats décisifs, les expériences avaient été faites sur des animaux dont on pouvait disposer à volonté et qu'on pouvait soumettre aux plus rudes épreuves; mais afin que les résultats fussent susceptibles d'application à l'homme, l'espèce choisie pour les expériences était celle dont les fonctions digestives se rapprochent le plus des nôtres.

Pour bien connaître les effets de la gélatine, il était nécessaire de l'employer dans deux états différens: 1° à l'état de pureté, et par conséquent fade et insipide; 2° convenablement aromatisée.

Dans le premier cas il a été prouvé, tant par les effets sur le poids du corps que par la durée des êtres soumis aux expériences, que la gélatine à l'état de pureté est alimentaire, il est vrai, mais qu'elle ne suffit pas seule pour entretenir la vie, et qu'il en était pour elle comme M. Magendie l'avait constaté pour bien d'autres substances alimentaires, pour celle même qui fait l'aliment par excellence de l'homme civilisé, pour le pain de froment, qui seul ne suffit pas pour entretenir la vie.

Les expériences de MM. Edwards et Balzac montraient encore que le régime résultant de l'association du pain et de la gélatine était encore insuffisant, quoiqu'il retardât davantage le dépérissement que l'une ou l'autre des deux substances données isolément.

Quant à la *gélatine aromatisée convenablement*, c'est-à-dire aromatisée par la partie sapide et odorante de la viande, les expériences de MM. Edwards et Balzac montraient que cette substance ainsi modifiée possède des qualités éminemment nutritives; de sorte que cette addition donnait au régime précédent toutes les qualités nécessaires pour entretenir le poids du corps et même favoriser son développement.

Dans les expériences faites sur les chiens, il avait été possible de juger jusqu'à un certain point du plus ou moins d'activité et de forces dépendant des variations de régime; mais on n'était pas arrivé à une mesure exacte. Dans des expériences faites sur les hommes, la sensation d'abattement ou d'énergie ne donnait encore que des à peu près, et il devenait indispensable d'avoir recours à quelque moyen mécanique pour apprécier avec la rigueur nécessaire les variations des forces; mais avant tout, il était nécessaire d'observer si, indépendamment du régime, il n'y avait pas des causes qui faisaient varier les forces, et dans le cas où l'on en reconnaîtrait, savoir si ces variations seraient soumises à quelque loi régulière.

Au moyen du dynamomètre, M. Edwards s'est occupé de mesurer les forces d'un même individu à cinq époques différentes de la journée: à sept heures du matin, onze heures, une heure après midi, sept heures et onze heures du soir. Ces expériences, répétées dix jours de suite dans les circonstances les plus semblables, les plus ordinaires et les plus simples, ont donné pour la force des mains au dynamomètre les moyennes suivantes:

7	heures	du matin,	67° ,7
11	—	—	72 ,1
1	—		73 ,
7	—	du soir,	71 ,2
11	—	—.	67 ,6

Ainsi, depuis le lever, à sept heures du matin, jusqu'à une heure après midi, la force a été croissante; ensuite elle a décliné dans l'intervalle qui s'est écoulé depuis lors jusqu'à onze heures du soir. Ainsi, la marche des forces musculaires a été ascendante dans la première moitié de la journée et descendante dans la deuxième; enfin les moindres intensités ont eu lieu aux deux extrémités de la journée, surtout au commencement.

Qui a pu déterminer cette mesure?

Est-ce la nourriture prise dans la matinée une heure après le lever, qui a développé les forces pendant cette période? ou est-ce une marche naturelle à notre économie, indépendamment de toute cause excitante étrangère?

Pour savoir à quoi s'en tenir, il fallait changer l'heure des repas, mais de manière cependant à ce que le sujet de l'expérience n'en souffrît pas. Le déjeuner pris jusque-là à huit heures fut remis à dix heures et demie. Dans cet intervalle, on constata au dynamomètre à sept heures, neuf heures et demie, dix heures et demie, l'état des forces de l'individu; la moyenne des trois expériences montra que, dans cet intervalle et sans qu'il y eût de nourriture prise, sans qu'aucune cause excitante appréciable eût agi sur les forces, elles s'étaient augmentées progressivement.

Ainsi donc, lorsqu'on est à jeun, on peut éprouver depuis le lever un développement progressif des forces musculaires pendant une grande partie de la matinée, sans autre excitant que le jeu régulier de nos organes, et l'action la plus douce des agens extérieurs, même à l'abri de l'air libre et des rayons directs du soleil.

L'influence de la nourriture semble donc nulle en ce cas; cependant, comme il est bien certain que cette influence existe, pour en mettre en évidence les effets, il fallait changer de procédé. Le moyen auquel M. Edwards s'arrêta fut de faire l'essai du dynamomètre l'instant avant le repas, puis de le répéter immédiatement après et à des intervalles successifs.

D'après cette méthode, ayant pris l'état des forces à 7 heures, à 9 heures et demie et à 10 heures et demie, comme dans la série précédente, le déjeuner eut lieu immédiatement après; aussitôt qu'il fut achevé, on fit de nouveau l'essai des

forces musculaires, et l'on trouva qu'elles avaient considérablement augmenté; elles étaient accrues de 7°. Cet effet pour ainsi dire instantané, ce développement soudain de forces par le seul fait de l'ingestion des alimens, évalué comme nous l'avons dit à 7° du dynamomètre, correspond à une augmentation de pression de 14 livres.

La moyenne de 5 jours confirma ces résultats; l'indication était de 76°,8 immédiatement avant le déjeuner, et de 80°,5 aussitôt après.

Quoique les alimens aient pour effet de rétablir nos forces, on ne s'attendrait peut être pas à voir cet effet si soudain; mais ce point sera discuté plus tard. Pour le moment, voyons quelle influence exerce la qualité des alimens.

Le repas dont il a été question consistait dans une tasse de chocolat à l'eau et un petit pain; il s'agissait d'abord de savoir si l'eau, qui en faisait partie, pouvait produire la totalité ou une partie des effets constatés.

Ainsi dans des circonstances parfaitement semblables et le lendemain des expériences précédentes, la même personne fit l'essai de l'eau pure dans la proportion où elle entrait dans la tasse de chocolat, et après le même intervalle de temps (8 minutes) elle eut recours au dynamomètre qui, au lieu d'augmentation, indiqua une diminution de 2°; l'expérience répétée trois jours de suite donna le même résultat.

Le second élément à apprécier était le sucre qui fut essayé associé à l'eau, mais l'eau sucrée donna aussi une diminution sensible.

On fit ensuite l'essai du chocolat sucré et préparé avec la quantité d'eau habituelle, mais cette fois il y eut non plus diminution, mais augmentation de 5°,7 au dynamomètre. Ce résultat fut le même dans les trois jours d'expérience.

Ainsi des parties qui constituaient le repas, les seules qui aient agi pour élever les forces, sont le chocolat et le pain.

Les expériences suivantes eurent pour but d'examiner, et toujours de la même manière analytique, les effets de la gélatine sur les variations des forces musculaires. On commença par le bouillon ordinaire, mais l'usage étant de le prendre très-chaud il devenait indispensable d'apprécier les effets de la température élevée, car dans les expériences précédentes l'eau sucrée avait été donnée à la température de l'air.

On but donc 8 onces d'eau à 40°, température ordinaire du bouillon lorsqu'on le prend; après un intervalle de 8 minutes, comme dans les séries précédentes, le dynamomètre indiqua une diminution de 3°,3; même résultat trois jours de suite. Ainsi l'élévation de température, loin d'exciter les forces, les avait au contraire abaissées, puisque l'ingestion de l'eau à la température ordinaire avait amené une moindre diminution.

L'effet de la température ainsi constaté, on fit l'essai d'un bouillon de très-bonne qualité; l'effet fut des plus énergiques, et dans quatre jours l'augmentation soudaine fut de 6 degrés au moins, de 8 au plus.

Il faut observer, dit l'auteur, que cette mesure ne représente qu'une partie de l'énergie due à l'aliment, puisque l'eau, d'une part, et la température de l'autre, tendent à abaisser les forces. Mais ce qui dans le bouillon a produit l'effet ascendant, effet dont une partie seulement est apparente, n'est autre chose que la *gélatine duement assaisonnée.* Ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que cette substance est, de toutes celles qu'on a essayées par la suite, celle qui a amené le plus grand et le plus prompt développement des forces musculaires.

Le bouillon de la compagnie hollandaise fut ensuite essayé pendant sept jours, et a donné des résultats tout semblables à ceux du bouillon de ménage. Il fallait maintenant essayer du bouillon à la gélatine.

La règle pour la confection de ce bouillon, qui consiste à substituer deux onces de gélatine aux trois quarts de la viande qu'on emploierait pour la même quantité d'eau, fut ponctuellement suivie. Il en résulta un bouillon qui, au goût, ne se distinguait point du bouillon ordinaire. Pris à la même heure et dans les mêmes circonstances où l'on avait essayé le premier, il donna au dinamomètre un accroissement de forces égal à neuf degrés, c'est-à-dire plus grand que dans les expériences précédentes, où la moyenne était de sept degrés.

Toutes les expériences dont nous venons de rendre compte étaient faites sur la même personne et, dit l'auteur, il fallait bien que cela fût ainsi, si l'on voulait obtenir des résultats comparables. Mais par cela même qu'ils sont individuels, il n'est permis de les généraliser qu'après avoir soumis aux mêmes épreuves un assez grand nombre de personnes, non pas dans les mêmes détails, ce qui serait presque impossible, mais de manière du moins à s'assurer que les tendances observées chez l'individu, le plus complètement éprouvé, représentent bien les tendances générales de l'espèce.

Grâces au concours bienveillant de M. Voluzon, chef de bataillon du 43e et de M. Merle, chirurgien du régiment, 31 soldats de la compagnie du centre furent mis en expérience; l'épreuve du dynamomètre, faite immédiatement avant et immédiatement après le déjeûner, donna un accroissement moyen de forces équivalant à 3 degrés environ, c'est-à-dire avant le repas, 79° 87 après 82°, 83.

Il était intéressant de savoir si le même phénomène se reproduirait à une époque plus avancée du jour. Nous avons vu en effet qu'il y a variations des forces suivant les périodes du jour. Mais c'est sur le premier individu qui avait servi aux expériences, qu'on a cru devoir constater la différence qu'il pouvait y avoir selon les repas. On n'en reconnut aucune; mais chez les 31 militaires, il y eut une différence, et l'augmentation de force, dont la moyenne avait été de 3 degrés après le déjeûner, fut de près de 5° après le dîner; savoir: avant le dîner 77°,32 après, 82°,16.

Afin de donner une base plus large à ces résultats, ces recherches furent étendues à une autre compagnie du même régiment, compagnie composée d'hommes également doués d'une grande force, mais dont la constitution physique était différente. Les expériences faites sur 26 grenadiers, donnèrent des résultats analogues, mais plus prononcés encore; ainsi, la différence avant et après le déjeûner était de 4° (3° pour le centre), celle avant et après le dîner 6° (centre 5°).

Nous avons pu, poursuit l'auteur, soumettre au même genre d'épreuves les données que nous avions obtenues sur l'effet du bouillon ordinaire, car les deux repas des militaires commencent par la soupe au bouillon de viande. On essaya donc les forces des mêmes militaires de la compagnie du centre et de celle des grenadiers immédiatement avant la soupe et de suite après, non seulement au déjeûner mais encore au dîner.

Compagnie du centre, augmentation après la soupe.

Au déjeûner..................	4°,42
Au dîner.....................	4°,51
Grenadiers.	
Au déjeûner..................	3°,98
Au dîner.....................	5°,35

Ainsi les résultats fournis par la personne qui s'est soumise aux premières épreuves, coïncident parfaitement avec la moyenne des données obtenues dans les recherches en grand sur les militaires. Cette personne peut donc être regardée comme type des dispositions de l'espèce, et dès-lors on peut s'en reposer avec confiance sur les résultats qu'il fournira dans les cas où la vérification en grand ne saurait avoir lieu.

Nous avons dit que les résultats obtenus sur le premier individu s'accordent avec la moyenne de ceux que fournissent les militaires; il reste à parler des écarts observés chez ceux-ci.

Quelle est la nature de ces écarts? les résultats particuliers diffèrent-ils seulement par le degré, ou s'en trouve-t-il en sens contraire? C'est ce qu'il est important de faire connaître. Or, voici ce qui a été observé:

Les 26 grenadiers ont tous montré augmentation de forces après le déjeûner, des 31 militaires du centre, 25 ont eu de même augmentation de forces, après le dîner 28.

Dans 4 cas seulement on a observé diminution de forces après le déjeûner et après le dîner.

En tenant compte de la manière dont sont formés les régimens, on pouvait donc établir en règle générale que chez les hommes forts il y a augmentation de force après chaque repas modéré et convenablement composé, et il y avait lieu de soupçonner que les exceptions observées provenaient de ce que quelques-uns des sujets soumis à l'expérience n'étaient pas des *hommes forts*. Un moyen se présentait de vérifier ce doute; c'était de répéter les essais sur des individus plus faibles soit en raison d'un état maladif, soit en raison de leur âge. M. Hubert, instituteur à Versailles, voulut bien permettre qu'on fît dans son pensionnat les expériences aux heures et dans les circonstances convenables. Chez ces jeunes gens la moyenne des résultats fut en sens contraire de ce qui avait été observé chez les militaires.

Ainsi, chez des individus qui présentent en raison de leur âge une faiblesse relative dans une constitution saine et normale, il y a eu en général abaissement des forces musculaires immédiatement après le repas; mais cette tendance descendante, comme le prouvent les nombres observés, est beaucoup moins prononcée que la tendance en sens contraire qui a lieu dans les mêmes circonstances.

Ce contraste entre les effets immédiats des alimens sur les forces musculaires, suivant la force ou la faiblesse des individus, mérite de fixer l'attention. L'élévation ou la dépression des forces qui suit l'ingestion des alimens, est pour ainsi dire instantanée; c'est un effet de contact passager, et qu'il faut bien distinguer des effets subséquens dus à la digestion des substances ingérés. Cette opération commençant immédiatement après l'arrivée des alimens dans l'estomac, tend à concentrer vers cet organe les forces de l'individu, et par conséquent à contrebalancer l'autre effet. Ainsi, il y a après l'ingestion des alimens deux tendances opposées, et c'est seulement leur différence que fait connaître le dynamomètre. Cette différence est en moins chez les personnes faibles, et en plus chez celles qui sont vigoureuses.

Si la quantité des alimens est modérée, l'appel de forces vers l'estomac sera moindre, tandis que l'excitation produite par le contact sera la même que si le repas avait été plus copieux. Dès lors on conçoit qu'il peut y avoir des cas où après la soupe le développement des forces musculaires sera plus grand qu'à la fin du dîner; c'est ce qui a été reconnu en effet chez plusieurs femmes. Or, poursuit M. Edwards, c'est là un des plus grands avantages du bouillon, c'est-à-dire de la gélatine aromatisée qui, sous ce rapport, ne saurait avoir d'équivalent.

L'individu qui s'était soumis aux premières expériences, ayant fourni des données parfaitement concordantes avec les moyennes d'observations faites en grand, on pouvait le considérer comme type et se dispenser de vérifier les autres résultats obtenus sur lui. Cependant en raison de l'importance de la question, il était nécessaire de faire exception pour un de ces résultats, celui qui avait fait reconnaître l'action puissante du bouillon à la gélatine pour développer rapidement les forces musculaires. Un grand nombre d'amis de l'auteur ont eu la complaisance de se présenter à cette épreuve. Tous après avoir pris cette soupe faite suivant les règles, et dont le goût ne différait en rien de celui de la soupe ordinaire, ont montré une augmentation notable de forces musculaires.

Les expériences ont été répétées à l'hôpital Saint-Louis, grâces à l'obligeance de M. Jourdain, administrateur de l'hospice, du médecin en chef M. Alibert et de M. Biette.

A l'heure du dîner, époque où le repas commence par une soupe faite avec une solution de gélatine aromatisée par la proportion prescrite de viande, un certain nombre de malades, hommes des salles de M. Biett, ont été mis à trois épreuves du dinamomètre; l'une avant, l'autre après la soupe, et la dernière à la fin du repas. Voici quelle a été la moyenne des résultats.

Avant la soupe à la gélatine.	66°
Après	68°

Des expériences analogues ont été faites sur trente-sept femmes des salles de M. Alibert, les moyennes ont été:

Avant la soupe à la gélatine.	45°
Après	48°

Dans les deux cas il y a eu, à la fin du repas, une augmentation moyenne de forces.

« Tous ces résultats, poursuit M. Edwards, font connaître l'effet du bouillon à la gélatine aromatisée par la viande, tel qu'il est prescrit par l'auteur et tel qu'il est préparé à Saint-Louis. »

On pourrait penser que le rôle de la gélatine se borne à sustenter le corps sous le rapport des matériaux qui le constituent, mais que l'excitation des forces dépend

uniquement de la partie sapide et odorante du bouillon. Pour décider de cette question par l'expérience, deux espèces de bouillons ont été préparés qui ne différaient que par la gelatine aromatisée. Ainsi, dans l'un il y en avait deux onces, dans l'autre quatre, et pendant trois jours la personne qui avait servi pour les premières expériences a fait usage de ces bouillons. Celui qui ne contenait que deux onces de gelatine aromatisee a produit un accroissement de forces de 9°; celui qui en avait 4 a donné 11°,34.

Ainsi, dit M. Edwards, on peut énoncer en thèse générale que l'intensité d'action de la gélatine sur les forces musculaires tend à croitre avec la proportion de cette substance; d'où il suivrait que le bouillon fait avec deux onces de gélatine et une livre de viande agirait ou tendrait à agir plus énergiquement sur les forces musculaires que le bouillon ordinaire préparé avec quatre livres de viande.

L'influence fortifiante de la gélatine par elle-même a été confirmée par un nouveau résultat, c'est que l action fortifiante du bouillon avec le maximum de gélatine a eu non-seulement une plus grande intensité, mais aussi une plus grande durée, car il ne faut pas supposer que ces deux termes, intensité et durée, soient toujours en rapport.

Pour ne laisser aucun doute sur la part actie de la gélatinve dans l'élévation des forces. M. Edwards a essayé la gélatine pure extraite des os par l'appareil de l'hôpital Saint-Louis; une solution prise trois jours de suite aux mêmes heures, et dans les mêmes circonstances que dans les circonstances précédentes, a donné un accroissement notable de forces.

Ici se terminent les expériences faites par M. Edwards. Une troisième partie qu'il fera imprimer, mais qu'il ne se propose pas de lire à l'académie, est relative à la partie pratique de la question et se compose d'un ensemble de faits observés en différens lieux, classés et discutés par l'auteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 février. — *Présidence de M. Lisfranc.*

La correspondance comprend une lettre de M. Léon Simon, secrétaire de la société homœopathique de Paris, qui adresse à l'Académie la première leçon d'un cours d'homœopathie qu'il professe à la société de civilisation. Cet envoi a pour but de mettre la commission chargée du rapport sur la nouvelle doctrine à même de prononcer en connaissance de cause.

— M Servant adresse un échantillon de papier vert, employé comme enveloppe de bonbons et qui contient de l arsenic. — Renvoyé à MM. Bonastre et Soubeiran.

M. Dubois d'Amiens adresse un paquet cacheté dont il prie l'Académie d'ordonner le dépôt dans ses archives.

» L'académie n'ignore pas, dit M. Dubois, que trop souvent des propriétés littéraires, fruits de longs et pénibles travaux, ont été revendiquées en l'honneur de certaines personnes qui, jusques-là, n'avaient donné aucun signe de vie scientifique. » C'est parce qu'il se trouve aujourd'hui victime lui-même de semblables procédés, et pour éviter toute discussion de ce genre sur les travaux inédits que M. Dubois adresse sous cachet un nouveau *plan d'un cours d'hygiène médicale et politique.* Le dépôt aux archives est ordonné.

DU PAIN DE FÉCULE ET DES NOUVEAUX PROCÉDÉS DE PANIFICATION.

M. Gannal adresse des réflexions sur les nouveaux procédés de panification qui ont été soumis au jugement de l'académie.

Pour que l'alimentation soit bonne, il faut qu'elle réunisse deux conditions, la *qualité* et la *quantité*. Il faut donc toutes les fois qu'on propose une substance qui doit servir à l'alimentation des masses, considérer si ses principes constituans sont nutritifs par leur nature, en proportion suffisante pour un volume donné, et disposés mécaniquement de manière à être atteints par l'action des organes.

Le pain des boulangers de Paris, qui est bon et composé de 50 pour 100 de fécule, de 33 pour 100 d'eau et de 17 de matière indigestible gluten et ligneux. Tout pain qui offre une moindre proportion de fécule est moins favorable à une bonne alimentation; or, celui de M. Ducommun, présenté le 3 février à l'académie contient 45 pour 100 d'eau, près de 20 de substance indigestible, et seulement 35 de matière alimentaire. C'est donc deux cinquièmes de substances nutritives de moins que le pain de Paris; donc le pain nouveau n'est qu'une déception qui remplira sans nourrir.

M. Gannal rappelle d'ailleurs que dès 1831 il a adressé à tous les corps savans de la capitale des échantillons de pain de fécule pure, par le procédé pour lequel M. Ducommun a pris un brevet d'invention en 1834. La question est pendante à l'académie des sciences; *huit procédés différens* y sont successivement arrivés; mais aucun de ces procédés ne remonte à Parmentier, ni même plus haut que 1830; ainsi que M. Gannal le démontre dans son travail soumis à l'académie des sciences. Il annonce que sous très peu de temps il fera hommage à l'académie de son mémoire sur cette grave question. Il note cependant dès aujourd'hui que l'emploi de la fécule pour la panification ne doit avoir lieu que dans les mélanges des farines inférieures; c'est-à-dire, dans celles où la fécule est en proportion trop faible pour faire un bon pain; par exemple, dans les farines de 3e et de 4e et surtout dans les farines avariées.

Le bureau propose le renvoi de cette lettre à la commission chargée de l'examen du pain de pommes de terre récemment présenté à l'Académie.

M. Mérat. Il n'y a pas de commission spéciale pour ce sujet; la lettre de M. Gannal peut tout au plus être déposée à titre de renseignement.

M. Chavalier. On a renvoyé le pain de pommes de terre avec la lettre de M. Ducommun à la commission du pain de riz présenté par M. Arnal; et ce renvoi même était fort inutile, M. Ducommun ne donnant dans sa lettre aucun renseignement sur les proportions qu'il emploie et ne demandant pas même de rapport. Il n'y a donc qu'une commission unique chargée d'examiner le pain de riz; et comme je suis convaincu qu'elle n'arrivera de long-temps à aucun résultat, je prie l'Academie de recevoir ma démission de membre de cette commission.

Nulle décision n'est prise à l'egard de la lettre de M. Gannal; M. le président fait observer que l'auteur annonce un prochain mémoire, pour lequel on pourra nommer une commission speciale.

LETTRE ANONYME SUR LA PROPHYLACTIQUE DE LA SYPHILIS.

La dernière lettre a trait à la prophylactique de la syphilis. L'auteur annonce que depuis six ans la theorie et l'experience réunies lui ont fait trouver un sûr moyen prophylactique de cette maladie. Son mémoire était rédigé depuis long-temps; mais des personnes graves l'ont détourné de le présenter à l'Académie, à cause de l'espèce de réprobation qui s'attache à des expériences de cette nature. La discussion qui a eu lieu dans la dernière séance lui a laissé quelques doutes encore; et il demande que ce doute lui serve d'excuse si son nom ne se trouve point au bas de sa lettre. (Explosion de murmures. Nombre de voix, parmi lesquelles se distingue surtout celle de M. Deneux, demandent que la lecture de la lettre ne soit pas continuée.)

M. Pariset. Que l'Académie écoute jusqu'au bout. (Non! non!)

M. le président. Le conseil, après avoir pris connaissance de cette lettre, a décidé qu'elle serait lue.

M. Deneux. Le conseil connait-il le nom de l'auteur? (Non.) En conséquence, je m'oppose à la lecture.

M. Adelon. En thèse générale, il est vrai qu'une lettre anonyme ne doit pas être lue à l'Académie; mais il parait que des circonstances particulières ont dicté en cette circonstance la décision du conseil de l'Académie; et puisqu'un conseil que vous avez elu, que vous avez investi de votre confiance, a jugé cette lecture utile, je ne pense pas que l'Académie puisse se refuser à l'entendre. (Appuyé.)

La continuation de la lecture est mise aux voix et adoptée à une grande majorité.

L'auteur prie M. le président de poser cette question, savoir, si l'Académie juge qu'un tel mémoire puisse être lu en séance ou seulement adressé au bureau; si elle consentira à nommer une commission pour repéter les expériences; et ici il fait observer que ces expériences peuvent être instituées avec le simple contact du pus vénérien, comme M. Cullerier en a déjà fait dans un autre but, et même être tentées sur des animaux. Le fond du mémoire roule d'ailleurs sur les trois points suivans :

1° Que dans la théorie de l'irritation pure, et dans celle de l'absorption du virus, il faut un temps assez long pour que l'irritation ou l'absorption ait lieu;

2° Qu'en enlevant la cause de l'irritation ou la matière à absorption avant que ces phenomènes aient lieu, on prévient infailliblement l'un et l'autre;

3° Que les lotions avec l'eau pure ou même l'urine suffisent dans tous les cas.

Puis après la refutation des objections et l'exposé des expériences, se trouve indiqué le moyen d'appliquer à l'instant cette doctrine à l'armée pour en extirper la syphilis. Il s'agit ici de vastes intérêts. Pendant 27 mois seulement, la garnison de Paris forte alors de 15000 hommes a fourni plus de 1,300 vénériens dans un seul service du Val-de-Grâce; qu'on juge des malades que doit donner une armée de 400,000 hommes. Il y a donc là un intérêt évident et pour le trésor, et pour la santé publique, et pour la justice même, puisque souvent ces militaires déjà punis par leur maladie même, le sont encore après leur retour au corps, pour avoir obéi à un invincible besoin. La lettre est signée X., *docteur-médecin de la Faculté de Paris, membre de plusieurs sociétés médicales françaises et étrangères.*

M. Adelon. On conçoit parfaitement d'après cette lettre, les raisons qui ont porté l'auteur à ne pas signer son nom. Il demande si son mémoire peut être lu en séance publique ou adressé au bureau; je pense que la seconde mesure est la plus convenable.

M. Delens. Avant de prendre une décision, il faudrait cependant connaître le nom de l'auteur. Sans cela, qui vous répond qu'il n'a point agi dans des vues d'intérêt, et que demain, si vous nommez une commission, il ne remplira pas les affiches de l'annonce d'un prétendu spécifique approuvé par l'Académie? Je conçois cependant son silence; mais il n'est pas que quelque membre de cette Académie ne le connaisse et ne puisse répondre pour lui.

M. le président demande si quelque membre connait le nom de l'auteur. Personne ne répond; en conséquence on passe à l'ordre du jour.

ORTHOPÉDIE. — PROSPECTUS DE M. HOSSARD. — NOMINATION D'UNE COMMISSION CONTRE LES CHARLATANS.

M Emery demande la parole à l'occasion du procès-verbal. On y mentionne que M. Hossard a adressé un prospectus à l'Academie, et qu'il se trouve à Paris, telle rue, tel numéro; tout prêt à faire voir aux membres de l'Académie les malades qu'il se propose de traiter. Ceci mérite attention. M. Hossard, qui n'est même pas médecin, est déjà venu, il y a plus d'un an, présenter à l'Académie des bustes de personnes atteintes de gibbosité; il avait même eu l'indélicatesse d'afficher au dos d'un de ces bustes la consultation d'un médecin très-honorable de la capitale, qui ne promettait pas de guérison avant 18 mois. Lui, M. Hossard, promettait de les guérir en 6 mois et de présenter les sujets guéris à l'Académie. On a nommé une commission; M. Hossard a fait grand bruit de toutes ces choses; puis il est reparti, et depuis plus d'un an, on n'a ouï parler ni de lui, ni de ses malades. Le voici qui revient avec des malades nouveaux, qu'il veut nous montrer, qu'il prétend guérir encore; mais qu'il montre donc ceux qu'il a guéris; sinon l'Académie est exposée à se voir abuser sans cesse par cette sorte de jonglerie périodique. Il y a plus : M Hossard qui a pris un brevet d'invention pour sa méthode, annonce dans ses prospectus qu'*elle a reçu l'approbation de l'Académie.* Il a pris soin de biffer cette phrase dans les exemplaires qu'il vous a adressés; mais elle est en toutes lettres dans ceux qu'il distribue au public. Je demande si, en face de cette mauvaise foi, il est convenable que l'Académie s'occupe des nouveaux malades et des nouvelles promesses de M. Hossard.

M. Guineau de Mussy. Il y a une ancienne commission de nommée; pourquoi n'a-t-elle pas fait son rapport?

M. Bousquet. Comment aurions-nous pu faire un rapport? M. Hossard devait nous ramener ses malades guéris, il y a plus de six mois; nous ne les avons pas encore vus.

M. J. Cloquet. J'insiste sur les observations de M. Emery. Cet homme ment au public en annonçant qu'il a l'approbation de l'Académie; c'est un abus qu'il ne faut pas permettre.

M. Marc. Il est de la dignité de l'Académie de protester contre de semblables abus!

M. H. Cloquet. Le silence suffit; en pareil cas, le silence est une protestation. (Oh! oh! on rit.)

M. François. Je fais partie de la commission nommée autrefois pour voir les malades de M. Hossard. Il ne nous a pas fait voir seulement les bustes, mais les malades eux-mêmes; il est vrai qu'il ne les a pas ramenés guéris ainsi qu'il l'avait promis. Mais il y a quatre jours qu'il nous a invités à examiner chez lui d'autres malades qu'il veut traiter sous nos yeux. Et quant à l'usurpation qu'on lui reproche d'une approbation qu'il n'a pas eue, l'Académie aurait fort à faire, si elle protestait contre les abus de ce genre; il n'est pas de charlatan qui n'en dise autant tous les jours.

M. Emery insiste sur la nécessité d'une protestation; M. Bricheteau l'appuie avec force.

M. Lodibert. Prenez garde, cependant; si l'Académie proteste en cette occasion, elle devra protester toujours, sinon son silence sera réputé un aveu.

M. Marc. Quand l'Académie aura protesté une fois, d'autres n'oseront pas s'exposer à un pareil affront.

M. Villeneuve. L'abus est journalier; il trompe le public et il tend même à déconsidérer l'Académie; il est temps d'y porter remède. Je demande qu'une commission soit nommée pour aviser aux moyens convenables. (De toutes parts: Appuyé!)

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité. Les membres de la commission sont nommés à l'instant: ce sont MM. Marc, Villeneuve, Adelon, Emery et Planche.

M. Duméril. Les charlatans se retrancheront dans un autre abus; ils ne diront plus, *approuvé par l'Académie*; mais *présenté à l'Académie*; cela suffit souvent pour le public; il faudrait également y mettre ordre. (Plusieurs voix: Cela n'est pas possible.)

DU RÉSEAU MUQUEUX CUTANÉ.

M. Rochoux revient sur cette question agitée dans la dernière séance. Je crois, dit-il, à l'existence du réseau muqueux. On ne peut résoudre cette question anatomiquement parlant; mais la pathologie et la physiologie nous offrent de nombreux phénomènes qui attestent la présence de cet organe. La rougeur qui monte aux joues ne saurait être attribuée ni à l'épiderme qui est inorganique, ni au derme qui n'a presque pas de vaisseaux; il faut donc là un organe intermédiaire. Le même raisonnement s'applique à tous les exanthèmes. Il y a donc sous l'épiderme un véritable réseau très-vivant, très-vasculaire, qui est le siége des dix neuf-vingtièmes des affections cutanées. C'est là que je place le siége du pian, et j'ajouterai aux symptômes que j'ai indiqués pour cette maladie, la présence d'une aréole d'un rouge très vif autour des pustules, mais seulement chez les blancs; rien de semblable ne se voit chez les nègres.

M. Breschet. M. Rochoux ne m'a pas bien compris; mais j'ai consigné mes idées dans un mémoire qu'ont publié les *Annales des sciences naturelles*. Je n'ai pu contester la présence d'un réseau vasculaire sous l'épiderme; en effet Fohmann y a montré par l'injection de mercure un réseau de lymphatiques admirable; et il peut y avoir des veines aussi. Mais ce réseau réel est tout autre chose que ce que Malpighi et Buisbcout nommé corps muqueux ou réseau muqueux, et qui n'est, comme je l'ai dit, qu'une sécrétion inorganique du derme. En un mot, voici comment j'entends l'organisation de la peau. Couche profonde, le derme, dont la surface externe présente une infinité de petites papilles, et une infinité de petits trous qui sont les orifices d'autant de petites glandes situées dans l'épaisseur du derme. Ces glandes sécrètent une sorte de mucus qui offre des couches d'autant plus concrètes qu'elles sont plus extérieures: et la plus extérieure est l'épiderme proprement dit. Entre le derme et l'épiderme, autour des papilles rampent une foule de petits vaisseaux lymphatiques ou veineux qui constituent un vrai réseau vasculaire. Enfin, pour terminer, d'autres vaisseaux ou canaux excréteurs traversent non seulement le derme, mais l'épiderme même; ils sont donc distincts des orifices qui sécrètent le mucus épidermique; et je les nomme *canaux sudorifères*.

M. Capuron. M. Breschet ne peut ignorer que M. Cruveilhier nie l'existence de ces glandes mucipares dans le derme; il n'a jamais pu les y découvrir.

M. Breschet. Monsieur, en philosophie jamais une opinion négative ne prévaut contre une opinion positive.

LUXATIONS CONGÉNIALES DU FÉMUR.

M. Breschet présente trois pièces anatomiques relatives à cette affection; il les tient de M. Flaubert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Lorsque M. Dupuytren publia le premier mémoire qui ait été fait en France sur ce sujet, il ne s'expliquait pas bien, dit M. Breschet, le mécanisme de ces luxations, et il m'en demanda mon avis. Je répondis, *à priori*, qu'elles devaient dépendre d'un défaut de développement; l'étude des faits m'a pleinement confirmé dans cette opinion préconçue; et les pièces suivantes viennent encore à l'appui. Dans la première, la cavité cotyloïde est peu développée; la tête fémorale existe, mais non pas au *maximum* de développement; elle s'est logée dans la fosse iliaque externe, mais sans s'y créer à proprement parler une fausse articulation. Dans la seconde pièce, la cavité cotyloïde est à l'état rudimentaire; on trouve une figure toute semblable dans l'ouvrage de Palletta. La troisième pièce est une luxation accidentelle; une nouvelle articulation s'est faite, un dépôt osseux a lieu à l'entour; rien n'est plus propre que la comparaison de ce qui se passe dans les deux cas à montrer que les deux maladies sont dues à des causes toutes différentes.

Il est quatre heures un quart; l'Académie se forme en comité secret.

MONSTRUOSITÉ.

Après ce comité secret, M. Bourjot-Saint-Hilaire présente à l'académie un monstre humain du sexe féminin, adressé à M. Geoffroy-Saint-Hilaire par M. Petit-Mengin, D. M. à Remiremont (Vosges). L'enfant a vécu pendant 6 heures et a fait entendre quelques vagissemens.

Ce sujet présente 1° une ectiomélie thoracique ou avortement complet des membres supérieurs, dont la science possède un grand nombre d'exemples chez l'homme et chez les animaux; et 2° la monstruosité appelée par Nicati *os fissum*, et vulgairement en Allemagne *gueule de loup*, composée du bec de lièvre double et de la fissure du palais et du voile palatin. Il est fort rare de trouver ces deux monstruosités réunies chez le même individu. Un cas en a été décrit chez un veau par Herzberg, Berlin, 1825; mais il ne présentait néanmoins qu'un demi-avortement des membres.

M. Bourjot-Saint-Hilaire ajoute qu'il existe maintenant à la rotonde de la ménagerie du jardin des Plantes un veau vivant à deux corps inégaux réunis par la partie inférieure du rachis, mode de conjugaison si rare qu'il avait été révoqué en doute par Meckel.

Séance levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Formulaire pour la préparation et l'emploi de plusieurs nouveaux médicamens, tels que la morphine, la codéine, l'acide prussique, la strychnine, la vératrine, l'éther hydrocyanique, le sulfate de quinine, la cinchonine, l'émétine, la salicine, le brôme, l'iode, l'iodure de mercure, le cyanure de potassium, l'huile de croton tiglium, les sels d'or, les sels de platine, le chlore, les chlorures de chaux et de soude, les bicarbonates alcalins, la grenadine, le phosphore, l'acide lactique, l'huile volatile de moutarde, etc., etc.; par F. Magendie, membre de l'Institut, etc. Huitième édition, revue et augmentée. — Un vol. in-12 de 438 pages.

L'une des branches les plus utiles de la médecine, celle qui fournit les résultats les plus positifs, et qui sans contredit a fait le plus de progrès depuis un petit nombre d'années, c'est cette partie de la chimie qui cherche, par l'analyse des médicamens les plus énergiques, à connaître les élémens auxquels ils doivent leurs propriétés. Déjà les résultats les plus brillans ont été obtenus, et nous y voyons un gage assuré de nouvelles découvertes futures; car nous sommes loin de croire que, même pour les substances dont la chimie a su retrouver quelques-uns des élémens, elle n'ait plus rien à leur demander, et nous ne pensons pas, comme semble le croire M. Magendie, que la morphine doive être préférée à toutes les anciennes préparations d'opium; car la morphine ne représente que l'un des élémens thérapeutiques (qu'il nous soit permis d'employer ici cette expression) de l'opium, mais non pas toutes les propriétés de cette précieuse substance.

L'auteur, dans cette huitième édition, a fait toutes les additions que les progrès de cette partie importante de la chimie et ses nombreuses expériences propres lui ont indiquées. Jetons un coup d'œil sur quelques-unes de ces substances, et voyons avec l'auteur les applications que l'on en peut faire à la médecine pratique.

La *codéine*, découverte en 1832, par M. Robiquet, dans le sel de Grégory (muriate double de morphine et de codéine), a été le sujet de quelques essais cliniques tentés par MM. Kunkel, Grégory et Barbier. Malheureusement les résultats en sont tellement contradictoires qu'il est impossible de les admettre sans de grandes restrictions; peut-être aussi n'ont-elles point été conduites avec toute la régularité désirable, ou n'ont-elles pas été suffisamment variées? Connaît-on surtout assez le mode de fonctionner du système nerveux ganglionnaire dans l'état physiologique pour affirmer, après un petit nombre d'expériences, comme l'a fait un des observateurs précédens, que la codéine se signale par une action spéciale sur les nerfs ganglionnaires et principalement sur ceux de la région épigastrique? Au milieu de ces obscurités, M. Magendie a

préféré s'en rapporter à ses propres observations, dont nous allons présenter le résumé.

La codéine peut être administrée ou à l'état d'alcali ou combinée avec les acides avec lesquels elle forme des sels.

Un grain de codéine dissous dans une petite quantité d'eau distillée et injectée dans la veine jugulaire d'un chien de taille moyenne, a donné lieu presque instantanément à un sommeil profond, qui s'interrompait toutefois subitement par un bruit intense produit près de l'animal endormi. Ce réveil était de courte durée, et le sommeil redevenait aussitôt profond et complet. Cet état s'est prolongé plusieurs heures sans autre inconvénient.

Il n'en a pas été de même pour l'hydrochlorate de codéine, dont un seul grain, dissous et injecté comme dans l'expérience précédente, a déterminé subitement un sommeil complet, et cinq ou six heures après l'animal a été trouvé mort.

Depuis un an, M. Magendie a donné la codéine à un assez grand nombre de malades à l'Hôtel-Dieu, et il a reconnu qu'un seul grain, administré en une ou deux fois, a suffi dans certains cas pour produire un sommeil en général calme et paisible, et qui n'était pas suivi le lendemain de somnolence diurne avec pesanteur de tête, ainsi qu'il arrive fréquemment pour la morphine; un grain de codéine paraît correspondre, pour l'intensité de l'action, à un demi-grain de morphine pure.

Deux grains de codéine ont excité plus d'une fois des nausées et des vomissements. Même à la dose d'un seul grain, plusieurs malades ont prié de discontinuer ce remède, qui, disaient-ils, les faisait trop dormir.

L'hydrochlorate de codéine paraît jouir d'une activité plus grande que la codéine elle-même. Il a fait disparaître, administré à la dose de deux grains et comme par enchantement, des névralgies sciatiques et faciales qui avaient résisté à tous les moyens employés contre cette cruelle maladie. A cette dose aussi il détermine le sommeil avec des vertiges, des nausées et même des vomissements.

La codéine semble donc indiquée, comme la morphine, toutes les fois qu'il s'agit de calmer des douleurs et de procurer le sommeil; mais comme elle a moins d'activité que la morphine, on devrait l'employer la première.

M. Magendie administre cette substance ou en potion à la dose d'un, deux ou trois grains dans un julep gommeux; ou en pilules, ayant soin de ne jamais en introduire plus d'un grain dans chaque pilule.

La *narcéine*, autre substance contenue dans l'opium et que l'on extrait spécialement des eaux ammoniacales dans lesquelles s'est précipitée la morphine, jouit de propriétés beaucoup moins actives que la codéine. Injectée plusieurs fois dans la veine jugulaire des chiens à la dose de deux grains, elle n'a produit aucun effet; elle n'a point encore été administrée sur l'homme.

Le composé découvert par M. Pelouze et auquel ses propriétés physiologiques qui se rapprochent beaucoup de celles de l'acide prussique, ont fait donner le nom d'*éther hydrocyanique* paraît devoir être une importante acquisition pour la thérapeutique. Voici le résultat des expériences faites sur les animaux et sur l'homme malade.

Six gouttes injectées dans la gueule d'un chien ont promptement déterminé de grandes inspirations, la chute sur le côté, puis congestion cérébrale avec agitation remarquable des pattes. Cet état avait entièrement disparu au bout d'une demi-heure.

Six autres gouttes introduites dans la veine jugulaire ont rapidement causé la mort avec des phénomènes fort semblables à ceux qu'occasionne l'acide prussique.

La même quantité de cet éther ayant été ajoutée à un look gommeux, un malade atteint de toux convulsive en a éprouvé plusieurs jours de suite des effets satisfaisans, sans se plaindre de l'odeur pénétrante et désagréable de l'éther. Mais chez plusieurs autres, bien que cette substance nouvelle produisit des effets satisfaisans semblables à ceux que procure l'acide prussique, on fut obligé d'en suspendre l'emploi, par le dégoût insurmontable que causait aux malades l'odeur du mélange.

La *mannite* qui est extraite, ainsi que son nom l'indique de la manne, et a reçu aussi le nom de *sucre de manne*, peut être substituée avec beaucoup d'avantages à la manne dont elle possède toutes les propriétés laxatives sans en avoir l'odeur nauséeuse. La dose est de deux gros pour les enfans; elle a été portée quelquefois à une demi-once, mais alors elle a produit des effets purgatifs trop prononcés.

On peut faire, d'après les procédés connus, un *sirop de mannite* qui est utile pour purger doucement les enfans à la mamelle et qu'on peut, au rapport de M. Magendie, ajouter aux infusions pectorales dans les catarrhes pulmonaires qui commencent à devenir chroniques.

L'*acide lactique*, dont l'existence, long-temps douteuse, est mise aujourd'hui hors de discussion, et qui peut être extrait soit du lait ou du suc de betterave, paraît devoir fournir un médicament utile.

L'une de ses propriétés les plus remarquables, et qu'il importe surtout au médecin de connaître, c'est sa promptitude à dissoudre le phosphate de chaux, et surtout celui des os. A raison de cette propriété, M. Magendie pense qu'il serait rationnel d'essayer cet acide dans le cas de gravelle blanche ou de phosphate de chaux; il n'a point encore trouvé l'occasion de faire cet essai, mais il l'a déjà employé avec beaucoup d'avantage dans les cas de dyspepsie ou de simple affaiblissement des organes digestifs. Il le donne sous forme de limonade ou de pastilles. Voici les formules qu'il a le plus souvent employées.

LIMONADE LACTIQUE.

Acide lactique liquide, de	1 à 4 gros.
Eau commune,	1 pinte.
Sirop de sucre,	onc. s.

PASTILLES D'ACIDE LACTIQUE.

Acide lactique pur,	2 gros.
Sucre pulvérisé,	1 once.
Huile volatile de vanille,	gouttes.
Gomme adragante,	quantité suffisante.

Faites des pastilles d'un demi-gros.
Conservez dans un vase bien bouché.

On peut prendre sans inconvénient jusqu'à six de ces pastilles en vingt-quatre heures.

Telles sont quelques-unes des substances nouvelles dont M. Magendie a retracé les propriétés dans son formulaire. Nous pourrions donner de plus longs extraits de cet excellent petit ouvrage; mais ce que nous en avons présenté suffit pour faire connaître au praticien tout ce qu'il peut espérer d'y trouver. D'ailleurs le succès même de l'ouvrage, arrivé en peu d'années à sa huitième édition, n'est-il pas en même temps et la meilleure garantie de sa bonté, et la plus flatteuse des récompenses auxquelles l'auteur puisse aspirer.

DU CORYZA CHRONIQUE ET DE L'OZÈNE NON VÉNÉRIEN, par J.-J. Cazenave. — in-8°.

Cet opuscule, du plus haut intérêt pratique, a été couronné par la Société royale de Médecine de Bordeaux, et contient des faits très-importans, sur un nouveau traitement du coryza chronique, et de l'ozène non vénérien. La Gazette médicale, en 1832, a déjà rendu compte des premiers essais de M. Cazenave. De nouveaux faits et de nouvelles recherches ont fourni à ce médecin matière à un ouvrage spécial, qui mérite un examen particulier. L'auteur, après avoir donné quelques détails anatomiques sur la membrane muqueuse, qu'on appelle pituitaire, olfactive, ou de Schneider, entre dans l'étude des symptômes de l'inflammation chronique de cette membrane. Ils varient selon qu'on les observe chez des individus de constitutions diverses. Les plus constans sont : une douleur permanente à la racine du nez, l'enchifrènement, la difficulté de respirer lorsque la bouche est fermée, l'altération de la voix qu'on dit être nasonnée, de fréquens éternuemens, et la perte, ou du moins l'affaiblissement considérable de l'odorat. A ces signes bien vagues et indiqués par la plupart des auteurs, M. Cazenave a ajouté les considérations suivantes, plus propres à éclairer le diagnostic de cette affection. Il est extrêmement difficile, par l'exploration des fosses nasales, de déterminer si les malades qui ont une odeur repoussante, venant du nez, la doivent, soit à un vice de conformation de cette proéminence faciale, soit au séjour prolongé du mucus nasal dans les sinus, les cornets, les méats nasaux, soit à l'ozène, soit à la carie, soit enfin à une sécrétion vicieuse et constitutionnelle de la membrane olfactive. Il ne reste donc souvent d'autres ressources pour découvrir la nature du mal, que dans les explorations thérapeutiques. Cependant on peut, par les analogies, éclairer le diagnostic, et le déterminer quelquefois même avec une précision rigoureuse. Ainsi, si l'exploration des fosses nasales ne donne pas connaissance du siége de l'ozène ou de la carie, on examinera la conformation extérieure du nez; on verra s'il y a dépression, rétrécissement de la racine et des narines, épaississement anormal de la membrane muqueuse, avec un sans flux, jaunâtre ou verdâtre, sanieux et infect; on cherchera enfin à s'assurer si le sujet n'a pas contracté des maladies vénériennes. Cet examen doit suffire pour expliquer l'odeur infecte que répand le malade; mais s'il restait

encore du doute, le modificateur thérapeutique préconisé par l'auteur, est comme il le dit lui-même, la véritable pierre de touche dans ces cas difficiles.

D'après les faits nombreux que M. Cazenave a publiés, il résulte que le coryza chronique est la cause immédiate et constante à laquelle on doit rapporter les ulcérations et les caries non vénériennes qui détruisent des portions plus ou moins considérables de l'appareil olfactif. Des polypes mêmes sont souvent la conséquence de cette irritation de la membrane pituitaire. Ces désordres qu'entraînent le coryza sont plus à redouter chez les personnes lymphatiques et celles dont la syphilis a altéré la constitution, que chez les individus placés dans des conditions meilleures.

Quoi qu'il en soit, tous les praticiens s'accordent à dire que le coryza chronique et l'ozène sont très-difficiles à guérir. Une foule de moyens ont été préconisés, et ont obtenu des succès variés, subordonnés le plus souvent à une grande persévérance dans leur emploi. Dès le début de la maladie, les antiphlogistiques présentent les plus heureuses chances de guérison; plus tard, les injections résolutives et légèrement astringentes, l'eau chlorurée, les drastiques, les vésicatoires à la nuque, les cautères, les révulsifs à la peau, peuvent être mis en usage. Cette série de moyens échoue dans la majorité des cas, si l'on en excepte toutefois le chlorure de chaux, employé comme topique local avec un avantage que les auteurs ont peut-être exagéré. M. Cazenave a observé que les résultats efficaces de cet agent thérapeutique n'étaient que passagers, et si les injections chlorurées masquaient pendant quelque temps, l'odeur fétide qui s'exhalait des narines des malades elle reparaissait bientôt, puisque la cause qui la déterminait subsistait toujours sans aucune modification.

Toutes les recherches consignées dans le travail de l'auteur tendent à prouver que l'épaississement de la membrane pituitaire, le flux muqueux, l'occlusion presque complète du haut des narines, la stagnation obligée, l'altération, la mauvaise odeur du mucus nasal, l'ozène et la carie non vénérienne, étaient les principales conséquences du coryza chronique. Or, pour faire disparaître tous ces accidens, une seule indication se présente : c'est de trouver un modificateur thérapeutique qui ramène la membrane pituitaire à ses conditions normales. L'analogie avec ce qui se passe dans certains cas d'inflammation chronique de la muqueuse urétrale conduisait naturellement aux essais des cautérisations dans les chinites chroniques par le nitrate d'argent. C'est à ce mode de traitement que M. Cazenave a recours avec un plein succès. Cette cautérisation doit être faite sur les points des fosses nasales que l'exploration démontre être le principal siége du mal; elle est à l'abri de toute conséquence fâcheuse, et la douleur qu'elle détermine est tolérable. L'auteur a imaginé de petits porte-caustiques qui rendent très-facile l'emploi de cette médication. Quant au degré de concentration qu'il faut donner à la solution du nitrate d'argent, on ne saurait poser de règles fixes à cet égard; sa causticité doit toujours être en rapport avec la vitalité des tissus.

Le nez *punais* constitue une des infirmités les plus incommodes en société; on n'ignore pas que dans l'ancienne législation, elle avait été admise au nombre des motifs suffisans de divorce; puisque l'opuscule dont nous venons de tracer une légère esquisse contient, selon son auteur, un moyen à peu près infaillible pour remédier, dans une grande majorité de cas, à cette dégoûtante maladie, nous ne doutons pas qu'il fixe vivement l'attention des gens de l'art.

ESSAI SUR LES PERFORATIONS DU POUMON, par Paul-Prosper VIGER DE VARENNES, D.-M. P. — In-4°.

Tel est le sujet que l'auteur développe dans sa dissertation inaugurale, dont l'importance pathologique ne saurait être contestée. Il laisse en dehors de cette histoire toutes les perforations traumatiques, dont l'étude est du domaine de la chirurgie, pour ne comprendre que celles du ressort médical. M. Viger de Varennes admet d'abord les perforations qui font communiquer le poumon avec la cavité de la plèvre. Le ramollissement d'un ou de plusieurs tubercules, une apoplexie pulmonaire, l'emphysème du poumon, la rupture des kystes acéphalocystes, une collection purulente dans les plèvres, la gangrène partielle du poumon, peuvent engendrer cette altération. Il rapporte un grand nombre d'observations puisées dans les auteurs, qui viennent à l'appui de toutes ses assertions. Ces faits sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les reproduire ici. Il n'entrera jamais dans l'esprit d'un homme doué d'un jugement sain, de contester la possibilité de ces altérations anatomiques. On peut même ajouter, que le praticien qui a fréquenté les amphithéâtres des hôpitaux, a pu lui-même les constater assez souvent. Nous devons dire pourtant qu'il est peu commun d'observer la communication du parenchyme pulmonaire avec la cavité pleurale par suite d'une hémorrhagie abondante, ou l'ouverture de kystes acéphalocystes du poumon dans la plèvre. Les cas de ce genre sont isolés dans la science; mais ceux qui existent sont revêtus d'un degré d'authenticité, qui ne permet pas de révoquer en doute leur existence. Le mécanisme suivant lequel les perforations ont lieu, a été très-bien décrit par l'auteur, ainsi que celui qui détermine les perforations qui font communiquer le poumon avec l'extérieur. Dans cette dernière catégorie se classent l'épanchement de pus dans la plèvre, les excavations tuberculeuses situées au sommet du poumon, les abcès du poumon eux-mêmes, les excavations gangréneuses, les corps étrangers introduits dans la trachée artère, les bronches, l'œsophage, enfin les acéphalocystes pulmonaires. Nous ne faisons qu'indiquer ces diverses lésions. Si nous voulions entrer dans un examen approfondi de chacune d'elle, il serait nécessaire de détailler les faits, et au lieu de faire une simple analyse de la thèse de l'auteur, nous la reproduirions dans son entier.

Il existe encore d'autres espèces de perforations du poumon d'autant plus dignes d'intérêt, qu'elles se présentent plus rarement dans la pratique. Ce sont elles qui font communiquer le poumon avec l'aorte, avec l'œsophage, avec les abcès du foie, de la rate ou des parties situées dans le voisinage de ces organes. Les annales de la science possèdent quelques faits de ce genre.

L'étude de l'anatomie pathologique de ces perforations a été poussée aussi loin que possible; tantôt elles consistent dans une ulcération superficielle; mais le plus souvent la communication avec les organes voisins a lieu par l'intermédiaire d'une cavité, ou d'un trajet fistuleux. Ces cavités peuvent ne pas communiquer avec les bronches, et leur capacité varie à l'infini; elles sont ordinairement tapissées d'une fausse membrane d'une épaisseur variable. Il existe des collections purulentes situées en dehors du poumon, qui contiennent un liquide qui traverse le parenchyme pulmonaire, sans que ce dernier subisse la moindre altération. Ce point d'anatomie pathologique a été complètement éclairé par MM. Bugle et Cayol. L'auteur de la thèse que nous analysons ajoute aux faits rapportés par ces deux auteurs, ses réflexions judicieuses qui tendent à confirmer les conclusions qu'ils en ont tirées.

Les symptômes des perforations du poumon varient suivant la nature de ces dernières; celles qui font communiquer le poumon avec la plèvre sont accompagnées des phénomènes suivans : douleur très-vive, dyspnée, anxiété extrême, puis tous les symptômes généraux de la pleurésie aiguë. Mais ces seuls signes ne pourraient les faire reconnaître, si la percussion et l'auscultation ne venaient éclairer leur diagnostic. Le premier de ces deux modes d'exploration donne un son clair dans la partie supérieure de la poitrine, et de la matité à sa base. La respiration subit une modification particulière que Laënnec désignait par le nom de respiration amphorique; l'intensité de ce bruit peut être en rapport avec la largeur de la perforation : quand celle-ci est étroite, il existe une sorte de murmure que l'on a appelé bourdonnement amphorique. L'auscultation peut aussi faire entendre dans ce cas le tintement métallique, qui offre du reste un grand nombre de variétés. Mais ce symptôme peut souvent manquer, lors même qu'il existe une large perforation avec épanchement d'air et de liquide dans la plèvre.

Le traitement des perforations présente des indications subordonnées à l'intensité, et à la nature des accidens qu'elles suscitent. Celles qui font communiquer le poumon avec la plèvre déterminent des pleurésies auxquelles il faut opposer les ressources appropriées à cette inflammation. Il est d'ailleurs très-difficile de poser des règles précises sur les moyens curatifs à mettre en usage dans ces cas épineux.

Comme les lésions de cette espèce et les désordres qu'elles entraînent varient à l'infini, le jugement du praticien et son expérience doivent motiver ses déterminations.

La thèse de M. Viger-Devarennes mérite des éloges, et sera lue avec le plus vif intérêt par ceux qui ont fait une étude spéciale des maladies de la cavité thoracique.

VARIÉTÉS.

PROCÈS-VERBAL DE L'OUVERTURE DU CORPS DE M. DUPUYTREN, faite le 9 février 1835, à 11 heures et demie du matin, 32 heures après la mort (1).

1° *Habitude extérieure.* — Corps d'un homme fortement et régulièrement constitué; infiltration considérable des membres inférieurs, du scrotum et de la partie inférieure des parois abdominales; tension de l'abdomen.

(1) Conformément au dernier vœu de M. Dupuytren, l'ouverture a été faite par

Le cadavre offre des traces de décomposition commençante, surtout à la partie postérieure du tronc, où l'épiderme est détaché par larges lambeaux, avec teinte verdâtre de la peau.

Le visage est amaigri et conserve l'expression de calme sévère qui existait avant la mort.

2° *Cavité thoracique et organes circulatoires et respiratoires.* — La circonférence du côté droit de la poitrine mesurée à quatre pouces au dessous du sein est de 52 centimètres, la circonférence du côté gauche, prise au même niveau, 49 1/2 centimètres.

Un trois-quarts ayant été plongé dans le côté droit de la poitrine, il s'en est écoulé quatre pintes environ d'une sérosité trouble, assez semblable à du petit lait non clarifié, d'un aspect un peu sale.

Il existe quelques brides cellulo-fibreuses, très-étroites, dans la cavité droite de la poitrine, au fond de laquelle on recueille une petite cuillerée environ d'une masse pseudo-membraneuse, friable, amorphe, analogue à de l'albumine coacrète. Comprimés par l'épanchement, les lobes inférieur et moyen du poumon droit sont refoulés en dedans et en haut. La plèvre pulmonaire est épaissie et presente une teinte laiteuse. Le tissu du lobe inférieur du poumon droit est condensé, comme carnifié, et les cellules effacées ne contiennent aucune bulle d'air; plongé dans un vase rempli d'eau il ne surnage pas. Le lobe moyen et la partie inférieure du lobe supérieur sont infiltrés d'une abondante sérosité un peu rougeâtre, le sommet seul de ce poumon crépite et contient une assez grande quantité d'air.

Le côté gauche de la poitrine contient, à sa partie la plus déclive, environ une demi-pinte de serosité transparente rougie par la présence de quelques gouttes de sang. On observe quelques adhérences anciennes parfaitement organisées. Le poumon gauche offre son volume normal, est légèrement infiltré et ne se précipite pas au fond de l'eau.

Le péricarde ne contient que quelques gouttes de sérosité.

Le cœur, vigoureux, sensiblement hypertrophié, mais bien conformé et bien proportionné, est entouré d'une assez grande quantité de graisse; son tissu est mou, flasque, un peu brun, et paraît avoir éprouvé un commencement de décomposition putride.

La cavité du ventricule gauche pourrait contenir un gros œuf de poule; l'épaisseur des parois de ce ventricule est de 9 lignes à la base et de 6 lignes à sa partie moyenne. Les colonnes charnues sont très robustes et forment des reliefs très-prononcés à l'intérieur de la cavité ventriculaire.

La cavité du ventricule droit est un peu plus ample que celle du gauche; les parois de ce ventricule ont trois lignes d'épaisseur. La membrane interne du cœur est le siège d'une rougeur uniforme, plus foncée dans les cavités droites que dans les gauches, et ressemblant à celle qui résulterait d'une imbibition sanguine.

Les valvules droites et gauches sont flexibles, mobiles, bien conformées; les orifices auxquels elles sont adaptées sont parfaitement libres.

La rougeur des cavités gauches du cœur se continue dans l'aorte et les artères qui en naissent; cette rougeur tire un peu sur le jaune au commencement de l'aorte tandis qu'elle se fonce et prend une teinte ponceau dans l'aorte descendante et dans les artères illiaques. La rougeur est moins marquée dans les artères des membres supérieurs que dans celles des membres inférieurs. La surface interne de l'aorte et des grosses artères qui en naissent est un peu rugueuse, inégale et parsemée de points ou de plaques jaunâtres, fibreuses ou fibro-cartilagineuses, mais non encore *osseuses* ou calcaires. Les parois des artères sont épaisses, comme hypertrophiées, ainsi que le cœur.

La membrane interne de la veine cave inférieure est d'un rouge très-foncé.

Les grosses veines et les grosses artères contenaient un sang liquide, ténu, quelques caillots jaunâtres, mous, existaient dans l'aorte.

3° *Cavité abdominale, organes digestifs et annexes.* — La cavité du péritoine ne contient pas de sérosité. Les organes digestifs forment une masse considérable et sont distendus par une grande quantité de gaz. L'estomac et plusieurs anses intestinales offrent, à l'extérieur, une coloration rougeâtre plus ou moins foncée. L'estomac est ample, dilaté et offre un commencement de putréfaction. La membrane interne est d'un rouge uniforme, surtout dans la portion splénique; elle est mollasse et se déchire facilement; on voit à sa surface divers enfoncemens qui ne sont probablement autre chose que des follicules developpés. Outre la rougeur uniforme, on observe, en certains points, une rougeur par injection arborescente ou pointillée. Le duodénum offre un grand nombre de follicules très-saillans, comme hypertrophiés; on y trouve un pointillé très-prononcé, en même temps que la rougeur uniforme indiquée en parlant de l'estomac. La rougeur par imbibition et celle par injection se continuent dans l'intestin grêle, dont la cavité contient une assez grande quantité de bile.

Le gros intestin, fortement *météorisé*, contient quelques matières fécales assez solides. La membrane muqueuse est le siége d'une injection dont l'intensité n'est pas la même dans tous les points. Cette membrane était recouverte, en certains endroits, de petites masses floconneuses, albuminiformes, assez semblables à des fausses membranes.

L'œsophage était tapissé par une fausse membrane *diphtéritique*, molle, facile à enlever.

Le foie est un peu moins volumineux qu'à l'état normal; son tissu est un peu mou, flasque, facile à déchirer. — La rate, plus volumineuse qu'à l'état sain, se déchire avec facilité.

Le rein gauche, d'un bon tiers environ moins volumineux qu'à l'état normal, offre un tissu mou, rouge brunâtre, au milieu duquel on rencontre quelques *dépôts* de graviers d'une couleur jaunâtre, formant de petites masses *arénuleuses*.

Le rein droit, beaucoup plus mou que le gauche, diffluent en quelque sorte comme une rate ramollie, transformé en une bouillie rougeâtre, analogue à de la lie de vin, est aussi moins volumineux qu'à l'état sain. Il contient, ainsi que le rein gauche, une certaine quantité de petits graviers, réunis en petites masses, du volume d'une lentille ou d'un pois.

La membrane interne de la vessie, tout-à-fait saine, offre une teinte d'un blanc grisâtre.

4° *Cavité du crâne et du cerveau.* — Dimensions de la tête (1). De la bosse frontale à la protubérance occipitale, 36 cent.

Circonférence de la tête prise au niveau des bosses frontale et occipitale, 58 cent.

De la partie antérieure d'un conduit auditif à l'autre, en passant par le sommet de la tête, 56 cent.

De la base d'une apophyse mastoïde à l'autre, en passant par les bosses pariétales, 36 1/2 cent.

Des mêmes apophyses, en passant par la protubérance occipitale, 28 cent.

D'une apophyse orbitaire externe à l'autre, en passant au-devant de la base du front, 16 cent.

D'un conduit auditif à l'autre, en passant au devant du frontal, 30 cent.
De la bosse frontale à la racine des cheveux (hauteur du front), 10 cent.
Diamètre occipito-nasal, mesuré avec le compas d'épaisseur, 7 pouces 1 ligne.
Diamètre bi-temporal (d'un conduit auditif à l'autre) 5 pouces 2 lignes.
Diamètre bi-mastoïdien, 5 pouces.
Bi-orbitaire, 4 pouces.

D'une bosse pariétale à l'autre (mesure prise également avec le compas d'épaisseur), 5 pouces 7 lignes.

La voûte du crâne ayant été enlevée au moyen d'un trait de scie, on a vu que l'épaisseur des os qui la forment était très-médiocre. On a constaté de plus un défaut de symétrie entre les deux moitiés de la voûte du crâne, défaut de symétrie qui consiste en ce que la moitié gauche est plus large et plus profonde en arrière que la moitié droite, tandis que, en avant, mais dans une moindre proportion, la moitié droite est plus développée que la gauche; de telle sorte, qu'en totalité, la moitié gauche est plus ample que la droite.

Les circonvolutions mises à nu par suite de l'ablation de la voûte du crâne, sont assez uniformément développées, nombreuses, pressées les unes contre les autres, sans offrir, d'ailleurs, chacune en particulier un volume extraordinaire. (On interrompt ici l'examen du cerveau pour le faire mouler).

A 4 heures et demi, on achève l'examen du cerveau. Cet organe était dessèché par l'effet du moulage.

Le cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée pèsent ensemble 2 livres 14 onces.

Séparé du reste de la masse encéphalique, le cervelet pèse 4 onces 5 gros.

La substance des circonvolutions n'offre rien d'anormal dans sa consistance et sa coloration.

Les ventricules latéraux sont très-amples, et ne contiennent que quelques gouttes de sérosité. Au point où le ventricule droit se réfléchit d'arrière en avant, à l'entrée de la cavité digitale, on observe une sorte de tache ou de cicatrice d'un jaune un peu rouillé, d'un pouce de long sur un demi-pouce de large, à surface légèrement aréolée, circonscrite par une ligne un peu deprimée, limitée en avant par le prolongement caudal et la partie postérieure du corps strié. Cette altération est superficielle, et on enlève, avec la pointe du scalpel, une sorte de membrane très-mince, au-dessous de laquelle la substance cérébrale est saine. Au centre de la couche optique droite existe un petit foyer de sang gros comme un grain de chènevis — Dans la portion du corps strié qui est en dehors de la couche optique (toujours du côté droit), on trouve une excavation pouvant contenir une aveline, à parois inégales, légèrement frangées et de couleur un peu brunâtre. Dans le corps strié gauche, et dans le même point que pour le corps strié droit, on trouve aussi une excavation *apoplectique*, offrant à peu près exactement les mêmes dimensions et le même aspect que celle du corps strié droit. Dans l'une et l'autre, on rencontrait quelques filets celluleux entrecroisés. Ces foyers ou excavations occupaient exclusivement la substance grise, tandis que la plaque aréolée ou cicatrice du ventricule droit affectait la couche blanche qui en forme la paroi.

Les artères cérébrales et leurs ramifications offraient des points et des plaques jaunâtres, comme les artères dont il a été parlé plus haut.

Fait à Paris le 9 février 1835.

EXCLUSION D'UNE ÉCOLE SECONDAIRE DE MÉDECINE PRONONCÉE CONTRE UN ÉLÈVE POUR DÉLIT D'HOMOEOPATHIE.

Nous avons promis de donner des détails sur cette affligeante affaire. Voici les faits dans leur nudité; le commentaire trouvera sa place ailleurs.

M. Juvin, élève à l'école secondaire de médecine, et externe à l'hôpital de Grenoble, ayant suivi la pratique d'un médecin homœopathe, adressa à un journal de cette ville une lettre dans laquelle il exposait les principes de la doctrine nouvelle, et les succès dont il disait avoir été témoin. Des que cette lettre eut

les internes de l'Hôtel-Dieu MM. Rufz et Tcissier, sous les yeux de MM. Broussais, Cruveilhier Husson, Bouillaud (rédacteur du procès-verbal), qui ont examiné et décrit avec le plus grand soin l'état des différens organes.

(1) Le front est vaste, élevé, fortement et assez uniformément bombé, moins cependant au-dessus de l'apophyse orbitaire externe et la partie antérieure inférieure de la région temporale que partout ailleurs. Les parties postérieures supérieures sont très-développées.

paru, un des médecins de l'hôpital crut devoir la dénoncer aux autres professeurs. L'école s'assembla pour en délibérer, et le résultat de la délibération fut d'adresser une plainte circonstanciée au conseil de l'hospice, concluant « à ce » que M. Juvin fût rayé du tableau des élèves externes, pour avoir préconisé dans » des écrits publics la doctrine de l'homœopathie, laquelle doctrine, » ajoutait la plainte, « est contraire à celle qu'on enseigne et qu'on pratique dans cet éta» blissement. »

En conséquence, le conseil de l'hospice de Grenoble prit la délibération suivante :

« Ouï le rapport qui précède;

» Vu la plainte sus-énoncée;

» Vu l'art. 17 du réglement de M. le ministre de l'intérieur, en la date du 20 décembre 1806, conçu en ces termes : « Les élèves qui manqueront à l'ordre et » à la discipline de l'hospice seront réprimandés; ils pourront être exclus suivant » la gravité des circonstances, et d'après une décision du préfet; » — la commission délibère que la plainte de MM. les professeurs sera transmise à M. le préfet de l'Isère pour, etc. »

Et enfin le préfet saisi de la plainte rendit à son tour l'arrêté suivant :

« Nous, préfet du département de l'Isère, officier de la Légion-d'Honneur,

» Vu le rapport de MM. les professeurs de l'école secondaire de médecine de Grenoble, en date du 3 de ce mois, par lequel ils exposent que le sieur Juvin, élève externe de cette école, et employé en même temps en qualité d'élève auprès d'un « praticien » de cette ville, vient de publier et de « préconiser une doc» trine qui se trouverait en opposition complète avec les vrais principes de la » science; » que, dans cet état de choses, il leur est impossible de compter sur l'exactitude et le zèle de cet élève à exécuter leurs prescriptions dans le service dont il est chargé, et proposent de faire rayer le sieur Juvin du tableau des élèves externes;

» Vu la délibération de la commission administrative de l'hospice, qui arrête que la plainte des professeurs nous sera transmise pour être statué conformément au réglement du 20 décembre 1806;

» Vu l'art. 17 de ce réglement;

» Faisant droit à la demande de MM. les professeurs et à la délibération ci-dessus visée,

» Avons arrêté :

» Art. 1er. Le sieur Juvin est rayé du tableau des élèves externes de l'école secondaire de médecine de Grenoble.

» 2. Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le maire de Grenoble, président de la commission administrative, qui est chargé d'en assurer l'exécution.

» Fait à Grenoble, le 19 janvier 1835.

» Signé PELLENC.

» Pour copie conforme :

» Les administrateurs de l'hospice civil de Grenoble,

» E. DENANTES, NICOLLET, NICOLAS, ARIBERT. »

Citons, pour finir, un article inséré dans le *Courrier de l'Isère*, et dans lequel M. S. Eymard cherche à justifier l'étrange arrêté du préfet :

« Que dire d'élèves imberbes qui étant à peine à l'A B C de la médecine, et incapables d'en apprécier le mérite ou les défauts, s'érigent pourtant en juges dans les questions les plus difficiles qu'elle présente, et prononce avec un ton doctoral que n'oserait prendre l'homme le plus habile et le plus expérimenté? Quand on y songe bien, la radiation paraît être en vérité une punition trop sérieuse, et l'on serait presque tenté de lui préférer le fouet comme moyen répressif plus efficace.

» Que MM. les élèves homœopathes affranchis du joug de l'université et livrés à eux-mêmes aient la faculté de penser, de dire et de publier tout ce qui leur plaira sur leur nouvelle science, c'est un droit qui, grâce à la liberté de la presse, est à eux aussi bien qu'aux autres réformateurs qui nous inondent de toutes les sottises qui leur passent par la tête; mais qu'ils cherchent à l'introduire dans nos écoles pour y escamoter un diplôme qui, plus tard, doit légaliser leur charlatanisme, c'est un autre droit que je leur conteste et qui ne leur appartient pas.

» M. le préfet de l'Isère a agi conformément au réglement universitaire et à ses devoirs, lorsque, sur le rapport des médecins et des administrateurs de l'hospice civil de Grenoble, il a pris un arrêté qui raie le jeune homme en question du tableau des élèves externes de l'hospice, *pour avoir publié une doctrine qui est en opposition complète avec les vrais principes de la science*, car chacun doit sentir que l'admission des homœopathes dans les écoles ordinaires de médecine n'est pas plus possible et raisonnable que ne le serait celle des saint-simoniens dans les séminaires, et des disciples de Mandrin dans nos écoles de droit.

» J'ajouterai que si quelque chose doit étonner dans cette mesure de police, c'est l'indulgence qui la caractérise. En effet, loin d'éliminer entièrement l'élève homœopathe de l'école de médecine de Grenoble, elle lui interdit seulement le service de l'hôpital comme élève externe, et lui interdit implicitement de prendre des inscriptions et de suivre les cours de l'école. Or, en agissant ainsi, on a infligé un demi-châtiment, une quasi-punition qui ne signifie rien et manque le but qu'on se proposait d'atteindre.

» Pour l'exemple, pour l'honneur de l'école, il ne fallait point hésiter entre l'indulgence et la sévérité. Il convenait d'exclure à tout jamais un élève qui venait de lui manquer aussi essentiellement. »

(Voyez le feuilleton de ce jour.)

RÉGENCE D'ALGER.

DE LA MÉDECINE COMME MOYEN DE CIVILISATION.

Nous publions l'extrait suivant d'une lettre adressée à M. le docteur Marc, par le docteur Pouzin, médecin à Alger :

Si depuis mon départ de France je ne vous ai point encore écrit, c'est que je voulais avoir à vous apprendre quelques résultats sur le but que je me suis proposé pendant mon séjour en Afrique.

L'influence de la médecine sur la civilisation a été de tout temps si généralement reconnue, que j'ai pensé que nos possessions d'Afrique ne devaient point être privées de ce bienfait des hommes vraiment philantropes.

J'ai donc à mes frais et périls tenté d'introduire quelques idées de civilisation par la confiance que doit nécessairement inspirer une logique de faits, tels que les cures médicales et chirurgicales. Pour cela j'ai commencé par organiser un service de médecine ambulante active, composé de votre serviteur, suivi : 1° d'un mulet chargé de cantine contenant, en médicamens, instrumens, linge et charpie, tout ce qui pouvait m'être utile; 2° d'un interprète et de six cavaliers arabes bien armés et me servant de guides.

Je me suis ainsi hasardé d'abord à parcourir les tribus les plus voisines, et à m'enfoncer peu à peu jusque dans la plaine, et enfin jusque dans les montagnes de l'Atlas.

Après deux mois d'excursions et de résultats très-satisfaisans, tant sous le rapport de l'accroissement de la confiance que sous celui de plusieurs cures assez marquantes, je me suis décidé, il y a quelques semaines, à tenter d'aller m'installer dans le fameux marché de Bouffarie, point de réunion chaque lundi de cinq ou six mille Arabes, qui de tous les côtés viennent en armes pour y vendre leurs produits en grains, bestiaux, etc. Là, comme dans mes excursions, le succès a été complet; les premiers marchés on me présenta seulement vingt-cinq ou trente malades, encore chacun d'eux n'entrait-il qu'en tremblant sous ma tente, car le préjugé va encore jusqu'à poignarder celui qui croit aux reliques des chrétiens. Mais peu à peu la nécessité l'a emporté sur le préjugé, et le *toubibe* (guérisseur), dont on a plusieurs fois convoité la tête, a gagné assez de confiance pour être beaucoup plus rassuré maintenant, et pour voir jusqu'à cent cinquante malade par marché; lundi dernier, j'en ai compté jusqu'à cent soixante-trois.

Ce qui a étonné beaucoup d'incrédules, et moi-même, moins que les autres cependant, c'est qu'on m'a présenté cinq femmes, dont une, suivie de deux esclaves, paraissait être assez notable.

Maintenant je regarde le premier point, le plus difficile, comme presque surmonté; il me reste encore le second, celui de créer des dépôts de malades ou petits hôpitaux, que j'organiserai suivant les mœurs, habitudes et circonstances.

Si, comme je l'espère, j'arrive à mon but, je compte trouver qui me remplacera à mon retour en France, et alors je conduirai avec moi à Paris plusieurs indigènes que je disposerai pour étudier la médecine, et propager indéfiniment ce que j'aurai commencé.

N. B. Je compte former des hôpitaux par souscription entre colons et négocians, ainsi j'en préviendrai les bonnes ames en temps et lieu.

POUZIN.

— FORMULAIRE pour la préparation et l'emploi de plusieurs nouveaux médicamens, tels que la morphine, la codeine, l'acide prussique, la strychnine, la vératrine, l'éther hydrocyanique, le sulfate de quinine, la cinchonine, l'emetine, la salicine, le brôme, l'iode, l'iodure de mercure, la cyanure de potassium, l'huile de croton tiglium, les sels d'or, les sels de platine, le chlore, les chlorures de chaux et de soude, les bi-carbonates alcalins, la grenadine, le phosphore, l'acide lactique, l'huile volatile de moutarde, etc.; par M. Magendie, membre de l'Institut, titulaire de l'Academie royale de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur de medecine au Collége royal de France, etc. Huitième edition, revue et augmentée. 1 vol. in-12. Prix 5 fr. A Paris, chez Méquignon-Marvis père et fils, libraires-éditeurs, rue du Jardinet, n° 3.

— L'école de médecine de Sheffield, en Angleterre, vient d'être détruite par un soulèvement populaire. Le concierge de cette école s'étant pris de querelle avec un passant, celui-ci ameuta la foule; le bruit se répandit qu'on avait voulu *burker* cet homme, et la fureur de la populace s'exerça à l'instant même sur les collections, les livres et jusque sur les bâtimens de l'école, qui ont été complétement saccagés.

— TRAITÉ DES SIGNES, DES CAUSES ET DE LA CURE DES MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES, ouvrage d'Arétée, traduit du grec, avec un supplément et des notes, par M. L. RENAUD, docteur en médecine des écoles d'Édimbourg et de Paris, etc., etc. — Un vol. in-8°. Prix : 6 fr.; par la poste, 7 fr. 50.

A Paris, chez Ed. Lagny, libraire-commissionnaire, rue de Seine-Saint-Germain, n° 16, et chez les libraires des écoles de médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 9. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 28 FÉVRIER 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DES MALADIES RÉGNANTES A PARIS.

Tout le monde est frappé des étranges perturbations atmosphériques de l'hiver de cette année. Nous voilà déjà à la fin de février, et il n'a pas fait froid pendant trois jours de suite, quoique cette époque soit précisément le moment de l'hiver le plus rigoureux. Le thermomètre, depuis près de deux mois, n'a pas marqué un seul jour quelques degrés au dessous de la glace; et, le plus souvent, il s'est soutenu à sept ou huit degrés au-dessus. Ce n'est pas tout : une humidité très-pénétrante remplit l'atmosphère, nous imprègne incessamment comme par l'effet d'un bain de vapeur froide, sans que les vêtemens les plus épais réussissent à nous en garantir. Plusieurs fois dans la journée, des averses se précipitent sur la capitale, inondent les rues et les marchés, et donnent au sol, déjà si boueux de Paris, l'apparence d'un véritable marais; de manière que, par les pieds, nous plongeons sans cesse dans l'eau froide des rues, et, par le reste du corps, nous sommes baignés de tous côtés par l'humidité non moins froide de l'air. Une autre circonstance aussi frappante que les précédentes complète l'histoire météorologique de l'hiver de cette année; nous voulons parler des alternatives du froid au chaud et du chaud au froid, qui dépendent à la fois de la rencontre des vents contraires d'ouest et du nord, du froid qui succède aux averses si fréquentes, et du passage d'un ciel noir et nuageux à un ciel net et pur échauffé par un soleil assez ardent.

Sous l'influence de cette constitution atmosphérique, une multitude de maladies graves viennent de naître dans toutes les classes de la société. Les maladies propres à l'hiver de Paris sont en petit nombre ou très-mal formées, c'est-à-dire que, tant par le caractère des affections régnantes que par celles qui ne règnent pas, on est amené à reconnaître que nous assistons en effet au développement d'une constitution médicale bien conditionnée.

On observe assez peu souvent les phénomènes pleurétiques et pneumoniques dont les hivers sont ordinairement remplis. Tout au plus quelques douleurs vagues de poitrine se mêlent aux symptômes des maladies les plus répandues, comme pour indiquer que l'hiver est avorté. Les maladies les plus communes sont, en première ligne, une fièvre grave qui présente les caractères des fièvres typhoïdes au plus haut degré. Nous disons que la fièvre régnante est une fièvre typhoïde, parce qu'elle en offre tous les traits, et qu'elle exige la même méthode

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Mon cher confrère,

Après un aussi long silence, vous vous attendez peut-être à une abondante récolte de faits intéressans : il n'en est rien pourtant, et vous voudrez bien vous contenter de quelques toutes petites nouvelles d'assez peu d'importance.

Vous avez pu voir dans le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences, que M. Nepomucène Lemercier, l'auteur comique, épique et tragique de *Pinto*, de la *Panhypocrisiade* et *d'Agamemnon*, vient de faire une excursion dans nos domaines par la lecture d'un mémoire sur l'orthophrénie et l'orthopédie. Il a traité fort honorablement ces deux nouvelles applications de l'art médical, dont l'une cherche à redresser les esprits, et l'autre les corps. M. Lemercier a parlé sur ce sujet avec imagination et esprit, et c'est tout ce qu'on avait rigoureusement le droit d'exiger d'un membre de l'Académie française. La crânoscopie s'étant par hasard rencontrée sur son chemin, a été fort mal menée par l'honorable orateur, et nous l'en remercions bien sincèrement dans l'intérêt de la vraie science et de la bonne philosophie. En somme, cette lecture a été écoutée avec beaucoup d'intérêt.

A l'Académie de médecine l'orthopédie a eu aussi sa séance : l'illustre orthopédiste d'Angers, si connu déjà dans les cinq parties du monde, qu'il est inutile de le nommer, est venu, comme l'an passé, forcer l'Académie de s'occuper de lui bon gré, mal gré. C'est un homme qui ne lâche pas prise facilement. Sauf la science et le droit de pratiquer, il ne lui manque aucune des qualités nécessaires pour mener à bien son entreprise. La société médicale de sa ville refuse de contresigner ses prospectus, et le poursuit de ses anathèmes. Il s'en moque bien, ma foi! Nul n'est prophète en son pays, se dit il, partons pour Paris qui admet tous les prophètes. Il met dans son bagage une demi-douzaine de bustes en plâtre, ce qui ne coûte pas cher, et deux ou trois jeunes personnes qui ne demandent pas mieux que de faire le voyage de Paris. Le tout est présenté à l'Académie de médecine, qui, selon son usage, nomme gravement une commission chargée d'aller voir travailler le grand redresseur à l'hôtel de Tours. La commission reconnaît que les bustes, ainsi que les jeunes personnes vivantes, offrent des déviations de la colonne vertébrale. Ce premier point une fois constaté avec toute l'authenticité désirable, les honorables commissaires, pénétrés comme ils le doivent de la sainteté de leur mission, prient le redresseur de leur montrer comment il s'y prend pour rectifier ces écarts de la nature. Leur visite, disent-ils, n'a même pas d'autre but que cette vérification. O gens d'esprit! combien vous en avez peu, en faisant de pareilles questions à l'orthopédiste angevin. L'orthopédiste angevin vous renvoie tout simplement à l'année prochaine, et il n'y a rien à dire à cela. On ne redresse pas, en effet, une courbure de l'épine en un quart d'heure. Croyez vous donc avoir affaire à un

de traitement. Tant pis pour les médecins qui attachent une autre idée pratique à cette affection, et qui la traitent en conséquence par des moyens différens. Une autre forme de maladie régnante est celle de névralgies et de rhumatismes affectant, suivant les sujets, tantôt les nerfs et les muscles, tantôt seulement les articulations; enfin une autre expression pathologique conforme, c'est celle d'une péritonite qui affecte les nouvelles accouchées. Aux phénomènes propres à ces nuances de maladies se mêlent constamment des symptômes d'affections catarrhales, ainsi que nous allons le montrer. Parlons de la maladie la plus grave, à l'exception de la péritonite, ou de la fièvre de mauvais caractère, que ses analogies nous obligent à qualifier de fièvre typhoïde.

Elle s'annonce de bonne heure par un relâchement du ventre qui amène des selles plus fréquentes que de coutume, par l'inappétence et le dégoût. A ces signes s'en joignent d'autres tels que des frissons vagues entrecoupés de chaleur. Personne peut être à Paris, depuis quelques semaines, n'a été exempt de quelques-uns de ces symptômes : c'est le premier signal de l'invasion d'un état plus grave que nous allons analyser.

Après huit ou dix jours de ces phénomènes, une fièvre décidée envahit les malades et constitue une affection confirmée. Elle se présente d'une manière uniforme, à quelques nuances près, chez tout le monde, et peut se partager en deux périodes bien tranchées. Au début de la première les sujets éprouvent des bourdonnemens d'oreilles, quelques vertiges, et une somnolence ou tendance à dormir; la face prend une teinte jaune ou verdâtre, d'où se détachent sur la région des pommettes deux plaques rouges lie-de-vin. Ces espèces de taches sont rarement égales dans les deux joues : elles pâlissent ou se foncent alternativement sur toutes les deux; le regard devient plaintif; les traits respirent la souffrance, et l'ensemble du corps est abattu; la langue est toujours chargée à sa surface d'un enduit épais, blanc-jaunâtre, et sur les bords elle est cernée par un limbe d'un rouge vif. Elle n'est jamais très-humide; elle tend visiblement au contraire à se sécher. La peau offre déjà une chaleur brûlante et aride; le pouls n'est jamais large et dur, le plus souvent il est facilement dépressible et toujours fréquent, inégal et irrégulier; le malade a des nausées; l'épigastre et le ventre sont douloureux; quatre, cinq ou six gardes-robes par jour indiquent, concurremment avec les autres symptômes, que les fonctions digestives sont notablement troublées. Chaque soir cet appareil morbide redouble, et rend les nuits pénibles et sans sommeil, ou avec un sommeil interrompu et agité par des rêves. Beaucoup de malades en sont quittes à ce prix. Après huit ou dix jours ces phénomènes rétrogradent et le bien-être reparaît. Les plus gravement compromis éprouvent une seconde période que les soins empressés de la médecine ne parviennent pas toujours à guérir.

Chez ces derniers la tête s'affecte de plus en plus; la physionomie est immobile, les yeux remplis de larmes, les narines pulvérulentes, et des vertiges surviennent aux moindres mouvemens. Ceux-ci tombent dans le délire tous les soirs pendant leur redoublement, et quelquefois ce délire ne cesse pas de toute la journée. Ce délire est doux et il se réduit à un marmottement continuel et à un rire tranquille; il n'est jamais violent ou furieux. La langue est sèche, lisse et brillante, ou bien raboteuse, couverte d'une croûte sanglante et crevassée. Les dents, les lèvres et la langue sont quelquefois remplies de fuliginosités. Le pouls est faible, très-fréquent et très-irrégulier. Il y a des soubresauts tendineux. La peau est sèche, la chaleur âcre et mordicante, le ventre ballonné et tendu, les déjections nombreuses et repoussantes; les malades sont prostrés. Ces sujets ne guérissent qu'avec peine. A la mort, on trouve sur les cadavres les glandes de Peyer et de Brunner dans un état d'ulcération plus ou moins avancée. Lorsqu'ils reviennent de cet état, la convalescence est lente et pénible, et sans cesse ils sont en danger de rechuter.

La péritonite et la fièvre précédente sont les affections les plus graves de cet hiver. La péritonite survient chez les nouvelles accouchées. Les cas de cette maladie sont extrêmement répandus à l'hôpital de la Maternité : en ville nous en observons en assez grand nombre; il ne paraît pas que ces derniers soient moins redoutables que ceux de l'hôpital. Nous notons exprès cette circonstance, afin de détruire une idée étiologique mal fondée, qui consisterait à attribuer à l'usage du cérat dont on se sert pour toucher les femmes de l'hôpital de la Maternité, la propagation de cette affection. Quant à nous, nous ne pouvons voir autre chose dans les causes de ces péritonites, que celles de l'affection typhoïde dont nous avons parlé. Les péritonites, en effet, portent la plupart des traits de cette dernière fièvre, si ce n'est qu'ici elle est compliquée de l'inflammation du péritoine et de la matrice, au lieu de s'associer par exemple à l'inflammation des intestins. Nous n'avons rien de plus spécial à observer relativement aux circonstances de ces maladies; encore une fois elles sont à nos yeux, non pas une maladie particulière, mais seulement un cas particulier de la fièvre grave que nous venons d'étudier. L'unique différence tient à la position exceptionnelle des nouvelles accouchées.

Les névralgies et les douleurs rhumatiques s'ajoutent fréquemment à ces deux formes de maladies, sans constituer, généralement parlant, un état morbide isolé. Il n'est pas rare de voir, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, des douleurs des articulations ou des muscles courir la marche de cette affection grave, et l'accompagner dans tous ses degrés. On peut en dire autant des bronchites, des laryngites, des pleurésies et des pneumonies qui règnent également dans ce temps-ci : elles ne ressemblent guère à des maladies essentielles telles qu'on a coutume de les voir en hiver; on les prendrait plutôt pour des satellites de l'affection générale, tant elles suivent fidèlement ses vicissitudes et ses progrès. Ajoutons que dans la pratique elles suggèrent moins des indications fondamentales, que des modifications dans celles-ci; en sorte que, quelle que soit la diversité des symptômes par lesquels la constitution actuelle se témoigne, tous les cas pathologiques ont une base unique, à savoir, les phénomènes de l'affection typhoïde ou de la fièvre générale. Passons au traitement de ces maladies, et voyons par quelle méthode il est avantageux de les attaquer.

Le vieil adage *principiis obsta* n'est nulle part plus applicable que contre le genre de fièvre dont il s'agit ici. Nous avons vu qu'elle n'éclate pas à l'improviste, qu'elle avance au contraire pas à pas et par degrés. Pendant une ou deux semaines, elle se borne à la condition d'une incommodité insignifiante avant de prendre une grave intensité. Le dérangement des voies digestives qui marque ses débuts insidieux est le seul auquel le médecin doive s'attacher. Si l'on se rappelle les phénomènes par lesquels il se prononce, on lui trouvera la plus parfaite conformité avec les surcharges gastriques de l'automne et de l'été. Ce qu'il y a à faire se déduit de l'exactitude de ces rapports. La diète, ou une réduction de la nourriture solide; quelques boissons délayantes, acidules ou légèrement stimulantes, comme l'infusion de tilleul ou de

---

charlatan de place publique? Est-ce à un savant consciencieux qu'on demande de pareils miracles? Attendez l'an prochain. L'an prochain arrive, et ramène l'orthopédiste de l'hôtel de Tours, avec une nouvelle collection de bustes et de demoiselles; de malades guéris, point; de bustes redressés, pas davantage, quoique ce fût plus facile; mais à la place des guérisons promises, un magnifique prospectus annonce que l'orthopédiste angevin attend de pied ferme la députation académique, pour lui faire certifier une seconde fois qu'il y a des rachis contrefaits en Anjou, et qu'on en peut voir des échantillons à l'hôtel de Tours, place de la Bourse, à Paris.

Vous ne croirez peut-être pas qu'une jonglerie aussi grossière puisse offrir des chances de succès à un spéculateur! Il paraît cependant que notre Angevin s'en trouve bien, puisqu'il la recommence chaque année. L'essentiel pour les industriels de cet ordre, c'est de faire intervenir l'Académie de médecine, à quelque prix, à quelque titre que ce soit, dans leur affaire. Que l'Académie blâme ou approuve, peu leur importe, il suffit que leur nom ait été prononcé dans une de ses séances, pour qu'ils s'en prévalent aux yeux du public. Cette marche est devenue maintenant le pont-aux-ânes des charlatans, des vendeurs de remèdes, et des guérisseurs de toute espèce. Aujourd'hui, sous ce prétexte ou sous un autre, il n'est pas un de ces remèdes, drogues, panacées, et préservatifs, dont le charlatan inonde le pays, qui n'ait pour passeport le nom de l'Académie écrit en grosses lettres sur l'enveloppe qui les contient, et sur les annonces payées des journaux qui les prônent. Depuis long-temps l'Académie de médecine a senti cet abus; la nouvelle tentative de mystification de l'orthopédiste d'Angers a donné lieu à une discussion à ce sujet. L'Académie était indignée et avait raison de l'être. Par malheur les moyens de répression lui manquent. Elle a nommé une commission pour en chercher et en proposer; mais nous doutons que cette commission en trouve d'entièrement efficaces. On ne pourra jamais empêcher les charlatans de présenter leurs projets à l'Académie, et de se faire un titre de cette présentation même. Ce qu'il y aurait de mieux à faire, ce serait d'écarter d'abord, par une décision non publique, toute présentation qui ne serait pas signée d'un médecin porteur d'un titre légal, mais l'exécution d'une mesure de ce genre serait facilement éludée. Les propositions ainsi repoussées, seraient reproduites sous la dénomination de remèdes secrets, et entreraient par cette porte fatale que l'Académie n'a pu jamais ni fermer, ni rétrécir, pas même par son dernier projet de constitution, et qui est pour elle la *porta malorum*. J'avoue que je ne vois aucun moyen réel et suffisant de remédier à cet abus. On a parlé de poursuivre les faussaires, mais ceci ne paraît pas praticable; l'Académie aurait trop à faire; elle aurait des milliers de procès à soutenir chaque année; elle ne pourrait pas dénoncer tous les délinquans; et, comme on l'a très-bien remarqué, les faussaires non poursuivis se prévaudraient de leur impunité comme d'une autorisation tacite. D'ailleurs, sans compter même ces difficultés matérielles, que deviendrait la dignité de l'Académie engagée dans une pareille lutte?

Si l'institution des *conseils médicaux* était établie sur les bases libérales que nous avons si souvent indiquées, elle offrirait contre cet abus une protection assurée. Chargée surtout de surveiller l'exécution des lois qui règlent l'exercice de la médecine, elle ferait faire prompte justice, dans chaque localité, des vendeurs de remèdes non autorisés, et par là diminuerait aussi considérablement le nombre des charlatans médicaux. L'Académie de médecine serait ainsi débarrassée de cette masse de ridicules et impudentes présentations que chaque courrier lui apporte. Les spéculateurs sauraient qu'il y a autour d'eux un œil vigilant pour les

thé, suffisent à s'en rendre maître, conjointement avec le repos de l'esprit et du corps. Mais à peine la fièvre s'est-elle mise de la partie, qu'il faut recourir à une médecine plus active si l'on veut prévenir les périls qu'elle menace d'apporter. Dans cet état, indépendamment des précautions précédentes qui sont d'urgence, le meilleur moyen, le plus sûr et le plus efficace, ce sont une ou deux saignées suivies immédiatement d'un vomitif. Nous ne promettons pas trop en disant que le concours de ces deux agens thérapeutiques coupera court à la fièvre dès son début dans les trois quarts des cas. Si ces sortes de maladies se prolongent au-delà de cette période, si elles finissent par compromettre les jours des malades, c'est que généralement parlant on se contente de saigner ou de purger. Nous le répétons, une méthode puissante autant que sûre d'enrayer la marche de cette fièvre, c'est la combinaison des émissions sanguines et des évacuans des premières voies. Par là on fait avorter le développement des symptômes typhoïdes et l'on réduit le mal à la fièvre gastrique la plus bénigne. Hâtons-nous de convenir que si dans les hôpitaux on ne réprime pas avec plus de bonheur le cours de ces maladies, ce n'est pas seulement parce qu'on ne pratique pas cette méthode, mais c'est aussi parce que les malades n'y arrivent guère que dans un état assez avancé.

Aussitôt que les symptômes typhoïdes sont bien déclarés, il n'y a plus lieu, sauf des cas très-rares, aux émissions sanguines générales, ni aux évacuans des premières voies. Si pourtant quelque point d'inflammation logé dans la poitrine ou dans la tête acquérait une grande vivacité, l'indication consisterait à appliquer un certain nombre de sangsues, ou mieux encore des ventouses scarifiées sur le point phlogosé. C'est le moment de faire la part des exigences de la péritonite, lorsque la maladie règne ante se déclare chez les nouvelles accouchées. Il n'est pas douteux que les sangsues ou les ventouses scarifiées ne soient bien appliquées toutes les fois que les signes d'inflammation de la matrice ou du péritoine s'élèvent à un haut degré. Cependant, comme ces noyaux inflammatoires ne sont jamais ou presque jamais isolés, le praticien doit sans cesse avoir les yeux ouverts sur les mouvemens de la fièvre, et joindre toujours, et assez souvent subordonner les indications qu'ils nous manifestent aux indications plus impérieuses déterminées par le typhus. A plus forte raison subordonnera-t-on la thérapeutique propre aux complications névralgiques ou rhumatiques à ces indications majeures, quand, au lieu d'une péritonite, on aura un typhus compliqué d'une douleur rhumatismale ou d'une irritation partielle des nerfs.

Le traitement principal de la fièvre, à la période où nous sommes arrivés, se compose des moyens qui ont pour objet de relever l'activité du système nerveux stupéfié. Dans cette vue, les potions dont les stimulans diffusibles sont la base, tels que les eaux distillées et les éthers, sont les ressources les mieux appropriées. Avec elles, on emploie les épispastiques, non pour obtenir une suppuration inutile ou plutôt nuisible, car elle ajoute à l'épuisement, mais pour exciter la surface cutanée et par sympathie les centres nerveux. L'eau de Seltz et les chlorures sont très-bien indiqués à cette époque, et agissent très-bien dans ce but. Tel est l'ensemble des méthodes curatives suggérées aux différentes phases du cours de ce typhus. Nous n'avons dû parler dans cet article que des principes généraux de ces méthodes, laissant à chaque praticien le soin de les modifier suivant les cas. Ce que nous tenons à faire ressortir, ce sont les affinités essentielles de toutes ces formes pathologiques et leur dépendance de l'irrégularité actuelle de cet hiver, parce que dans cette étiologie se trouve l'idée de leur nature et l'idée de la meilleure méthode de les traiter.

Ces affections, sauf les formes qu'elles empruntent à l'époque de l'année où nous sommes, ont une similitude frappante avec celles de l'automne ou de la fin de l'été. Il est aisé, d'après les détails que nous avons donnés, de sentir ces analogies, que confirment d'ailleurs les qualités de l'air sous lesquelles elles ont éclaté. Tout le monde sait, en effet, que cet hiver est resté bien au-dessous du froid des hivers ordinaires, qu'il a été plutôt une suite de l'automne qu'un véritable hiver; d'où il est naturel que les maladies propres à cette dernière saison ne soient pas écloses, et qu'à leur place nous n'ayons à observer que des affections de l'automne ou de la fin de l'été.

PATHOLOGIE EXTERNE.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE CHARBONNEUSE; PROPAGATION DU CHARBON PAR LE CONTACT DES ANIMAUX INFECTÉS, et par l'emploi de leur chair comme aliment; par M. le docteur WAGNER.

Nous avons promis à nos lecteurs une analyse étendue de cet intéressant mémoire, qui tend à résoudre d'une manière affirmative une question restée long-temps douteuse, savoir, la communication du charbon par l'ingestion de la chair des animaux infectés. L'étude de cette maladie, qu'il a eu de nombreuses occasions de voir, a d'ailleurs conduit le docteur Wagner à des conclusions qui s'écartent assez des opinions généralement reçues pour qu'on ne les admette pas sans vérification préalable; mais qui, fondées sur une longue expérience, ont droit cependant à un examen sérieux (1).

M. Wagner ayant appris que, le 22 juillet 1834, deux personnes étaient mortes presque subitement dans le village de Striesa (Saxe prussienne), que plusieurs autres étaient tombées malades, et que, dans une même ferme, il était crevé sept bêtes à cornes et quelques porcs, se rendit aussitôt sur les lieux, et recueillit les renseignemens suivans:

Le 13 juillet le troupeau de vaches rentrait du pâturage: le taureau tomba subitement à terre sans pouvoir se relever. On le crut atteint d'une simple lésion de la colonne épinière; on le tua sur-le-champ; et deux paysans, le jardinier Stack, âgé de 40 ans, et le vigneron Zienz, âgé de 30 ans, tous deux robustes et jouissant de la meilleure santé, enlevèrent la peau de l'animal et le dépecèrent. La chair fut coupée en morceaux, partagée, et servit de nourriture. Quelques jours après, d'autres bestiaux tombèrent malades dans la même ferme; ils furent également assommés, et leur chair fut employée comme aliment par les mêmes personnes.

(1) Nous recevons en ce moment la nouvelle qu'il règne à Orléans une espèce d'épidémie charbonneuse; depuis une huitaine de jours, un certain nombre de malades sont entrés à l'Hôtel-Dieu de cette ville; d'autres se rencontrent dans la pratique civile. Nous ne saurions trop engager les médecins en position d'observer cette épidémie, à saisir cette occasion de vérifier les conclusions du docteur Wagner.

observer, et qu'ils seraient promptement punis dans leur endroit du bruit que leur nom ferait à Paris. Mais cette institution n'existe pas et n'existera peut être jamais.

Nous n'espérons donc pas de grands résultats des recherches de cette commission. Toutefois, le motif qui l'a fait nommer est louable. L'Académie a prouvé par ses réclamations énergiques combien elle était fatiguée et indignée du rôle qu'on veut lui faire jouer.

L'Académie des sciences aurait également besoin d'une semblable manifestation, car elle est plus assiégée encore, s'il est possible, que l'Académie de médecine; et l'insolence des charlatans à son égard a été trop souvent justifiée par sa facilité. Battus quelquefois à l'Académie de médecine, ceux-ci ne manquent pas de recourir à l'Académie des sciences, qui devient ainsi pour eux une espèce de cour d'appel. L'orthopédiste d'Angers qui connaît bien son Paris, bien qu'il n'y vienne qu'une fois l'an, se dispose déjà à exploiter l'Institut, et veut lui faire jouer la comédie à laquelle se refuse l'Académie de médecine. Après quoi, il mettra sur ses prospectus que ses méthodes ont reçu la double approbation des deux premières autorités scientifiques et médicales du pays.

Mais en voilà assez sur ce brave et digne homme.

Je ne sais si je vous donne une nouvelle en vous disant que l'Académie de médecine vient enfin d'adopter une mesure proposée depuis long-temps, l'assimilation des membres adjoints aux membres titulaires. Je n'ajouterai rien à ce que la GAZETTE MÉDICALE a dit dans le temps en faveur de cette décision qui a satisfait tous les esprits raisonnables.

Y a-t-il des homœopathes chez vous? Je crois que non et je vous en félicite; mais votre tour viendra. L'homœopathie est contagieuse. Arrivée incognito il y a trois ou quatre ans par le pont du Rhin, elle a si bien fait son chemin en France qu'on n'entend maintenant plus parler d'autre chose à Paris. Décidément la doctrine hahnemanienne a la vogue; elle règne dans les salons avec l'impertinence et l'autorité d'une mode nouvelle. Pour le quart d'heure, c'est la seule médecine qui guérisse, la seule qui soit présentable. Ses partisans crient victoire; ils remercient la providence qui veille sur les destinées de l'espèce humaine, et se félicitent de ce triomphe de la raison sur les ténèbres de l'ignorance; les médecins non convertis s'étonnent et s'indignent de cet absurde engouement. Les uns et les autres ont tort de s'indigner, de s'étonner et de se glorifier. Rien de plus commun dans l'histoire de l'esprit humain que ces engouemens exclusifs et aveugles pour une idée, pour un homme, pour un système, pour un mot, pour un songe. En médecine surtout, les exemples de ce genre sont très-fréquens. Les préjugés, l'ignorance, les passions de la masse, le défaut de certitude et d'évidence dans les principes et la pratique de l'art de guérir, rendent très-faciles ces hausses et ces baisses de l'opinion. Il y a soixante ans, le magnétisme animal de Mesmer fanatisa la France entière. Chaque ville du royaume avait des sociétés organisées pour exploiter cette nouvelle méthode thérapeutique; les plus hauts personnages de l'état la prirent sous leur protection; en vain les corps savans voulurent-ils résister à ce torrent; leur autorité fut méconnue, et Mesmer proclamé le bienfaiteur du monde, courut les risques d'être canonisé. Dix ans plus tard, il n'en était plus question. Plus près de notre époque, il y a dix ans, le physiologisme vint s'asseoir à son tour sur ce trône chancelant et précaire de l'opinion. Il imposa ses formules, non-seulement à la foule, mais encore aux savans. Sa phraséologie devint le langage même de la science. Toute la jeunesse médicale l'adopta par enthousiasme; son auteur fut encore proclamé le restaurateur de l'art,

Mais bientôt ces personnes se plaignirent de malaise, d'un sentiment de pesanteur à la région précordiale, et de douleurs abdominales passagères; quelques individus, surtout Stack et Teinz, qui non-seulement avaient mangé de la chair de ces animaux, mais qui encore avaient touché et manié ces derniers, et s'étaient même blessés aux deux mains, accusèrent de plus un grand abattement dans les membres, des vertiges et beaucoup de faiblesse.

Plusieurs bestiaux étaient encore crevés, du 15 au 18, d'une manière subite et inopinée : on les éventra et on trouva, outre des signes d'inflammation dans l'abdomen, *la rate dans un état de gangrène et de putrilage tel, qu'elle ne consistait plus qu'en une membrane en forme de poche, renfermant un liquide noir de consistance pultacée qui se répandit en tous sens dès qu'on lui eut donné issue.* En enlevant la peau, on découvrit sous cette enveloppe çà et là, mais principalement au cou, des tumeurs œdémateuses.

Ces caractères anatomiques, joints à l'indisposition plus ou moins grave de toutes les personnes qui avaient manié les animaux infectés et mangé de leur chair, ne laissèrent plus douter que la maladie régnante ne fût une véritable *affection charbonneuse*. M. Wagner donne à cette affection le nom de *gangrène de la rate* (*Milzbrand*), tiré de l'état de cet organe chez tous les individus qui en sont atteints. Il appelle de même le poison septique qui paraît en être le principe, *virus de rate gangréneuse, Milzbrandgift.*

La nature de la maladie une fois bien constatée, on prit les mesures hygiéniques convenables pour en enrayer la marche; mais déjà le mal avait pris racine, et un grand nombre d'habitans qui avaient touché les animaux infectés ou s'étaient nourris de leur chair, commencèrent à éprouver de la lassitude et de la pesanteur dans les membres, des vertiges et de la céphalalgie.

Le 19 juillet, le jardinier Stack, quoique souffrant depuis quelques jours, essaya d'accompagner un de ses amis à une distance de 3 lieues. Il ne put y parvenir qu'à grand'peine et accablé de fatigue. Après avoir cherché à restaurer un peu ses forces avec deux verres de bierre forte, il voulut s'en retourner à la maison; mais à peine eut-il fait quelques pas, qu'il fut pris d'une faiblesse extrême avec vomissemens et douleurs du bas-ventre, et tomba à la renverse. Reconduit à la maison sur une voiture, les douleurs augmentèrent tellement pendant le trajet, que, de retour chez lui, il arracha avec violence ses vêtemens. Bientôt il s'y joignit un froid aux mains et un flux diarrhéique d'un sang noir et dissous. Peu après, convulsions des membres, dont le froid glacial s'étend jusqu'au tronc, figure froide, nez effilé; yeux caves; jambes bleues, livides; tout le corps accroupi, mouvemens convulsifs de la tête d'une épaule à l'autre; vomissemens répétés; nouvelles selles liquides d'un sang noir et dissous, s'accompagnant toujours de douleurs périodiques de l'abdomen; enfin soupirs, gémissemens, et mort dans la nuit du 19 au 20.

Dans la même nuit, la veuve Gaertner, qui n'avait mangé que de la viande, éprouva le même sort; elle s'était couchée le soir en accusant un malaise et une pesanteur de tête et des membres plus forts; une pustule noire s'était développée sur l'une de ses cuisses. Le lendemain, on la trouva morte dans son lit; son enfant était encore endormi à ses côtés, jouissant d'une parfaite santé. Le 22 juillet, au matin, la décomposition de ces deux cadavres était tellement avancée qu'ils étaient près de se liquéfier, et répandaient au loin une odeur très-infecte; les jambes de Stack étaient tuméfiées et entièrement livides. L'autopsie cadavérique ne put être faite.

Huit autres personnes se trouvaient atteintes par l'épidémie le 22 juillet; une neuvième le fût le lendemain. Le plus petit nombre avait eu affaire avec les animaux infectés; tous s'étaient nourris de leur chair. Parmi ces malades se trouvaient une femme de 50 ans qui portait une pustule noire à l'un des pouces, et le vigneron Teinz, dont il a déjà été question, qui en avait une au côté externe de la cuisse. Chez tous ces malades, les symptômes de l'invasion avaient été les mêmes que ceux que nous avons déjà décrits. De plus, sécheresse de la peau; pouls petit, fébrile, à peine sensible; chez aucun langue chargée; chez tous, yeux naturels et figure rouge et chaude; point de délire. Quelques-uns ressentaient une pression à l'épigastre, qui n'augmentait cependant point dans les inspirations profondes; la plupart accusaient un goût douceâtre dans la bouche; inappétence chez tous; dans deux cas seulement vomissemens; nulle part météorisme et tension de l'abdomen. Quelques malades éprouvèrent de l'anxiété, et principalement le vigneron Teinz, qui, à l'exception d'un sentiment de stupeur à la cuisse malade, ne se plaignait cependant pas de plus de douleur que les autres. L'anthrax, chez cet individu, ne présentait plus de cercle inflammatoire; il était cerné dans tout son pourtour par une induration, insensible au toucher, affectant une forme oblongue dans le sens de la longueur du membre, et s'étendant en profondeur, jusque sur l'os. La pustule s'était montrée d'abord comme une petite tache, grosse comme une tête d'épingle, avait augmenté sans jamais occasionner de douleur, et était devenue toute sèche.

La seconde malade, qui portait une pustule au pouce, ne souffrait point non plus beaucoup des symptômes généraux; mais elle accusait à la main malade une sensation d'ardeur avec tuméfaction et inflammation érysipélateuse, qui s'étendaient jusqu'à l'avant-bras, quoique l'anthrax eût à peine l'étendue d'une pièce de 10 sous.

A l'exception encore d'une jeune femme qui s'était nourrie de viande infectée, et chez laquelle une pustule s'était développée sur l'avant-bras droit avec tuméfaction et inflammation jusqu'au coude, les autres malades n'eurent point d'éruption pustuleuse.

Comme chez la plupart de ces personnes la maladie avait déjà duré quelque temps quand M. Wagner les vit, il ne trouva plus d'indications pour un vomitif; chez les individus nécessiteux chez lesquels il ne s'était point développé d'anthrax, il se borna aux médicamens les plus simples : cataplasme de graine de lin et de farine de son cuites dans du vinaigre de vin, appliqué sur la région précordiale; infusion de tilleul, ou simplement eau acidulée avec ce même vinaigre, afin d'entretenir une transpiration modérée; diète aussi absolue que possible.

Chez les malades aisés et chez ceux où il existait des charbons, on employa une médication plus active.

Les pustules furent incisées en croix : chez Teinz, cette incision, à laquelle il resta insensible, fut pratiquée à une demi-pouce de profondeur; puis on cautérisa et on saupoudra la plaie avec une dose assez forte de potasse caustique : ici encore Teinz ne ressentit de la douleur que quelques instans après; ce fut d'abord un sentiment de fourmillement qui se changea peu à peu en une douleur brûlante. L'escarre gangréneuse qui était dure et sèche, se ramollit et s'affaissa. On appliqua un cataplasme de graines de lin et de poudre d'écorce de chêne bouillies dans du

---

et sa médecine la médecine par excellence. La vente des sangsues devint une des plus importantes branches du commerce national, et les mots d'irritation et de révulsion résonnèrent jusque dans la loge des portiers. Quelques années après, voilà l'idole à bas, son culte abandonné, ses principes bafoués, sa thérapeutique proscrite. Après la chute du physiologisme, il y a eu quelques années d'interrègne; mais la mode n'admet pas de bien longues vacances. L'homœopathie s'est trouvée là fort à propos pour remplir ce vide. Combien durera-t-elle? Je n'en sais rien; deux ou trois ans, peut être plus, peut être moins. Elle sera détruite par les mêmes causes qui la propagent maintenant, le besoin de changement, le goût de la nouveauté, le mouvement de progrès qui ne fonde qu'en détruisant, et par-dessus tout le désappointement, suite inévitable des engouemens de ce genre. Mais l'influence de ces envahissemens des systèmes, à leur période d'ascendance, est d'ordinaire si forte, que beaucoup en perdent la tête. Les uns s'imaginant avoir rencontré enfin la pierre philosophale, se livrent à tous les égaremens du fanatisme et du mysticisme; ils croient avoir posé une borne au temps et à la marche de la pensée; enivrés par la vue de l'entraînement général, ils prennent la voix de la foule pour la voix de Dieu, et leur chimère devient à leurs yeux une réalité imposante et indestructible. Ceux-ci sont des fous et des songe creux. D'autres, épouvantés de ce triomphe de l'absurde, croient la vérité perdue pour jamais et désespèrent de la raison humaine. Ceux-ci sont des esprits faibles.

Une froide appréciation de ces singuliers phénomènes moraux, fait voir qu'ils ne sont ni bien allarmans, ni de longue durée. L'esprit humain et la science qui est son ouvrage, font leur chemin à travers ces épisodes. L'expérience du passé ne nous permet pas de nous alarmer de cette invasion de l'homœopathie. L'histoire même de ce système nous rassure complètement. En progrès chez nous il est mourant dans l'Allemagne son berceau. Miné d'abord par l'action dissolvante de son absurdité intrinsèque, il est livré en ce moment à toutes les horreurs du schisme et de l'hérésie. La guerre civile établie dans son sein le fractionne en une infinité de sectes qui se poursuivent, s'anathématisent et se damnent réciproquement. L'été passé deux conciles réunis l'un à Coëthen, présidé par Hannemann lui-même, et composé d'omœopathes orthodoxes, et l'autre à Leipsick, composé d'hérétiques, essayèrent envain de soumettre le foi homœopathique à un symbole commun. Le contact des opinions sur la vertu des décillionièmes, sur l'aspiration des odeurs, et surtout la grande question de savoir s'il serait permis ou non de guérir allopathiquement, augmentèrent l'anarchie. Hannemann lui-même, désespérant de réprimer cet esprit séditieux, vient de quitter le champ de bataille et change de résidence. Il espère peut-être trouver les Français plus disciplinables que les Allemands; mais il ne sait pas, le digne polypharmaque, à qui il a affaire. Nous lui conseillons de s'adresser à M. Broussais, qui pourra lui dire par expérience comment s'élèvent et tombent les systèmes médicaux en France. Ce sera un beau spectacle que celui de ces deux rois déchus, de ces *deux grands débris se consolant entre eux!*

Il me reste à peine assez d'espace pour vous annoncer que les places devenues vacantes par la mort de Dupuytren seront prochainement adjugées. Si la voix publique ne ment pas, on n'aura pas à se plaindre que son héritage soit tombé en de mauvaises mains. Pour la clinique de l'Hôtel-Dieu on désigne M. Roux. Le célèbre chirurgien de la Charité est trop bien connu pour qu'il soit nécessaire de vous rappeler ses titres à cette distinction. Pour l'Académie des sciences, il se présente plusieurs candidats, parmi lesquels se trouvent en première ligne MM. Breschet et Lisfranc. Nous vous laissons choisir entre ces deux notabilités chirurgicales, et nous approuverons le choix de l'Académie quel qu'il soit.

vinaigre de vin; à l'intérieur le camphre à petite dose et une forte décoction de quinquina, avec addition d'une petite quantité de liqueur anodine minérale d'Hoffmann : chez la femme qui portait un anthrax au pouce, l'incision et la cautérisation avaient été plus douloureuses, quoique l'escarre fût moins profonde.

Le lendemain 24 juillet, tous les malades allaient mieux : il est à remarquer que la jeune femme qui avait eu un anthrax à l'avant-bras par suite d'une piqûre de sangsue, et chez laquelle on n'avait employé que des remèdes domestiques se trouvait également en voie de guérison. Une seule personne montrait une aggravation dans les symptômes : c'était la vieille femme chez laquelle on avait incisé et cautérisé le charbon au pouce : tout le bras était enflammé et gonflé jusqu'à l'épaule, et l'avant-bras couvert de vésicules bleues rougeâtres; face rouge, brûlante; fièvre intense, diarrhée, soif, prostration extrême, peau sèche et brûlante; de nouveau goût douceâtre à la bouche. — M. Wagner regardant ce cas comme désespéré, se borna à faire mettre sur la plaie des cataplasme de fromage frais.

Chez Teinz on trouva à la place de l'escarre une excavation circulaire, noirâtre, profonde d'un demi-pouce, à bords étroits et rouges; toute tuméfaction et induration avaient disparu : plus de fièvre, retour de l'appétit et des forces, sentiment de bien-être universel; cet amendement si rapide était survenu à la suite d'une sueur générale profuse, d'une odeur infecte. La plaie fut saupoudrée de quinquina et de potasse caustique, pansée avec le baume d'arcæus et recouverte de cataplasme vinaigré; même traitement intérieur. — Le 29 juillet, la sensibilité était revenue à l'extrémité malade; d'un autre côté, l'excavation gangréneuse avait doublé, et l'on ne remarquait point encore de séparation des couches sphacélées d'avec les parties saines; on laissa de côté la potasse caustique, et l'on pansa avec la poudre de quinquina, le baume de Pérou et l'onguent brun avec addition de myrrhe et de camphre; par-dessus le tout, cataplasme vinaigré. Le premier août, séparation de la couche gangréneuse que l'on achève avec le histouri; la plaie présente maintenant trois pouces de longueur, deux et demi de largeur, trois quarts de profondeur, elle est d'un beau rouge, et sécrète un pus louable. — Le 5 août, elle commence à se couvrir de bourgeons charnus et de granulations de bonne nature. — Le 11, toute l'excavation en est remplie : il survient parfois aux deux pieds un sentiment de stupeur que précède chaque fois une sorte de fourmillement. — Le 14, tuméfaction froide des tégumens du membre affecté, s'étendant jusqu'à l'abdomen : application de sachets de son chauffés; repos; infusion de tilleul pour boisson. Les bourgeons charnus ont tellement pullulé qu'on est obligé de les toucher avec la pierre infernale. — Le 18, plus de gonflement de l'extrémité inférieure droite; commencement de cicatrisation de la plaie qui ne tarde pas à être bientôt complète.

La femme que le D. Wagner avait cru perdue le 25, et qui était restée sans autres moyens médicamenteux que les cataplasmes frais, se trouva deux jours après, au grand étonnement du médecin, dans un état presque satisfaisant. Ici il n'était point survenu de sueur critique; mais la diarrhée avait augmenté au point que les selles partaient sans que la malade s'en aperçût.

Bientôt après la fièvre avait cessé, la face était redevenue pâle, le goût douceâtre de la bouche avait disparu; il s'était établi autour de la pustule un travail de suppuration, les vésicules de l'avant-bras s'étaient affaissées, et le gonflement du bras avait progressivement diminué de haut en bas. On employa plus tard le même traitement externe et interne que dans le cas précédent. L'état général de la malade s'améliora avec une telle rapidité que, le 29 juillet, elle put déjà faire une marche d'une lieue et demie. Cependant l'affection locale n'avait point procédé avec la même promptitude; la surface gangrénée, circonscrite d'abord à la face palmaire, s'était même étendue jusque sur les côtés et le dos du pouce, d'où elle avait envahi la moitié de la face dorsale de la main. L'escarre, quoique superficielle, en était dure, racornie, sèche, noire, assez semblable à la gangrène sénile. La malade pouvait, malgré cela, mouvoir les doigts, et fléchir, mais non étendre le pouce. Le 11 août, une portion de la plaque gangréneuse se détacha au dos de la main; la surface suppurante sous-jacente répandant une odeur fétide fut pansée avec la poudre de quinquina. Le 16, le reste de l'escarre qui recouvrait encore le pouce tomba également. Quelques jours après, la suppuration devint de bonne nature, et toute la plaie se recouvrit de bourgeons charnus. Le 22, le dos de la main présentait une nouvelle cicatrice; il ne restait plus que le pouce, qui ne tarda pas à se fermer à son tour, et le 4 septembre 1834 la guérison était complète.

Le 6 août, il y eut deux nouveaux malades, quoique depuis huit jours il ne se fût présenté de nouveaux cas ni parmi les hommes ni parmi les hestiaux, et que toutes les mesures hygiéniques eussent été strictement accomplies. Les personnes récemment atteintes étaient deux servantes d'une même ferme, l'une de 26 ans et l'autre de 50; elles avaient bien été en rapport avec les hestiaux malades, mais n'avaient point mangé de leur chair. Comment, après un espace de temps assez long écoulé sans que ces deux malades se fussent exposés de nouveau, cette infection avait-elle pu avoir lieu? En interrogeant les deux servantes, on apprit de la plus âgée que, se trouvant chez la malade dont nous avons parlé précédemment, elle avait été piquée par une mouche à la face interne de l'avant-bras gauche; qu'elle y avait de suite ressenti de la douleur; que peu à peu il s'y était formé une petite tache autour de laquelle s'étaient bientôt développés du gonflement et de l'inflammation. Cette petite tache s'était en peu de temps élevée en forme de pustule livide, sèche, de la grandeur d'un liard. La jeune domestique expliquait à peu près de même, sans en être aussi sûre, l'origine d'une pustule qu'elle portait à la face externe du bras droit, qui était entourée de vésicules gangréneuses et s'accompagnait d'un gonflement inflammatoire depuis le coude jusqu'au-delà des épaules. Une circonstance assez remarquable vint jeter quelque jour sur la cause de cette dernière affection : dans la chambre de la malade se trouvait une peau qui avait appartenu à un des animaux infectés : n'était-il pas possible que quelques portions de chair ou de tissu cellulaire fussent restées adhérentes à cette peau, et qu'à l'état frais une mouche y eût puisé le poison septique pour aller le déposer sur le bras de la malade? Ces faits ont déjà été observés, et on en trouve des exemples dans Bertrandi et dans Monteggia.

On eut recours au même traitement interne que dans les cas précédens; mais comme il était trop tard pour inciser les charbons, et que M. Wagner avait remarqué que par la cautérisation après l'incision la gangrène s'étendait davantage, on s'en abstint et on se borna à l'application de cataplasmes de fromage frais, ou de son et de graines de lin. Aux médicamens internes bientôt abandonnés, on substitua une simple boisson de lait caillé coupée avec de l'eau ou une infusion de tilleul. La fièvre de la jeune fille ayant pris un caractère inflammatoire, et des douleurs de poitrine étant survenues, on pratiqua une saignée du bras. La pustule gangréneuse ayant nécessité l'application de la potasse caustique, on cautérisa sans qu'il s'élevât de la douleur dans les premiers momens; mais celle-ci survint plus tard avec une telle violence, qu'on fut obligé d'ôter le caustique.

Le 13 août, après une sueur abondante, les symptômes généraux, la fièvre, ainsi que l'inflammation et le gonflement autour des pustules, cessèrent chez les deux malades.

Trois semaines après l'invasion de l'épidémie, on observa un dernier cas d'affection charbonneuse qui eut une terminaison funeste. Un jeune homme de 20 ans, servant dans la même ferme que les deux autres malades dont nous venons de retracer l'histoire, avait, comme les autres personnes, touché les hestiaux et mangé de leur viande; il était resté bien portant jusqu'au quatorzième jour, lorsqu'il fut pris d'un accès de fièvre et de tous les symptômes du charbon. En même temps il se forma sur l'avant-bras gauche une pustule qui, deux jours après, avait atteint l'étendue d'un pouce et demi. Une sueur abondante avait pour quelque temps amendé tous les symptômes; mais le dix-huitième jour de la maladie, ils étaient revenus avec une telle violence, que le malade avait succombé encore le même jour, avant qu'on eût eu le temps de lui administrer des médicamens. Il est à remarquer que l'affection gangréneuse locale de l'avant-bras n'avait nullement empiré.

En même temps que cette épidémie régnait à Striesa, on en observait encore quelques cas isolés dans deux villages voisins; les malades, quatre hommes dans la force de l'âge, avaient dépouillé et manié de toute manière des animaux infectés, ou bien s'étaient nourris de leur chair; tous avaient eu la maladie à un assez haut degré, avec éruption charbonneuse aux bras et aux mains. Le traitement fut des plus simples; ils guérirent au bout de trois à quatre semaines. Ici encore on remarqua une sueur critique très-abondante. Sur un de ces malades l'escarre fut cautérisée; sur un autre, excisée; les deux autres laissèrent le soin de la séparation des parties mortes d'avec les saines à la nature, en se bornant à la simple application de cataplasmes chauds. Chez aucun l'affection locale ne marcha plus vite que chez l'autre.

Notons encore le fait suivant : le résidu de la graisse des animaux infectés, qu'on avait fait fondre, fut jeté dans le manger de deux porcs, de deux chiens et de deux chats, qui tous crevèrent en se roulant sur l'herbe fraîche, qu'ils semblaient rechercher comme pour se soulager.

De l'histoire de cette épidémie et des observations qu'elle présente, l'auteur croit pouvoir déduire les considérations suivantes :

1° Le plus ou moins de gravité du charhon ne dépend point autant

de la présence, du nombre et du volume des pustules, que de l'intensité de la fièvre concomitante ; les pustules ne sont qu'un produit ou un symptôme de la maladie, qui peut même manquer sans que celle-ci cesse d'exister.

2° La *fièvre charbonneuse*, ou *splénite gangréneuse* avec ou sans charbon, ne se propage point par la voie des miasmes à travers l'air ; elle se communique par l'introduction dans le canal digestif de la chair des animaux infectés, par l'absorption cutanée, par le contact avec ces mêmes animaux. Le poison ou virus animal qui paraît en être le principe, est tellement fixe et inaltérable, qu'il ne se décompose point, même lorsqu'on a fait bouillir ou griller la viande, ainsi que le prouve le dernier fait que nous avons rapporté.

3° Il importe peu que l'on extirpe les charbons par l'excision ou la cautérisation, ou qu'on les laisse sans y toucher : la fièvre et l'inflammation concomitantes n'en sont point troublées dans leur marche, la durée du traitement nullement abrégée. L'expérience même nous démontre ici que ces moyens violens s'opposent aux efforts curatifs de la nature, et peuvent prolonger la durée de la maladie. Si l'infection a eu lieu par les voies internes, l'excision et la cautérisation sont inutiles ; si elle s'est faite d'abord à la surface extérieure, ces moyens ne peuvent être utiles que lorsque les pustules sont encore très-petites, et il est rare que l'on soit appelé à cette époque de la maladie. Les topiques qui ont rendu les plus grands services à M. Wagner, sont les cataplasmes chauds émolliens et ceux de fromage frais, lorsque la plaie était brûlante ; il se loue aussi de la poudre de quinquina seule ou mêlé à la poudre de charbon pour saupoudrer cette dernière, depuis le moment de la séparation de l'escarre jusqu'à la cicatrisation. Il est douteux si l'administration à l'intérieur du quinquina et du camphre a été réellement utile, puisque des malades qui n'en avaient point fait usage et qui étaient restés pour ainsi dire sans médicamens, guérirent aussi bien que les autres. Quoi qu'il en soit, et quelque mode de traitement que l'on emploie, le charbon dure ordinairement de quatre à six semaines. Quand les malades meurent, c'est fréquemment pendant un paroxysme fébrile, ainsi que cela est arrivé dans les trois cas funestes sur les quinze qui ont été observés. Lorsque la maladie est à un degré très-léger, et qu'on est appelé à temps, un vomitif la fait souvent avorter. Du lait bu en grande quantité aussitôt après l'ingestion de la substance septique, soulage communément le malade en provoquant des vomissemens.

4° M. Wagner attribue la fréquence des maladies charbonneuses qu'il a occasion d'observer en été dans le cercle de Schweinitz où il pratique la médecine, à la présence d'un grand nombre de mares et de bourbiers d'eaux corrompues qui avoisinent les bords de l'Elter, et qui sont desséchés pendant les grandes chaleurs.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATIONS CLINIQUES FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE PENDANT L'ANNÉE 1833 ; par Prosper DOR, D.-M., ancien chef interne de cet hôpital.

Des faits du plus haut intérêt se présentent journellement à l'Hôtel-Dieu de Marseille ; rapporter ici tous ceux que j'ai recueillis pendant les trois années de mon chef-internat serait chose impossible ; mais en consacrant une description détaillée seulement à ceux qui peuvent offrir les données de quelques vues thérapeutiques nouvelles, et à d'autres qui, entièrement isolés, méritent par leur singularité d'être inscrits dans le livre de la science, et en me livrant ensuite à des considérations générales basées sur l'observation de ceux que l'on rencontre plus fréquemment, j'ai cru pouvoir tracer un tableau qui, pour être plus concis, n'en sera pas moins complet.

Je rapporterai d'abord quelques faits de fièvres typhoïdes traitées par les chlorures, et je dirai de quelle manière l'administration de ce médicament m'a paru devoir être faite pour être suivie d'un effet moins douteux ; viendront à la suite deux maladies présentant tous les caractères du typhus, et reconnues seulement par les autopsies cadavériques.

Dans une seconde partie, je m'étendrai sur quelques généralités relatives au traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans une troisième, je parlerai des fièvres intermittentes, et des diverses indications thérapeutiques qu'elles peuvent présenter.

Enfin, je terminerai par un cas d'oblitération de l'intestin avec complication de corps étrangers.

FIÈVRES TYPHOÏDES.

CÉPHALALGIE, ÉPISTAXIS, DÉLIRE, STUPEUR ; AMÉLIORATION MOMENTANÉE SOUS L'INFLUENCE DES CHLORURES ; RETOUR DU DÉLIRE, SOUBRESAUTS DES TENDONS, DENTS FULIGINEUSES, MÉTÉORISME DU VENTRE. MORT LE NEUVIÈME JOUR ; PLAQUES DE PEYER EN PARTIE ULCÉRÉES.

OBS. I. — Cazetti, âgé de vingt-six ans, à Marseille depuis deux mois, chargé de la correspondance italienne dans une maison de commerce, vint à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre 1833. Depuis deux jours il avait été pris de malaise, d'anorexie, de douleurs violentes à la tête ; accidens néanmoins qu'il aurait endurés plus longtemps encore avant de réclamer des secours, nous dit-il, s'il n'avait été effrayé par un crachement de sang assez abondant. Interrogé sur ce dernier symptôme, le malade nous apprend qu'il ne s'est manifesté que pendant le séjour au lit, et lors du décubitus sur le dos ; que dans le trajet de chez lui à l'Hôtel Dieu, où il s'est rendu en voiture et assis, le nez lui a saigné abondamment. Il était donc tout naturel de penser que cette prétendue hémoptysie provenait uniquement d'un épistaxis. L'exploration de la poitrine ne nous dénote, en effet, aucune altération morbide, si ce n'est un peu de râle sibilant à la partie postérieure et inférieure des deux côtés.

Figure abattue, exprimant la crainte et le découragement ; peau sèche et brûlante ; pouls fort et agité ; appétit nul, soif modérée ; langue pâteuse et collante ; épigastre sensible à la pression, ventre ballonné, sonore à la percussion ; diarrhée, huit selles par jour ; urines chargées, et comme sanguinolentes.

(Diète, saignée du bras de douze onces, cataplasme émollient sur le ventre, limonade.)

Le 9, cinquième jour de la maladie, les symptômes se sont exaspérés d'une manière très-intense ; délire, stupeur ; le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse ; langue noire et sèche, dents fuligineuses, abdomen douloureux dans toute son étendue, mais surtout à la région iliaque droite, où la pression fait entendre du gargouillement. Carphologie, soubresauts des tendons, contraction involontaire des muscles de la face.

(Le malade est mis à l'usage du chlorure de sodium, quinze grains dans deux livres d'eau ; lotions chlorurées ; deux demi-lavemens, six grains.)

Le 11, septième jour, le mieux est très-apparent ; la fièvre typhoïde semble à la période de résolution ; les idées sont nettes, les réponses justes, plus de céphalalgie ; la langue s'humecte ; les lèvres sont moins sèches ; on voit dans la bouche des portions de mucus desséché. Néanmoins, il y a encore quelques mouvemens désordonnés, quelques paroles fugaces que le malade se dit à lui-même. La respiration se fait bien ; seulement, à la partie postérieure et inférieure du côté gauche, il y a de la matité et quelques bulles de râle crépitant fin.

Le 12, la nuit a été assez tranquille, toujours un peu de délire, six selles dans les vingt-quatre heures. Le corps se couvre d'une éruption de nature particulière, qui a d'abord quelques rapports avec les taches roses lenticulaires, mais qui en diffère ensuite essentiellement : ce sont des boutons presque semblables à ceux de la petite vérole, formant au-dessus de la peau une saillie de deux à trois lignes, parfaitement circonscrits à leur base, et marqués à leur sommet d'un petit point rouge.

(Lotions et lavemens chlorurés ; vingt grains par pinte de liquide, pour tisane.)

Le 13 au matin, neuvième jour, délire permanent, loquacité ; langue sèche, rugueuse ; pouls petit, rapide, irrégulier et fuyant sous les doigts ; mouvemens continuels des lèvres ; mastication. Trois selles ; le malade les pousse sous lui. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE, VINGT-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

Crâne. Méninges à l'état normal. Cerveau légèrement sablé, mais sans ramollissement ni phlogose appréciables.

Poitrine. Cœur de volume naturel, plein de sang noir, dans lequel se trouvent des caillots mous, que la pression la plus légère suffit pour écraser. Quatre ou cinq onces de sérosité rougeâtre dans la plèvre gauche ; poumons gorgés de sang à leur base, le gauche surtout, qui offre dans ce point un commencement d'hépatisation.

Abdomen. Foie moins consistant que dans l'état sain. Rate engorgée, augmentée d'une fois son volume. Ganglions mésentériques n'offrant aucune altération appréciable.

Tube digestif. Muqueuse de l'estomac ramollie ; celle de l'intestin grêle injectée dans diverses parties de son étendue ; à l'extrémité inférieure de l'iléum, à dix pouces du cœcum, se trouvent plusieurs plaques de *Peyer*, au nombre de sept, formant une saillie de deux lignes environ au-dessus du niveau de la surface intestinale ; un point d'ulcération de la grosseur d'un pois, à bords arrondis, existait sur l'une de ces plaques ; un point noirâtre, offrant un commencement de gangrène, formait le sommet d'une autre. Le gros intestin est sain.

Cette observation offre de l'intérêt sous plus d'un rapport ; mais, pour le moment, je n'appellerai l'attention que sur la nature de l'éruption qui s'est manifestée au huitième jour de la maladie. C'est à peu près l'époque assignée par les écrivains de nos jours à l'apparition des taches rosées lenticulaires, taches qui forment presque un des caractères distinctifs de la fièvre typhoïde. Devons nous regarder cette éruption comme une modification de celle qui est propre à la maladie que nous décrivons, ou la considérer comme de nature essentiellement différente ? Je sais que, dans tous les cas de fièvre typhoïde, ces taches se sont montrées uniformes et sans changement particulier ; mais les exceptions à une règle générale n'apparaissent quelquefois que très-tard, et force nous est de les noter lorsqu'elles se présentent. Au reste, ce n'est qu'un fait que je relate ici, sans vouloir en tirer de conclusion. J'ai cru devoir m'y arrêter un moment ; car si l'observation démontre que cette variété peut se rencontrer, on ne s'en servira pas pour nier l'existence d'une fièvre typhoïde dans certains cas douteux.

CÉPHALALGIE, ÉPISTAXIS, DÉLIRE. — EMPLOI DES ANTIPHLOGISTIQUES : PERSISTANCE DES SYMPTÔMES — EMPLOI DES CHLORURES : AMENDEMENT PROMPT, MAIS GUÉRISON LENTE.

Obs. II. — Jacquemar, âgé de 15 ans, ouvrier dans une fabrique de noir d'ivoire, fut pris, le 24 août 1833, au milieu de son travail, de douleurs de tête et de vertiges. Rentré chez lui, il se mit au lit et resta dans le repos pendant cinq jours; ne sentant point d'amélioration, il se fit conduire à l'Hôtel-Dieu, où il arriva avec peine, et non sans être soutenu dans sa marche par deux personnes qui l'accompagnaient.

Le nez lui avait saigné trois fois assez copieusement; on voyait encore dans les narines du sang desseché; céphalalgie très-vive, face injectée, langue sèche; anorexie, soif ardente, epigastre sensible, ventre souple, constipation. (Saignée de 12 onces, lavement emollient, limonade.)

Le 30, septième jour de la maladie, insomnie pendant toute la nuit, plaintes continuelles; chaleur à la peau très-vive; pouls médiocrement agité, 80 puls.; langue toujours sèche; ventre ballonné, gargouillement à la fosse iliaque droite; trois selles dans les vingt-quatre heures (Limonade, cataplasme sur le ventre.)

Le huitième jour, delire, reponses lentes et quelquefois nulles, yeux fixes et immobiles, dents fuligineuses, cinq selles. (Même prescription.)

Le neuvième jour, taches rosées sur la poitrine et l'abdomen; coma; il faut secouer la tête du malade pour lui arracher une réponse; mouvemens convulsifs des muscles de la face, soubresauts des tendons, pouls petit et fréquent, abdomen douloureux à la pression dans toute son etendue; six selles dans les vingt-quatre heures. (On donne le chlorure de sodium en lotions, en lavemens et en boisson, 2 grains par 20 onces d'eau

La position du malade s'améliore comme par enchantement après les premières doses de ce médicament; tous les symptômes perdent de leur intensité; on le continue néanmoins jusqu'au quatorzieme jour, époque à laquelle il survient une toux fréquente accompagnée de crachats muqueux et très-abondans. L'auscultation ne donne à entendre qu'un peu de râle sibilant à la base de chaque poumon. On remplace les chlorures par les adoucissans, et peu à peu la toux se dissipe; mais le malade est encore faible, ses digestions se font avec peine, l'appetit est modéré; du reste, les autres fonctions s'exécutent bien. Enfin, au trente-quatrième jour, le retablissement est complet. Sortie.

FIÈVRE TYPHOÏDE A SA DEUXIÈME PÉRIODE; APPAREIL DE SYMPTÔMES ALARMANS. — EMPLOI DES CHLORURES : SOULAGEMENT PROMPT; GUÉRISON LENTE.

Obs. III. — Gibelli, âgé de 31 ans, Génois, à Marseille depuis 5 mois, entra à l'Hôtel-Dieu le 21 septembre 1833. Il offrait tous les symptômes d'une fièvre typhoïde arrivée au second septénaire; nous ne pûmes lui arracher aucun détail sur sa maladie, et nous ne vîmes personne qui nous donnât des renseignemens sur l'epoque de l'invasion et sur le genre de médication que l'on avait employé jusqu'alors. Quoi qu'il en soit, le malade, lorsqu'il se présenta à nous, était dans un degré d'adynamie très-avancé, ne répondait pas ou que très-lentement aux questions qu'on lui adressait; la peau était rugueuse, la face terreuse, les dents fuligineuses, la langue sèche, le ventre légèrement ballonné, faisant entendre du gargouillement; les selles liquides. On voyait en outre sur la poitrine et l'abdomen quelques taches rosées, quinze à vingt.

(Eau chlorurée, 10 grains par 20 onces; deux demi-lavemens, lotions, cataplasmes chlorurés.)

Le 23, le malade fut mis dans un bain chloruré; 8 onces de chlorure par bain. Ces moyens sont continués pendant plusieurs jours, et l'amelioration dont ils sont suivis est sensible.

Le 25, il est survenu de la surdité. Je vois le malade deux heures après sa sortie du bain; la peau est souple, le pouls régulier et presque naturel, la langue humide, le ventre très-souple, la face légèrement colorée, le cerveau entièrement libre; la surdité persiste.

Les jours suivans, on permet quelques bouillons très-légers, tout en continuant l'usage des chlorures; cependant les progrès vers la guérison sont lents; la langue est redevenue sèche, les dents fuligineuses; decubitus sur le dos; gemissemens par intervalles.

Le 1er octobre, vers le soir, il y a de l'agitation; chaleur vive à la peau, pouls plein et rapide, langue sèche, épigastre sensible, diarrhée; huit selles dans les vingt-quatre heures.

Le 2, il survient des vomissemens. (On suspend les chlorures; tisane de mauve, looch opiacé.)

A partir de ce moment, le mieux s'établit d'une manière définitive, et le malade marcha vers la guérison, mais lentement, et en conservant une très grande sensibilité du côté de l'estomac jusqu'à l'époque de sa sortie, le 22 octobre.

FIÈVRE TYPHOÏDE; CORTÉGE DE TOUS LES SYMPTÔMES LES PLUS TRANCHÉS. — EMPLOI DES TONIQUES : PAS DE CHANGEMENS NOTABLES. — USAGE DES CHLORURES : AMÉLIORATION PROMPTE; RETOUR A LA SANTÉ LENT.

Obs. IV. — Lamy, âgé de 11 ans, natif de Marseille, constitution faible, vint à l'Hôtel-Dieu le 26 août 1833. Il était malade depuis trois jours, avait souffert d'abord de céphalalgie susorbitaire, de tournoiemens de tête, et avait rendu quelques gouttes de sang par le nez sans qu'il y eût eu, à proprement parler, épistaxis. La maladie s'établit d'une manière franche et se montra avec tous ses symptômes jusqu'au 1er septembre, dixième jour. Les toniques furent mis en œuvre jusqu'à cette époque, sans qu'on pût apprecier un changement quelconque opéré par cette classe de medicamens, seulement peut-être un peu plus de sensibilité après leur ingestion dans la region épigastrique. Alors aussi la médication fut changée, et l'on eut recours aux chlorures. Observons que l'adynamie était à une période très avancée; cris plaintifs continuels, émaciation générale, joues creuses, yeux caves et entourés d'un cercle noir, décubitus sur le dos; dents fuligineuses, langue sèche et noirâtre, épigastre sensible, ventre ballonné, gargouillement, diarrhee, huit selles dans les vingt-quatre heures; taches rosées lenticulaires sur la poitrine et l'abdomen en petite quantite, dix à douze. (Eau chlorurée en lavemens, en lotions, sur un cataplasme, et en tisane, 10 grains par 20 onces d'eau distillée.)

Le lendemain, onzième jour, les symptômes commencent à s'amender; le changement survenu dans l'ensemble des phenomènes est trop évident pour qu'on ne doive pas naturellement l'attribuer à l'effet du remède employé la veille; les traits de la face sont moins tiraillés, les yeux moins ternes, la langue plus humide; les dents et les lèvres se dépouillent de l'enduit noirâtre qui les recouvrait; la sensibilité à l'épigastre et à l'abdomen est bien moindre; la chaleur à la peau est naturelle, le pouls regulier.

Les chlorures sont continués, en augmentant chaque jour la dose de 2 grains, jusqu'au 8 septembre; mais, après l'amélioration subite dont les premières prises ont été suivies, on ne saurait reconnaitre d'effet avantageux produit par eux. La convalescence marche d'une manière très-lente; il survient de la toux avec expectoration muqueuse très-abondante; l'auscultation n'indique que du râle sibilant. (On permet quelques alimens légers.)

Le 25, le malade est encore très-faible; l'émaciation est poussée à un point extrême; appétit presque nul, ventre creux; diarrhée; dix selles dans les vingt-quatre heures. (Tisane de colombo et conserve de cynorrhodon.)

Les premiers jours d'octobre, le bien s'établit d'une manière franche, et le malade sort le 30 en parfaite santé, plus de deux mois après son entrée.

En citant ces cas de fièvre typhoïde, je n'ai pas eu l'intention de faire l'histoire de cette terrible maladie qui, malgré le savoir des praticiens les plus exercés, fait encore tant de ravages; je ne saurais à ce sujet rien ajouter à ce qu'ont dit les auteurs de nos jours, à ces savantes monographies écrites au lit du malade et tracées avec une vérité que l'observation confirme tous les jours; j'ai voulu seulement me livrer à quelques considérations sur l'emploi des chlorures, et faire connaître une particularité de leur administration qui n'a été signalée par personne encore. M. Chomel s'est déjà livré à des recherches assez nombreuses relatives à l'emploi de ce médicament, recherches consignées dans ses *Leçons de clinique médicale* faites à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il ne regarde pas comme suffisant encore le nombre de cas où il l'a expérimenté pour en tirer des conclusions, et il fait en ce moment de nouveaux essais. Cette réserve de la part d'un médecin aussi éclairé m'empêchera de me prononcer à l'égard de ce moyen thérapeutique, malgré le nombre de faits que j'ai par devers moi; mais je ne tairai pas une circonstance qui m'a frappé, et de laquelle peuvent découler des applications pratiques d'un avantage réel. Le chlorure de sodium, donné à une période avancée de la fièvre typhoïde, a une action que l'on ne saura t contester, et dans tous les cas cette action se manifeste dans moins de vingt-quatre heures; que si on l'administre dès le début de la maladie, lors de l'apparition des premiers symptômes, la fièvre suit son cours et ne paraît nullement enrayée dans sa marche. En s'arrêtant aux observations que j'ai citées, on voit que le chlorure a été suivi d'un effet prompt; un amendement bien prononcé dans les symptômes a été le résultat de son administration. J'ai observé le même phénomène dans beaucoup d'autres cas; c'est pourquoi je ne crains pas de le présenter comme constant, et de le soumettre à l'attention des praticiens. Qu'on ne s'imagine pas que le chlorure agit ici à la manière des excitans en général, et que toute son action se borne à secouer en quelque sorte l'organisme tombé dans un état de torpeur. Pour celui qui a vu administrer à cette même période des fièvres typhoïdes les médicamens excitans proprement dits et le chlorure de sodium, la différence est grande. Donnez le camphre, le musc, l'acétate d'ammoniaque, etc., rarement vous provoquez un changement appréciable ou d'une conséquence avantageuse; donnez le chlorure, mais donnez le avec réserve, et toujours ou presque toujours vous modifierez l'aspect des symptômes; vous porterez atteinte en quelque sorte à cet état de stupeur, à cet aspect du facies qui est, pour ainsi dire, le cachet de la maladie; et si les désordres déjà produits, si les altérations organiques ne sont pas au-dessus des efforts réunis de la nature et de l'art, la guérison aura lieu. Ce que j'avance ici est fondé sur l'observation, à tel point que je ne craindrais pas de regarder le chlorure de sodium, administré à cette époque des fièvres typhoïdes, presque comme un spécifique. Mais il faut observer de ne pas en continuer l'usage trop longtemps, car il deviendrait nuisible. L'organisme cesse, à vrai dire, d'être impressionné par le principe essentiellement actif du médicament; et le tube digestif trop fortement stimulé, il en résulte une diarrhée qui, rebelle aux divers moyens thérapeutiques, affaiblit peu à peu le malade, et l'emporte dans le dernier degré d'épuisement, ou rend très-longue la convalescence.

Ainsi donc, pour me résumer, je dirai que le chlorure de sodium est réellement avantageux dans les fièvres typhoïdes; que son action est évidente, surtout au commencement ou vers le milieu du second septénaire; mais que l'on ne doit le donner que pendant un ou deux jours, le remplacer par les délayans, et le reprendre ensuite après vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle, comme on prescrit de le faire à l'égard des préparations d'iode dans le traitement des scrophules.

La fièvre typhoïde se dénote ordinairement à l'extérieur par des symptômes si tranchés, qu'on ne saurait s'y méprendre; le premier aspect suffit pour porter le diagnostic; cependant il est des cas entourés de plus d'obscurité, et par lesquels on peut facilement être induit en erreur; le praticien le plus exercé s'y trompe.

ACCOUCHEMENT A TERME DE DEUX JUMEAUX; MÉTRITE; SUPPRESSION DES LOCHIES; SYMPTÔMES DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — MORT LE DOUZIÈME JOUR; TUBE DIGESTIF A L'ÉTAT NORMAL.

OBS. V. — Marianne Gautier, âgée de 40 ans, est accouchée le 22 juin 1833 de deux fœtus à terme morts; la circulation placentaire et les battemens du cœur des deux jumeaux avaient pu être entendus jusqu'au sixième jour avant l'accouchement. Ils cessèrent à cette époque, et depuis la mère éprouva des douleurs dans la région hypogastrique; de légères hémorrhagies apparurent aussi par la vulve jusqu'au moment où la délivrance eut lieu. L'accouchement fut long; les enfans arrivèrent au bout de trente six heures, déjà dans un commencement de décomposition; les eaux de l'amnios, en petite quantité d'ailleurs, étaient de couleur brunâtre.

Le troisième jour, des douleurs vives se manifestent du côté de l'utérus; le ventre se ballonne et devient sensible à la pression. On craint le développement d'une métro-péritonite. Soixante sangsues sont appliquées en deux fois à la région hypogastrique. Les douleurs disparaissent, mais les lochies se suppriment, et l'on voit en même temps apparaître tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, sans aucun trouble néanmoins des facultés intellectuelles. La malade, très-irascible et d'un mauvais caractère, ne pouvant se supporter avec les élèves sage-femmes, fut, de l'hospice de la Maternité, transférée à l'Hôtel-Dieu. Arrivée le 1er juillet, le neuvième jour de l'accouchement, et le sixième de la nouvelle affection dont elle paraissait atteinte, elle nous présenta les signes suivans :

Peau rugueuse; pouls petit, agité; pommettes colorées; dents fuligineuses; langue noire et sèche; ventre souple; hypogastre sans douleur, même à la suite d'une pression forte; diarrhée; pertes utérines nulles; faiblesse générale; décubitus sur le dos; cris plaintifs; facultés intellectuelles parfaitement saines, mais réponses lentes.

(Diète, limonade, crême de riz.)

Le lendemain, même appareil de symptômes; pas de changement notable.

Le 3 juillet, huitième jour, coma profond, délire, soubresauts des tendons; pouls petit, misérable et fuyant sous le doigt; épigastre sensible; point de taches rosées; oppression forte. L'auscultation et la percussion ne font reconnaître qu'un peu de ronchus dans les deux côtés de la poitrine, et moins de netteté dans le bruit respiratoire à la partie postérieure et inférieure. Le soir, l'état de la malade est plus grave encore; dix selles dans les vingt-quatre heures, rendues dans le lit; peau froide; pouls presque nul. Mort dans la nuit

AUTOPSIE VINGT-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude générale. Maigreur extrême; ventre souple; tumeur à la région hypogastrique formée par la matrice.

Il s'écoule par le vagin un liquide sanieux et fétide.

Crâne. Le cerveau et les méninges sont à l'état sain.

Poitrine. Quelques adhérences anciennes unissent les deux feuillets de la plèvre du côté gauche. Les deux poumons sont libres de tubercules et de dépôts purulens. Leur base et leur partie postérieure sont le siége d'une congestion sanguine.

Abdomen. La cavité pelvienne contient quelques onces de sérosité légèrement brunâtre; pas de traces d'ailleurs d'inflammation péritonéale. La matrice, encore volumineuse, a de 7 à 8 pouces de long sur 5 ou 6 de large; ses parois sont épaisses et molles; sa membrane interne est d'un noir grisâtre, présentant des mamelons rapprochés et fendillés, desquels on fait suinter, par la pression et à l'aide du scalpel, une sanie noirâtre, d'une odeur repoussante. Cette altération s'étend à deux lignes dans l'épaisseur des parois; elle offre un degré de plus de profondeur dans un point de la face postérieure de l'utérus, endroit probable de l'insertion du placenta. En comprimant la matrice, on fait sortir des gouttelettes d'un sang noir des orifices utérins, sans que l'on puisse reconnaître une altération de sa composition. Il n'existe du pus dans aucune partie.

Le tube digestif est sain dans toute son étendue; on trouve seulement quelques arborisations sur diverses parties de l'intestin grêle; point de plaques de Peyer, point d'ulcération.

Le foie et la rate sont sains.

LASSITUDE, CÉPHALALGIE, ÉPISTAXIS, DÉLIRE, STUPEUR, ETC. — MORT LE QUINZIÈME JOUR. — SUPPURATION DU REIN GAUCHE; DÉPÔT DE MATIÈRES CALCAIRES TOUT AUTOUR DE LA FACE INTERNE DE LA VESSIE.

OBS. VI. — V. Marie, âgée de 18 ans, domestique, est prise de douleurs de tête, de lassitude générale, d'anorexie et d'insomnie; elle reste trois jours dans cet état, continuant ses occupations, et surmontant la peine qu'elle y éprouve; mais, inquiétée de voir que sa position ne s'améliorait pas, elle vient à l'Hôtel-Dieu le 10 septembre 1833, quatrième jour du début de la maladie.

Symptômes. Pouls fort et agité; céphalalgie sus-orbitaire violente; conjonctives injectées; face colorée; langue rouge à ses bords, pâteuse et collante à sa base; épigastre sensible; ventre souple, donnant du gargouillement à la pression; constipation; anorexie; soif vive.

Prescription. Saignée de bras de 12 onces, limonade, lavement émollient; le caillot est recouvert d'une couenne de deux lignes d'épaisseur environ.

Le cinquième jour, la céphalalgie est moins vive.

Le sixième jour, il survient une hémorrhagie nasale très-abondante, qui se répète la nuit et les trois jours qui suivent avec une intensité égale, de 7 à 8 onces au moins à chaque fois. Les réfrigérans sont placés sur la tête, limonade à la glace pour boisson.

Le dixième jour, la prostration des forces est à un degré très-élevé; décubitus sur le dos; pouls irrégulier et facile à déprimer; dents fuligineuses; langue sèche, couverte d'un enduit noirâtre; ventre ballonné, sonore à la percussion; diarrhée; cinq selles dans les vingt-quatre heures.

Eau de riz, deux demi-lavemens, fomentations émollientes sur le ventre.

Le onzième jour, la nuit précédente a été très-agitée; plaintes continuelles, cris, délire fugace; plus tard, assoupissement, soubresauts des tendons, carphologie, tumeur à la région hypogastrique, depuis la symphyse du pubis jusqu'à l'ombilic, donnant un son mat, et la sensation d'une fluctuation obscure; la malade n'avait pas uriné depuis quinze heures; on la sonde: l'urine est chargée, mais ne forme aucun dépôt, et ne paraît pas contenir la moindre trace de corps étrangers; toutes les autres fois elle est limpide et claire, surtout lorsqu'on ne l'a pas laissée séjourner trop long temps dans la vessie.

Les jours suivans, les symptômes vont en s'agravant, et, le quinzième, la mort arrive dans le dernier état de faiblesse et de stupeur.

AUTOPSIE, VINGT-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude générale. La complexion du corps est forte; l'embonpoint n'est pas très-altéré; le ventre est ballonné.

Crâne. Les méninges sont à l'état sain; la pie-mère semble seulement un peu plus colorée que de coutume; la substance du cerveau est sablée.

Poitrine. Les poumons n'offrent point d'altération. Le cœur, de grosseur normale, est mou; ses cavités droites contiennent du sang noir sous forme de caillots diffluens.

Abdomen. Le tube digestif a sa longueur et son volume naturels; la muqueuse de l'estomac présente quelques arborisations vers le grand cul de sac, sans ramollissement d'ailleurs; tout le tube intestinal est sain; il n'existe pas la moindre trace d'altération pathologique.

Le rein gauche est plus gros que le droit; la portion du péritoine qui le tapisse est opaque, blanchâtre: dans l'intérieur de cet organe, on trouve plusieurs dépôts purulens, les uns isolés, les autres communiquant entre eux, et presque tous s'ouvrant dans le bassinet; celui ci a une extension plus grande, et l'uretère correspondant a un volume quatre fois plus fort que celui du côté opposé; mais son calibre est presque entièrement oblitéré, ce développement tenant à une infiltration de ses parois.

La vessie est revenue sur elle-même; ses parois sont épaisses, et toute sa face interne est tapissée d'une couche d'urate de chaux de couleur grisâtre; à l'aide du scalpel, on l'enlève par plaques plus ou moins larges et toutes d'une épaisseur égale, une ligne et demie à deux lignes. Au-dessous de cette couche inorganique, la muqueuse est saine et sans apparence d'inflammation.

En comparant entre eux ces deux derniers faits, et en les rapprochant de ceux bien constatés de fièvre typhoïde, on ne peut s'empêcher de reconnaître une analogie réelle entre la nature des symptômes et l'ordre de leur succession. Cependant, si nous remarquons que la malade qui fait le sujet de la première observation, était dans un état puerpéral; que la seconde, arrivée jusqu'au quinzième jour, n'a point présenté d'éruption de taches rosées lenticulaires, on sera peut-être en droit de prétendre que l'erreur de diagnostic pouvait ne pas être commise. L'assertion serait vraie et en dehors de toute objection, s'il était prouvé que l'état puerpéral est un préservatif de la fièvre typhoïde, et que l'éruption des taches ne manque jamais. Quoi qu'il en soit, l'absence complète des plaques de Peyer et des lésions des follicules intestinaux, de plus, l'existence d'altérations pathologiques se rencontrant sur d'autres parties de l'organisme, viennent nous démontrer qu'il est des maladies essentiellement différentes de l'affection typhoïde, qui s'en rapprochent par plusieurs points de contact.

Quel est donc le caractère à l'aide duquel nous pourrons établir un diagnostic positif? Dans les cas douteux, la chose sera impossible si la maladie s'est terminée par le retour à la santé, et il faudra s'en tenir à des probabilités plus ou moins fortes; mais, dans le cas contraire, les autopsies cadavériques dissiperont tous nos doutes : les lésions des follicules intestinaux sont-elles nulles, il n'y a pas eu fièvre typhoïde (1); rencontre-t-on les plaques de Peyer, l'altération des follicules agminés, celle des follicules isolés, prononcez-vous sans réserve, lors même que les symptômes se sont présentés d'une manière peu franche, et n'hésitez pas à dire qu'il y a eu fièvre typhoïde, après avoir toutefois apprécié la nature des lésions, et les avoir distinguées de celles qui se présentent dans la phthisie, dans la scarlatine, et à la troisième période du choléra.

Mais, s'il en est ainsi, devra-t-on dire que ces lésions intestinales sont la cause essentielle de la maladie, la source, le point de départ de tous les symptômes? Je suis loin d'embrasser une semblable opinion; le peu de rapport qui existe si souvent entre la gravité de la maladie et l'étendue de ces lésions, serait déjà une preuve assez concluante du con-

(1) Nous ne saurions laisser passer une semblable opinion, qui ferait consister la fièvre typhoïde essentiellement dans la lésion des follicules intestinaux. Nous avons eu nombre de fois occasion d'établir que la fièvre typhoïde est une affection générale, existant par elle-même, dont les lésions intestinales ne sont qu'une simple complication, assez fréquemment même sujette à manquer. *N. du R.*

traire; si, de plus, nous remarquons que le cachet des fièvres typhoïdes se rencontre dans des maladies de nature différente, et indépendamment des lésions des follicules, force nous sera d'attribuer ce groupe de symptômes à d'autres altérations. Je ne préjugerai rien à cet effet, mais il me suffira de dire que les lésions des follicules intestinaux dans la fièvre typhoïde sont comme les boutons à la peau dans la variole, les plaques rouges dans la scarlatine, etc.

Phthisie pulmonaire.

Dans les cas de phthisie pulmonaire, tous les efforts du praticien ne peuvent tendre, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'à reculer l'époque d'une mort inévitable, à avoir recours à des moyens purement palliatifs dans le but de calmer les souffrances du malade, et de tromper en quelque sorte les douleurs qu'il éprouve. Cependant cette maladie est elle réellement au-dessus des ressources de l'art, et n'existe-t-il pas dans la thérapeutique de moyens qui, combinés avec les efforts de la nature, puissent en triompher? Pour les médecins physiologistes, qui regardent l'affection tuberculeuse des poumons comme le produit de l'inflammation, le traitement sagement administré des phlegmasies chroniques doit seul être mis en œuvre; on compterait, suivant eux, de nombreux succès par ce genre de médication; je ne les contesterai pas; mais je dirai que, toutes les fois que je l'ai vu employer, le seul effet qui m'a paru en résulter, c'est un amendement dans les symptômes qui indiquaient une complication inflammatoire; et sous ce rapport je ne craindrai pas d'avancer que la terminaison fatale a pu être retardée; mais dans aucun cas je n'ai observé la guérison réelle d'une phthisie pulmonaire bien caractérisée.

Pour les médecins qui croient à l'existence d'un spécifique pour toutes les maladies, il en est un aussi contre celle dont nous parlons, et qui fait tant de ravages sur toutes les parties du globe: conséquens avec leurs croyances, ils font des recherches dans ce but, et rarement se passe-t-il une année sans que nous voyions jeter dans le monde médical une découverte appuyée souvent d'un grand nombre d'observations, et riche toujours de promesses. Leurs intentions sont louables, sans doute, et la société leur en doit de la reconnaissance; mais ils devraient se garder davantage d'une confiance trop crédule.

Je ne parlerai pas ici du sulfate de quinine, à qui l'on a accordé d'une manière bien gratuite la faculté de guérir la phthisie pulmonaire. Qu'il ait servi dans quelques cas à prévenir des frissons à type intermittent régulier, comme ils se manifestent assez généralement, l'observation le montre tous les jours; M. Louis l'a expérimenté aussi, et les résultats qu'il en a obtenus sont consignés dans ses Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie.

Je ne dirai rien non plus du chlorure de chaux aspiré à l'aide d'un tube, des feuilles de belladone fumées en guise de tabac, et d'une foule d'autres moyens introduits dans la thérapeutique comme de vrais spécifiques, et dont la raison a fait justice depuis long-temps; je les ai vu tous employer, et je dois avouer que je n'ai jamais remarqué qu'il en résultât un avantage réel.

Il est encore un genre de médication moins connu dans la science, et qui date d'une époque moins éloignée; je veux parler du traitement de M. J. Wittis. Ce médecin présente un relevé de 120 malades atteints de phthisie à la première, à la seconde et à la troisième période, et tous parfaitement guéris. Le traitement qu'il a mis en œuvre est remarquable par sa simplicité. Il compose une potion avec 6 onces d'infusion de sureau et 3 grains de tartre stibié à prendre à la dose d'une cuillerée matin et soir; la tisane, dite hydrogala, est faite d'un tiers de lait sur deux tiers d'eau.

J'ai recueilli trente-sept observations de phthisie traitée par cette méthode à l'Hôtel-Dieu de Marseille; j'ai noté jour par jour les phénomènes qui se manifestaient, et j'y ai apporté la plus scrupuleuse attention. Eh bien! je dois à la vérité de dire que je n'ai pu, dans aucun cas, lui attribuer non-seulement une guérison, mais même un amendement dans les symptômes, un soulagement passager; tandis que les diverses complications qui se présentent en général dans le cours de cette maladie, hémoptysie, douleur pleurétique, péripneumonie, sueurs nocturnes copieuses, etc., étaient combattues avec succès par les moyens qu'indique M. Louis.

Des frictions faites avec l'huile de croton tiglium au-dessus des clavicules, lorsqu'elles étaient suivies d'une éruption confluente, ont ralenti quelquefois la marche de la maladie; mais une fois la première impression qu'elles produisaient passée, la désorganisation pulmonaire suivait son cours.

Pour les sueurs, l'agaric blanc, sous forme de pilules, a pu être substitué avec avantage à l'acétate de plomb; son action m'a paru plus prompte et plus souvent efficace.

La diarrhée a dans presque tous les cas été arrêtée par l'emploi de pilules faites avec un grain de digitale en poudre et d'ipécacuanha torréfié, au nombre de dix dans les 24 heures; mais rarement ce remède agissait lorsque le malade était arrivé à deux ou trois jours de la terminaison fatale, que l'on pouvait pronostiquer en quelque sorte par ce seul symptôme.

Il résulte de tous ces faits que j'ai recueillis dans le service de M. Sue, que la mort a toujours été la fin de la maladie, et que dans aucun cas ces médicamens nouveaux, ces prétendus spécifiques, n'ont répondu aux propriétés que leur attribuaient leurs prôneurs, j'ai donc eu la triste consolation de faire dans tous les cas les autopsies cadavériques, et de vérifier toute l'exactitude des faits énoncés par M. Louis.

Quand on songe que le midi de la France et les bords de la mer sont des lieux désignés par les auteurs et conseillés par les praticiens aux malades atteints de phthisie, on a lieu de s'étonner qu'il y ait à Marseille un aussi grand nombre de personnes affectées de cette maladie. Les salles de l'Hôtel-Dieu en contiennent toute l'année, terme moyen, de 15 à 20 chez les femmes, et de 10 à 15 chez les hommes; le chiffre serait bien plus fort encore si des préjugés ridicules, si une fausse honte n'éloignaient des hospices la plupart des indigens, qui y trouveraient avec plus de profusion que chez eux, des soins qu'une administration éclairée leur fait prodiguer avec largesse. Aussi le service des dispensaires compte beaucoup de phthisiques, et dans la classe aisée on n'en trouve pas un nombre moindre. Où donc chercher la cause d'une telle fréquence, malgré les prétendus avantages de notre situation topographique? Je crois la trouver dans les conditions atmosphériques elles-mêmes. Le ciel de Provence est beau, sans doute, comme le disent les poëtes et comme on le répète si souvent encore; mais une circonstance qui ne doit pas échapper à l'observation du médecin, c'est le peu d'uniformité qu'il y a généralement dans la température. En été, au milieu des chaleurs les plus fortes, il s'élève bien des fois avec impétuosité un vent frais, que les gens du Midi savent durer ordinairement trois jours; en hiver, ces passages brusques du chaud au froid sont bien plus manifestes encore et bien plus fréquens, lorsque le thermomètre, qui était à un et deux degrés au-dessous de zéro, s'élève à douze et seize vers le milieu du jour.

Que si on ne trouve pas dans ces influences atmosphériques une raison suffisante du développement de la phthisie, j'indiquerai encore le genre de nourriture, formée surtout d'alimens excitans; l'usage abusif des bains de mer, les efforts de la natation et la gêne qui en résulte pour les fonctions respiratoires, et bien d'autres causes encore. Mais est-ce à dire pour cela que l'affection tuberculeuse est une conséquence immédiate de ces diverses impressions ressenties par l'organisme? Je suis loin d'avancer une pareille assertion; je reconnais avant tout une prédisposition, une modification particulière de la constitution, qui peut être congéniale ou acquise.

Fièvre intermittente.

Toutes les fièvres intermittentes doivent-elles être traitées par le sulfate de quinine ou les médicamens antipériodiques? Fort de l'observation clinique, je ne crains pas de répondre par la négative. Ce n'est pas que, généralement parlant, je considère l'administration des préparations de quinine comme pouvant donner lieu à des accidens, quelque légers qu'ils soient; mais je crois plus avantageux, dans beaucoup de cas, d'avoir recours aux émissions sanguines, et dans d'autres de laisser agir la nature, qui se charge de tous les frais de guérison. Je m'appuie en cela sur la pratique de M. Pinel, médecin en chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu de Marseille, au service duquel j'ai été attaché pendant trois ans. Les fièvres intermittentes sont assez fréquentes chez les soldats en garnison à Marseille; et, sur un mouvement de cent dix à cent trente malades, quinze à vingt en sont ordinairement affectés. Placé dans des conditions aussi favorables, je me suis instruit de l'expérience d'un praticien aussi éclairé que bon, auquel je rends avec plaisir un tribut de reconnaissance et de respect. Sa thérapeutique est riche de documens nouveaux, dégagés de toute idée systématique préconçue, et recueillis au lit même du malade; c'est avec assurance que j'en fais connaître quelques parties.

1° La fièvre intermittente est-elle récente, c'est-à-dire existe-t-elle depuis une dixaine de jours environ, si le dernier accès a été moins fort que les précédens, elle guérira d'elle-même et sans aucune médication.

2° Si le dernier accès a été plus fort que les précédens, les autres seront prévenus à l'aide du sulfate de quinine ou d'une saignée du

bras. On préférera le sulfate de quinine toutes les fois que l'individu sera d'une constitution médiocre, que rien n'indiquera un état de pléthore; on aura recours, au contraire, aux émissions sanguines toutes les fois que l'individu sera fort, robuste et pléthorique.

3° Enfin, la fièvre intermittente est-elle ancienne, s'accompagne-t-elle de débilité, de maigreur, de délabrement de la constitution, comme on l'observe chez les militaires venant d'Alger, c'est encore le sulfate de quinine qu'il faudra employer, mais associé avec les amers, les toniques légers, les ferrugineux, tant qu'il n'existera pas de phlegmasie chronique du tube digestif qui s'y oppose.

La saignée est faite une heure avant l'accès; dans tous les cas indiqués, je l'ai vue suivie d'un succès complet.

Le sulfate de quinine est donné d'abord à la dose de 50 centigrammes divisés en trois pilules, à prendre douze heures avant l'accès, de demi-heure en demi-heure; on diminue chaque fois de 5 ou 10 centigrammes, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à 15, qui forment la dernière prise. Jamais ou presque jamais ce mode d'administration n'a manqué son effet, tant que la fièvre intermittente était simple, qu'elle ne tenait à aucune complication interne.

Quelque facile que soit en lui-même le traitement des fièvres intermittentes, on ne saurait encore y apporter trop d'attention; les indications à remplir ne sont pas les mêmes dans tous les cas; les apprécier à leur juste valeur, les saisir au moment qu'elles se présentent, *comme la balle au bond*, qu'on me pardonne l'expression, voilà ce qui constitue le médecin. — Un voltigeur, âgé de vingt-cinq ans, atteint de fièvre intermittente quotidienne depuis trois jours, est amené à l'Hôtel-Dieu et couché au n° 4, de la salle 10; il était d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin. La rémission était complète au moment de la visite; deux accès avaient eu lieu à sept heures du soir, le dernier avait été plus fort que le précédent; une saignée est prescrite pour six heures : elle est oubliée; l'accès arrive; une congestion se fait vers le cerveau. Des émissions sanguines sont vainement employées après; le malade succombe dans quarante-huit heures. Croira-t-on que si ce malheureux avait été saigné, le même phénomène se fût manifesté? Je ne le pense pas. Croira-t-on que si le sulfate de quinine eût été administré, l'accès n'aurait pas eu l'eu? c'est possible, mais j'en doute. L'indication était une; elle n'avait pas échappé à l'expérience de M. *Pinel*.

Il n'est rien de petit en médecine : cet aphorisme, qui est vrai aussi en chirurgie, est d'une application journalière. Combien ne voit-on pas venir dans les hôpitaux de personnes qui, au premier aspect, ont l'affection la plus légère, une indisposition de peu de valeur, et qui, au bout de deux ou trois jours, tombent gravement malades? Il suffit, pour se convaincre de cette vérité, d'avoir observé le début de certaines pneumonies; de quelques phlegmasies du foie qui travaillent sourdement, font ensuite irruption et se dénotent par des désorganisations déjà profondes et très-étendues. N'est-ce pas la marche que suivent presque toutes les phlegmasies de la peau? elles sont précédées par ce qu'on appelle la période d'incubation, qui est caractérisée par un léger mouvement fébrile, par un sentiment de malaise et de lassitude, etc. Prédirez-vous à ces symptômes l'apparition de la maladie qui couve? Jamais, si vous n'avez quelque raison de la soupçonner, s'il n'existe déjà une épidémie. Il n'est pas, à mon idée, de maladie plus insidieuse sous ce rapport que l'inflammation des méninges et du cerveau : le plus souvent, en effet, elle débute par une céphalalgie légère, à laquelle on est porté à faire peu d'attention, parce qu'on la croit purement nerveuse ou sympathique des premières voies; vous ne voyez rien d'alarmant dans les symptômes, pas d'indication précise à remplir, et vous attendez; mais pendant ce temps, le mal travaille; la fluxion se fait vers les organes encéphaliques, et vous ne pouvez plus l'arrêter; vos efforts seront vains, la congestion s'est produite, le malade succombera si elle est trop forte; dans le cas contraire vous en triompherez après avoir passé par des dangers plus ou moins graves; tout ce que vous pouvez espérer de faire encore, c'est d'empêcher une nouvelle congestion.

Que si vous voulez éviter d'être induit plus souvent en erreur, arrêtez vous long-temps auprès de votre malade, interrogez-le avec attention, multipliez vos demandes, passez en revue toutes les fonctions, mais prolongez surtout l'examen de la face : voyez les yeux, assurez-vous de l'état des conjonctives, et ne laissez pas échapper une injection de peu d'apparence au premier abord. Ensuite, un point qu'il est de la plus haute importance d'éclaircir, c'est, dans le cas où il y a céphalagie, de savoir si le mal de tête n'est pas plus fort dans un moment que dans le reste de la journée : cette image de rémittence manque rarement d'accompagner une affection cérébrale commençante; sachez aussi si ce redoublement a été plus fort à la dernière fois que ceux qui l'ont précédé; et si tous ces signes existent, l'indication à remplir est devenue précise : faites une saignée, non pas à une époque indéterminée, mais bien une heure avant celle du redoublement; c'est moins d'enlever du sang qu'il s'agit que de prévenir cette forme d'accès pendant lequel surtout s'opère la congestion.

TUMEUR MOBILE, DURE, BOSSELÉE, DANS LA RÉGION ILIAQUE DROITE; ABSENCE DE DÉJECTIONS ALVINES; PÉRITONITE; MORT. — OBLITÉRATION DE L'INTESTIN AU NIVEAU DE LA VALVULE ILÉO-COECALE; POCHE VOLUMINEUSE FORMÉE DANS CE POINT AUX DÉPENS DE L'ILÉUM, CONTENANT 92 BALLES DE PLOMB ET 120 NOYAUX DE PRUNES.

Obs. VII. — Lami, âgé de 32 ans, vint à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1833 : il était malade depuis un mois, et se plaignait de douleurs dans le ventre; il avait des nausées continuelles, des vomissemens, et ne rendait qu'après beaucoup d'efforts, par le rectum, des matières liquides légèrement colorées; il ne pouvait assigner aucune cause appréciable à sa maladie; il portait d'ailleurs avec lui l'empreinte d'une affection morale profonde, ne répondait que lentement aux questions qu'on lui adressait, ou que par des monosyllabes et avec humeur.

Le pouls est à l'état normal; les facultés intellectuelles paraissent entièrement libres; la respiration n'offre aucune altération; la langue est naturelle, l'épigastre sans douleur; on reconnait seulement un empâtement assez considérable à la partie moyenne de l'abdomen, où le son est un peu mat; les matières rendues sont liquides, jaunes et mal liées. Ces symptômes, rapprochés de la constitution du malade, qui est amaigrie, détériorée, font croire à l'existence d'une affection des vaisseaux chylifères et des glandes mésentériques. (Bain entier, décoction blanche de Sydenham, eau ferrée, lavement émollient.)

Le malade resta ainsi quinze jours sans offrir le moindre changement dans sa position; il ne se manifesta aucun vomissement, mais toujours même empâtement à l'abdomen, même difficulté d'aller à la selle, mêmes déjections.

Il veut sortir le 2 février, et rentre trois jours après; il offrait, plus que les jours précédens, à la région iliaque droite, et en se rapprochant de l'ombilic, une tumeur de grosseur moyenne, inégale, bosselée, se mouvant en totalité sous les efforts de la main. Cette circonstance vint confirmer en quelque sorte le diagnostic primitif, et on ne douta plus de l'existence d'une affection tuberculeuse des glandes mésentériques. Je le répète, la respiration s'exécutait normalement; la percussion, pas plus que l'auscultation, n'indiquaient un état morbide des poumons. (Frictions avec une pommade iodurée sur l'abdomen, iode à l'intérieur, eau ferrée, lavement émollient.)

Le 10 février, la tumeur a acquis un volume triple de celui qu'elle avait la veille; elle est toujours dure, inégale, mais moins mobile; les manœuvres exercées par plusieurs mains pour l'explorer réveillent de la douleur. Les efforts de défécation sont extrêmes pour rendre quelques matières muqueuses analogues à celles des premiers jours de la maladie. (Mêmes prescriptions.)

Le 15, la sensibilité est très-vive dans tout l'abdomen; l'application de la main sur la tumeur ne peut être supportée; vomissemens, pouls petit, concentré et rapide; face grippée; le malade est dans un état de frayeur et d'anxiété qu'il décèle par des cris et par des mots entrecoupés qui semblent n'avoir aucune suite; il parle de balles, de mort; on le croirait dans le délire, si, sous d'autres rapports, les facultés intellectuelles ne paraissaient réellement intactes. (Tisane de mauve, potion avec le sirop diacode.)

Le lendemain la péritonite a acquis un degré très-élevé d'intensité; il n'y a pas un moment de calme. Mort dans le jour.

AUTOPSIE 26 HEURES APRÈS LA MORT.

Quinze à dix huit onces d'un liquide rougeâtre dans la cavité péritonéale; fausses membranes de formation récente se déchirant avec facilité; en un mot, toutes les lésions morbides d'une péritonite aiguë. Dilatation énorme de l'intestin grêle; diminution bien marquée du calibre du colon et du rectum; à la fin de l'iléon et à sa jonction avec le cœcum, il existe une poche du volume d'une tête de fœtus, qui s'est dejetée à gauche vers l'ombilic, et recouverte par la masse de l'intestin grêle; des adhérences, les unes anciennes, les autres récentes, la tiennent fixée contre la face postérieure de l'abdomen, le mésentère et quelques anses intestinales; ses parois sont épaisses, de couleur brunâtre; incisée, on trouve dans l'intérieur 120 noyaux de prunes et 92 balles; les noyaux étaient noirs et comme macérés dans les matières à l'état liquide au milieu desquelles ils se trouvaient; ils n'avaient d'ailleurs éprouvé aucune altération, et ils contenaient une amande presque à l'état frais; les balles, qui étaient du calibre n° 2, présentaient aussi une couleur noire, et de plus de petites facettes de dépression sur toute leur circonférence. Dans cette masse de corps étrangers il y avait encore quelques noyaux de cerises. La poche dans laquelle ils étaient contenus faisait suite à l'iléon, aux dépens duquel elle paraissait formée; la valvule iléo cœcale, qui correspondait à la partie droite et inférieure de cette cavité, était presque entièrement oblitérée, et ne présentait plus qu'un très-petit pertuis par lequel pouvaient passer tout au plus des matières liquides. Les glandes mésentériques étaient entièrement saines; aucun organe d'ailleurs n'a offert d'altération pathologique.

Ce fait ne présente, à vrai dire, aucun intérêt sous le rapport thérapeutique; mais il est réellement intéressant par rapport à l'erreur de diagnostic qu'il a entraînée, erreur qu'il était facile de commettre, mais qui ne pouvait être d'aucune conséquence funeste pour le malade. Autant que nous pouvons en juger par les détails incomplets que nous avons eus des circonstances commémoratives, il paraîtrait naturel de présumer que l'affection primitive était une oblitération du canal intestinal, qui, s'opposant à la défécation, donna au malade l'idée d'avaler des noyaux de prunes d'abord, puis des balles, à l'effet de détruire l'obstacle qui arrêtait les matières fécales.

CORPS ÉTRANGERS DANS LE RECTUM.

A côté de cette observation, je veux placer quelques faits de corps étrangers dans le rectum, qui auront trait davantage à des considérations pratiques. Sans faire l'histoire complète des corps étrangers situés dans le rectum, je parlerai seulement de ceux qui y sont introduits du dehors. Ils présentent une foule de différences relatives à leur forme, à leur nature et à leur grosseur, qui doivent faire varier les procédés à l'aide desquels leur extraction sera opérée. S'ils sont peu profondément enfoncés et faciles à saisir avec les doigts, il n'est pas de préceptes particuliers que l'on doive donner; mais s'ils ont été repoussés fort haut, des difficultés nombreuses se présenteront; ce sera au chirurgien à ménager les moyens propres à les surmonter, sans favoriser le développement de complications plus ou moins graves.

Les corps étrangers introduits dans le rectum diffèrent, avons-nous dit, par rapport à leur forme et à leur nature; de là, variétés dans les applications thérapeutiques. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler le fait de cette courtisane dans le rectum de laquelle des jeunes gens avaient enfoncé une queue de cochon; pour en procurer l'extraction, Marchettis eut l'heureuse idée d'introduire préalablement une tige de roseau, dans l'intérieur de laquelle le corps glissa facilement, et fut amené au dehors.

EXTRACTION D'UN PILON EN BOIS INTRODUIT DANS LE RECTUM; RECTITE; MORT.

Obs. VIII. — Un Génois, âgé de soixante-deux ans, dans le délire d'une passion dégoûtante, se passe un pilon en bois dans le rectum; il l'enfonce trop profondement et le laisse échapper; il se livre de suite à des efforts de défécation, mais inutilement. On l'amène à l'Hôtel-Dieu à neuf heures du soir. L'instrument avait été introduit par sa petite extrémité; la grosse, de deux pouces et demi environ de diamètre, se sentait à douze lignes de l'anus. Les doigts ne pouvaient la saisir, ils glissaient continuellement; il fallut avoir recours à des instrumens, à des pinces, à des tenettes: mêmes difficultés encore, il n'y avait pas de prise; enfin, après de longues tentatives, des pinces articulées à la manière des branches du forceps furent glissées très haut contre le corps étranger, et l'extraction en fut faite. Mais, soit le résultat des manœuvres exercées pendant l'opération, soit les frottemens réitérés qu'avaient suscités, de la part du malade, des désirs obscènes, une inflammation du rectum se déclara avec intensité, et la mort survint en trente heures.

INTRODUCTION D'UNE FOURCHETTE DANS LE RECTUM, EXTRACTION DE CET INSTRUMENT.

Obs. IX. — Un jeune homme, ayant des projets de suicide, s'introduit une fourchette dans le rectum; la violence des douleurs, lorsqu'il veut se livrer à l'acte de la défécation, l'oblige bientôt à réclamer des secours, et il vient à l'Hôtel-Dieu. L'indicateur, passé dans le rectum, sent à deux pouces les dents de l'instrument; il est facile de les saisir, mais la plus légère traction les fait pénétrer dans les parois de l'intestin, et l'expulsion est impossible. Une seule chose restait à faire, c'était de comprimer les dents de la fourchette, et de les réunir comme en une seule tige. L'opération est tentée à l'aide de tenettes; elle réussit, et le corps étranger est facilement amené au-dehors.

INTRODUCTION D'UNE BOUTEILLE D'EAU DE COLOGNE DANS LE RECTUM; EXTRACTION DE CE CORPS AU MOYEN D'UN INSTRUMENT SEMBLABLE A LA PINCE DE HUNTER.

Obs. X. — M. Reymonet, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, m'a cité un fait de sa pratique fort curieux, et que je me plais à rapporter ici. Un jeune homme, dans des intentions qu'il ne veut pas avouer, s'introduit dans le rectum une de ces bouteilles allongées d'eau de Cologne, et l'y laisse; les efforts les plus violens de défécation sont vains pour la chasser au-dehors. M. Reymonet est appelé; des tentatives d'extraction sont pratiquées avec ménagement par ce praticien, à l'aide des doigts et de divers instrumens, mais sans résultat. L'opération était délicate, sans doute, car il fallait éviter de briser la bouteille, et, sous ce rapport, les manœuvres exigeaient la plus grande réserve. Fécond en ressources, M. Reymonet a l'heureuse idée de diriger dans la bouteille elle-même, dont l'ouverture était inférieure, un instrument semblable à la pince de Hunter, dont les branches s'écartent à volonté à l'aide d'un anneau de coulisse. Ce moyen est tenté; le rebord interne du goulot de la bouteille offre un point de résistance suffisant; et le corps étranger est amené.

On voit par ces faits que les procédés d'extraction des corps étrangers introduits du dehors dans le rectum, doivent varier autant que ces corps eux-mêmes, relativement à leur forme. On ne saurait donc les astreindre à une description théorique; c'est au génie du chirurgien de suppléer à toutes les indications insolites qui peuvent se présenter; mais toujours est-il qu'il ne faut pas oublier que l'on manœuvre sur une membrane muqueuse dont l'inflammation est facile à se développer, et peut avoir les conséquences les plus graves.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 février.

— M. Dufilholin annonce avoir fait avec le dynamomètre des expériences dont les résultats diffèrent de ceux qu'a obtenus M. Edwards, relativement aux variations qui se montrent dans l'énergie des forces musculaires chez l'homme, suivant l'heure de la journée et suivant les repas.

M. Dufilholin dit avoir reconnu: 1° que la force musculaire évaluée au dynamomètre de Regnier, n'augmente pas du matin au soir; 2° qu'immédiatement après le repas, cet instrument indique plutôt un affaiblissement qu'une augmentation de forces. L'auteur de la lettre prétend enfin que le moyen employé par M. Edwards n'est pas de nature à donner des résultats assez précis pour qu'on en puisse déduire des formules générales.

— M. Coste demande que l'Académie veuille bien se faire faire un rapport sur les expériences qu'il a faites relativement à l'œuf de la brebis, expériences pour lesquelles il avait reçu de l'Académie une somme de 2,000 fr. Trois commissaires avaient été nommés; mais s'il fallait répéter devant eux les expériences, cela exigerait beaucoup de temps, et doublerait les dépenses. Un des trois commissaires désignés, M. Dutrochet, ayant suivi toutes les expériences, M. Coste désirerait que l'Académie voulût bien le charger de faire le rapport, qui justifierait du moins de l'emploi des fonds confiés pour ces recherches.

LENTILLES EN DIAMANT.

Après la lecture de la correspondance, M. Arago entretient l'Académie des avantages qu'il y aurait à encourager la fabrication de lentilles en diamant pour les microscopes, lentilles qui, d'après les essais faits en Angleterre, semblent présenter sur les autres un avantage marqué, qu'on s'explique d'ailleurs fort bien par la puissance de réfraction du diamant. M. Arago s'est assuré que deux de ces lentilles, construites avec tout le soin possible et par un artiste très-habile, M. Bouquet, pourraient être obtenues pour une somme de 1,200 fr. environ. Ces lentilles, non-seulement pourraient servir aux travaux des académiciens, mais encore à certains travaux de personnes étrangères à l'Académie, auxquelles on les prêterait pour des recherches spéciales; d'ailleurs, une fois les premiers frais faits pour la fabrication de ces deux premières lentilles, les autres pourraient être obtenues à un prix bien moindre, 80 ou 100 fr., de sorte que ce serait une grande facilité apportée aux savans qui s'occupent de ce genre de recherches, dont l'utilité assez long-temps méconnue est maintenant bien prouvée par plusieurs beaux résultats obtenus dans ces dernières années. L'Académie approuve la proposition, et la somme demandée est votée à l'unanimité.

CANDIDATURES.

M. Lisfranc demande d'être porté sur la liste des candidats pour la place devenue vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

— M. Gerdy adresse une semblable demande. Jusqu'à présent le seul candidat inscrit pour la place vacante était M. Breschet.

EFFETS MÉCANIQUES DE LA CHALEUR DANS LES CORPS SOLIDES.

M. Duhamel adresse un second mémoire sur ce sujet. Dans la lettre qui accompagne cet envoi, l'auteur indique quelques-unes des questions qu'il a traitées dans ce travail. Dans son premier mémoire, qui renfermait les équations générales des effets mécaniques de la chaleur dans les corps solides, et plusieurs applications à des questions d'équilibre ou de mouvement, M. Duhamel supposait la propagation de la chaleur déterminée par les équations de Fourier, et il parlait de l'état thermométrique qu'elles faisaient connaître pour en déduire à chaque instant l'état mécanique. Mais depuis, il a pensé qu'il était nécessaire de faire subir une modification aux équations de ce grand géomètre. Il n'en résulte, dit-il, aucun changement pour mes propres équations, mais les deux théories se trouvent dépendantes l'une de l'autre, et ce n'est que dans une première approximation qu'on pouvait calculer l'état thermométrique indépendamment de l'état mécanique.

Voici sur quelles considérations cette modification est fondée. On sait que tous les corps dégagent de la chaleur quand on les comprime, et en absorbent quand on les dilate; d'où il résulte qu'il y a une différence sensible entre les chaleurs spécifiques à volume constant et à pression constante. Or, Fourier et tous les géomètres qui se sont occupés de la chaleur ont supposé que les molécules conservaient les mêmes positions relatives, ce qui eût exigé d'abord qu'ils prissent la chaleur spécifique à volume constant. Ils ont donc négligé la chaleur dégagée ou absorbée par les contractions ou dilatations qui résultent de l'équilibre mécanique. Or, on ne peut pas dire qu'en laissant s'opérer la dilatation, il soit permis de prendre la chaleur spécifique à pression constante, puisque, ainsi que l'a démontré M. Duhamel, la pression change pendant le refroidissement, et que même il peut y avoir contraction dans une partie du corps où la température se serait élevée. Il était donc nécessaire de modifier l'équation de la propagation de la chaleur; et c'est, dit l'orateur, l'objet que je me suis proposé dans ce mémoire. J'admets que l'élévation de la température qui résulte de la compression est proportionnelle à l'accroissement de la densité et à la diminution du volume, ce qui doit être exact dans des limites assez étendues. Il s'introduit alors dans l'équation de la propagation de la chaleur des termes dépendant des déplacemens relatifs des molécules; de même que les équations entre ces déplacemens renferment des termes dépendant de la température. L'état thermométrique et l'état mécanique sont donc tellement liés, qu'aucun des deux ne pourrait être déterminé indépendamment de l'autre, à moins qu'on ne suppose insensible la quantité de chaleur dégagée par une diminution de volume égale à celle qui résulte du refroidissement total que l'on considère.

Parmi les applications que l'auteur a faites de ses équations, il signale comme une des plus importantes celle qui se rapporte à la vitesse de propagation du son dans les solides. M. Poisson a donné l'expression de cette vitesse sans avoir égard à la chaleur dégagée par la compression. Il se présente donc ici une correction analogue à celle que Laplace a fait subir à la formule de Newton, relative à la vitesse du son dans l'air. Mais, dit M. Duhamel, le résultat que j'ai trouvé pour les solides est très-différent de celui de ce grand géomètre. On sait qu'il a démontré que la vitesse du son dans l'air est modifiée par la chaleur dans le rapport de l'unité à la racine carrée du rapport des deux chaleurs spécifiques. Or, j'ai trouvé que pour les solides homogènes, la vitesse du son était modifiée dans le rapport de l'unité au tiers de la racine carrée de quatre, plus cinq fois le rapport des deux chaleurs spécifiques. Il résulte de là que connaissant la vitesse de propagation du son dans un solide, on pourra trouver le rapport des chaleurs spécifiques, et comme les expériences des physiciens ont déjà déterminé le rapport des chaleurs spécifiques à pression constante, on en déduira la valeur de la seconde.

Plusieurs autres applications sont encore développées dans le mémoire de M. Duhamel, mémoire qui est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Poisson, Navier et Libri.

ORGANOGRAPHIE VÉGÉTALE.

M. Guillemin présente un mémoire sur les effets de l'enlèvement d'un anneau circulaire d'écorce sur un pin d'Écosse (*pinus silvestris*).

Vers la fin de l'année 1829, M. Soulange-Bodin reçut de M. de Magneville, de Caen, deux tronçons de branches de pin, auxquelles ce savant agriculteur avait fait depuis plusieurs années l'incision annulaire. A l'une, il avait enlevé une bande d'écorce extrêmement large, à l'effet de connaître jusqu'à quel point le pin silvestre pouvait supporter l'opération. Sur l'autre branche, il avait pratiqué deux excisions annulaires, l'une au-dessus de l'autre, pour voir où se formeraient les bourrelets. L'enlèvement incomplet de l'écorce avait permis la régénération de celle-ci, et l'incision n'avait produit aucun effet. M. de Magneville s'était borné à observer que les branches soumises à l'expérience de l'incision annulaire ne grossissent plus au-dessous de celle-ci, tandis qu'au-dessus elles grossissent comme si de rien n'était. Il avait en outre tiré cette conséquence utile pour la culture des pins d'Écosse et de Laricio : qu'il n'y a pas de meilleur moyen que l'incision annulaire pour les faire *filer* lorsqu'ils sont trop éloignés les uns des autres et isolés.

En transmettant à l'auteur du mémoire ces renseignemens et les pièces qui avaient servi à l'expérience, M. Soulange-Bodin lui permit d'en publier la description et d'y joindre les observations qu'elles lui suggéreraient. Le plus gros tronçon provient d'une tige unie sur laquelle l'incision a été pratiquée si complètement, qu'il y a eu solution de continuité dans l'écorce sur environ trois pouces de hauteur. La partie du bois mise à nu n'a point régénéré d'écorce; la partie de la branche au-dessus de l'incision a acquis une grosseur très-considérable; la partie inférieure à l'incision, au contraire, est restée stationnaire. L'arbre avait neuf ans lorsqu'il a été mis en expérience; aussi compte-t-on neuf zones circulaires sur la tranche inférieure à l'incision, et treize sur la tranche supérieure, ce qui établit un laps de quatre années depuis l'opération. Les limites des anciennes et des nouvelles couches se distinguent facilement sur la tranche supérieure.

La coupe verticale de la branche, dont le plan passe par l'étui médullaire, fait voir que l'accroissement en diamètre s'est opéré uniformément dans toute la partie supérieure à l'incision, ou, en d'autres termes, que la partie supérieure de la tige est restée cylindroïde, de manière que le bord supérieur de la plaie ne constitue pas un bourrelet réel. Les fibres ont descendu parallèlement jusqu'au bord de la plaie où elles se sont contournées et repliées en dedans, et où elles ont produit un rétrécissement très-marqué; elles sont même descendues d'environ quatre lignes au-dessous de l'entaille.

La partie de l'arbre en dessous de l'incision n'a pris absolument aucun accroissement. L'auteur fait voir qu'une légère couche, qui paraît y être survenue depuis l'opération, est un effet illusoire; il résulte du retrait que la partie décortiquée a subi par la dessiccation. Le bord inférieur de l'incision est taillé à pic, et tel qu'il était au moment où on a fait l'opération. La seconde pièce, où M. de Magneville avait fait une double incision, est décrite avec détail et fournit le même résultat que la première. Quant à l'accroissement de la partie supérieure à l'incision, elle est munie d'une branche latérale qui a fourni son contingent de nourriture à la portion de la branche correspondante située immédiatement au-dessous d'elle; aussi ce côté correspondant est-il beaucoup plus développé que le côté opposé qui n'avait pas de rameau secondaire.

Par l'anatomie comparée des tissus qui composent les nouvelles et les anciennes couches, M. Guillemin s'est assuré de leur identité, et il en a représenté les détails dans une suite de dessins qu'il met sous les yeux de l'Académie. Plusieurs branches verticales de ces couches, prises dans les diverses parties du nouveau et du vieux bois, soumises à un fort grossissement du microscope achromatique, ont présenté des lanières étroites séparées par de grands espaces où l'on distingue des organes mammiformes au centre desquels est un mamelon saillant. L'auteur s'étend longuement sur la détermination des parties de ce tissu, il pense que les lanières sont les coupes latérales des parois de gros tubes dont la partie intérieure renferme les corps mammiformes qui, selon lui, seraient les réservoirs, et probablement les organes sécréteurs du suc résineux. Il combat l'existence de vaisseaux vraiment ponctués, c'est-à-dire présentant des points sur leurs parois. Il cite des expériences qu'il a faites avec l'eau aiguisée d'acide nitrique, et par lesquelles tous les corps mammiformes ont disparu. Des tranches transversales, examinées microscopiquement, ont fait voir les ouvertures des gros vaisseaux et l'épaisseur de leurs parois. Les rayons médullaires sont très-ronds dans les pins.

La conséquence immédiate qui découle des résultats des expériences physiologiques citées plus haut, est facile à saisir. Il ne se forme aucune couche ligneuse au-dessus de l'incision annulaire, tandis que l'accroissement en diamètre continue au-dessus de cette incision par l'addition successive de couches annuelles semblables en tout à celles qui se forment dans l'état normal.

M. Guillemin se livre ensuite à des considérations sur les théories proposées par les auteurs pour expliquer l'accroissement en diamètre des arbres exogènes, et il termine son mémoire en déclarant qu'il est fort disposé à adopter l'ancienne théorie de La Hire, renouvelée par Dupetit-Thouars, quoiqu'elle ait reçu de rudes attaques dans le sein même de l'Académie.

D'après cette théorie, ce sont les racines des bourgeons qui se glissent entre le bois et constituent de nouvelles couches ligneuses et corticales. Les morceaux de bois de M. Guillemin présentent ces prolongemens de haut en bas, qui viennent mourir au-dessus de l'incision; au-dessous ils n'existent plus. Si c'était une matière alibile ou plastique, elle pourrait passer par les couches d'aubier de la partie dénudée, et refluer ensuite latéralement au-dessous de l'incision pour former des couches, minces à la vérité, mais enfin qui seraient visibles. A la place de ces couches, on n'observe qu'une couche mince due à l'existence de la matière descendante non encore organisée au moment de l'opération, et peut être aussi à l'addition d'un tissu cellulaire transversal qui provient de l'action de l'air sur les sucs de l'enveloppe herbacée de l'écorce. Mais tout en inclinant pour la théorie Dupetit-Thouars, l'auteur du mémoire pense que ce savant physiologiste n'a pas accordé assez d'importance à l'accroissement en diamètre par le développement des rayons médullaires.

Dans les pins il ne se forme pas de bourrelet réel au-dessus de l'incision; les fibres descendantes s'effilent et se contournent en dedans à leur terminaison inférieure; les rayons médullaires y sont peu nombreux et presque imperceptibles. C'est l'inverse de ce qu'on remarque dans les pommiers, et en général dans les arbres où prédomine le tissu cellulaire transversal. Ces derniers offrent une grande quantité de rayons médullaires qui se dirigent du centre à la circonférence et augmentent ainsi le diamètre de la partie de la tige immédiatement au-dessus de l'incision; ce sont par conséquent ces rayons médullaires si abondans qui constituent les bourrelets. Il y a donc deux modes d'accroissement dans les arbres dicotylédones : l'un qui dépend de l'addition de nouvelles fibres longitudinales descendantes, l'autre de l'addition de nouvelles cellules transversales contiguës aux rayons médullaires; en sorte que le tissu du bois est formé de ces deux systèmes entrecroisés que l'on peut comparer au tissu de certaines étoffes; le transversal est la trame, le longitudinal est le fil. Dans quelques arbres, tels que les chênes, où l'on distingue si facilement les deux systèmes, il y a une sorte d'équilibre entre ces systèmes. Chez certains arbres fruitiers, c'est le transversal qui domine; dans les pins, et probablement dans la plupart des conifères, c'est au contraire le système fibreux descendant qui l'emporte de beaucoup sur le système cellulaire rayonnant. Enfin, dans les mélocactus, dans les bois spongieux, comme ceux de l'æschynomene paludosa, de l'herminiera elaphroxylon, le système fibreux est clairsemé dans une masse énorme de tissu cellulaire non rayonnant.

Les couches ligneuses, une fois formées, ne sont plus qu'un tissu inerte, un appareil pour la conduite des fluides que l'arbre puise dans la terre par les spongioles radicellaires, ou dans l'air par toute la périphérie de l'écorce. Ces couches ligneuses se prolongent dans les racines de manière à effacer toute ligne de démarcation entre les tiges et les racines; ce que prouve l'examen des troncs d'arbres, où il est impossible de distinguer cet être de raison que l'on nomme encore le collet de la plante.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LE SUCRE DE MAÏS.

L'auteur d'un premier mémoire sur le même sujet, mémoire qui a été l'objet d'un rapport fait par M. Deyeux dans la précédente séance, adresse une note de laquelle il résulte que le sirop obtenu des tiges du maïs donne réellement des cristaux de sucre.

Cette note est renvoyée à la commission, qui s'était occupée d'examiner la première partie du travail de M. Pallas.

ACIDE SUCCINIQUE.

M. Thénard fait en son nom et celui de M. Dumas un rapport sur un mémoire de M. Félix Darcet, relatif à l'acide succinique. Ce chimiste a reconnu, contrairement à l'opinion émise par Liebig et Wohler, que l'acide succinique peut être obtenu anhydre. Il a trouvé que dans les deux états, hydrate ou anhydre, il y a toujours la même capacité de saturation, et qu'à part l'eau de l'hydrate, il a toujours la même composition qui est représentée par :

Carbone.	47,99
Hydrogène.	4,23
Oxigène.	47,78

Résultats qui sont conformes à ceux de Liebig, Wohler et Berzélius, et qui donnent pour formule atomique $C_8 H_4 O_3$. M. F. Darcet a le premier préparé l'éther sulfurique, éther dont l'existence avait été prévue par M. Dumas. Il a de même préparé le succinamide, dont la composition analogue à celle de l'oxamide est représentée, à l'état anhydre, par $C_8 H_5 Az O_2$, et, à l'état d'hydrate, par $C_8 H_4 O_3 Az H_3$, qui est l'équivalent du bisuccinate d'ammoniaque.

Le rapporteur conclut à ce que le mémoire de M. F. Darcet soit inséré dans le Recueil des savans étrangers. Ces conclusions sont adoptées.

— M. Népomucène Lemercier lit une Dissertation sur l'orthophrénie, qu'il rapproche, d'une part, de l'orthopédie, et, de l'autre, de l'orthodoxie.

— M. Geoffroy Saint-Hilaire lit une note ayant pour titre : Des services rendus aux sciences par les théories synthétiques et unitaires, et de l'application de cette vue à des points principaux des études de la loi universelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 février. — Présidence de M. Lisfranc.

La correspondance comprend plusieurs pièces intéressantes, savoir :

1° Une lettre de M. Robert, de Marseille, sur le choléra de cette ville. L'administration municipale a déclaré, à partir du 17 février, qu'il ne serait plus publié de bulletins, attendu la décroissance de l'épidémie, dont les cas deviennent très rares. Le chiffre du dernier bulletin porte le nombre des malades à 130, et celui des morts à 80; la garnison et les équipages en rade ont été à l'abri de toute atteinte; et les changemens assez notables de la température atmosphérique, qui a varié de — 3° à 8 à 10° n'ont exercé aucune influence sur la marche de l'épidémie.

Renvoyé à la commission du choléra.

2° Une lettre de M. Lacorbière, qui porte à la connaissance de l'Académie les services rendus par Mme Monsallier, sœur de charité à St-Mars de Ballon (Sarthe), pour la propagation de la vaccine. A cette lettre est joint un tableau certifié de 282 vaccinations faites par cette dame.

Renvoyé au comité de vaccine.

3° Une lettre de M. Coster, rappelant qu'une commission a été nommée il y a quatre ans, pour examiner son mémoire sur la prophylactique de la syphilis, et demandant qu'il soit fait un rapport. M. Coster proposait comme préservatif la solution de chlorure de chaux ou de soude, et voulait qu'on obligeât toutes les maisons de filles à en avoir toujours une suffisante quantité.

4° Une réclamation de M. Hossard, au sujet des reproches qui lui avaient été adressés dans la dernière séance. M. Hossard convient que plusieurs de ses prospectus ont porté les mots : *Approbation de l'Académie royale de médecine*; mais ces mots existaient déjà sur ses prospectus de l'an dernier, et tenaient à ce que M. Hossard avait mal interprété un accusé de réception de M. le secrétaire perpétuel, qui contenait quelques formules de félicitations. M. Hossard s'indigne qu'on l'ait pu croire capable de moyens aussi vils.

M. Cornac demande la parole. En écoutant cette lettre, dit-il, j'ai d'abord cru qu'il s'agissait d'un homme jaloux de sa réputation compromise, et je ne pouvais qu'approuver sa démarche. Mais un de nos collègues me remet entre les mains une annonce de M. Hossard, qu'il fait distribuer sur le Pont-Neuf et sur les boulevards, et qui, bien que fort courte, suffit pour démontrer à tous les yeux qu'il ne s'agit ici que d'un charlatan. (Oh! oh! — Murmures.) Oui, Messieurs, reprend M. Cornac, je n'ai point lâché ce mot au hasard, je le répète et je le prouve.

(Ici l'honorable membre donne lecture d'une annonce du style des *Petites Affiches*, dans laquelle M. Hossard invite le public à ses consultations, en donnant soigneusement son adresse, et promettant la cure complète en quelques mois d'affections de l'épine pour lesquelles les médecins de Paris demandent des années.)

Je ne connais rien, poursuit M. Cornac, qui caractérise un effronté charlatan aussi bien que cette production (très-bien!), et je fais la motion expresse que l'Académie révoque le mandat donné à sa commission pour examiner les prétendues cures de M. Hossard. (Appuyé!)

M. Emery. J'appuie la proposition de M. Cornac, et je rappellerai à l'Académie que les faits que j'ai rapportés dans la dernière séance, et qui subsistent malgré sa réclamation, suffisaient déjà pour signaler le charlatan.

M. Duméril. Messieurs, ce que l'on vous propose est grave, et je ne sais quel jugement le public pourrait en porter. L'Académie des sciences a nommé aussi une commission dans le même but que la vôtre; cette commission ne se désistera pas de son examen; j'en fais partie moi-même, et j'avoue qu'au premier aspect l'appareil de M. Hossard présente quelque chose d'ingénieux, sans que je veuille rien préjuger des résultats qu'il donnera. J'avoue que les faits dont M. Cornac a donné connaissance blessent jusqu'à un certain point la délicatesse et l'honneur de notre profession...

M. Double. Il n'est pas médecin!

M. Cornac. S'il est ainsi, je retire ma proposition; mais uniquement parce qu'il n'est pas médecin, et en déclarant qu'une pareille conduite serait indigne d'un médecin.

M. Desgenettes. Messieurs, en prolongeant cette discussion, vous faites un plaisir extrême à celui qui en est l'objet. (On rit.) Qu'est-ce qu'il désire? Que l'on parle de lui; c'est là sa grande affaire; nous ne saurions mieux le punir que par le silence. Je demande l'ordre du jour.

L'ordre du jour est vivement appuyé et adopté.

— M. Bourjot Saint Hilaire envoie la description anatomique du monstre humain qu'il a présenté dans la dernière séance. — Commissaires : MM. Breschet, Capuron et Ollivier.

— M. le président annonce qu'on a remis entre ses mains les manuscrits de M. Maret pour en faire hommage à l'Académie. Ces manuscrits contiennent des observations sur les plaies, les fractures, sur une hernie du trou ovalaire; mais principalement sur les maladies vénériennes. — Commissaires : MM. Cullerier et Baffos.

— Le docteur X, auteur de la lettre touchant la prophylactique de la syphilis, lue dans la dernière séance, écrit que pour se conformer aux désirs de l'Académie, il a donné son nom à M. le président; et il adresse en même temps son mémo re avec son nom et son adresse sous cachet, pour être ouvert par la commission, si l'Académie juge à propos d'en nommer une.

Une vive agitation suit la lecture de cette lettre. M. Emery remarque que M. Coster qui s'est occupé d'un semblable sujet n'a pas craint d'y attacher son nom; et attendu que l'auteur nouveau garde l'anonyme, il demande l'ordre du jour. (Appuyé!)

M. le président. L'anonyme n'existe plus, puisque le nom de l'auteur est connu du président et le sera immédiatement de la commission que vous nommerez. (Vives rumeurs.) Je dois rappeler à l'Académie ce qui s'est fait dans la dernière séance. Avant de prendre une décision quelconque, on demanda qu'au moins le nom de l'auteur fût connu d'un seul membre, qui pût répondre de sa moralité. L'Académie donna son assentiment à cette proposition, et c'est parce que personne ne connaissait l'auteur qu'il fut passé à l'ordre du jour. Aujourd'hui l'auteur s'est soumis à cette condition; il a confié son nom à votre président, qui déclare que c'est un confrère très-honorable; l'Académie se contredirait elle-même si elle refusait de nommer une commission. (Aux voix! consultez l'Académie!)

L'Académie consultée déclare qu'une commission sera nommée. Deux mains seulement se lèvent à la contr'épreuve. Le bureau propose pour commissaires: MM. Cullerier, Gimelle, Boullay, Gase et Desgenettes. Plusieurs voix réclament contre le trop petit nombre des commissaires; on leur adjoint en conséquence MM. Lagneau et Poirson.

M. Roux demande qu'il soit enjoint à la commission de ne rompre le cachet qui renferme le nom de l'auteur qu'autant qu'elle aura décidé d'abord que le mémoire contient des choses vraiment utiles. (Appuyé.)

M. le président. La commission doit rester juge de ce qu'elle aura à faire; on ne peut lui imposer de semblables interdictions.

M. Adelon. Quand une commission est chargée de l'examen de mémoires envoyés pour les prix, elle ignore le nom de l'auteur jusqu'à la lecture du rapport; rien n'empêche ici qu'on n'imite cet exemple.

M. Duméril. Il est d'usage que quand un mémoire ne porte le nom de l'auteur que sous cachet, on ne rompe le cachet qu'après avoir pris connaissance du mémoire.

M. Nacquart demande que l'Académie soit consultée. La proposition de M. Roux est mise aux voix et adoptée.

— M. Esquirol communique la lettre suivante :

LETTRE DE M. FOLCHI, PROFESSEUR A L'ARCHI GYMNASE DE ROME, A M. ESQUIROL, SUR LES COURANS ÉLECTRIQUES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Monsieur,

Vous vous rappelez bien d'avoir lu, dans mon mémoire sur l'origine des fièvres périodiques de Rome, que j'ai fait une expérience physique sur un lapin, pour constater le courant électrique qui vient du cerveau par la moelle épinière. Mais, à cause de la petitesse de cet organe dans le lapin, je n'ai eu qu'un résultat équivoque. J'ai répété l'expérience dans un autre animal bien plus grand, et j'ai obtenu un résultat bien prononcé.

Voici l'expérience toute simple : je suis allé à l'abattoir public avec le professeur Carlocci, M. Biccioli et M. Luswargh, mécanicien de l'Université; nous avons fixé l'aiguille dans la direction du méridien magnétique, et sa pointe au zéro de l'échelle. L'aiguille étant parfaitement immobile, nous avons fait couper la tête à un grand veau, en portant le couteau entre l'occiput et l'atlas. La tête, posée aussitôt sur la table, il se produisait de fortes convulsions des muscles, des yeux et des mâchoires. Alors une extrémité du fil d'argent du galvanomètre, muni d'une petite lame aiguë également d'argent, a été appliquée d'abord sur la substance blanche de la moelle épinière, tandis que l'extrémité de l'autre fil de l'instrument, également garnie, a été insérée dans le centre ou dans la partie cendrée de la moelle. Au moment de l'application, l'aiguille, qui était immobile à zéro, s'en est éloignée de 6 degrés vers l'ouest, et elle est restée là. En ôtant le fil de la moelle, l'aiguille est remontée à zéro. Les fils ayant été replacés, l'aiguille a eu la même déviation. Enfin l'expérience s'étant renouvelée par quatre fois avec un très-court intervalle, l'aiguille s'est toujours tournée à l'ouest, avec cette différence que, dans la dernière expérience, l'aiguille a marqué 5 degrés au lieu de 6. Le mouvement de l'aiguille à droite nous a fait connaître que l'électricité positive venait du fil conducteur qui touchait à l'extérieur de la substance médullaire.

Quelle conséquence déduire de cette expérience? Le fluide nerveux est-il identique au fluide électrique? le cerveau et les ganglions nerveux sont-ils les organes sécréteurs de ce fluide? l'innervation est-elle autre chose que la diffusion du même fluide dans les diverses parties des corps? Je n'oserais tirer moi-même des conclusions. Je les laisse à votre perspicacité et à celle de vos honorables collègues.

J'ai l'honneur, etc.

Signé J. Folchi.

Rome, 13 septembre 1834.

Nous avons répété, poursuit M. Esquirol, avec M. Leuret et plusieurs autres confrères, l'expérience de Folchi sur deux lapins, sur un chien et sur un chat.

Premier lapin. — Au premier contact des fils de l'électromètre avec la moelle (les aiguilles étant placées à pôle opposé), déviation de 3 degrés vers la droite.

A un second contact, déviation de six degrés dans le même sens.

Deuxième lapin. — Seulement quelques oscillations.

Sur le chat. — Effet nul.

Sur le chien. — Effet également nul.

Nous avons fait plusieurs autres expériences sur chacun de ces animaux.

Premier lapin. — Les fils de l'électromètre mis en contact avec la moelle épinière du côté du tronc, l'aiguille a oscillé; avec les muscles environnans et avec ceux de la base du crâne, elle a également oscillé; les mêmes fils plongés dans l'abdomen à l'aide d'une ouverture faite à l'épigastre, l'aiguille a dévié vers la gauche de 40 degrés.

Deuxième lapin. — Avant de couper le cou à ce lapin, nous lui avons fait une ouverture au flanc, et nous y avons plongé les fils de l'électromètre : déviation de 18 degrés vers la gauche.

Après avoir mis en contact les fils de l'instrument avec la moelle, et n'avoir obtenu que des oscillations, nous les avons placés, l'un sur la moelle, l'autre sur les muscles; aucun effet n'a été produit. Sur les muscles seulement, déviation à gauche de 4 degrés.

Les mêmes essais, tentés sur les muscles du chien et du chat, n'ont pas fait dévier ni même osciller l'aiguille. La tête du chien ayant été séparée du tronc, il s'est opéré dans les mâchoires six mouvemens d'inspiration très-prononcés.

Une commission est nommée pour répéter ces expériences.

— M. le secrétaire perpétuel se dispose à lire la liste des 200 correspondans étrangers admis par l'Académie dans les derniers comités secrets. Cette lecture est jugée inutile. Nous reproduirons cette liste.

RAPPORT SUR LES BOUTS DE SEIN ET BIBERONS EN TÉTINE, DE MADAME BRETON, par M. P. DUBOIS. — DISCUSSION.

Le ministre de l'intérieur avait demandé à l'Académie « si les bouts de sein et biberons en tétine confectionnés par madame Breton pouvaient remplir les usages auxquels cette dame les destinait. » M. P. Dubois, rapporteur de la commission nommée à cet effet, après avoir discuté les avantages et les inconvéniens de ces instrumens, conclut pour l'affirmative. — Une discussion animée suit ce rapport.

M. BAUDELOCQUE. Pour une dixaine de fois que j'ai employé les biberons de madame Breton, j'ai vu le muguet se développer en peu de jours dans plus de la moitié des cas. C'est un inconvénient fort grave, et qui me paraît exiger une modification dans les conclusions du rapport.

M. DENEUX. Je suis obligé de rappeler ici mes propres recherches, consignées dans un mémoire qui a été présenté dans le temps à l'Académie, et qu'elle a rejeté je ne sais pourquoi. J'y établissais que l'emploi de la tétine de vache, bien loin d'appartenir à madame Breton, remontait à Portal, qui en parle en 1714, et même plus haut, en 1709, où il est indiqué par un médecin de Naples. Une foule d'auteurs l'ont mentionné depuis; et enfin, au commencement de ce siècle, cette substance était employée dans nos provinces de l'Est avec les mêmes préparations que madame Breton a données comme siennes. Ainsi se trouvent réduites à leur juste valeur les prétentions de cette dame à la priorité; et mes recherches n'ont pas été inutiles devant les tribunaux dans le procès où elle a été déclarée déchue de son brevet d'invention. Cette question de priorité aurait pu être touchée dans le rapport. Je passe à un autre objet. M. le rapporteur affirme que la tétine n'est pas susceptible d'altération. S'il avait examiné attentivement les bouts de sein qui ont servi, il aurait vu qu'en huit ou dix jours ils contractent une odeur tellement désagréable, que non-seulement les nourrissons, mais les nourrices même répugnent à s'en servir. J'ajouterai enfin qu'à la suite de leur emploi j'ai vu survenir fréquemment des aphthes dans des circonstances où il n'est pas ordinaire de les voir se développer. Que l'Académie prenne garde à la décision qu'elle va prendre; je ne dis pas cela à cause des torts que cette femme a pu avoir envers moi (ah! ah! On rit); mais elle cherche, au moyen de votre approbation, à se faire restituer le brevet d'invention dont elle a été déclarée déchue.

M. P. DUBOIS. La question de priorité est jugée depuis long-temps, et devait d'autant moins m'occuper que le ministre ne consulte l'Académie que sur la question d'utilité. Relativement aux objections qui me sont faites dans ce dernier sens, je dirai que je n'ai pas vu ces accidens dont on se plaint: que, ne m'en fiant point à mon expérience seule, j'ai consulté un grand nombre de mes confrères dont j'ai ici les témoignages écrits, et qui sont unanimes pour déclarer que ces bouts de sein remplissent parfaitement leur objet.

M. J. CLOQUET. Sans être accoucheur, j'ai bien eu occasion, depuis dix ou douze ans, de conseiller ces bouts de sein dans sept ou huit cas pour des excoriations du mamelon, et je n'ai jamais vu survenir cette odeur repoussante ni ces aphthes dans la bouche des enfans.

M. BOULAY. J'ai soumis à des épreuves répétées les bouts de sein en tétine préparés par Mme Breton: j'en ai tenu dans l'eau pendant cinq et six semaines, et je dois déclarer qu'ils n'ont contracté aucune odeur, et qu'ils sont restés dans un état de conservation qui m'a étonné moi-même. J'ai constaté en outre qu'ils ne gardaient aucune trace d'alun, comme on pouvait le craindre d'après le procédé de préparation. Si donc il est survenu quelquefois de l'odeur, cela tient, sans aucun doute, à ce que le bout de sein a été imprégné de la transpiration de la nourrice, et qu'on a négligé de le maintenir dans une condition suffisante de propreté.

M. DENEUX. Je déclare *sur l'honneur* que j'ai examiné comparativement la tétine préparée par madame Breton et par le procédé de M. Paque; dans les deux cas, des bouts de sein qui n'avaient jamais servi, plongés dans de l'eau pure et soigneusement couverte ont dégagé au bout de douze jours une odeur tellement infecte qu'il était impossible de la supporter.

M. NACQUART regrette que le rapport ne fasse pas mention des biberons en liége. (Ce n'était pas la question!) Je pense, poursuit l'orateur, que ce n'était pas s'éloigner de la question que de comparer les avantages des diverses substances employées; en déclarant que vous approuvez celle-ci seulement, c'est comme si vous rejetiez les autres.

M. GERARDIN. Cette comparaison est surtout d'une haute importance pratique; car il s'agit enfin de savoir si les biberons en tétine remplissent leur usage aussi bien que d'autres; eh bien! ceux en liége me paraissent de beaucoup préférables; et le rapport fait par M. Moreau à l'Académie ne laisse aucun doute à cet égard.

Quant à l'altération de la tétine, il ne s'agit pas de savoir si elle se conserve plus ou moins long-temps dans l'eau, mais bien dans l'usage auquel ils sont destinés. Or, il est bien reconnu que pour peu qu'ils aient servi, ils acquièrent promptement une odeur très-fétide; et qu'on a beau alors les plonger dans l'eau; ils ne s'y conservent point. C'est à cette altération incontestable que j'attribue le muguet qui survient aux enfans qui s'en servent, et que pour ma part, j'ai eu occasion d'observer plus fréquemment que ne paraît l'avoir fait M. P. Dubois. Enfin il n'est pas jusqu'à la question de priorité à laquelle se rattache un intérêt; madame Breton avait pris un brevet d'invention, et en vertu de ce brevet d'invention elle a forcé M. le comte de Perrochelle qui fabriquait des bouts de sein analogues, à fermer boutique. Or, M. de Perrochelle donnait au public pour sept sous, ce que madame Breton fait payer six francs; vous voyez qu'il y a ici en jeu des intérêts populaires. Eh bien! je dirai plus; c'est qu'en fait de bouts de sein de tétine, ceux de M. le comte de Perrochelle étaient mieux faits et mieux préparés que ceux de madame Breton.

M. CAPURON. J'ai employé les bouts de sein de Mme Breton, et je les ai vu employer par cette dame elle-même: nous n'avons pas été plus heureux l'un que l'autre, et leur fétidité nous a forcés de les abandonner.

M. Capuron signale aussi une contradiction qu'il a cru voir entre le texte et les conclusions du rapport; M. P. Dubois relit les phrases attaquées, et démontre qu'il n'y a nulle contradiction.

M. LONDE. Dans l'intérêt de l'humanité et principalement de la classe pauvre, je demande qu'on ajoute au rapport « que les bouts de sein de Mme Breton, qui coûtent 6 fr., valent moins que ceux de M. Perrochelle, qui coûtent 7 sous; et surtout moins que les biberons en liége, auxquels, récemment encore, l'Académie a accordé son approbation sur un rapport de M. Velpeau. »

M. MOREAU. Je ne me proposais pas de prendre part à la discussion; mais la face qu'elle vient de prendre m'en fait une obligation. J'ai été un des premiers à préconiser les bouts de sein de Mme Breton, d'autant mieux qu'avant cette dame j'employais moi-même la tétine de vache préparée suivant un procédé vulgaire en Russie, et qui consiste à conserver la tétine dans une solution de sel commun, ou bien dans de l'eau de savon. Le procédé de Mme Breton me parut d'abord beaucoup meilleur; seulement pour les femmes d'une aisance médiocre, c'était une dépense énorme. M. le comte de Perrochelle vint sur ces entrefaites; il allongea le mamelon que Mme Breton laisse trop court, perfectionna la préparation, et offrit à 35 c. ce que Mme Breton vendait 6 fr. J'engageai donc l'Académie à donner son approbation aux bouts de sein et aux biberons Perrochelle. Mais depuis une nouvelle substance a été employée, le liége; et les nouveaux biberons faits avec cette substance sont tellement supérieurs, que je les préfère dans presque tous les cas.

Je suis donc d'avis qu'on ajoute aux conclusions du rapport, que les biberons de Mme Breton ne remplissent pas mieux leur objet que d'autres; ainsi vous ménagerez à la fois ses intérêts et ceux de l'humanité, puisqu'elle sera bien forcée alors de baisser ses prix. (Appuyé!)

M. J. CLOQUET résumant la discussion, trouve pour résultat que la production des aphtes n'est pas une chose constante; il fait remarquer que toutes les fois qu'il a employé les biberons de tétine, il les a fait plonger *dans une forte solution de sucre*; peut-être est-ce à cette précaution qu'il doit les résultats heureux qu'il a obtenus. Il appuie la proposition de M. Moreau.

M. ADELON veut que l'on soit juste envers tout le monde; et la proposition de M. Moreau satisfait à tous les intérêts. Il convient donc de l'adopter, à moins que la lettre ministérielle n'impose à l'Académie le strict devoir de se taire à cet égard.

M. P. Dubois. Comme rivaux de Mme Breton, il faudrait citer MM. Paque et Perrochelle; mais comme ils ont été condamnés comme contrefacteurs...

M. DENEUX, interrompant: Condamnés en première instance, mais vainqueurs en appel, et ce sont eux qui ont fait prononcer la déchéance du brevet de Mme Breton.

M. VILLENEUVE. Je n'ai jamais vu pour ma part survenir d'accidens par l'emploi des biberons en tétine; mais j'avoue que les certificats de médecins sur lesquels s'appuyait M. P. Dubois me paraissent de peu de valeur; nous savons avec quelle facilité se délivrent ces certificats.

M. MOREAU. Ma proposition consiste à ajouter aux conclusions: « que les instrumens de Mme Breton remplissent leur objet comme plusieurs autres qui sont dans le commerce. (M. LONDE. Ajoutez, et qui coûtent infiniment moins cher.) Du reste le résultat de toute cette discussion me paraît clair; la tétine préparée est peu altérable lorsqu'on la plonge dans l'eau pure; elle l'est beaucoup quand elle est montée sur sa plaque et qu'elle a servi; ceci s'explique par le séjour entre le mamelon et la plaque d'une portion de lait qui s'aigrit et finit par se putréfier. Par là s'expliquent sans doute aussi les divers résultats obtenus; quand on renouvelle souvent les biberons, il n'y a pas d'aphthes; il en survient quand on emploie trop long-temps le même biberon.

Je puis affirmer que j'ai vu aussi survenir de ces aphthes; mais je n'oserais décider s'ils étaient véritablement effets ou simple coïncidence. Ajoutez qu'en général le muguet tient à une cause qu'il importe de signaler, savoir, aux efforts de succion plus considérables qu'entraîne une mauvaise conformation du mamelon; et ceci soit qu'il s'agisse d'un mamelon naturel ou d'un mamelon artificiel. Sous ce rapport encore, les mamelons en liége l'emportent sur tous les autres.

La proposition de M. Moreau, vivement appuyée, est mise aux voix et adoptée. Les conclusions seront modifiées en ce sens. La plupart des membres se lèvent pour partir; les communications suivantes ont eu lieu presque dans le désert.

— M. Sanson présente deux pièces anatomiques; l'une offre un anévrisme poplité devenu presque cartilagineux; la gangrène survenue au pied et à la jambe a forcé à pratiquer l'amputation de la cuisse. L'autre, plus remarquable, est une ossification de près de deux pouces de longueur sur quatre à cinq lignes de largeur et autant d'épaisseur, qui siégeait sur le cou-de-pied et recouvrait le tendon de l'extenseur du gros orteil. L'extirpation en a été faite sur une jeune fille; la malade est dans un état satisfaisant. Nous publierons cette observation.

SPASME DU MUSCLE STERNO-MASTOÏDIEN.

M. Amussat rappelle qu'il y a plusieurs mois il a fait voir un malade guéri d'un torticolis ou spasme du muscle sterno-mastoïdien droit, par la section des quatre cinquièmes de la largeur de ce muscle. Ce malade est représenté de nouveau: on voit que le muscle est atrophié dans ses deux tiers supérieurs, tandis que le tiers inférieur est hypertrophié.

M. Amussat présente une autre malade atteinte d'une affection du même genre, et pour laquelle il a été consulté par M. Devergie. Voici les détails de ce fait.

Caroline B., âgée de 9 ans, a la tête inclinée vers l'épaule droite, par suite d'une contracture du muscle sterno-mastoïdien, contracture qui n'a lieu que dans le faisceau postérieur de ce muscle. A l'âge de 9 mois, cette jeune fille eut un abcès à la partie supérieure et antérieure de ce muscle; on pourrait expliquer la contracture et l'hypertrophie du faisceau postérieur par la douleur qui faisait incliner la tête et qui faisait agir davantage ce même faisceau postérieur.

Maintenant le muscle sterno-mastoïdien droit est d'un grand tiers moins long

que le gauche. Lorsque l'enfant tourne la tête à gauche, le muscle affecté se dessine en forme d'X, dont la branche postérieure est saillante et dure au toucher, tandis que l'autre branche est flasque.

MM. Amussat et Devergie se proposent d'employer des moyens mécaniques avant d'en venir à l'opération. L'Académie sera informée des résultats.

CANCERS DU SEIN. — TUBERCULES CELLULAIRES RAPPORTÉS A TORT AUX TÉGUMENS. — MARCHE DU CANCER DANS LES GANGLIONS VOISINS.

M. Lisfranc présente un sein cancéreux qu'il vient d'enlever chez un homme âgé de 45 ans. La tumeur est entourée de tubercules qui paraissent, suivant l'opinion reçue, développés dans l'épaisseur de la peau. Ils sont en effet très-superficiels; mais la pièce d'anatomie pathologique, soigneusement disséquée, démontre ce que M. Lisfranc a toujours vu jusqu'à présent, que les tégumens sont sains. Ces tubercules, qui siègent exclusivement dans le tissu cellulaire, les ont seulement amincis, et ils sont tellement adhérens, qu'il n'est pas étonnant qu'on ait cru, mais à tort, qu'ils les envahissaient.

M. Lisfranc montre un autre sein affecté de cancer, compliqué de ganglions lymphatiques engorgés, qui s'étendaient jusque sur le plexus brachial et les vaisseaux axillaires jusque sous la tête de l'humérus, l'apophyse coracoïde et la clavicule. Il a enlevé tous ces ganglions sans intéresser ni les nerfs, ni les vaisseaux. La femme, opérée depuis quinze jours, va parfaitement bien. Les ganglions, déposés sur le bureau, offrent les circonstances suivantes : ceux qui sont les plus près de la tumeur carcinomateuse, et qui sont durs et volumineux, présentent des traces évidentes de tissu carcinomateux; on voit ensuite qu'à mesure qu'ils remontent dans le creux de l'aisselle, leur consistance et leur volume sont moins grands; les inférieurs ne sont déjà plus que squirreux; aucune dégénérescence de tissu n'existe dans les supérieurs; ils sont seulement hypertrophiés et évidemment enflammés. M. Lisfranc ajoute que ces faits importans d'anatomie pathologique justifient les observations de Sœmmering et de Desault, qui avancent avoir opéré des cancers sans enlever tous les ganglions lymphatiques engorgés, et qui disent avoir réussi dans des cas où les localités ne permettaient pas d'attaquer les engorgemens environnant le cancer. M. Lisfranc a été aussi heureux que les illustres auteurs qu'il vient de nommer; mais il termine en faisant remarquer qu'il y a ici une distinction importante à faire : on ne devra espérer de succès que quand les engorgemens qu'on ne pourrait pas enlever seront assez récens, mobiles, peu durs et peu volumineux.

M. Amussat ajoute qu'il a eu aussi occasion d'enlever des cancers du sein en laissant les ganglions, dans les mêmes circonstances, et avec le même succès que M. Lisfranc.

— M. Leroy d'Étiolle présente deux vessies malades; l'une contient une tumeur prostatique qui durant la vie offrait des battemens perceptibles au bout de la sonde; l'autre présente un kyste très-volumineux, beaucoup plus étroit du col que du fond et renfermant une pierre volumineuse qui se moulait sur la forme du kyste. Les uretères étaient sains.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES NERFS DE L'OREILLE, par Eugène DELMAS, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. (1)

Dans un concours pour la place de chef des travaux anatomiques de Montpellier, M. E. Delmas eut à rechercher les anastomoses du glosso-pharyngien avec le trisplanchnique et le trifacial. Après avoir consulté ce qu'ont écrit sur ce point fort litigieux, Jacobson, Hirzel et M. Breschet, il en appela à la dissection, et ce sont les résultats qu'elle lui a donnés qu'il consigne dans ce mémoire.

Il a d'abord noté sur un temporal sec, les trous qui donnent passage aux différens nerfs et il a pénétré minutieusement la profondeur et la direction des canaux dont ils sont le commencement ou la fin. M. Breschet avait déjà fait le même travail; mais M. Delmas n'a pas trouvé les choses tout-à-fait disposées ainsi que M. Breschet les avait décrites. Est-ce à dire que l'un ou l'autre ait mal vu? Nullement; déjà Hirzel avait noté plusieurs variétés dans la disposition des filets nerveux qui parcourent le tympan; et nous avons eu occasion ailleurs d'établir en fait général, que le système nerveux n'offrait pas moins de ces variétés de direction et de distribution que le système vasculaire lui même.

M. Delmas a constaté l'existence du ganglion pétreux, nié par plusieurs anatomistes. Le meilleur moyen de le trouver consiste à disséquer de l'intérieur du crâne à l'extérieur. En enlevant avec soin les parties environnantes, on le voit situé à la partie antérieure du trou déchiré postérieure, dans une légère dépression voisine de l'orifice inférieur de l'aqueduc du limaçon. On le reconnaît aisément à sa couleur rougeâtre qui le distingue du nerf lui-même.

Il a reconnu le renflement rougeâtre que M. Arnold a décrit comme ganglion; constaté l'existence des trois canaux décrits par M. Breschet dans l'aqueduc de Fallope, suivi le rameau de Jacobson, etc. Ces vérifications ne sont pas sans doute sans intérêt; mais un fait beaucoup plus important est la découverte d'un rameau nerveux que M. Delmas a retrouvé plusieurs fois sur le cadavre, bien que nul auteur n'en ait fait mention.

Ce nerf, né en arrière du ganglion pétreux, descend sur la paroi externe du golfe de la veine jugulaire, contenu dans un véritable canal; puis bientôt il se recourbe pour pénétrer dans le canal de Fallope et s'anatomoser presque à angle droit avec le nerf facial. Il décrit dans cette marche à peu près un ∽ renversé. Ce nerf établit donc une anatomose évidente entre le glosso-pharyngien et le facial; M. Delmas lui donne le nom de rameau *pétreux profond*. Pour le mettre à nu, il faut attaquer la fosse jugulaire par sa paroi interne; car en détruisant l'os par sa partie externe, on enlèverait nécessairement le nerf lui-même.

Le mémoire de M. E. Delmas, court, mais plein de faits, sera lu avec intérêt par tous les anatomistes.

MÉMOIRE SUR LE SIROP DE POINTES D'ASPERGES, par M. JONHSON. — Paris, 1834. In-8° de 51 pag.

L'origine du sirop de pointes d'asperges est assez curieuse à rapporter. Fourrier, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, souffrait depuis long-temps d'une hypertrophie du cœur. Il crut s'apercevoir que durant la saison des asperges ses douleurs diminuaient sensiblement; il en fit préparer un sirop pour jouir toute l'année du bénéfice de ce nouveau médicament. Vers la même époque, M. Treille constatait cette propriété sédative de l'asperge sur un de ses malades. En 1829, M. Broussais la démontra par des expériences publiques, et dès lors le sirop d'asperges a pris rang dans la matière médicale. M. Johnson avait été l'heureux pharmacien choisi par M. Fourrier et M. Broussais pour préparer ce sirop; c'est à lui que se sont naturellement adressé les praticiens; et voilà comment il s'est trouvé en possession de fournir la capitale et les provinces de son fameux sirop d'asperges. Nous lui devons du reste cet éloge, que plusieurs de ses confrères se soucient trop peu de mériter, c'est qu'il a procédé tout d'abord d'une manière régulièrement scientifique; il n'a point caché son procédé; il l'a soumis au jugement de l'Académie de médecine dont il a obtenu un rapport favorable; et son nouveau mémoire est fondé sur des faits recueillis dans les cliniques publiques, et qui, déjà publiés dans les journaux de médecine et signés tous de noms honorables, offrent une incontestable authenticité. C'est par là surtout que ce travail nous a paru digne d'un sérieux examen.

Voici d'abord la formule de ce sirop. Prenez : asperges, 8 livres; coupez-les; pilez et retirez le suc par une forte expression; évaporez jusqu'à consistance sirupeuse. Laissez alors cristalliser l'asparagine; décantez et évaporez de nouveau le liquide jusqu'à consistance d'extrait sec. Prenez le parenchyme des sommités d'asperge; faites le macérer pendant quelques jours dans la moitié de son poids d'alcool à 22°; exprimez et servez-vous de la liqueur pour reprendre de l'extrait sec toute la partie soluble. L'extrait épuisé, distillez pour lui enlever son alcool. Servez-vous-en alors pour dissoudre l'asparagine et formez le sirop.

Il faut ajouter que M. Johnson emploie l'*asparagus amarus* qui croît dans le midi de la France, et qui contient une bien plus grande quantité de principes actifs que l'asperge cultivée; et qu'enfin il combine tellement les élémens du sirop, que celui-ci contient toujours par chaque once six grains de substances actives.

Le sirop d'asperges paraît jouir de trois propriétés différentes, savoir : de ralentir les battemens du cœur, de calmer directement les douleurs et même la toux nerveuses, et enfin d'exciter la sécrétion urinaire.

Les faits destinés à démontrer la première propriété sont les plus nombreux. Une rapide analyse permettra d'en apprécier la valeur. Il s'agit dans le premier cas de palpitations très-fortes; les battemens du cœur s'entendaient dans toute la partie antérieure du sternum, au-dessous des deux clavicules et même un peu en arrière et à gauche. Le malade ne pouvait faire un pas sans étouffer. Après une saignée de quatre palettes, M. Andral prescrit le sirop d'asperges à la dose de 2 à 3 onces par jour. En 15 jours le pouls tombe à 40 pulsations; on interrompt le sirop; le

---

(1) Paris, chez Delille-Cavellin, libraire. In-8° de 19 pages.

lendemain les battemens sont à 64. On reprend le sirop ; ils baissent de nouveau. L'action du médicament est ici manifeste. Un second malade offrant des symptômes analogues fut soumis au même traitement. En 24 heures, le pouls tombe de 72 à 66, la respiration de 32 à 20 ; au bout d'un mois le malade sort guéri de l'hôpital.

Quatre autres observations prises aux cliniques de MM. Emery, Broussais, Serres et Fouquier, donnent des résultats analogues. L'observation de M. Fouquier est surtout remarquable en ce que le sirop d'asperge a été donné après la digitale, d'abord concurremment, puis seul, et qu'il a produit une amélioration à laquelle la digitale n'était point arrivée.

Enfin le docteur Gourdin rapporte un cas fort intéressant de palpitations chez une dame, à la suite de couches ; la digitale et l'extrait de jusquiame n'avaient pu les calmer. Le sirop d'asperges à la dose de deux à six cuillerées par jour continuée durant un mois a ramené la circulation à son rhythme normal. Chaque époque de la menstruation cause cependant encore un trouble sensible que deux cuillerées de sirop matin et soir suffisent à dissiper.

L'auteur ne rapporte que deux faits à l'appui de l'action sédative du système nerveux ; encore ne nous paraissent-ils pas de nature à fonder une conviction bien forte. Il est vrai que M. Piorry a assuré à l'Académie qu'il avait arrêté, à l'aide du sirop d'asperges, l'insomnie produite par les douleurs de la phthisie avancée, du cancer, de la pierre, etc.

Deux derniers faits recueillis à la clinique de M. E. Broussais et de M. Lerminier, montrent une action véritablement diurétique du sirop d'asperges dans deux cas d'œdème ; dans le second cas il convient de dire qu'il y avait quelques palpitations.

Si nous n'avions pour baser notre jugement que ce petit nombre de faits, les conclusions ne sauraient être bien rigoureuses, au moins pour les deux dernières propriétés ; mais les essais tentés depuis six ans dans les hôpitaux et dans la pratique civile permettent de porter une décision plus assurée. On peut donc reconnaître au sirop d'asperges, tel que le prépare M. Johnson, une vertu sédative modérée, qui le rend surtout applicable aux constitutions nerveuses et délicates ; et une action diurétique d'autant plus sensible que l'œdème est accompagné d'une affection du cœur. C'est principalement contre les battemens désordonnés de cet organe que son efficacité est incontestable, et qu'il lutte avec avantage contre la digitale. Mais ce qui donne au nouveau médicament une valeur spéciale, c'est qu'il peut être administré aux estomacs les plus susceptibles sans laisser à redouter les inconvéniens qui suivent souvent l'emploi de la digitale et de l'opium.

Il resterait à examiner à quels élémens constitutifs de l'asperge sont dus ces effets remarquables. D'après quelques expériences tentées sur les indications de M. Johnson, l'asparagine serait l'agent diurétique, et la résine verte le principe sédatif qui agirait à la fois sur la circulation et sur le système nerveux. Ces données mériteraient d'être constatées, puisqu'elles serviraient au besoin à accroître en un sens ou dans l'autre les propriétés du sirop.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE M. THOURET-NOROY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS.

Angers, le 3 février 1835.

Monsieur le rédacteur,

Voulant prouver son adhésion pleine et entière à la détermination prise par l'assemblée générale des médecins de Paris dans le courant du mois de septembre dernier, la Société que j'ai l'honneur de présider vota à cette époque une somme de 50 fr., qui devait être envoyée pour faire partie de la souscription ouverte en faveur de M. le docteur Thouret-Noroy. Une erreur qu'elle n'a reconnue qu'hier, a pu seule empêcher cet envoi, que je m'empresse de faire aujourd'hui.

J'ai l'honneur, etc.

LAROCHE, médecin,
président.

DIX-HUITIÈME LISTE DE SOUSCBIPTION.

Deuxième envoi de la Société de médecine d'Angers : M. Bard, D.-M. à Beaune, 5 fr. ; M. Voillot, id., 5 fr. ; M. Leflève, id., 5 fr. ; M. Molin, id., 5 fr. ; M. Parent, id, 5 fr. ; M. Perrote, à Blaisy-le-Bas, 3 fr. ; M. Cothenet, à Sombereon, 3 fr. ; M. Rochot, à Seurre, 3 fr. ; M. Vadot, à Meursault, 6 fr. ; M. Cansard, à Châtillon, 6 fr. ; total, 48 fr. — M. Hulin, à Bichelien (Indre-et-Loire), 5 fr. ; la Société des médecins d'Angers, 50 fr. — Total, 103 fr.

Souscription de l'assemblée générale,	1,732 fr.
Souscriptions reçues jusqu'au 15 novembre par divers journaux,	288
Souscription de la GAZETTE MÉDICALE,	2,480 50
Montant de la dix-huitième liste,	103
	4,603 50

VARIÉTÉS.

— Le registre ouvert à la Faculté pour l'agrégation (section de médecine) a été clos le 15 février. Les candidats inscrits ne sont pas moins de trente-trois ; ce sont :

MM. Nonat, Auber, Guibert, Lepelletier, Montault, Lembert (Alfred), Donné, Gouraud, Pidoux, Sestier, Marmorat, Barthélemy, Cazenave, Sédillot, Cuvier, Daniel, Campaignac, Legroux, Lembert (Jean-Baptiste), Duplay, Combette, Bell, Pelletan de Kinkelin, De la Berge, Gaudet, Pigeaux, Bichelot, Bazin, Noël, Rufz, Sabatier, Petigny de Rivery, Bally (de Lyon).

— *Abrégé de l'Histoire de la médecine*, considérée comme science et comme art, dans ses progrès et son exercice, depuis son origine jusqu'au dix-neuvième siècle ; par M. L. F. Gasté, docteur-médecin, etc., etc. Un vol. in-8°, 7 fr.

Paris, J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis ; Londres, même maison, 219, Regent street.

— *Nouveau traité de l'accouchement manuel* (ou contre nature), réduit à sa plus grande simplicité par l'analogie des positions diagonales de toutes les régions du tronc fœtal avec celles de l'occiput ; par M. J.-M. Lemonnier, docteur en chirurgie, etc. Première livraison in-4°, prix 4 fr. pour les souscripteurs ; et 4 fr. 50 c. pour les non souscripteurs. L'ouvrage se composera de cinq livraisons imprimées sur grand raisin fin de 16 à 32 pages de texte et de 3 à 5 planches, qui contiendront de 9 à 22 figures.

Paris, J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis ; Londres, même maison, 219, Regent street.

— *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires dans la pneumonie*, par M. P.-Ch.-A. Louis, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50 c.

Paris, Jean-Baptiste Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis Londres, même maison, 219, Regent street.

— *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, par MM. Andral, Bégin, Blandin, Bouillaud, Bouvier, Cruveilhier, Cullerier, Deslandes, Devergie (Alph.), Dugès, Dupuytren, Foville, Guibourt, Jolly, Lallemand, Londe, Magendie, Martin Solon, Ratier, Reyer, Roche, Sanson ; tom. 13 en vente. Prix : 7 fr.

A Paris, chez MM. Méquignon-Marvis et J.-B. Baillière, libraires pour la partie de médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 10. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 7 MARS 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n°. 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR DES ABCÈS PRIS POUR DES ANÉVRISMES, ET SUR DES ANÉVRISMES PRIS POUR DES ABCÈS; par le docteur F. Ribes père, médecin ordinaire des Invalides.

(Premier article.)

Dans le courant de septembre dernier, j'étais à Bagnères, bien disposé à ne point travailler, à garder le repos, et, en soignant ma santé, à me laisser vivre paisiblement; mais à la réception du numéro de la Gazette médicale, dans lequel l'affaire du docteur Thouret-Noroy se trouvait rapportée, je sentis aussitôt mes forces se relever, et j'éprouvai le besoin de réunir mes faibles moyens à ceux des médecins de Paris pour soutenir un confrère qu'on cherche à opprimer, et surtout pour défendre notre profession qu'on voudrait avilir par des lois qui tendraient à paralyser le dévouement des hommes dont tous les instans sont consacrés à soulager et à consoler les êtres souffrans.

Le souvenir d'un abcès pris pour un anévrisme, dont j'avais recueilli l'observation, me donna l'idée de rechercher dans ma mémoire tous les cas du même genre que j'avais trouvés rapportés dans les livres de l'art. A la vue de tant de méprises faites par des hommes expérimentés, et qu'on ne pouvait accuser d'ignorance ni d'inattention, je fus surpris et affligé d'entendre parler de la responsabilité dont on voulait charger le médecin.

Je crois qu'il n'y aurait que des hommes qui se seraient glissés furtivement dans les rangs de la chirurgie ou de la médecine, et qui auraient emporté leurs grades par intrigue et par ruse, comme ils enlèveraient par la bassesse les places qui ne seraient pas données au concours; il n'y aurait, dis-je, que de tels hommes, si on pouvait en supposer de pareils, qui pourraient braver la responsabilité, et oser sans rougir tout affronter.

Je ne pense donc pas qu'un médecin consciencieux et éclairé puisse voir avec indifférence une loi sur la responsabilité. Il semble cependant à l'abri de toute crainte, lui qui a étudié la vie de l'homme malade, qui a soigneusement cherché à connaître la direction que suit dans chaque maladie le mouvement anormal de l'organisme, qui a bien apprécié l'étendue du mal, le degré et l'état des forces de la nature médicatrice, et qui sait dans la plupart des cas s'il faut agir ou rester en expectation. Mais si le mal est compliqué, grave, et que l'issue en soit douteuse, il faudra un grand courage à ce médecin, pour n'être pas arrêté dans mille circonstances par la crainte de la responsabilité, lorsqu'en employant un remède héroïque inusité, ou une de

---

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° I.

Une histoire aussi instructive que variée, aussi profondément morale qu'aucune autre, aussi grave et triste qu'amusante sous certains rapports, serait celle des travers de l'esprit humain dans ses rapports avec la médecine. Oh! le curieux tableau que celui qui déroulerait à nos yeux les préjugés, les sottises, les erreurs, les superstitions, les absurdités, les folles croyances relatives à l'art de guérir, de cet être bizarre, de ce monstre à mille têtes qu'on appelle public. Ce tableau a déjà été tenté, mais sur un plan si mesquin, avec des vues tellement superficielles, qu'on ne pouvait compter sur un succès durable. Il y a ici une haute conception philosophique, une génération progressive d'idées selon les temps et les révolutions séculaires, qui, une fois bien comprise, largement fécondée, donnerait à cet ouvrage un puissant intérêt. En jetant un coup d'œil général sur ce grand sujet de méditation, une chose frappe d'abord; c'est que les préjugés, les erreurs concernant l'art de guérir, se remarquent à toutes les époques, malgré l'éclat et la diffusion des lumières scientifiques. Tantôt ces préjugés résistent, s'enracinent et se propagent; tantôt ils disparaissent, s'enfoncent dans la nuit des temps, mais pour faire place à d'autres. Ceci tient-il à la nature même de l'homme? Est-ce une maladie inhérente à notre espèce, une affection chronique sans terme et sans issue, particulière à l'esprit humain?

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'aucun peuple, et dans aucune époque de son existence, n'a été exempt de cette rouille, qui contraste si fort avec les jactances de chaque siècle, et ce qu'on est convenu d'appeler les progrès de la civilisation. Il y a trente ans environ que Ginguené, littérateur de beaucoup de mérite, faisant un cours à l'Athénée, se moqua à plaisir de ce qu'au quinzième siècle, quelques moines eurent de vives et bruyantes querelles à l'occasion de la forme la plus convenable à donner au froc. Ginguené prenait en pitié de pareilles querelles, assurant que de notre temps on n'avait plus à craindre de les voir renaître, attendu qu'il y avait plus de lumières répandues dans toutes les classes. Un critique malin et spirituel répondit au professeur de l'Athénée qu'en effet de semblables querelles ne pouvaient renaître, mais que les nôtres ne valaient pas mieux; que si on ne se disputait plus pour la forme d'un froc, on avait fait couler des torrens de sang pour la couleur d'un bonnet et d'une cocarde. Cet argument sarcasme écrasa

ces opérations hardies inspirées par le génie, il pourrait sauver un malade voué à une mort certaine.

Franco ayant pratiqué la taille par la méthode de Celse, la pierre trop grosse ne put pas être menée au périnée. Ce praticien, par une sublime conception, ouvre le ventre au-dessus du pubis, pénètre dans la vessie, ôte la pierre, et le malade guérit. Toutefois, malgré un si beau et si éclatant succès, Franco, effrayé du danger de son entreprise, recommande à tout homme de ne point suivre son exemple.

Ainsi, Franco aurait reculé devant un obstacle qu'il a vaincu, son malade serait mort, le haut appareil n'aurait pas été découvert, si du temps de ce praticien célèbre la loi dont on nous menace avait existé.

Aujourd'hui, malgré l'antique précepte : *Melius anceps remedium quam nullum*, je doute qu'on trouve un médecin assez aventureux pour s'exposer, dans un cas douteux, à troubler son repos, à perdre sa réputation et la fortune de ses enfans, en employant, même contre une maladie désespérée, un moyen énergique qui ne serait pas généralement approuvé.

Déjà notre position envers les malades et leur famille n'est pas sans embarras ; si l'on nous suscite encore quelques tracasseries, nos difficultés deviendront plus grandes. Quand je dis nous, je ne prétends pas parler de ces médecins destinés à la richesse et à l'opulence, que la fortune, l'occasion et sans doute de grands talens ont rapidement élevés à la haute pratique médicale, et ont placés avec une sorte de célébrité au rang des grands maîtres ; il s'agit seulement ici des médecins qui, n'ayant pas été plus aidés par la fortune que par l'occasion, sont contraints à faire la médecine modestement dans les rangs inférieurs de la société : c'est donc pour nous un devoir d'éclairer les malades sur leur situation et la nôtre.

Parce que la médecine est mieux enseignée qu'autrefois, et qu'elle est généralement mieux apprise, il y a un certain public qui pense que l'art a fait tant de progrès que plus rien ne doit lui résister.

L'année dernière, je donnais des soins à une jeune dame phthisique. Le mari n'avait aucune inquiétude sur l'issue de la maladie ; je crus ne pas devoir le laisser dans cette sécurité, et je lui fis part de mes craintes. Il n'en fut point ébranlé, et me répondit avec un calme de conviction qui m'étonna : Nous ne voulons pas de consultation ; nous avons la plus grande confiance en vous ; employez tous les moyens que la médecine a mis à votre disposition ; agissez ; que rien ne vous arrête ; la science est poussée trop loin pour qu'aujourd'hui elle ne soit pas au-dessus de cette maladie. Ma persévérance dans l'opinion que j'avais émise l'indisposa ; il prit un autre médecin, et peu de temps après ce malheureux homme, en s'éveillant la nuit, trouva sa femme morte à ses côtés.

Il y a peu de semaines, on vint me chercher pour aller voir à trente lieues d'ici un malade atteint de carie de l'apophyse mastoïde ; s'étendant profondément dans l'os temporal ; il y a déjà paralysie des muscles de la face de ce côté ; de plus, cette personne a une maladie du cœur compliquée d'anasarque : ma mauvaise santé ne me permit pas de me déplacer. On me pria de désigner quelqu'un en qui j'aurais confiance ; j'indiquai M. le docteur Breschet, l'une de nos grandes capacités médicales ; il fit le voyage, alla voir le malade, donna son avis et revint à Paris. Quelques jours après, un magistrat, neveu du malade, vint m'annoncer que le médecin traitant et le médecin consulté avaient fait une déclaration qui laisse peu d'espoir. Il ajouta : Comment, au point où est arrivée la médecine, elle serait sans ressource contre cette maladie ! Cela n'est pas possible ; il doit y avoir parmi les grands médecins de Paris un homme capable de la guérir. Croyez-vous qu'on Marjolin n'entreprendrait pas de l'attaquer par quelque grande opération ? Je lui répondis que M. Marjolin s'était fait une brillante réputation comme professeur et comme praticien ; qu'elle était bien méritée, et que j'avais manifesté plus d'une fois mon opinion à cet égard ; mais que je devais à la vérité de dire que les Marjolins étaient nombreux dans la capitale, c'est-à-dire les hommes de génie, de talent, de haute capacité, et qu'il n'en trouverait pas un qui après avoir vu le malade voulût y mettre la main.

Il y a un autre public plus nombreux que le premier, qui pense aussi que la médecine a fait assez de progrès pour que l'homme de l'art doive guérir indistinctement toutes les maladies ; et sa croyance va si loin qu'il est à craindre, pour peu que nous ayons encore à soutenir quelque affaire comme les deux procès de la Normandie, que les personnes de cette opinion ne regardent comme un dommage causé par la négligence du médecin, toutes les infirmités inévitables et même les traces laissées par la maladie dont on les aura empêchées de mourir.

D'après ce qui vient d'être dit, il est évident, pour les gens du monde, que la médecine a beaucoup étendu son domaine, que les médecins et les chirurgiens l'embrassent dans son entier, et font journellement en commun des recherches pour tâcher de l'agrandir encore.

Mais puisqu'il en est ainsi ; comment arrive-t-il qu'on veuille nous décourager par des lois dégradantes, lorsqu'on devrait au contraire se montrer reconnaissant des efforts inouïs qu'ont faits parmi nous un grand nombre d'hommes de génie pour reculer les bornes de notre art, et pour nous conduire sur la ligne qui sépare encore nos tentatives des secrets que la nature nous cache ?

Enfin, pour mettre le public à même de juger notre position et notre savoir, je déclare hautement, avec des médecins qui l'ont déclaré avant moi, qu'il y a des maladies qu'il serait dangereux de guérir (1) ; qu'il y a même des maladies utiles qu'il faut savoir garder (2).

Il y a des maladies chroniques absolument incurables ; mais le médecin peut en diminuer l'intensité et la violence. Les malades ignorent combien, dans ce cas, il faut de patience, de résignation, de talent et de connaissances pour calmer leurs souffrances et rendre leur état supportable.

L'homme de l'art est souvent appelé près de personnes nées avec une constitution forte, destinées à fournir une longue carrière, mais atteintes accidentellement d'une maladie organique incurable causée par les fatigues de la guerre, par la débauche ou l'excès du travail, maladie qui doit bientôt les faire succomber. Si le médecin arrive à temps, s'il est écouté et obéi, la vie des malades est prolongée, et les individus parcourront encore, quoique valétudinaires, la durée d'existence qui, originairement, leur avait été accordée par la nature. Ainsi cette existence aurait été de beaucoup abrégée, si l'art n'était venu à leur secours.

(1) Voyez Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir, ouvrage intéressant, publié par Dominique Raymond, médecin de Montpellier.

(2) Voyez la Dissertation sur les maladies utiles, soutenue à Paris, le 24 juillet 1806, par le spirituel et savant Dessaix, médecin ordinaire à la grande armée. Son frère, le général de division Dessaix, mort dernièrement, avait été reçu docteur à Montpellier, avant la révolution.

---

la vaniloquence du pauvre Ginguené, en mettant à la fois les rieurs et la raison contre lui. Il en est de même des préjugés du public pour l'art de guérir. Personne ne croit plus maintenant aux vertus du célèbre mot *abracadabra* ; les amulettes ont perdu beaucoup de leur puissance, même dans le peuple ; l'efficacité des perles et des pierres précieuses, si bien établie autrefois, est maintenant regardée comme une superstition, ainsi que l'influence des constellations sur notre economie ; et même, sans remonter bien avant le cours des âges, combien dans le dernier siècle, assez peu éloigné de nous, combien, dis-je, de remèdes vantés, prônés, admirés par le *servum pecus* populaire, sont maintenant ensevelis dans le plus complet oubli ! Qui de nos contemporains connait aujourd'hui la poudre d'Ailhaud, naguère si célèbre ? Que sont devenus l'eau d'or de la Rochelle, l'écorce d'orme pyramidal, illustrée par un excellent mot de Bouvard ; les lavemens de Kœmpf, les dragées de Keyser, le lait d'éléphant pour la syphilis, l'eau de Beaufort, la poudre de Godernaux, la préparation de Dacher, l'irroë ou le purgatif rafraîchissant, l'élixir du général Lamotte qui se vendait un louis la goutte ? Or, tous ces remèdes ont eu de la réputation, de la vogue ; on citait leurs admirables effets, les miracles qu'ils opéraient ; on attendait de leur emploi, non-seulement la guérison des maladies, mais une longue vie, une santé inaltérable. Dans certains cas même, l'immortalité était le résultat infaillible de quelques-uns de ces médicamens, espoir entretenu avec art par des charlatans d'un ordre supérieur, et dont je parlerai dans un instant. La haute société, la noblesse, les gens comme il faut, voire même bien des gens de lettres, malgré leur vernis de philosophie, vantaient l'excellence de ces préparations. Dans les salons dorés où de tout temps l'oripeau, le bruit, l'ont emporté sur le mérite modeste ; où l'on prend les fumées de l'engouement pour la divine lumière de la vérité, où l'on ne reconnait un âne que quand il a un bât sur le dos ; dans les salons dorés, dis-je, on raillait les médecins, on se moquait de leur peu de savoir. Et voyez ce qui en est aujourd'hui ! On sourit, on lève les épaules ; on ne conçoit pas comment de pareils remèdes, de pareils hommes, ont pu séduire un public éclairé. Eh bien ! autres temps, autres mœurs, autres superstitions ; la société s'est brisée et s'est refaite, atteinte dans ses racines par la hache réformatrice ; bien des constitutions, des révolutions de gouvernemens et de mœurs se sont succédées, et de même aussi les préjugés de nos pères ont disparu ; mais ils ont été remplacés par d'autres, quel que soit d'ailleurs le progrès des idées. Le vulgaire et le vulgaire de tous les rangs, est, comme par le passé, toujours profane, dupe et absurde ; toujours de feu pour le mensonge, sa longue oreille reste éternellement béante pour recueillir ce que l'intrigue, la cupidité, l'industrialisme adroit, opiniâtre, effronté, répètent partout et chaque jour. Quand on réfléchit au contraste qui existe entre l'outrecuidance des prétentions de notre société actuelle, et ce qu'on voit, ce qu'on entend de toutes parts, on ne peut s'empêcher de gémir sur la pauvre humanité. Lisez ce qu'on placarde sur les murs de la capitale, parcourez les mille imprimés que la poste distribue continuellement ; écoutez les bruits mensongers des ignorans, les propos des compères, les prétentions de ces hommes habiles à captiver le public pour fouiller impunément dans sa bourse, et dites s'il est toujours facile d'éviter le large guêpier du charlatanisme. Les journaux quotidiens, ces véritables *allumeurs de chalands*, contribuent surtout à étendre, à aggraver le mal.

Comment le criticisme de la presse, appelé à une si haute mission que celle de

Nous avons à l'hôtel plusieurs invalides qui sont dans ce cas; je pourrais moi-même me citer pour exemple.

Il y a une autre classe d'affections, ce sont les maladies aiguës, dont la marche, depuis l'invasion jusqu'à la terminaison, est presque aussi bien connue que peut l'être le mécanisme de la digestion, de la respiration et de la circulation. En effet, la maladie aiguë est une fonction nouvelle, développée en nous accidentellement; elle est accompagnée de phénomènes qui lui sont propres; elle a une marche et en général une durée déterminées. Il s'agit ici de bien connaître le mécanisme de cette fonction accidentelle, pour distinguer ce qui lui appartient en propre; et pour apprécier le trouble ou plutôt la manière d'être des mouvemens qu'elle produit dans l'organisme ou dans l'action des principaux organes de l'économie animale; et au milieu du désordre apparent de la fonction nouvelle, lorsque les phénomènes et le mécanisme en sont bien étudiés et bien compris, on aperçoit une tendance et un ordre admirable dans les efforts de la nature pour faire cesser la maladie et pour rétablir le rhythme ordinaire des fonctions.

Nous devons l'avouer, tout n'est pas certitude en médecine : il faut donc nous résoudre à abandonner l'exercice de notre profession, ou à repousser avec force et énergie la responsabilité du médecin. Il est vraiment affligeant que le médecin soit obligé de débattre une pareille question, lui qui est dévoué au malade autant par honneur et par humanité, que par intérêt. Plus la maladie est grave, et plus il s'attache au malade; les plaisirs les plus agréables ni même les plus bruyans de la société ne peuvent le distraire; le malade le suit partout, il ne le quitte pas plus que son ombre. Faudra-t-il encore joindre à de telles anxiétés celles que causerait la crainte de la responsabilité? une pareille clause ne peut entrer dans nos lois, à moins qu'on ne veuille tarir tout sentiment d'humanité, et arrêter à jamais la marche progressive de la médecine.

J'ai dit que tout n'était pas certitude en médecine, et afin de le prouver, je prends l'anévrisme pour sujet, question qui a quelque rapport avec celle aujourd'hui en litige.

Nous distinguerons seulement ici l'anévrisme en anévrisme vrai ou par dilatation, et en anévrisme faux ou par épanchement. Les caractères de ces deux espèces d'anévrismes sont bien tranchés; cependant un trumbus, certaines tumeurs squirrheuses, des tumeurs humorales enkystées, comme le stéatôme, l'athérôme, le méliceris, le lipôme ou des tumeurs fongueuses développées au voisinage du cœur, de l'aorte, ou bien sur le trajet d'une artère principale du membre, peuvent en imposer et faire croire à l'existence d'un anévrisme vrai, parce qu'en effet ces tumeurs ont des battemens isochrônes aux mouvemens du cœur et des artères; mais ici ordinairement ces méprises n'ont pas de suites fâcheuses.

Il n'en est pas de même dans le cas d'anévrisme faux ou par épanchement. Cet anévrisme peut en imposer et faire croire à l'existence d'un abcès, comme cela est arrivé, et alors l'erreur qui n'a pu être évitée a été funeste au malade.

Voyons les observations de ce genre que nous ont transmis nos maîtres; nous verrons ensuite quels sont les moyens d'éviter les erreurs dans lesquelles sont tombés nos devanciers.

Nous allons rapporter :

1° Les observations d'abcès et trumbus pris pour des anévrismes;

2° Les observations d'anévrismes pris pour des abcès;

3° Les observations d'anévrismes guéris spontanément par l'oblitération de l'artère;

4° Les observations d'anévrismes qui ont existé pendant un grand nombre d'années sans causer d'accidens.

PREMIÈRE SÉRIE.

OBSERVATIONS DE TUMEURS HUMORALES, TRUMBUS OU ABCÈS PRIS POUR DES ANÉVRISMES.

Les livres de l'art fourmillent d'observations sur des tumeurs et des abcès, situés sur le trajet des grosses artères, qui ont été pris pour des anévrismes survenus soit à la suite de la saignée du bras, soit à la suite de toute autre cause.

Plusieurs auteurs ont pensé que Moinichen était le prémier qui avait publié une observation de ce genre; mais vingt-cinq ans avant, il y en avait une de Fabrice de Hilden, qui était connue des médecins.

Sans y attacher une grande importance, nous suivrons à peu près l'ordre anatomique dans l'exposition de ces observations.

Obs. I. — En 1604, un maître d'école du baillage de Morges, sur le lac Léman, se fit ouvrir la veine. Le chirurgien piqua en même temps l'artère qui passe sous la basilique; un anévrisme se développa peu à peu, et pendant plus d'un mois on appliqua inutilement sur la tumeur plusieurs médicamens. Le malade inquiet alla trouver Fabrice de Hilden. Ce praticien vit sur le lieu où avait été faite la section, une grosseur du volume d'un œuf d'oie, de couleur pâle et un peu dure. On remarquait les mouvemens de la tumeur non-seulement à la main, mais aussi à l'œil. Les battemens étaient si forts qu'ils faisaient soulever l'appareil qui était dessus. Il était impossible à cet homme d'étendre le bras; cependant la douleur n'était pas très vive.

Voyant un mal d'une guérison très-difficile, Fabrice faisait difficulté de l'entreprendre; mais il finit par céder aux prières du malade et se chargea de le traiter.

Après avoir ordonné le régime, Fabrice fit appliquer sur la tumeur son emplâtre de ciguë. Il fit donner un lavement au malade et lui fit prendre un julep trois matins de suite; après cela il lui administra un purgatif qui, ayant vidé avec impétuosité, dit l'auteur, les mauvaises humeurs par haut et par bas, attira si puissamment le sang qui était enfermé dans l'anévrisme, que le jour suivant on n'y remarquait aucune pulsation ni à l'œil ni à la main. La tumeur était beaucoup diminuée de volume; alors on appliqua sur la partie affectée un coussinet qu'on fixa avec des bandes, afin d'empêcher le sang vital de sortir de l'artère. Fabrice déclare que par ce moyen cet homme fut guéri.

(Voyez la 44e obs. de la 3e centurie de Fabrice de Hilden.)

Certainement les anévrismes ne guérissent pas de cette manière : on ne peut voir ici qu'un abcès ou toute autre tumeur humorale survenue après la saignée, et qui se sera terminée par résolution.

Lazare Rivière rapporte une observation qui a quelque ressemblance avec la précédente; elle lui a été communiquée par Denis Pomaret, très-habile chirurgien de Montpellier. Je l'ai copiée presque dans son entier pour lui conserver la couleur du temps et la candeur avec laquelle elle est racontée.

Obs. 2. — Marguerite Versaline, fille de Villeneuve, étant saignée, le chirurgien lui ouvrit la veine et l'artère d'où s'en suivit un anévrisme, lequel, dès le commencement, devint d'une grosseur épouvantable. Par la consulte qui fut faite il fut résolu d'ouvrir la tumeur, après avoir premièrement lié l'artère à la partie supérieure, à quoi la malade ne voulut consentir; mais ayant quitté le premier chirurgien, elle me vint prier instamment que je tâchasse de la guérir par l'application de remèdes topiques. Pour la satisfaire, j'appliquai sur la partie des compresses imbibées d'une décoction astringente, la liant par le dessus avec

propager les lumières, a-t-il pu descendre à ce point de se faire le porte-voix du charlatanisme? Avancez en médecine la plus grossière assertion, inventez le remède le plus bizarre, le plus dangereux; proposez le mode de traitement le plus contraire à l'expérience, à la vérité, aussitôt les mille voix de la presse le propageront, le préconiseront sans fin et sans relâche; il ne s'agit pour cela que d'un peu d'argent; c'est un droit acquis au premier venu : horrible profanation du grand et saint nom de la liberté! Et le bon sens public, dira-t-on, le comptez-vous pour rien? Très-certainement je n'en fais nul cas. La mode et le fracas l'ont bientôt étouffé quand il s'agit de maladies et de remèdes, de médecine et de médecins. Ainsi le veut notre chétive et discordante nature, courant sans cesse après le nouveau et l'extraordinaire. La vogue et le bruit ont surtout une influence marquée sur la foule, c'est le sortilége auquel on la voit continuellement céder. Il y a vingt ans, les bains de vapeur étaient à la mode : dès-lors tout le monde voulait suer pour guérir; un médecin se serait fait honnir de ses cliens, s'il eût oublié de conseiller ce moyen thérapeutique. Puis l'acupuncture a brillé quelque temps : on se souvient de ces jeunes et jolies femmes souffrant de la migraine, accablées de vapeurs, qui priaient leurs médecins de les acupuncturer le plus souvent possible. Le magnétisme a été le sauveur d'un très-grand nombre d'individus; et quoique l'idole reste encore debout, les offrandes ont bien diminué. Le remède Leroy a fait fureur, selon l'expression consacrée. Aujourd'hui ce pauvre et niais public s'occupe et s'engoue d'homœopathie. On lui dit, on lui crie que l'homœopathie guérit, et il croit. Il veut de l'homœopathie, et les médecins spéculateurs ou faméliques industriels lui donnent de l'homœopathie, affirmant sans rire qu'un quadrillionième, un décillionième de grain d'un médicament guérit une maladie longue et grave; que le quinquina, donné à un homme sain, produit la fièvre intermittente; que si on se frotte avec du soufre, on aura infailliblement la gale; qu'en agitant une petite fiole cinq à six fois, on donne au médicament qu'elle contient une activité prodigieuse, etc. D'aussi singulières prétentions ne manquent pourtant ni de croyans ni d'adeptes, tant est grande la faiblesse de l'esprit humain, et coupable l'adresse de certains hommes pour l'exploiter. J'ai vu dernièrement la consultation d'un homœopathe, où l'on recommandait au malade d'avaler les globules prescrits, mais de se bien garder de les mâcher, surtout avec les dents de devant, par crainte d'augmenter excessivement l'action du médicament. Et puis, moquons-nous du malade imaginaire qui reste incertain si, d'après l'ordonnance de son médecin, il doit se promener en long ou en large dans sa chambre. En l'an de colère et de choléra 1832, quelques fous essayèrent d'employer les médicamens proposés par Hahnemann contre cette terrible maladie, mais sans le moindre succès, comme on peut l'imaginer. Or, croyez-vous qu'une pareille déconvenue ait découragé les adeptes? nullement; ils ont continué à exercer leur commerce et leur industrie. Toutefois, et malgré leur philantropie bien connue, ils tiennent, quand il s'agit d'honoraires, à la méthode anglaise; ils insistent, dit-on, beaucoup sur ce mode de reconnaissance de la part de leurs malades, acte de prévoyance dont l'à-propos est facile à concevoir.

En effet, l'histoire des superstitions médicales prouve que beaucoup d'entre elles n'ont qu'un temps, même assez court; heureux qui en profite. La part du feu étant faite, tout rentre ensuite dans l'obscurité, et on n'en parle plus que pour mémoire. Parcourez les fastes de l'art et du charlatanisme, et vous acquerrez la preuve de cette vérité. Sans remonter bien haut, on voit à la fin du 18e siècle,

la bande un peu comprimante, ce qui ayant été continué pendant dix ou douze jours, la tumeur fut diminuée. Après cela la malade s'en retourna à Villeneuve, en ne se servant d'autre remède, et agissant en toute nécessité de son bras. Elle fit revenir la tumeur encore plus grosse avec une grande douleur, fièvre et plusieurs autres symptômes. Cela l'obligea à me prier de la venir voir avec M. Formio, notre doyen, fort expert chirurgien. Nous fûmes de ce sentiment qu'il fallait ouvrir la tumeur après avoir premièrement arrêté l'artère; mais la malade ne voulut y acquiescer. 12 jours après la tumeur s'ouvrit d'elle-même en cet endroit où avait été faite la saignée, et par un trou assez petit, il sortit un sang noir, liquide, mais nullement puant. Les jours suivans il en sortit un pus louable, mais en petite quantité, et enfin l'ulcère fut conduit à cicatrice. Par ce moyen la malade fut parfaitement guérie, ne lui restant que cette seule incommodité; savoir, qu'elle ne peut entièrement étendre le bras, étant resté à demi fléchi.

(Voyez la Traduction française des obs. de Rivière, p. 662. Lyon, 1724.)

Pour moi, je ne vois dans cette observation, comme dans la première, qu'un abcès suite d'un trumbus, et non un anévrisme.

TRUMBUS PRIS POUR UN ANÉVRISME.

3. M. Sylva, de la Réole, dit avoir saigné une servante le 1er juillet 1831. Aussitôt la veine piquée, une tumeur accompagnée de battemens se développa, prit la forme et la grosseur d'un œuf de pigeon. La malade fut conduite à l'hospice. MM. Ducros et Lamothe crurent qu'il y avait anévrisme. La tumeur persista, et plus tard la malade alla à Bordeaux consulter M. le docteur Canhiac, qui déclara que l'artère n'avait pas été lésée. Aujourd'hui cette femme se porte bien et se livre à des travaux pénibles. (Voyez GAZETTE MÉDICALE, 2e série, t. 2, page 656, année 1834.)

4. C'est donc par erreur qu'on avait pris ce trumbus pour un anévrisme. Nous indiquerons plus bas la manière de distinguer ces deux états.

J'ai vu, dit M. Cailliot, à l'hospice de l'École de médecine, une tumeur que sa position à la partie supérieure interne du bras, ses battemens isochrônes à ceux du pouls, firent un instant soupçonner pour être un anévrisme de l'artère brachiale. L'ouverture de cette tumeur fit reconnaître que c'était un lipôme qui avait passé successivement à l'état de squirrhe et à celui de cancer occulte. (V. Cailliot, *Essai sur l'anévrisme*, thèse n° 4, in-8°, p. 18, soutenue le 28 pluviôse an 7.)

5. Samuel Cooper dit que, chez un malade, une tumeur accompagnée d'une grande douleur et d'une forte pulsation, se développa à la partie supérieure du bras, et atteignit un volume considérable. La force des battemens porta d'abord à soupçonner que ce devait être un anévrisme; mais en l'examinant avec soin, l'on trouva que l'humérus avait cédé dans le point que comprenait l'affection, et que là il était aussi flexible que s'il était fracturé. Cette circonstance et l'extension de la tumeur loin du trajet de l'artère, firent, avec le temps, douter de l'existence de l'anévrisme. L'individu succomba aux effets de la maladie; et quand le bras fut disséqué, on vit que la tumeur consistait en une masse sarcomateuse encéphaloïde, située dans la partie centrale du membre, et accompagnée d'une solution de continuité qui s'étendait à toute l'épaisseur de l'os. (V. Dictionnaire de Samuel Cooper, t. 1, p. 112.)

6. Une jeune fille portait, à la partie antérieure, inférieure et latérale du cou, une tumeur oblongue, de consistance moyenne, présentant des battemens isochrônes à ceux des artères. Un chirurgien consulté d'abord jugea que cette tumeur était un anévrisme et prescrivit un régime. Ennuyée de la longueur, et plus encore de l'inefficacité de ce traitement, la mère de la jeune personne la conduisit chez M. Boyer, qui, après avoir examiné attentivement la tumeur, prononça qu'elle n'était point un anévrisme; il ordonna d'y appliquer un emplâtre fondant, et la tumeur fut conduite à parfaite résolution. (V. Cailliot, thèse citée plus haut.)

7. Thomas Bartholin, médecin du roi de Danemarck, rapporte avoir vu un Napolitain atteint d'un anévrisme à la poitrine. Aucun homme de l'art n'osa en entreprendre la guérison. Il dit même que Marc-Aurel Séverin, personnage courageux, n'osa pas y mettre la main, s'appuyant de l'exemple de Fallope, qui recula devant une tumeur formée par toutes les artères qui se distribuent sur le côté de la tête, lesquelles étaient très-dilatées et anévrismatiques. (Cette dernière observation est rapportée par Vidus-Vidius.) La tumeur de la poitrine, dont parle Bartholin, disparut, mais le malade devint bossu, ce qui fait douter que cette tumeur fût réellement un anévrisme. Ce n'était probablement qu'une tumeur humorale.

Ce cas est extrait d'un recueil de douze centuries d'observations traduites en français. Genève, 1670, vol. in-4°. (V. la neuvième centurie de cet ouvrage, p. 433.)

8. Il y a quelques années, dit Warner, je vis un jeune garçon d'environ treize ans, dont le sternum s'était fracturé dans une chute. Il fut reçu à l'hôpital Guy, mais seulement quinze jours après l'accident. En l'examinant, on trouva une séparation évidente des parties de l'os brisé; les fragmens étaient à une certaine distance l'un de l'autre; l'espace intermédiaire était occupé par une tumeur d'un volume considérable. Les tégumens étaient dans l'état naturel; la tumeur offrait une contraction et une dilatation aussi régulières qu'on peut le supposer au cœur lui-même ou à l'aorte. En pressant la tumeur on la faisait disparaître; la pression cessée, elle reprenait aussitôt son premier volume, circonstances qui sont les signes distinctifs d'un anévrisme vrai récent. La situation et les symptômes de cette tumeur la firent regarder comme un anévrisme, et on l'abandonna à elle-même. Trois semaines après l'admission du malade à l'hôpital, cet anévrisme prétendu s'ouvrit; il en sortit une quantité considérable de matière purulente, et la guérison eut lieu après quelques applications topiques. (V. Dictionnaire de Samuel Cooper, t. 1, p. 112.)

9. Samuel Cooper dit encore: Il y a quelques années, je vis au niveau du muscle carré des lombes un abcès volumineux qui battait si fort, que plusieurs praticiens expérimentés regardèrent le cas comme un anévrisme de l'aorte abdominale. Le malade était un jeune homme de l'hôpital Christ, confié aux soins de feu M. Hamsden, chirurgien de cet établissement, dont le discernement découvrit la nature réelle de la maladie. Ce qui est curieux dans ce cas, c'est que les pulsations de la tumeur cessèrent subitement après avoir continué d'une manière manifeste et sans interruption pendant plusieurs semaines, durant lesquelles le malade fut soumis à l'observation du praticien distingué que je viens de nommer. (V. le Dictionnaire cité de Samuel Cooper.)

OBS. 10, recueillie par M. Ribes père. — Claude Aussèle, militaire-invalide, âgé de 62 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à la 58e année de sa vie; à cette époque il fut atteint de douleurs rhumatismales dans la région lombaire. Elles s'étendaient le long des cuisses et des membres inférieurs. Au bout d'un certain temps elles diminuèrent un peu, mais bientôt elles se portèrent vers la cavité abdominale, principalement vers la région des reins, et obligèrent ce militaire à quitter la troupe de ligne pour entrer dans les vétérans. Quelques temps après sa sortie du régiment, ses douleurs avaient beaucoup diminué, lorsqu'au mois de frimaire an VI, portant une forte charge de bois sur des crochets, il se redressa n

---

époque célèbre par le mouvement philosophique des idées, on voit, dis-je, des préjugés pareils s'introduire et dominer les classes les plus élevées. En France, le mesmero-digitisme, les rêveries de Cagliostro et du comte de Saint-Germain triomphèrent de tous les obstacles que leur opposèrent la science et le bon sens. En Angleterre, les assertions de Cohausen et surtout les entreprises bizarres et gigantesques de Graham n'obtinrent pas moins de succès.

Je ne dirai rien du mesmérisme, son histoire est trop connue. Le magnétisme animal, si prôné depuis quelque temps, n'en est que la pâle contre-épreuve, au moins sous le rapport de l'enthousiasme et de l'entraînement. Mais un homme remarquable dans le haut charlatanisme, ce fut le célèbre Sicilien Joseph Balsamo, plus connu sous le nom de Cagliostro. Certes, personne ne sut mieux que lui tromper et séduire les ignorans, saisir son public, le harponner, le traîner à la remorque de son audacieuse intrigue. Avant la fameuse affaire du collier, Cagliostro avait déjà acquis une fortune considérable; ses *gouttes blanches*, ses *gouttes jaunes*, son *baume liquide de vie*, compositions de nulle valeur médicale, prouvent tout ce que peuvent sur le public l'assurance et la fourberie. Dans le même temps, un autre charlatan, nommé le comte de Saint-Germain, faisait l'admiration de la foule. Cet homme avait persuadé à la cour et à la ville, comme on disait alors, deux choses très simples: la première, qu'il faisait de l'or et des diamans à sa volonté; la seconde, qu'il était âgé de plus de mille ans, par l'effet d'un remède à lui connu. Une de ses preuves les plus positives, c'est qu'il se trouvait à Jérusalem le jour que Jésus-Christ y fit son entrée triomphante. Il donnait même sur cet événement, avec le plus incroyable aplomb, des détails tout particuliers. Nous rions aujourd'hui de ces folies; mais le comte de Saint-Germain eut de nombreux fidèles, des sectaires béats qui ne juraient que par lui. Son thé de longue vie acquit une vogue prodigieuse; on croyait, en le buvant, humer un principe de vie éternelle. La foi de beaucoup de gens était aussi simple qu'inaltérable. On dit à ce sujet que le comte de Saint-Germain, racontant un jour, avec son imperturbable sang-froid ordinaire, des choses qu'il avait vues dans la haute antiquité, prit son domestique à témoin; mais celui-ci répondit avec naïveté ou avec malice: M. le comte oublie qu'il n'y a que cinq cents ans que je suis à son service.

Presque à la même époque, en Angleterre, un médecin nommé Cohausen publia un système de guérison et de rajeunissement. On avait trouvé à Rome, l'épitaphe vraie ou supposée d'un certain Hermippus qui avait vécu cent quinze ans, au moyen des émanations fournies par les corps de plusieurs jeunes filles. Le docteur Cohausen lit et publia un livre où ce moyen de guérir et de vivre longtemps est donné comme certain. Voici comment on s'y prend: Qu'on prépare, dit l'auteur, une petite chambre bien close, et qu'on y établisse cinq petits lits, chacun pour une personne; qu'on fasse coucher dans ces lits cinq jeunes vierges au dessous de 13 ans et d'une bonne constitution. Qu'au printemps, vers le commencement du mois de mai, un trou soit percé dans la muraille de cette chambre, et à travers lequel on fera passer le col d'un *matras* dont le corps de glace sera exposé à la fraîcheur de l'air extérieur. Lorsque la petite chambre sera remplie de l'haleine et de la matière transpirée des vierges, les vapeurs passeront du col du matras dans le corps du vaisseau, où, par la fraîcheur de l'air elles se condenseront en une eau limpide, ou une teinture d'une efficacité admirable, que l'on peut appeler un véritable *elixir vitæ*. Quelques gouttes de cette liqueur prises dès les

peu trop précipitamment. Le fardeau ayait fait changer le centre de cavité du tronc, entraîna l'homme en arrière et le fit tomber à la renverse. Dans sa chute, la partie postérieure et gauche du bassin porta sur la planche des crochets. La douleur qu'il ressentit d'abord dans le point contus ne l'empêcha pas de continuer son service; mais un mois après l'extrémité gauche devint un peu engourdie et plus pesante que l'autre, il marcha plus difficilement qu'à l'ordinaire, et bientôt il aperçut, vers l'endroit du bassin où il avait reçu la contusion, une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tumeur fit de tels progrès que vers la fin du second mois après son accident, elle ne lui permit plus de faire son service. Ce fut alors qu'il entra à l'infirmerie. M. Sabatier, chirurgien en chef des Invalides, trouva le malade en assez bon état, à la tumeur près, que d'abord il crut être un simple dépôt. Il ordonna de mettre sur le point le plus saillant de la tumeur un morceau de pierre à cautère. Labat, sous-aide, chargé de faire cette application, s'aperçut que cette tumeur offrait des battemens semblables à ceux des anévrismes. Je l'examinai aussi; je vis ces battemens, et à chacun d'eux la tumeur se développait; elle éprouvait une sorte d'expansion et non un mouvement de totalité. Je vis également que ses mouvemens étaient isochrônes à ceux du pouls. D'après cela, quoiqu'il n'y eût aucune artère considérable dans cette région, on ne pouvait guère la regarder que comme une tumeur anévrismale. M. Sabatier qui n'avait pas encore bien examiné le malade, crut aussi à l'existence d'un anévrisme et prescrivit un régime adoucissant. Mais la tumeur augmenta; l'engourdissement du membre devint plus considérable, et bientôt cette extrémité s'œdématia. Les veines y étaient pleines de sang, sans être variqueuses. Le malade y ressentait une douleur et un fourmillement très-incommodes; vers la fin, il ne pouvait plus se tenir couché sur le dos, et l'on sentait l'os des îles chevaucher sur le sacrum, ce qui annonçait qu'il y avait disjonction ou fracture des os. Le dévoiement colliquatif survint, et ce militaire mourut le 21 vendémaire an VII, après avoir enduré les plus vives souffrances.

L'ouverture du corps fut faite en présence de M. Robillard, chirurgien-aide-major.

L'extérieur examiné ne présentait rien de particulier, excepté la tumeur, qui était très-volumineuse et qui occupait presque toute la fesse gauche. Elle était bornée, du côté externe, par le muscle grand fessier, le moyen fessier, ainsi que par l'artère fessière. Le petit fessier, qui était en partie détruit, concourait également à la borner en dehors et un peu en devant; mais le muscle fascia lata et l'aponévrose du même nom la couvraient principalement de ce côté.

Après l'ouverture de l'abdomen, le péritoine enlevé, nous trouvâmes du côté du bassin, que la tumeur était couverte en haut par le muscle iliaque, plus bas par le muscle psoas. Quelques rameaux des branches antérieures des premières paires des nerfs lombaires, le nerf fémoral et l'obturateur étaient légèrement aplatis et unis à la tumeur; l'artère iliaque externe, l'artère hypogastrique et quelques-unes de ses branches la recouvraient aussi, mais n'avaient éprouvé aucun changement. C'étaient, à n'en pas douter, ces artères, qui par leurs battemens imprimaient à la tumeur les mouvemens qu'elle éprouvait.

La tumeur mise à nu et examinée dans tous ses points, s'étendait en dehors depuis les deux épines antérieures de l'os des îles jusqu'aux parties latérales du sacrum, et de haut en bas, depuis la crête du même os jusqu'à la partie supérieure de la capsule de l'articulation du fémur et la partie postérieure de la cavité cotyloïde du même côté; elle descendait jusqu'au dessous du grand ligament sacro-sciatique. En dedans elle était un peu rétrécie dans son milieu par la pression du muscle petit psoas et des autres parties qui y répondaient. La portion qui se trouvait au-dessus du détroit supérieur du bassin occupait toute la fosse iliaque interne. La portion qui se trouvait dans l'excavation y formait une saillie un peu plus grande qu'un gros œuf de poule. Les points les plus saillans de cette tumeur étaient en dehors au milieu du grand fessier, en dedans et en haut au milieu du muscle iliaque, et en bas dans l'excavation du bassin. Tous ces points de la tumeur étaient très-minces relativement aux autres points qui étaient très-épais.

Je fis l'ouverture de la tumeur. Je la trouvai formée par une membrane ou kyste de peu d'épaisseur, sur laquelle adhéraient les parties que j'ai dit l'environner.

La cavité de la tumeur était entièrement remplie par une humeur fluide dans les points saillans, et très-épaissie dans les lieux moins élevés. Cette tumeur était rougeâtre comme de la lie de vin. Quelques points blancs s'observaient çà et là, et c'était du pus bien formé.

La matière évacuée, je trouvai l'os des îles percé de manière que le centre de la tumeur répondait à l'ouverture de l'os, et cet os était entièrement séparé du sacrum; l'ouverture était taillée en biseau, aux dépens de la table interne, ce qui prouve que cette maladie a eu primitivement son siége dans le bassin, et qu'elle a usé l'os de dedans en dehors. Ainsi, la chute que le malade avait faite ne paraît pas avoir eu beaucoup de part à la maladie; elle a tout au plus agi comme cause déterminante.

Cette tumeur n'était pas la seule que cet homme portait. Les reins, la rate, une partie du foie, plusieurs glandes du mésentère étaient aussi tuméfiés, et ces tumeurs contenaient une humeur semblable à la première. Le pylore et le commencement du duodenum étaient plus gros, plus durs que dans l'état ordinaire, et presque squirrheux; le calibre en était très-rétréci.

Toutes les veines de l'abdomen, telles que les veines porte ventrale et hépatique, ainsi que toutes leurs branches, étaient remplies d'un sang lie de vin, à peu près semblable à la matière trouvée dans ces tumeurs.

Les veines caves inférieure et supérieure, ainsi que le ventricule droit du cœur et l'artère pulmonaire, étaient également remplis par une matière semblable. Du reste, tous les vaisseaux ont été trouvés intacts; aucune artère n'était ouverte ni dilatée; rien sur ce cadavre n'annonçait qu'il y eût un anévrisme. Cette tumeur n'était réellement qu'une espèce d'abcès avec dégénérescence cancéreuse, et, comme je l'ai dit, les mouvemens que la tumeur éprouvait lui étaient imprimés par les pulsations des artères iliaques externe et interne.

11. Dès l'année 1641, Marc-Aurel Séverin a dit avoir été témoin de la guérison spontanée d'un anévrisme faux de l'artère fémorale, près le pli de l'aine. La tumeur se gangréna, s'ouvrit, et le malade fut ensuite parfaitement guéri. (*De abscess. natur. recondit.*, cap. VII, p. 195.) Cette maladie était sans doute encore un abcès pris pour un anévrisme.

Henri Moinichen, médecin du roi de Danemarck, rapporte une observation d'un anévrisme qui s'ouvrit de lui-même; elle n'a été connue, comme je l'ai dit, qu'après celle de Fabrice de Hilden: la différence qu'il y a entre elles, c'est que l'une est relative à une tumeur au pli du bras et l'autre à une tumeur au jarret; que la première a guéri par résolution, et que la seconde n'a guéri qu'après s'être ouverte spontanément. Voici cette observation:

12. — Léonard Pozzoli, charretier, fut incommodé pendant quelques mois de suite par un anévrisme au jarret. Cette tumeur s'ouvrit spontanément. Il en sortit une grande quantité de sang, qui bientôt s'arrêta sans l'emploi d'aucun moyen. La plaie se cicatrisa à l'aide du cérat diaphane. Le pied du malade est resté plus maigre et plus court que l'autre; il ne peut pas l'étendre librement. Moinichen dit qu'on remarque encore au jarret un battement obscur de l'artère, mais elle ne bat point à la cuisse. On voit une veine qui descend sous la peau du côté interne du membre.

(Ce cas est extrait du même recueil où se trouve l'observation de Bartholin, p. 56.)

13. Il serait difficile de prouver que cette tumeur fût réellement un anévrisme, puisqu'après la guérison on sentait encore des battemens obscurs au jarret. Ainsi, on ne peut voir là qu'un abcès.

Masotti rapporte l'observation d'un homme qui avait un anévrisme de l'artère poplitée. L'amputation fut proposée comme le seul moyen de lui conserver la vie; mais le malade rejetant toute espèce de secours, s'abandonna aux soins de la nature. La tumeur s'ouvrit sans effusion de sang, et il fut ensuite radicalement guéri de son anévrisme. (*Dissertazione sull' anevrisma del popliti, di Mazzotti.* Firenze, 1772, p. 23.)

Je le demande, peut-on regarder cette tumeur comme un anévrisme?

---

premiers symptômes d'une maladie qui menace d'être aiguë, attaquent et divisent la matière morbifique au point de rendre la force animale capable de la chasser du corps malade par une transpiration insensible. Croirait-on que de pareilles sottises ont été hautement préconisées? L'espèce crédule, la plus impertinente et la plus sotte des variétés de l'espèce humaine, emboucha la trompette pour célébrer à jamais le docteur Cohausen, et sa méthode et son livre, *Hermippus redivivus*, aujourd'hui si complètement inconnus et oubliés.

Le docteur Graham fut encore plus célèbre que Cohausen. Un de ses paradoxes était de croire et de vouloir persuader que le bain terraqué surpassait en efficacité tous les médicamens connus. C'était un spectacle à la fois risible et curieux, disent les contemporains, de voir ce vieux médecin, le corps nu et enfoncé jusqu'au cou dans la terre, la tête couverte d'une énorme perruque poudrée à frimas, disserter longuement sur les éminentes, les incontestables vertus du bain terraqué. Mais ce qui mit le comble à la réputation de Graham, ce fut son traitement contre la stérilité. Son temple de la santé, et le lit céleste qu'il renfermait, *celestial bed*, firent l'admiration de tous les *Cockneys* de la haute société de Londres. En voici une description abrégée:

« Le docteur Graham a décoré un grand hôtel du nom de *Temple de la Santé*. L'entablement est orné de trois figures, Vénus ayant à ses côtés Minerve et Junon. Au-dessus on lit les inscriptions suivantes: *le temple de la santé*, *le bonheur des monarques*, *la richesse des pauvres*. Plus bas on aperçoit la statue qu'il a dédiée à Esculape; enfin on lit sur la porte: *Nulle garde ne veille à cette porte afin d'en laisser l'entrée au riche comme au pauvre*. Cependant malgré cette inscription, deux hommes de la plus grande taille, revêtus d'une longue robe et garnis d'une cuirasse, ne laissent entrer personne avant de déposer six livres sterlings. Mais à peine a-t-on posé le pied sur l'escalier, qu'on entend une musique harmonieuse, qui ne parvient à l'oreille qu'à travers des ouvertures pratiquées et cachées dans l'escalier; que les parfums les plus suaves viennent frapper l'odorat, jusqu'à l'entrée d'un magnifique salon destiné à des lectures par lesquelles le docteur prétend rendre nulle *la stérilité*, quoiqu'il n'ait jamais eu d'enfant. Malgré qu'il ne gaze en aucune manière les termes qui ont rapport à cette branche de l'anatomie, les dames comme les hommes y accourent en foule et l'entendent sans scrupule.

« *Intérieur du temple.* Les palais féériques n'ont jamais rien offert de plus recherché et de plus majestueux. Les guirlandes, les miroirs, les cristaux, les métaux dorés et argentés, y sont placés avec profusion, réfléchissant de toutes parts une lumière éblouissante. La musique précède chaque lecture depuis cinq heures jusqu'à sept, que le docteur Graham se présente sous la robe doctorale. A l'instant succède un silence qui n'est interrompu à la fin de la lecture que par une commotion électrique communiquée à toute l'assemblée, à l'aide de conducteurs cachés sous les tapis qui recouvrent toutes les banquettes. Bientôt on voit paraître un esprit qui sort de dessous le plancher de la salle: c'est un homme d'une taille gigantesque, maigre et blême, qui, sans dire mot, remet au docteur une bouteille de liqueur, et après avoir été présentée à la compagnie, elle disparait avec l'esprit. A cette étrange apparition succède, sous la figure de la déesse de la musique, une jolie femme qui, après avoir chanté quelques morceaux, s'éclipse à son tour.

» *Le lit céleste.* Bientôt on a recours au lit merveilleux, nommé *magnético-*

Non, assurément; ce ne doit être qu'un abcès ou une tumeur humorale.

14. M. Vincent a rencontré une tumeur fongueuse à la jambe simulant l'anévrisme par ses pulsations, mais accompagnée de la destruction d'une partie du tibia et de la mobilité des extrémités osseuses séparées l'une de l'autre. (V. le *Dictionnaire de S. Cooper*, p. 112, déjà cité.)

S'il est fâcheux de se tromper en prenant un abcès pour un anévrisme, il est bien plus fâcheux de prendre un anévrisme pour un abcès, et c'est malheureusement ce qui est souvent arrivé et ce qui peut arriver encore: on en trouve déjà beaucoup trop d'exemples rapportés dans les livres de l'art.

TOXICOLOGIE.

EXPÉRIENCES CONSTATANT L'EFFICACITÉ DE L'HYDRATE DE PEROXIDE DE FER, comme antidote de l'arsenic. — Mémoire lu à l'Académie royale de médecine, le 4 mars 1834, par M. BOULEY jeune, vétérinaire, membre de l'Académie.

Dans la séance du 21 octobre dernier, après avoir entretenu l'Académie de l'empoisonnement de sept chevaux par l'arséniate de potasse, j'annonçai l'intention de faire quelques expériences pour constater l'efficacité de l'antidote proposé par M. Bunsen; je viens aujourd'hui soumettre leurs résultats à l'Académie.

Le chien, par son organisation, se rapprochant beaucoup plus de l'homme que le cheval, paraît mériter la préférence lorsqu'il s'agit d'expériences qui, par leur résultat, peuvent conduire à des applications utiles à la médecine humaine. Mais pour le sujet dont il est question, le cheval offrait ce grand avantage que la conformation particulière de son estomac lui rend le vomissement impossible, et qu'il n'est point nécessaire de lui pratiquer préalablement, comme au chien, une opération toujours douloureuse et souvent mortelle, la ligature de l'œsophage. C'est donc sur le cheval qu'ont été tentés les essais suivans. J'ai cherché à apprécier la valeur du protoxide de fer hydraté d'abord contre l'arséniate de potasse, ensuite contre l'acide arsénieux.

Le 25 octobre dernier, à 7 heures du matin, j'administrai à un cheval hors d'âge et de moyenne taille, d'abord deux onces d'arséniate de potasse, puis une livre et demie d'hydrate de protoxide de fer étendu dans environ huit litres d'eau. L'animal, que j'avais fait coucher, ne se releva qu'avec peine; il demeura abattu environ deux heures, puis il reprit sa gaieté et son appétit habituels. Cet état dura jusqu'au 26, à midi. Alors l'animal devint triste et refusa toute espèce de nourriture. Dans la nuit il survint de légères coliques et une diarrhée assez fréquente, et la mort arriva le 27, à 4 heures du soir.

A l'autopsie on trouva des traces d'inflammation sur le péritoine; la membrane qui tapisse le sac droit de l'estomac était rouge, épaissie, ecchymosée, excoriée même en quelques points; l'intestin grêle offrait des lésions semblables, quoique moins prononcées; le cœcum et le colon étaient en grande partie remplis de l'antidote; la membrane qui les tapisse réfléchissait une couleur noirâtre, et son épiderme s'enlevait facilement et par plaques; le tissu muqueux était très-rouge et d'une épaisseur double de l'état normal; la vessie contenait une petite quantité d'urine colorée; ses vaisseaux étaient très-apparens; le cœur baignait dans un liquide rougeâtre; ses cavités étaient remplies de caillots fibrineux, et plusieurs ecchymoses se faisaient remarquer dans le ventricule gauche, notamment près de l'oreillette.

Ici donc se représentaient toutes les lésions observées sur les sept chevaux empoisonnés par l'arséniate de potasse. Ainsi l'antidote, bien qu'administré immédiatement après le poison, n'avait produit aucun effet avantageux.

Je me disposais à répéter cette expérience, lorsque j'appris de MM. Renault et Lassaigne qu'ils avaient tenté plusieurs essais semblables à l'école d'Alfort, et toujours avec des résultats négatifs. M. Lassaigne expliquait ces insuccès par l'affinité plus grande de l'acide arsénique pour la potasse que pour le fer; en suivant cette idée, il pensa que, si l'on opposait à l'arséniate de potasse le sulfate de fer, ces deux sels se décomposeraient mutuellement, et qu'il y aurait par conséquent formation de sulfate de potasse et d'arséniate de fer. L'expérience suivante fut tentée dans ce sens.

Un cheval gris, très-vieux et de moyenne taille, prit le 1er novembre, à neuf heures du matin, deux onces d'arséniate de potasse, et immédiatement après une livre de sulfate de fer en dissolution dans environ 6 litres d'eau. L'animal se porta bien jusqu'au lendemain dans l'après-midi. Alors il devint triste et parut ressentir de légères coliques; la nuit suivante, il éprouva une diarrhée presque continuelle, tomba sur la litière; et enfin il succomba le 3 à cinq heures du matin.

A l'autopsie, mêmes altérations que dans le cas précédent, portées même à un degré plus élevé. Je remarquai en outre une infiltration séreuse entre les membranes muqueuse et charnue de l'estomac, qui les écartait l'une de l'autre d'environ quatre lignes. Une altération du même genre s'observait aussi dans quelques points du cœcum, au pourtour des reins et à la base du cœur.

Le sulfate de fer n'a donc exercé ici aucune action contre l'arséniate de potasse; il semblerait au contraire avoir activé en quelque sorte les effets de ce poison.

Lorsque je rendis compte verbalement du résultat de ces deux expériences dans la séance du 5 novembre dernier, M. Orfila attribua mon insuccès à la trop petite proportion de l'antidote, bien que j'en eusse donné douze fois autant que de poison. Cette observation n'a point été perdue; cependant je n'ai pu administrer des proportions d'antidote aussi élevées que l'indiquait M. Orfila (3 onces 2 gros contre 10 grains de poison), attendu que j'expérimentais sur des animaux auxquels il faut donner des doses énormes de poison pour déterminer la mort. Mais j'ai suivi les proportions déjà fort hautes conseillées par M. Bunsen, savoir, 32 parties de peroxide de fer contre une de poison.

Je préparai aussi l'oxide de fer suivant un nouveau procédé, ainsi décrit par M. Lassaigne:

« On prend de la tournure de fer, sur laquelle on verse quatre fois son poids d'acide nitrique du commerce, en ayant l'attention de ne l'ajouter que par petite portion, afin d'éviter une réaction trop tumultueuse. Une partie de l'acide nitrique cède de son oxigène au fer, et le

---

électrique, le premier et le seul de ce genre qui ait jamais existé dans l'univers. Placé dans une vaste et superbe pièce, il est porté par six colonnes massives et transparentes, et couvert de drap de satin pourpre et bleu céleste, sur des matelas dans le goût des lits de Perse. Dans la pièce voisine est un cylindre qui sert de conducteur aux émanations du feu céleste et vivifiant, ainsi qu'aux parfums de l'Orient, qui passent au travers de tubes de verre jusqu'au lit. Les draps sont également parfumés des essences d'Arabie. Ce lit est rempli d'un feu particulier et électrique, résultat d'un mélange de vapeurs magnétiques si efficaces, qu'elles donnent aux nerfs une vigueur extraordinaire. A cela se trouvent joints les sons mélodieux de la célestine, des flutes douces, des voix agréables et du grand orgue. Rien de plus étonnant que l'énergie divine de ce lit, propre à faire cesser la stérilité des femmes, à les rendre mères, et à réintégrer l'homme âgé dans sa première vigueur. Ceux qui veulent entrer dans ce sanctuaire nommé la *merveille des merveilles*, doivent avoir soin d'en prévenir le docteur par une lettre à laquelle ils sont priés d'avoir la complaisance de joindre un billet de banque de cinquante livres sterling.»

On peut voir par cette curieuse citation jusqu'à quel degré et par quels artifices un homme adroit peut tirer parti des erreurs et des faiblesses de l'esprit humain quand il s'agit de la médecine. Ajoutons aussi que malheureusement l'impuissance de notre art, dans certains cas, facilite beaucoup les prétentions du charlatanisme. Celui-ci d'ailleurs tient constamment à son service deux énormes puissances, celle des mots et celle du mensonge, tandis que les médecins instruits n'ont pour eux que l'expérience et la vérité, tristes et pauvres ressources auprès du vulgaire. Le sens commun médical est une chose infiniment rare, parce qu'il suppose un esprit éclairé et un jugement sain, ce qui n'appartient qu'au très-petit nombre. Ainsi, à moins de bonnes lois et rigoureusement exécutées, la société prise en masse sera toujours la proie d'audacieux et intrigans médicastres, la foule tombera toujours dans leurs piéges; car il n'y a pas plus d'évidence pour les sots et les enthousiastes que de clarté pour les aveugles.

REVEILLÉ PARISE.

PROROGATION DU CONCOURS OUVERT PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CAEN.

Le secrétaire de la société de medecine de Caen nous donne avis de la prorogation du concours ouvert par la société, sur l'emploi des purgatifs.

La clôture, qui devait avoir lieu au 1er avril, est reportée au 1er juillet, époque jusqu'à laquelle les mémoires seront reçus.

transforme en un peroxide qui se combine aussitôt à l'autre partie d'acide nitrique non décomposé pour produire du *pernitrate de fer*. Il résulte de cette réaction, qui est très-vive, un dégagement de chaleur et de gaz deutoxide d'azote qui se transforme au contact de l'air en vapeurs rutilantes d'acide nitreux.

» Dès que cette action a cessé, on ajoute dix à douze parties d'eau pour dissoudre le pernitrate de fer et l'isoler de la portion de tournure de fer non encore attaquée, qui se précipite au fond du vase.

» La solution étant décantée ou filtrée, on y verse peu à peu de l'ammoniaque jusqu'à ce que le papier de tournesol rougi prenne une couleur bleue, ce qui indique qu'on a ajouté un excès de cet alcali. Il se forme aussitôt un précipité très-abondant, jaune brunâtre, d'hydrate de peroxide de fer, qu'on recueille sur une toile tendue sur un carrelet, et qu'on lave à l'eau distillée bouillante, jusqu'à ce que les eaux du lavage n'aient plus de saveur et ne réagissent plus sur le papier de tournesol rougi. »

Je refis donc une autre expérience sur un vieux cheval de haute stature, à qui je donnai, pour deux onces d'arséniate de potasse, quatre livres de peroxide de fer hydraté étendu dans dix litres d'eau. L'animal succomba au bout de cinquante-quatre heures, et l'autopsie révéla des traces d'empoisonnement manifestes.

Enfin, voulant tenter un dernier essai avec le sulfate de fer, et craignant d'avoir administré peut-être à une dose trop élevée ce sel, qui par lui-même est très-actif, je donnai à un petit cheval hors d'âge deux onces d'arséniate de potasse, et au même moment huit onces seulement de sulfate de fer dissous dans quatre litres d'eau. L'animal succomba en 52 heures.

A l'autopsie, faite presque immédiatement, je trouvai toutes les lésions qui appartiennent à l'arséniate de potasse, plus cette infiltration séreuse entre les membranes muqueuse et charnue de l'estomac, qui paraît due spécialement au sulfate de fer, puisqu'elle n'a été observée que sur les deux chevaux auxquels ce sel a été administré.

J'ai cessé dès-lors mes expériences avec l'arséniate de potasse; et les suivantes ont toutes eu pour but de constater l'efficacité de l'hydrate de protoxide de fer contre l'acide arsénieux. Mais comme les recherches de M. Bunsen, et surtout celles de MM. Orfila et Lesueur démontraient la nécessité d'administrer l'antidote à très-haute dose, il fallait être avare de poison, c'est-à-dire n'en donner que la quantité strictement nécessaire pour amener l'empoisonnement. J'ai donc dû chercher avant tout à quelle dose l'acide arsénieux peut tuer un cheval.

Je commençai par donner à un petit cheval anglais, âgé de 9 à 10 ans, à jeun depuis 24 heures, 4 gros d'acide arsénieux. Aucun trouble sensible dans les fonctions. Six jours après, je lui en fis prendre une once sans obtenir plus d'effet. Huit jours après je fis sacrifier ce cheval, qui avait toutes les apparences de la santé. L'autopsie ne montra aucune lésion remarquable qui pût être attribuée à l'action du poison.

Une once et demie d'oxide blanc d'arsenic fut également inactive sur un petit cheval entier très-vigoureux, et tenu à jeun depuis 36 heures. Enfin, ayant porté la dose à deux onces chez un cheval boiteux âgé de 7 ans, bien constitué, l'animal succomba en 52 heures. Deux autres chevaux succombèrent à la même dose, l'un en 46 heures, l'autre vers le troisième jour. La dose de 2 onces suffit donc pour déterminer la mort chez le cheval.

En conséquence, le 16 décembre, à 8 heures du matin, je fis prendre à un cheval hongre, âgé de 9 ans, 2 onces d'acide arsénieux, et immédiatement après 4 livres d'hydrate de peroxide de fer, étendu dans environ 8 litres d'eau. L'animal garda toutes les apparences de la santé jusqu'au 25 décembre, jour où il fut sacrifié. Les intestins et le cœur étaient sains; je trouvai seulement dans le sac droit et dans le sac gauche de l'estomac deux ulcérations, l'une de la largeur d'une pièce de 5 fr., l'autre beaucoup moins étendue.

Une autre expérience eut encore plus de succès; l'animal tué le huitième jour n'offrit pour toute lésion qu'une légère inflammation de la portion moyenne de l'intestin grêle. Dans un troisième cas, une partie de l'antidote ayant pénétré dans les voies aériennes, l'animal succomba le quatrième jour à une pneumonie; mais sans avoir présenté ni pendant la vie ni à l'autopsie aucun indice de l'empoisonnement. *L'estomac et les intestins étaient dans un état tout-à-fait normal;* seulement les matières contenues dans le cœcum et le colon réfléchissaient une couleur noirâtre due sans doute à l'action de l'antidote. Enfin dans une dernière expérience, bien que l'animal eût conservé tous les signes d'une bonne santé jusqu'au dix-neuvième jour, époque à laquelle il fut sacrifié, on trouva dans l'abdomen un léger épanchement de sérosité citrine, une fausse membrane de nouvelle formation unissant la portion sous-sternale du colon au diaphragme; de la rougeur et une tuméfaction de la muqueuse en divers points du tube intestinal; et enfin dans la portion sus-sternale du colon, une érosion de six pouces de long sur trois de large, qui avait détruit toute la muqueuse et reposait sur la membrane charnue épaissie et désorganisée.

Dans ce dernier cas même, malgré les lésions trouvées à l'autopsie, il est impossible de nier les bons effets de l'antidote, puisque une dose égale d'acide arsénieux pur aurait tué ce cheval du deuxième au troisième jour.

Jusqu'à présent nous n'avons apprécié l'efficacité de l'hydrate de peroxide de fer que dans le cas où il était donné en même temps que l'acide arsénieux; circonstance qui se rencontre rarement dans la pratique, où il s'écoule toujours un temps plus ou moins long entre le moment de l'empoisonnement et celui où l'on est appelé à y remédier. Il s'agissait donc de déterminer jusqu'à quelle époque de l'empoisonnement on pouvait administrer avec chance de succès l'antidote qui fait le sujet de nos recherches.

Deux onces d'acide arsénieux furent données à un cheval hors d'âge le 4 janvier 1835, et deux heures après, le contrepoison dans les proportions indiquées. L'animal, abattu le 12, n'avait donné jusque-là aucun signe d'indisposition. On trouva deux érosions légères à l'estomac, des rougeurs dans l'intestin, et quelques petites ecchymoses dans le ventricule gauche du cœur.

Même expérience sur un autre cheval; seulement on ne donna l'antidote qu'après un intervalle de quatre heures. L'animal, plein de gaieté et d'appétit, est abattu le neuvième jour. Tout le tube intestinal sain, à l'exception d'une érosion à la pointe du cœcum; une assez grande quantité de sérosité jaunâtre dans l'abdomen. Le cœur adhérait du côté droit au péricarde par des brides fibreuses; *ses cavités n'offraient aucune lésion sensible.*

Enfin j'ai tenté un dernier essai en donnant l'antidote après 25 heures et au moment même où les premiers phénomènes de l'empoisonnement commençaient à se manifester. Il n'a produit alors aucun effet, et l'animal a succombé 24 heures après son emploi, portant sur l'estomac, les intestins et le cœur des traces évidentes de l'action toxique de l'arsenic.

Il restait à rechercher si, comme M. Bunsen l'a annoncé, l'hydrate de peroxide de fer agit, dans les cas où on l'oppose à l'acide arsénieux, en se combinant avec ce dernier; en un mot, s'il y a formation d'arsénite de fer. M. Lassaigne a bien voulu se charger de ce soin; il a analysé séparément les matières contenues dans l'estomac, l'intestin grêle, le cœcum et le colon d'un cheval abattu 72 heures après avoir pris le poison et l'antidote, et qui n'avait offert aucun signe d'empoisonnement. Il a été impossible de reconnaître aucune trace d'acide arsénieux ni dans les parties liquides ni dans les portions insolubles de ces matières; « ce qui tendrait à faire croire, dit M. Lassaigne, que la plus grande partie de ce poison aura été neutralisée par le peroxide de fer, et expulsée à l'état d'arséniate avec les matières excrémentitielles rendues avant l'époque où l'animal a été sacrifié. »

Peut-être il serait à désirer qu'on pût indiquer au juste dans quelle proportion doit être administré l'antidote pour annuler les propriétés toxiques de l'acide arsénieux; mais il me semble bien difficile de rien préciser à ce sujet. Si l'on se reporte au travail original de M. Bunsen, on voit qu'il regarde la dose de deux à quatre gros au plus de peroxide comme suffisante pour neutraliser huit à dix grains d'acide arsénieux. MM. Miquel et Soubeiran prescrivent l'antidote à la dose seulement de douze parties contre une de poison, tandis que MM. Orfila et Lesueur en recommandent des proportions beaucoup plus élevées. Il paraît uniquement démontré que l'antidote, innocent par lui-même, doit être administré à une dose beaucoup plus considérable que le poison.

En résumé, des recherches auxquelles je me suis livré et des expériences que j'ai faites, il me semble résulter :

1° Que l'empoisonnement par l'arséniate de potasse ne peut être combattu fructueusement au moyen de l'hydrate de peroxide de fer;

2° Que le sulfate de fer employé dans le même but ne produit non plus aucun effet avantageux;

3° Que l'acide arsénieux ne détermine l'empoisonnement chez le cheval qu'à la dose de deux onces environ; et que, dans cette circonstance, la mort survient constamment du deuxième au troisième jour;

4° Que le peroxide de fer hydraté paraît être, comme l'a annoncé M. Bunsen, le contrepoison de l'arsenic; mais que ce moyen ne réussit que dans le cas seulement où il est employé à une dose beaucoup plus élevée que celle du poison;

5° Que lorsque cet antidote est donné en même temps que l'acide arsénieux, presque toujours il en annule *complétement* les effets;

6° Que l'hydrate de peroxide de fer produit encore des résultats favorables administré même quatre heures après l'injection du poison;

7° Enfin que son action est nulle et qu'il n'empêche pas l'animal de succomber lorsqu'on l'emploie long-temps après l'empoisonnement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS. (Janvier 1835.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Le cahier de janvier contient : 1° un *mémoire de M. Bérard jeune sur l'emploi de l'eau froide comme antiphlogistique dans le traitement des maladies chirurgicales*. Nous rendrons compte dans notre prochain numéro de cet intéressant mémoire que l'auteur vient de publier à part; 2° *remarques sur l'emploi du calomélas en médecine*, par M. Joret; 3° *mémoire sur la dysentérie épidémique de Maine-et-Loire* en 1834, par M. Guérétin; 4° *bulletin de la société anatomique*.

REMARQUES PRATIQUES SUR L'EMPLOI DU CALOMEL EN MÉDECINE, par M. JORET, D.-M. à Vannes.

Les faits qui font la base de ce mémoire ont été recueillis à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le professeur Andral. Aussi, comme déjà il a été plusieurs fois question de ces expériences et que les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent depuis long-temps quelle a été toute leur portée dans l'étude de l'action des purgatifs, nous ne nous arrêterons sur cet article qu'autant de temps qu'il le faudra pour faire voir avec quelle difficulté les vérités les plus démontrées, les plus palpables ont peine à se faire jour à travers les préjugés de doctrine. Commençons par présenter les conclusions que tire M. Joret de son mémoire de seize pages.

« De tout ce qui précède, nous nous croyons en droit de conclure :

1° Que le calomel introduit dans l'estomac à la dose de 12 grains, n'entraîne pas conséquemment après lui une inflammation des voies digestives;

2° Qu'il n'agit dans la majorité des cas, qu'à la manière d'un purgatif doux;

3° Que quand il ne purge pas (et seulement dans ce cas), le calomel jouit de la propriété particulière d'exciter le système muqueux; il porte son action sur la muqueuse buccale;

4° Que la sécrétion particulière attribuée aux plaques agminées de Peyer et de Brunnen, qui, dit-on, donne une couleur vert-noir aux selles des individus soumis à l'usage du protochlorure de mercure, se trouve démentie par nos observations. »

De ces quatre conclusions, les trois premières ne sont certainement pas remarquables par leur nouveauté, et nous pensons qu'on aurait pu se dispenser de faire des expériences pour les démontrer, si nous ne savions combien de praticiens sont encore effrayés à l'idée de l'action que peut exercer un purgatif sur la muqueuse du tube digestif.

Quant à la quatrième conclusion, elle ne repose que sur un seul fait et ne peut être considérée comme d'une grande valeur. D'ailleurs l'opinion qu'elle combat avait été émise à une époque où les idées médicales étaient bien différentes de ce qu'elles sont aujourd'hui, et nous doutons qu'elle soit encore partagée par le praticien (M. Guersent), auquel elle est attribuée ici.

La troisième conclusion nous semble susceptible d'être mal comprise, car il n'est pas exact de dire que, quand le calomel ne purge pas, il a une action spéciale sur la muqueuse buccale. Il est des cas où ce médicament n'agit ni d'une manière, ni de l'autre. Dernièrement nous avons fait administrer 96 grains de calomel chez une petite fille, âgée de 8 ans, et dans l'espace de quatre jours, sans obtenir ni selles liquides, ni salivation. Elle était atteinte d'une ophthalmie suraiguë.

MÉMOIRE SUR LA DYSENTERIE ÉPIDÉMIQUE DE MAINE-ET-LOIRE EN 1834, présenté à la société de médecine d'Angers, par J. GUÉRETIN, premier chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de la même ville.

Ce travail ne présente pas l'histoire de l'épidémie qui a régné dans le département de Maine-et-Loire, mais un résumé des cas que l'auteur a pu observer par lui-même, avec quelques renseignements fournis par d'autres praticiens, mais d'une manière trop vague pour qu'ils offrent quelque importance. Quant aux travaux propres à l'auteur, ils nous font regretter qu'ils n'aient pas été faits sur une plus vaste échelle. Deux points spécialement ont été traités de manière à fixer un instant notre attention. L'étude des altérations anatomiques et celle de l'action des sels neutres comme moyen de traitement.

M. Guérétin dit avoir fait environ 25 autopsies, et avoir constamment trouvé des lésions dans le gros intestin. Ces altérations se présentaient sous forme de boursoufflement et d'ulcération. Les premières ressemblaient beaucoup à des plaques d'urticaires et étaient grisâtres ou noirâtres. Le boursoufflement grisâtre semblait n'être que le premier degré du second, qu'il eût été extrêmement facile de prendre pour une gangrène de la muqueuse; mais il ne paraît pas que dans aucun cas on ait trouvé cette membrane réellement gangrénée, bien qu'assez fréquemment elles aient été légèrement ramollies, et surtout dans l'intervalle des boursoufflemens grisâtres. Ne pourrait-on pas penser que les auteurs qui ont rapporté avoir observé souvent la gangrène à la muqueuse du rectum dans cette maladie, ont été induits en erreur par ce mode d'altération, surtout à une époque où l'on était beaucoup moins familiarisé qu'aujourd'hui avec l'examen des altérations morbides?

Dans aucun cas on n'a trouvé l'exanthème intestinal avec l'altération des plaques de Peyer qui appartient à la fièvre typhoïde ou dothénentérie et à la phthisie.

Le traitement antiphlogistique n'a pas eu, au rapport de M. Guérétin, les effets que l'on en attend dans les affections franchement inflammatoires. Aussi a-t-on été obligé d'avoir recours à l'emploi des opiacés, qui ont réussi dans un certain nombre de cas et ont échoué dans d'autres et dont l'effet a paru varier avec la localité.

C'est surtout sur l'emploi des sels neutres qu'insiste l'auteur, qui du reste commence par avouer qu'il ne les a pas employés à l'époque où la maladie offrait le plus d'intensité au début de l'épidémie; car alors les symptômes étaient si graves, la marche si rapide, l'aspect de l'affection si spécial, que ni lui ni aucun autre praticien n'osa employer les purgatifs.

Ils en furent détournés d'abord sans doute par la persuasion où son encore la plupart des praticiens que les purgatifs n'agissent qu'en irritant la muqueuse de l'intestin, et ensuite parce que quelques charlatans ayant administré au début de l'affection des purgatifs violens, on vit tous les symptômes s'aggraver d'une manière effrayante.

Ce ne fut que quand l'épidémie eut perdu de son intensité et la maladie de sa gravité, que l'on eut recours à l'administration des sels neutres; de manière que nous manquons absolument de documens sur la manière dont aurait agi cette médication à l'époque où tous les autres moyens échouaient, et où conséquemment il aurait été plus important de constater son efficacité ou sa nullité, tandis qu'à l'époque où elle a été employée, la maladie ayant perdu beaucoup de sa gravité, il était plus difficile de juger si l'amélioration était le résultat du traitement. Quoi qu'il en soit, voici les effets qui ont été observés et dont le détail n'est pas vide d'intérêt.

On administrait seuls ou unis à une ou deux onces de manne de deux gros à une once de sulfate de soude ou de magnésie : une à trois heures après il survenait de trois à six selles qui étaient plus faciles, plus abondantes, plus liquides et surtout moins sanguinolentes. Il y avait moins de ténesme; les épreintes chez la plupart des malades n'augmentaient pas, et la liquidité des selles disparaissait ordinairement de quatre à huit heures plus tard. Chez la moitié environ des malades, l'état antécédent reparaissait 12 à 36 heures après, et ne cédait qu'à une nouvelle prise de sel. En résumé, les sels neutres ont enrayé ou amélioré, ou laissé libres, mais jamais aggravé sensiblement les symptômes, lorsqu'ils furent donnés au début de l'affection, ou quelques temps après son invasion, ou dans les cas de chronicité.

Mais ce qui a surtout frappé dans les résultats de ces sels, c'est que leur réussite a paru subordonnée à l'influence des lieux, bien plus encore que les autres médications. L'auteur rapporte à l'appui de cette assertion quelques faits qui semblent la mettre hors de doute; cependant il en est plusieurs qui sont tellement extraordinaires qu'on ne peut les admettre immédiatement. C'est ainsi qu'il cite des exemples de malades qui, après avoir pris inutilement des sels dans des communes où cette médication n'était pas suivie d'heureux effets, venant habiter un endroit où la médication purgative avait une influence favorable, y étaient assez promptement guéris par les mêmes sels.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Le cahier de janvier contient cinq articles originaux, savoir : 1° *coup d'œil sur les progrès de* 1834; c'est une table des matières du journal, qu'il est permis de regarder comme fort peu complète s'il s'agit des progrès réels de la médecine; 2° *nouvelles observations sur l'efficacité de la suie dans les ulcérations diverses*, par P. Bland de Beaucaire; 3° *du mécanisme de l'inflammation et de la fièvre*; par

M. Latour, 2e article; 4° *rapport médico-légal sur un suicide par suspension*; par MM. Téallier et Gendrin; nous y noterons l'absence d'éjaculation de sperme, quoique le sujet n'eût que 47 ans, et fût doué d'une belle et forte constitution; 5° *histoire de l'épidémie de dysentérie qui a régné en Bretagne*, par MM. Verger et Chauvin, 1er article.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EFFICACITÉ DE LA SUIE DANS LES ULCÉRATIONS DIVERSES, par J. BLAUD, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, etc.

M. Blaud, lorsqu'il publia son premier mémoire sur la suie considérée comme succédané de la kréosote, croyait avoir fait une découverte en assignant à la suie une place distinguée dans le domaine de la thérapeutique d'où elle avait été jusqu'à présent si injustement bannie. Mais il a découvert depuis que cette substance était déjà indiquée dans plusieurs dispensaires, surtout comme moyen d'obtenir une prompte cicatrisation, et de combattre la teigne et les dartres. Nous reproduisons ici deux de ces formules :

Pommade résolutive.

Prenez : Suie de cheminée,	2 onces.
Blancs d'œufs,	6

Pommade contre la teigne.

Prenez : Suie en poudre,	2 onces et demie.
Sulfate de zinc,	6 gros.
Axonge,	4 onces.

L'auteur revient sur quelques observations qu'il avait rapportées dans son premier mémoire et où l'emploi de la suie a eu moins de succès qu'il ne l'avait espéré. Ainsi, dans un cas de cancer ulcéré de l'utérus et dans lequel la surface ulcéreuse s'était presque complètement cicatrisée sous l'influence des injections de décoction de suie; il a vu les douleurs utérines devenir plus vives, un nouvel ulcère se former et la malade périr d'une hémorrhagie utérine foudroyante. Il en a été presque de même d'un cas de cancer à la mamelle qui le porte à douter de la possibilité de guérir les cancers de cette glande par l'emploi de la suie.

Après avoir ainsi fait la part aux cas d'insuccès du traitement par la suie, il en rapporte encore un certain nombre d'autres où il paraît avoir obtenu une efficacité incontestable. Nous analyserons les suivans.

DIPHTÉRITE BUCCALE GUÉRIE PAR LA DÉCOCTION DE SUIE EN GARGARISME.

OBS. — J. Noli, âgé de 23 ans, soldat, entre le 26 mai 1834 à l'hôpital pour s'y faire traiter d'une diphtérite buccale dont il était atteint depuis quatre mois. Les bords des gencives de l'une et de l'autre mâchoire et les parties internes des joues étaient recouvertes de fausses membranes fétides grisâtres qui, en se détachant, laissaient voir la muqueuse buccale fongueuse, d'un rouge livide, ulcérée en plusieurs points et facilement saignante.

Prescription. Décoction de suie en gargarisme.

Les ulcérations se détergent; la couleur livide disparaît; les fausses membranes ne se reproduisent plus; la muqueuse se cicatrise, se raffermit, et le 3 juin suivant le malade, complétement guéri, demande sa sortie.

Trois autres observations absolument analogues ont été recueillies par l'auteur.

DARTRE SQUAMEUSE FURFURACÉE, CROUTEUSE, OCCUPANT PRESQUE TOUTE L'ÉTENDUE DU SYSTÈME CUTANÉ, GUÉRIE PAR LES ONCTIONS D'UNE DÉCOCTION HUILEUSE DE SUIE.

OBS. — Marie Arnaud, âgée de 8 ans, était atteinte depuis trois mois d'une dartre écailleuse furfuracée générale qui, débutant par des gerçures profondes à la plante des pieds et à la paume des mains, s'était rapidement étendue sur presque toute la surface extérieure du corps.

Lorsqu'elle fut soumise à l'observation, elle présentait des gerçures profondes à la plante des pieds et à la paume des mains, la peau des membres thoraciques, des membres abdominaux, jusqu'aux aines et aux lombes, et celle de la moitié supérieure du tronc, rugueuse, mamelonnée, couverte de petites écailles furfuracées se détachant par le frottement, et laissant voir au-dessous d'elles une infinité de petites pustules rougeâtres en certains endroits, comme aux genoux, aux coudes et sur chaque côté de la face; les écailles furfuracées sont remplacées par des croûtes épaisses, mamelonnées, jaunâtres.

La santé générale est bonne; toutes les fonctions s'exécutent régulièrement.

Le 4 mai, bain général pour détacher les croûtes, ensuite lotions fréquentes avec une forte solution de suie.

Le 16, les pustules s'isolent dans certains endroits; la peau reprend sa couleur normale, et les écailles ne se reproduisent plus; mais, parvenue à ce point, la maladie reste stationnaire; les lotions de décoction de suie ne produisent plus d'effet.

Le 10 juillet on remplace cette décoction par la suivante :

Prenez huile d'olive,	15 onces.
suie de cheminée,	4 onces.

Faites bouillir à petit feu pendant 24 heures, passez avec expression.

Des lotions avec cette huile furent faites jusqu'au commencement de septembre, et alors tout avait disparu; et la guérison s'est soutenue jusqu'aujourd'hui 12 novembre.

Tous les praticiens savent combien les ulcères scrophuleux se montrent rebelles aux moyens que l'on emploie pour la combattre. Le fait suivant leur démontrera que si la suie n'est pas le plus puissant des cicatrisateurs, comme le croit M. Blaud, elle jouit cependant de cette propriété à un haut degré.

ULCÈRE SCROPHULEUX RAPIDEMENT GUÉRI PAR LA DÉCOCTION ET LA POMMADE DE SUIE.

OBS. — J. Etienne, âgé de 6 ans, scrophuleux, blond, avec teint blafard, à face comme bouffie, atteint depuis quatre ans d'ophthalmies fréquentes, de photophobie, d'engorgemens glanduleux du col, d'éruption croûteuse aux oreilles, sur le cuir chevelu, etc., etc., eut, dans le mois de mai 1834, un abcès considérable sur la partie latérale gauche et postérieure du cou. Au mois de juillet l'abcès s'ouvrit spontanément, et il en résulta un ulcère irrégulièrement arrondi, d'environ deux pouces de diamètre, mollasse, comme fongueux, de couleur rouge pâle, et qui donnait lieu à une abondante suppuration. Bien des moyens avaient été employés, et tous sans succès, contre cette ulcération scrophuleuse, lorsque, le 29 novembre, on lui prescrit des lotions avec la décoction de suie et l'application de la pommade suivante :

Prenez : suie de cheminée, axonge. } de chaque 2 onces.

Faites bouillir à un feu doux pendant six heures; laissez refroidir; mêlez bien avec une spatule, et conservez pour l'usage.

Le lendemain l'ulcère avait acquis une couleur d'un rouge vif; des bourgeons charnus apparaissaient sur sa surface.

Le 3 octobre la cicatrice avait fait de rapides progrès.

Le 10, la guérison était complète.

HISTOIRE DE L'ÉPIDÉMIE DYSENTÉRIQUE QUI A RÉGNÉE EN BRETAGNE, par MM. les docteurs VERGER et CHAUVIN.

L'auteur se plaint, avant d'entrer en matière, de l'indifférence avec laquelle on laisse passer trop souvent en province les faits capables d'éclairer la marche et l'histoire des épidémies. Bien que ce reproche soit beaucoup trop général et que pour sa part la GAZETTE MÉDICALE ait fourni dans ses articles *correspondance, constitution médicale*, etc., de nombreux documens dont ses lecteurs ont senti tout le prix, cependant, nous devons le reconnaître, il reste encore beaucoup à faire sous ce rapport et il serait à désirer que l'apparition de toutes les maladies épidémiques de quelque intensité fût constamment signalée et ses progrès étudiés par la presse médicale périodique. Alors au moins l'expérience de ceux qui auraient supporté les premières atteintes profiterait à ceux qu'elle frapperait ensuite et la science y gagnerait infiniment.

Mais ces résultats ne seront obtenus que quand elle aura entièrement disparu, la doctrine qui a proclamé l'identité de la même maladie dans tous les cas, doctrine qui est si bien professée au moins admise par l'école de Paris, et dont l'origine remonte au physiologisme le plus pur.

Le mémoire de MM. Verger et Chauvin contient quelques recherches sur les épidémies considérées d'une manière générale et qui appartenant à la pathologie générale ne peuvent nous intéresser en ce moment. Quant à l'épidémie dont ils donnent l'histoire, comme déjà elle est passée depuis un certain temps, comme en outre ils annoncent une autre lettre sur le même sujet, nous nous réservons, lorsque tous les documens auront été publiés, de signaler les faits qui pourraient être de quelque importance pour les progrès de la science.

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE.

Nous renverrons l'analyse du mois de janvier à notre prochain numéro, et nous rendrons compte seulement du mémoire de M. Dubreuil, qui se rapporte au mois de novembre dernier.

DE QUELQUES MALADIES DU TISSU MÉDULLAIRE DES OS, par M. DUBREUIL, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

La première difficulté qui se présente dans l'étude de ces affections, encore si obscures, naît de leur complication presque inévitable avec le tissu réticulé qui soutient la membrane médullaire; on ne sait en effet auquel des deux tissus rapporter la priorité d'affection. Aussi le travail de M. Dubreuil est-il plus complet sous le rapport anatomique que sous celui de la symptomatologie et de la thérapeutique.

Quatre observations forment la partie clinique de ce travail. La pre-

mière est un cas d'inflammation suraiguë de la membrane médullaire du tibia, terminée par une gangrène partielle de cette membrane; l'os était profondément nécrosé, éclaté en plusieurs points; la substance compacte ramollie avait perdu de son épaisseur; sous le périoste étaient des concrétions osseuses de formation nouvelle. La seconde est une inflammation médullaire des deux fémurs; la diaphyse de ces deux os était gonflée et ramollie; la substance compacte rouge, facile à diviser, amincie; le canal médullaire presque double de l'état naturel; la moelle d'un rouge foncé, presque solidifiée; on eût dit qu'elle était convertie en fibrine; et de fait, dans un cas analogue, l'analyse chimique a trouvé dans la moelle quelques-uns des principes du tissu adipeux mêlés à de la fibrine. Les deux dernières sont des cas de nécrose du radius et du tibia, rapportées à la phlegmasie chronique de la membrane médullaire; dans le second cas seulement, le canal médullaire parut dilaté; la substance compacte était amincie sans avoir perdu sa consistance.

L'inflammation aiguë ou chronique de la moelle est commune dans les os longs, fréquente aussi dans les os courts, surtout sous l'influence du vice scrophuleux; M. Dubreuil l'a rarement observée dans les os plats. Mais c'est surtout après les amputations qu'on a occasion de l'observer; et d'après les observations de M. Dubreuil, elle semble affecter plus volontiers le fémur et l'humérus; quelquefois le tibia, plus rarement les os de l'avant-bras. Les amputés, sujets de ces recherches, avaient succombé à des époques fort différentes, le plutôt douze jours, le plus tard un mois et demi après l'opération. On trouve alors diverses altérations selon le degré de la maladie. S'il n'y a que congestion vers l'organe médullaire, le périoste n'est aussi que plus vasculaire; avec une inflammation déclarée de la moelle, le périoste sécrète des concrétions osseuses; si le tissu médullaire est gangrené, le périoste se sépare de l'os, devient sec, d'un gris sale et donne au toucher la sensation d'un morceau de parchemin. Mais cette gangrène est rare après les amputations, sans donte parce que, l'os étant ouvert inférieurement, la compression est moindre. On a vu en revanche la moelle enflammée faire hernie par l'ouverture de l'os et même être expulsée du canal médullaire. Au contraire dans les os entiers la moelle ne peut se tuméfier qu'en dilatant les parois osseuses qui acquièrent ainsi quelquefois un volume énorme, ou qui même s'éclatent et sont frappés de mort, comme dans le cas cité plus haut. Mais lors même que cette cause de dilatation semble manquer, l'état de l'os offre des particularités curieuses à noter.

Dans toute phlegmasie de l'organe médullaire, après un temps assez court, l'os perd promptement de son poids par la prédominance de la substance organique sur la terreuse; et l'épaisseur de la paroi osseuse du canal médullaire diminue dans les rapports d'une ligne ou de trois quarts de ligne. La substance compacte semble convertie en tissu spongieux; et quand l'inflammation est consommée, la substance spongieuse de l'extrémité de l'os est elle-même plus ou moins disparue. Les os vidés de la moelle, et soumis à l'exsiccation, ont quelque ressemblance, par la cavité unique du canal médullaire, avec les os de ces grands oiseaux qui marchent plus qu'ils ne volent. M. Dubreuil a fait sur cette diminution de pesanteur des os malades des expériences fort curieuses; sur quatre individus morts plus ou moins de temps après l'amputation de la cuisse, il a pesé des portions du fémur malade d'une longueur de 6 à 8 pouces, et comparativement des portions du fémur sain scié à la même hauteur. Il a trouvé :

	FÉMURS MALADES.		FÉMURS SAINS.	
N° 1	4 onces	2 gros.	11 onces	4 gros.
2	6	»	12	4
3	4	2	11	6
4	7	2	11	2

Cette diminution de pesanteur peut aller plus loin; dans un cas de fragilité des os, Saillant rapporte que le malade surnageait dans un bain, et qu'il fallait deux personnes pour lui maintenir le corps dans l'eau.

Il est bien remarquable que ces phénomènes pathologiques sont la représentation exacte de ce que nous regardons comme ordinaire pour les os des vieillards. Cette remarque avait été faite par M. Malgaigne pour l'inflammation du tissu spongieux des os; mais M. Dubreuil est le premier que nous sachions qui ait constaté cette analogie pour les diaphyses et les longs canaux médullaires.

Il avait d'abord pensé que ces altérations devaient être le résultat de la phlébite ou de l'artérite. M. Blandin dit avoir trouvé six fois les veines du moignon affectées de phlébite; les recherches de M. Dubreuil sur les vaisseaux des os dans les cas d'inflammation de l'organe médullaire, n'ont pas répondu à cette prévision.

Les signes de l'inflammation du tissu médullaire du moignon ne sont pas toujours les mêmes : les principaux sont une douleur profonde, gravative, sans accroissement de chaleur; une suppuration grisâtre; l'empâtement du moignon, qui est sujet à s'infiltrer de pus, la tendance à la rétraction des chairs; la fièvre est rémittente à l'état aigu, avec des exacerbations le soir ou la nuit; à l'état chronique, c'est une véritable fièvre hectique. Les blessés exhalent une odeur acide.

M. Dubreuil pense qu'en diminuant la largeur du feuillet de la scie, on court moins les chances d'irriter l'organe médullaire; c'est là toute la prophylactique. Le traitement, en général fort douteux, consiste dans les antiphlogistiques au début, plus tard dans les antiphlogistiques et les anti-scrophuleux. M. Dubreuil se loue, surtout chez les scrophuleux jeunes, des préparations d'or. Au-delà de ces moyens il ne reste que les ressources chirurgicales.

IV. LANCETTE FRANÇAISE.

Nous empruntons à ce journal l'observation suivante, qui présente un double intérêt, tant sous le rapport des phénomènes anormaux observés pendant la vie que pour les altérations trouvées sur le cadavre.

COLIQUE DE PLOMB; SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX GRAVES; DIAGNOSTIC OBSCUR; VARIOLOÏDE APRÈS TROIS TENTATIVES INFRUCTUEUSES DE VACCIN; MORT; A L'AUTOPSIE, ALTÉRATION REMARQUABLE DE L'INTESTIN, par le docteur SABATIER.

OBS. — Gruneberg, âgé de 15 ans et demi, entre à la Charité le 5 février; il a été vacciné trois années différentes, et jamais la vaccine n'a pu se développer chez lui. Depuis trois mois, il travaille chez un fabricant de papiers argentés, dorés, etc. Plusieurs jeunes garçons employés comme lui ont éprouvé des coliques plus ou moins vives, qui en ont obligé quelques-uns à changer de profession. Lui-même dit avoir ressenti à différentes reprises de violentes coliques, qu'il calmait ordinairement avec du lait sucré; mais pour lesquelles il fut obligé une fois d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, d'où il sortit au bout de six jours assez bien rétabli.

Le 2 février, il est pris subitement, après une nuit agitée, d'une violente céphalalgie avec vertiges et dilatation des pupilles.

Le 5, jour de son entrée à la Charité, il répond juste aux questions qu'on lui adresse. La pression sur le ventre soulage plutôt qu'elle n'excite de douleurs; engourdissement douloureux des membres; le pouls est un peu élevé et fréquent; la céphalalgie a beaucoup diminué. Le malade est considéré et traité comme atteint d'une colique métallique.

Dans la nuit du 5 au 6, agitation voisine du délire; vomissemens abondans; résolution incomplète des membres supérieurs; parole nulle; parfois gémissemens plaintifs; pouls de 112 à 115 fort et vibrant. (Saignée de 12 onces.)

A la suite de la saignée, la résolution des membres persiste; l'artère crurale vibre avec force à travers les parties molles qui la recouvrent. La pression, même légère, sur les muscles des cuisses, détermine des gémissemens. La journée se passe sans évacuations; il y a un peu de râle muqueux dans la poitrine. (Huit sangsues sont appliquées dans la soirée derrière chaque oreille.) La nuit se passe sans sommeil; le pouls donne 120.

Le 7 février, le pouls est à 80 pulsations; strabisme par intervalle; déglutition difficile; langue humide et un peu blanche. (Lavement purgatif; séton à la nuque; deux vésicatoires aux cuisses; vésicatoire ammoniacal et bandeau sur le front.)

Le 8 au matin, on trouve une variole : au début, les boutons sont rouges, saillans, encore papuleux et disséminés sur tout le corps. Cependant ils sont en plus grand nombre à la face et sur les membres supérieurs que sur les autres régions. En outre, une éruption ortiée apparaît sur les deux bras, sur l'épaule droite et sur quelques points du dos. Plusieurs des plaques d'urticaire sont rosées, d'autres pâles, toutes fort saillantes. L'avant-bras droit en est couvert; plusieurs boutons de variole existent au centre des plaques d'urticaire. Le malade ne paraît ressentir ni prurit ni chaleur sur ces parties; son pouls est à 84. Deux sinapismes aux jambes. La sensibilité générale est très-obtuse pendant toute la journée; les symptômes cérébraux persistent les mêmes ainsi que les jours suivans, et l'éruption varioloïde marche assez régulièrement jusqu'au 17. Ce jour-là les symptômes cérébraux offrent plus de gravité; la sensibilité générale est plus obtuse, les pupilles moins contractiles, la tête renversée en arrière; les dents et les gencives sont fuligineuses; ces accidens persistent, et la mort arrive le 20.

AUTOPSIE FAITE 40 HEURES APRÈS LA MORT.

Crâne. Quelques cuillerées de sérosité s'écoulent après l'incision des membranes du cerveau, dont les veines sont plus injectées à gauche qu'à droite. Chaque ventricule contient environ une cuillerée à café de sérosité.

Thorax. Les poumons sont à l'état normal; le ventricule droit offre de la dilatation, et le gauche une hypertrophie concentrique.

Appareil digestif. L'estomac offre de nombreux plis et une épaisseur assez notable, avec un léger degré de ramollissement. L'intestin grêle présente des follicules isolés et quelques plaques d'autant plus apparentes qu'on se rapproche davantage du cœcum. Dans le gros intestin, les follicules de Brunner sont plus développés; sur les valvules, on les voit noirs; au centre, saillans et larges comme une très-petite lentille; dans le colon, ils sont encore plus gros, et dans le rectum ils se présentent sous la forme de saillies de diamètre variable, depuis une ligne jusqu'à trois lignes environ à leur base, et d'une hauteur à peu près semblable, et en très-grand nombre. Ces saillies, qui ressemblent, à la première vue, aux tubercules qu'on rencontre sous la peau, ont une teinte brune mêlée de vert et parsemée de stries d'un blanc sale; leur sommet est ulcéré et avec des bords déchiquetés et inégaux.

Si on incise ces petites tumeurs aucune ne semble ramollie; elles offrent même

une résistance assez notable. Au dessous de la partie ulcérée, la coupe met à découvert un tissu d'un blanc de lait assez dense et ferme; c'est la tunique cellulaire hypertrophiée: on la sent jusqu'à la tunique musculeuse, qui reste étrangère à la formation de ces saillies.

Les autres organes n'offrent rien d'anormal.

L'histoire de ce malade nous fait reconnaître d'abord deux maladies tout-à-fait distinctes pendant la vie, savoir, la colique métallique et la varioloïde, et à l'autopsie nous trouvons une complication assez rare: elle nous explique la gravité des phénomènes observés pendant la vie, et qui ne pouvaient être expliqués par aucune des deux maladies que nous venons de nommer; c'est l'altération des glandes de Peyer, à laquelle il est beaucoup plus naturel de rattacher les symptômes cérébraux, l'intensité de l'état fébrile, les phénomènes adynamiques et enfin la mort. Ce cas nous offre donc un exemple d'une triple complication (nous négligeons encore de tenir compte de l'urticaire), et que sa rareté nous engage d'autant plus à rapporter ici que la maladie la plus grave, celle qui nous paraît avoir en définitive amené la mort, a été méconnue pendant la vie, et que l'altération qui l'a révélée après la mort a été trouvée par un observateur sur l'exactitude duquel on peut entièrement se reposer.

V. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

CONSIDÉRATIONS SUR L'IMPUISSANCE, comme cause de la nullité du mariage, accompagnées de réflexions sur la fécondation; par M. BEAUDE.

Une cause intéressante sous le rapport de la médecine légale a donné lieu à ces réflexions; nous donnerons d'abord le résumé concis des faits.

En 1822, la demoiselle N. contracte mariage avec le sieur X; et, quelques années après seulement, mieux instruite des conséquences charnelles du mariage, elle reconnaît que son prétendu mari n'a d'un homme que le nom. Demande en dissolution de mariage, dans laquelle la demanderesse allègue que le sieur X. n'a aucun des signes du sexe masculin, et que le sexe féminin est constamment révélé chez lui par une incommodité à laquelle les femmes seules sont sujettes.

Le tribunal saisi de cette affaire, rend, le 18 avril 1834, un jugement par lequel: « Attendu qu'il ne peut y avoir de mariage valable aux yeux de la loi entre deux personnes du même sexe, » ordonne que la demanderesse fera preuve des faits par elle allégués, et commet d'office à la visite de la personne de X., M. A. Dubois. Le résultat de cette visite est consigné dans un rapport du 2 juillet 1834, dans les termes suivans:

« Le nommé X... est du sexe masculin; il a deux testicules comme tous les hommes, *une apparence de verge très-petite et mal conformée, car elle n'a pas de canal de l'urètre*. Ce canal existe pourtant; mais il n'est pas à sa place naturelle, en sorte que par sa position *il n'est pas susceptible d'exécuter la fonction essentielle chez l'homme*, qui est de porter la semence à l'orifice de l'utérus dans le vagin de la femme; en un mot, la vérité est que X... n'est point, n'a jamais été et ne peut jamais être dans les conditions nécessaires pour remplir auprès d'une femme le vœu de la nature, *qui est la propagation de l'espèce*.

» Il est vrai de dire aussi qu'au premier coup d'œil, et lorsqu'on n'a pas l'habitude de ces sortes de conformations, quand X... se découvre, on est frappé de l'idée que ce peut être une femme; mais, par un examen attentif, et lorsqu'on est muni de connaissances anatomiques nécessaires, on s'assure facilement que chaque division des bourses qui représente une grande lèvre de femme est occupée par un testicule, dont on poursuit facilement le cordon vers l'anneau de chaque côté; mais ensuite, examinant un peu plus haut, on voit que ce qui pouvait paraître un fort clitoris est une petite verge d'homme, mais sans canal de l'urètre; en écartant ce qui a l'apparence de deux grandes lèvres d'une vulve, on ne voit dans le fond que la petite ouverture du canal de l'urètre, qui est fort loin et au-dessous de cette petite verge; et cette position de l'ouverture du canal qui n'a aucune longueur, doit donner au sujet qui la porte la nécessité de s'accroupir pour rendre ses urines, ne pouvant les lancer au loin pour éviter de se salir.

» Signé DUBOIS. »

Et, ce rapport ouï, par un jugement du 17 décembre dernier:

« Attendu que X. est réellement du sexe masculin;

» Attendu que le sexe étant aujourd'hui certain, les défauts de conformation, quels qu'ils soient, ne peuvent faire prononcer la nullité du mariage;

» Attendu que cette doctrine est conforme à l'esprit du Code civil, qui a voulu prévenir pour toujours les scandales auxquels ont donné lieu sous l'ancienne législation les procès fondés sur l'impuissance des époux;

» Le tribunal déclare la dame X. mal fondée dans sa demande et l'en déboute, compense les dépens. »

M. Beaude regarde cette cause comme mal jugée. Il est de toute évidence, dit-il, que le sieur X. n'a d'homme que le nom; or, est-il bien moral de condamner une femme à vivre avec un pareil fantôme d'homme; et le tribunal dont la pudeur s'alarme au seul souvenir du congrès de l'ancienne législation, regarde-t-il l'adultère unique compensation qui reste à la femme, comme un fait tellement innocent que l'on puisse pour ainsi dire le lui prescrire par jugement?

Il montre ensuite que la troisième considération est mal fondée, puisque, sous l'ancienne législation même, l'impuissance par vice de conformation se constatait par la simple visite, et était ainsi exempte du scandale qui s'attachait à la constatation de l'impuissance par d'autres causes. Enfin il fait remarquer que le Code civil, qui a changé en ce point la législation ancienne, laissait aux époux la ressource du divorce, et qu'après l'abolition du divorce la loi devait nécessairement rentrer dans l'esprit de l'ancienne législation.

A ces argumens dont on ne saurait nier la portée, M. Trébuchet en ajoute d'autres dans une lettre sur le même sujet, que nous trouvons dans le numéro suivant du même journal.

Soit oubli, soit crainte du scandale, le code civil ne mentionne pas l'impuissance au nombre des causes de nullité du mariage; il se renferme dans une expression générale, *l'erreur de la personne*. Il ne donne d'ailleurs aucune explication sur ce qu'on doit entendre par ces mots; et si l'on recourt aux discussions qui eurent lieu lors de cette rédaction, on voit que les orateurs n'étaient préoccupés que de la substitution d'un individu à un autre, et n'admettaient point comme *erreur de personne* une simple erreur sur les qualités la fortune ou la condition d'un des conjoints. Mais M. Trébuchet pense que cette interprétation est trop rigoureuse; n'y a-t-il pas erreur dans la personne quand on veut épouser un homme dans le but naturel du mariage, et qu'au lieu d'un homme on n'épouse qu'un eunuque?

Mais un argument plus décisif peut-être est celui-ci. Le contrat de mariage est soumis à toutes les règles générales des contrats; or, l'une des règles les plus essentielles est qu'il y ait consentement, et le consentement est nul lorsqu'il a été donné par erreur ou surpris par dol. (Code civil, art. 1108 et 1109.) Si les parens et la femme avaient su que le futur était radicalement privé des signes de la virilité, auraient-ils consenti au mariage? Non certes; leur consentement n'a donc été obtenu que par un dol coupable; il est donc comme non avenu et il en est de même de l'acte qui en est la conséquence. Merlin se range de cet avis; et Toullier le renforce encore par une autre considération. Il écarte l'impuissance, lorsqu'elle est survenue postérieurement à la célébration du mariage; mais il pense que l'impuissance réelle qui a précédé cette union en entraîne la nullité: 1° parce que l'article 312 du Code civil permet au mari de désavouer un enfant, lorsqu'au moment de la conception présumée il se trouvait par l'effet d'un accident dans l'impossibilité de cohabiter avec sa femme; 2° parce qu'il y aurait erreur; et 3° par suite de dol. Ajoutez à ces autorités imposantes celle de la Cour royale de Trêves, qui a annulé un mariage pour une cause de ce genre le 1er juillet 1808, « attendu 1° que les causes physiques et le défaut de conformation qui s'opposent au but naturel et légal du mariage sont des empêchemens qui l'annulent de plein droit; 2° que les nullités dont il est fait mention dans le Code Napoléon n'ont évidemment rapport qu'aux cas prévus par le même code. »

Mais d'une autre part l'opinion générale des Cours et des tribunaux se prononce aujourd'hui contre ces causes de nullité; et il ne manque pas d'autorités à opposer à Merlin et à Toullier; Favard de Langlade par exemple est d'un avis directement contraire; en sorte que M. Trébuchet lui-même, quoique semblant pencher pour la première opinion, finit par se renfermer dans une sorte de doute et refuse de se prononcer.

Cette lutte entre des autorités si respectables, cette circonspection dans des hommes si propres eux-mêmes à faire autorité, nous avertissent assez de ne nous engager dans cette question qu'avec une extrême réserve. Exposons cependant quelques considérations.

Sous le rapport du droit, il est tout d'abord avoué que le Code civil n'admet pas la cause d'impuissance, même par mauvaise conformation. Peut-on suppléer au silence de la loi, comme a fait la Cour royale de Trêves, et créer par un jugement un *plein droit* que le Code ne reconnaît pas? Les cours et les tribunaux paraissent d'un avis contraire, et les jurisconsultes qui concluent comme la cour de Trêves, s'appuient eux-mêmes sur des considérations d'un autre ordre.

Ainsi ils allèguent l'*erreur de la personne*. Mais n'est-il pas une foule de vices de conformation qui, si on les connaissait, seraient de nature à empêcher le mariage, et pour lesquels cependant on n'oserait dire qu'il y a eu erreur ou dol? Nous ne citerons pas les difformités de la taille, que l'on cache si soigneusement; mais lorsque l'étroitesse du bassin est telle qu'elle oppose un obstacle invincible à la maternité, en ferait-on

aussi une cause de nullité de mariage? Et cependant cette circonstance connue ferait, dans la majorité des cas, retirer le consentement.

Une autre considération est plus grave; c'est que la loi, en maintenant le mariage, permet au mari mal conformé de désavouer les enfans qui en naissent, puisqu'il est toujours en son pouvoir de prouver qu'il est dans l'impossibilité de cohabiter avec sa femme. Mais cet argument même a paru si peu péremptoire à Toullier, qu'il ne l'applique qu'aux cas où l'impuissance est antérieure au mariage. Et pourtant, que l'impuissance soit antérieure ou postérieure, les dangers n'en sont-ils donc pas les mêmes?

Ce qu'il y a de plus clair dans ces raisonnemens, c'est que leurs auteurs, reconnaissant dans le Code une lacune grave, ont fait pour la combler de généreux efforts, et qu'en dernière analyse ils ont cherché à torturer le sens de la loi pour lui faire dire ce qu'elle ne disait pas. Les tribunaux n'ont pas osé se livrer à cette périlleuse interprétation; doit-on les en blâmer? nous ne le pensons pas; et sur ce point nous ne saurions partager complétement l'avis de notre honorable confrère M. Beaude.

Il fait valoir à la vérité cette circonstance, que le Code primitif laissait aux époux la faculté du divorce; mais le divorce même, dans le cas actuel, n'aurait pu être demandé que d'un consentement mutuel ou pour cause d'injures graves. Or, qui répondrait du consentement du mari? et cette condition ôtée, comment l'inculper d'injures graves, s'il fait pour sa femme tout ce que son organisation lui permet de faire?

Mais M. Beaude a complétement raison, selon nous, quand il s'élève contre l'iniquité d'un semblable résultat. Le tribunal a bien jugé, nous le croyons; mais la loi qu'il a appliquée est mauvaise et détestable. Il importe que le législateur en soit averti et se hâte de la corriger; et nous désirons vivement que l'appel de M. Beaude ne reste pas perdu pour la société.

Ici la question prend une face plus scientifique; et si la loi a mal parlé, nous n'oserions dire que la faute n'en soit pas un peu à la science anatomique et physiologique. Quand on examine un monstre, une des questions principales qu'on se pose et qu'on résout est celle-ci: est-il mâle? est-il femelle? Les anatomistes ne distinguent ainsi dans l'espèce que des mâles et des femelles. Le Code n'a pu y voir que ces deux sexes non plus. Il est bien démontré cependant, et cette affaire en est une nouvelle preuve, qu'il existe une troisième variété de l'homme, qu'on appelle *hermaphrodite*, ce qui veut dire mâle et femelle à la fois, et qu'on ferait mieux de nommer *anhermaphrodite*, c'est-à-dire qui n'est ni l'un ni l'autre. Peut-être même, si cette vue était admise dans la pratique, la lacune de la loi serait-elle naturellement comblée. Ainsi, dans le rapport d'ailleurs si précis et si judicieux d'un de nos plus savans maîtres, au lieu de dire: X. *est du sexe masculin*, ce qui n'est pas rigoureusement vrai, qu'on eût lu: X. *n'est ni du sexe masculin ni du sexe féminin*, le jugement du tribunal manquait de base; le mariage eût été déclaré nul, puisque la loi ne le permet qu'entre deux individus de sexe différent. La légalité aurait été ainsi d'accord avec l'équité, et n'aurait pas même blessé la science.

Dans toute cette discussion, il ne s'est agi que des monstres; un autre cas peut se présenter. Bien que l'on ne mutile plus les enfans de nos jours pour les faire servir aux besoins des opéras et au plaisir des monarques, il ne manque pas dans notre société actuelle d'eunuques qui sont devenus tels par accident, par vengeance, par maladie, ou bien par une de ces opérations horribles que des misérables tentent encore dans nos campagnes pour la guérison des hernies. Qu'un eunuque se marie donc en cachant son état, le mariage doit-il être annulé? Le Code se tait encore; la décision est remise tout entière à l'arbitrage de l'homme de l'art, qui est interpellé de déclarer si le mari est du sexe masculin. Ici la vérité oblige à déclarer qu'il l'a été, mais qu'il ne l'est plus, ce qui équivaut à dire qu'il ne l'est pas.

Enfin une question plus délicate encore, puisque Toullier lui-même ne l'a pas osé aborder aussi courageusement que la première; c'est de savoir si la perte de la virilité, après la consommation du mariage, n'est pas aussi une cause valable de nullification. Il nous semble que la solution de la première question entraîne inévitablement celle de l'autre; les mêmes argumens sont également puissans des deux côtés. Tout ceci fait sentir la nécessité de rétablir et même de compléter la loi du divorce; et nous ne saurions mieux finir cet article que par ces paroles de M. Beaude: « Espérons que le jour de la justice viendra enfin; et ce jour est aussi bien attendu par les amis de la saine morale que par ceux de l'humanité. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 MARS.

LENTILLES EN DIAMANT.

M. Oberhaeuser, ingénieur en instrumens de mathématiques, place Dauphine, n° 19, adresse en son nom et celui de M. Trécourt une lettre relative à la proposition faite par M. Arago à la séance précédente, de consacrer une somme de 11 à 1200 fr. à l'acquisition de deux lentilles achromatiques en diamant, qui seront construites par M. Bouquet. MM. Oberhaeuser et Frécourt présentent trois lentilles en pierres précieuses, l'une en diamant, l'autre en saphir, et la troisième en rubis. On peut s'en servir comme de loupes simples et comme de microscopes composés; les lentilles de Flint qui doivent les achromatiser sont jointes à l'envoi.

La lentille de diamant a 9 dixièmes de millimètre de diamètre, son ouverture est de 73 centièmes de millimètre, et son foyer est de plus d'un millimètre. Elle a été travaillée sur une sphère de 2 millimètres de rayon; et comme les bords en sont tranchans, l'épaisseur au centre de la lentille est exactement d'un dixième de millimètre. Ce peu d'épaisseur fait que la lentille, vue sur sa face, peut à peine être distinguée; cependant, quelque petites que soient les dimensions de cet objet, il ne faut pas supposer que le travail nécessaire pour le confectionner soit proportionnellement aussi court; le poli donné aux faces a exigé un travail de vingt heures, avec une roue qui ne faisait pas moins de 200 tours par seconde; en sorte que la lentille a tourné 24 millions de fois sur elle-même.

Les lentilles de saphir et de rubis ont les mêmes dimensions que celle de diamant.

Quant au grossissement, la lentille de diamant, à l'état de simple loupe, donne une amplification linéaire de 219 fois. Avec un oculaire composé, le grossissement est de 245 fois. Dans ce cas, le grossissement de la lentille de saphir est de 255 fois, et celui de la lentille de rubis est de 235. Les auteurs de la lettre finissent en annonçant qu'ils pourront livrer au public des lentilles de diamant ou de toutes autres pierres montées et achromatisées, si l'on veut, aux prix modérés fixés par l'Académie.

On se rappelle que M. Arago avait dit qu'après la construction des deux premières lentilles faites pour l'Académie, le même fabricant pourrait en fournir au public à un prix bien inférieur et variant de 80 à 100 fr. C'est probablement à ce prix que MM. Oberhaeuser et Trécourt doivent livrer les leurs.

A l'occasion de la lecture de cette lettre, M. Seguier annonce qu'il a reçu de M. Pritchard de Londres plusieurs lentilles en saphir, et qu'il les met à la disposition de la commission pour qu'elle puisse établir une comparaison entre ces lentilles et celles construites par des artistes français.

CULTURE DE L'OPIUM A AFIOUM KARA HISSAR (Asie mineure).

Tel est le titre d'une note adressée de Constantinople par M. Texier, qui a reçu les renseignemens relatifs à cette culture du Mousselim de la ville, lequel lui a aussi remis une caisse de la graine du pavot cultivé dans son pachalik et des échantillons de l'opium qui en provient.

Le territoire d'Afioum Kara Hissar (le château noir) est de formation trachytique; la ville est construite au pied d'une chaîne volcanique qui court de l'est à l'ouest; une plaine de dix lieues de long offre à l'agriculture un champ vaste et très-favorable; des îlots trachytiques soulevés de distance en distance, et dont la saillie varie de 80 à 4 ou 5 mètres, abritent diverses parties de cette plaine.

Le fond du sol consiste presque partout en une argile grisâtre assez homogène, qui ne fait pas pâte avec l'eau; on voit aussi en quelques points un sable noir volcanique recouvert d'une couche épaisse d'humus. A peu de distance de la ville, du côté de l'ouest, on commence à trouver la craie qui constitue la chaîne par laquelle la plaine est terminée.

La culture du pavot dans le pachalik dont la ville de Kara Hissar est le chef-lieu, s'étend aussi dans plusieurs provinces voisines; on commence à la rencontrer dès qu'on a franchi les montagnes de Kedous (de l'ancienne Phrygie Epictète). Depuis ce point jusqu'à Kara Hissar les grandes formations sont toutes volcaniques; mais les terrains de culture sont variables, ce qui montre qu'une nature spéciale du sol n'est pas une condition nécessaire pour la qualité supérieure des produits.

La température de ces contrées est assez peu élevée; l'hiver, il n'est pas très-rare de voir la neige rester plusieurs mois sur la terre. On y trouve des plantes qui naissent à l'état sauvage dans des contrées moins voisines du tropique, mais qui sont cependant l'indice d'une zone tiède, tels que l'agave, le cactus, etc., plantes qui pullulent en Corse, en Italie et jusque dans le midi de la France.

Pendant quelques mois le thermomètre, à la vérité, s'élève jusqu'à 25 ou 30 degrés; mais M. Texier, qui soutient que la culture de l'opium pourrait être introduite en France, déclare que cette élévation n'a point d'influence sur la production de l'opium, attendu que la chaleur cesse au mois de juin. Pendant le séjour que M. Texier a fait à Kara-Hissar (du 2 au 6 juillet), il faisait froid, le thermomètre se soutenant entre 10 et 12 degrés. Mais, dit l'auteur de la note, une condition nécessaire pour assurer la qualité des produits et l'abondance de la récolte, c'est l'absence de pluies fortes ou continues pendant la dernière moitié de mai ou en juin, parce que l'eau fait couler l'opium, et une seule pluie soutenue pendant quelques jours peut ruiner toute une récolte.

La graine de pavot se vend à Kara-Hissar par mesure de 60 oques, à 20 paras l'oque, c'est-à-dire 30 piastres ou 8 fr. 10 c. L'oque de Constantinople égale un kilogramme 250 grammes.

On commence, en décembre, à travailler la terre par le moyen du hoyau. Lorsque les terres ne sont pas si fortes que celles de Kara-Hissar, on emploie la charrue. Les sillons doivent avoir une largeur suffisante pour qu'on puisse circuler librement sans endommager les tiges; ce sont plutôt des plates-bandes de 8 pieds et demi de large, séparées par un sentier.

La graine de pavot se sème comme le blé ; et, réglant le mouvement de la main par celui du pied, on a soin de semer clair. Ainsi une oque de graine est suffisante pour ensemencer une surface de 40 mètres de côtes, 1,600 mètres carrés. Dans les pays favorisés, l'irrigation se fait par canaux. A Kara-Hissar on ne compte que sur la pluie, ce qui rend les variations dans les récoltes très fréquentes et très grandes.

Très-peu de jours après que la fleur est tombée, on fend horizontalement la tête du pavot, mais en ayant soin que la coupure ne pénètre pas à l'intérieur de la coque. Il en sort aussitôt une substance blanche qui s'écoule en larme des bords de la coupure. On laisse le champ en cet état toute la journée et toute la nuit. Le lendemain, avec de larges couteaux, on va recueillir l'opium autour des têtes du pavot ; il a déjà acquis une couleur brune qui augmente à mesure qu'il se dessèche.

Une tête de pavot ne donne de l'opium qu'une seule fois, et n'en donne que quelques grains.

Une première sophistication que reçoit l'opium, vient des paysans eux-mêmes, qui, en le recueillant, ont le soin de gratter légèrement l'épiderme de la coque, pour en augmenter le poids. Déjà après cette fraude, il y a un douzième de substances étrangères mêlées à l'opium.

Ainsi récolté, il se présente sous forme d'une gelée gluante et grumeleuse ; on le dépose dans de petits vases de terre, et on le pile en crachant dans le mortier. M. Texier ayant demandé pourquoi on ne prenait pas la peine d'y jeter de l'eau, les paysans lui répondirent que cela gâterait le produit.

L'opium est ensuite enveloppé dans des feuilles sèches, et c'est dans cet état qu'il est livré au commerce.

La graine des pavots qui ont fourni l'opium, est également bonne pour ensemencer l'année suivante. Autrefois le commerce de l'opium était libre ; depuis quatre ans le gouvernement s'en est réservé le monopole, mais il s'est établi aussitôt une contrebande qui lui enlève à peu près le tiers du produit. Il a acheté cette année l'opium au prix de 50 piastres le laps de 250 drachmes. La première année, il en avait donné seulement 36 piastres, puis 40, puis 45. Malgré cette élévation successive des prix, il ne peut parvenir à empêcher la contrebande. Cette année il n'a recueilli que 75,000 teffés d'opium, les autres années il en recevait 150,000.

Cette mesure inconsidérée, qui ruine le commerce de Smyrne sans enrichir le gouvernement, paraît devoir être maintenue malgré les réclamations des négocians. Les cultivateurs, au reste, disent que cette mesure leur est favorable en ce qu'elle leur assure la vente de leurs produits, et à des prix raisonnables. Le prix fixé par l'état est toujours le même, quelle que soit la qualité des produits. Les meilleurs doivent, par conséquent, être enlevés par la contrebande, qui peut en offrir un plus haut prix.

Les produits de l'année sont expédiés à Constantinople, où le gouvernement les vend sur le pied de 180 à 200 piastres l'oque, qui lui revient, tous frais faits, à 80 ; encore les falsifie-t-il au moyen du bol d'Arménie et d'autres terres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mars. — Présidence de M. Lisfranc.

La correspondance officielle comprend 1° deux rapports adressés par les docteurs Daille et Loyseau, sur une affection qui, sans prendre un développement épidémique, a occasioné dernièrement plusieurs décès dans les communes de Vincent et Lombard (Jura), et que les médecins rapportent à une gastro-entéro-céphalite.

2° Un rapport général de M. Jeannin, officier de santé à Arinthod (Jura), sur une fièvre typhoïde qui a régné pendant les quatre derniers mois de 1834 dans la commune de Cernon (Jura). Ces rapports sont renvoyés à la commission des épidémies.

3° Des considérations présentées par M. Fleury, pharmacien à Rennes, sur la rareté des sangsues en France, sur le besoin et les moyens de les multiplier. — Commissaires, MM. Rayer, A. Richard et Guibourt.

4° Une lettre du ministre, qui invite l'Académie à nommer une commission spéciale pour examiner la méthode de traitement employée par M. Delaroque contre les fièvres typhoïdes. — Commissaires, MM. Andral fils, Bricheteau, Double, Duméril et Renauldin.

La correspondance manuscrite comprend 1° une lettre de M. Devergie aîné, qui, ayant appris qu'un pharmacien de Paris distribue une *Notice sur les propriétés et l'usage du rob dépuratif amer de M. Devergie aîné*, réclame contre l'abus que ce pharmacien a fait de son nom, et se déclare complétement étranger à cette publication. Le sirop dont il est question se vend depuis 1814 dans plusieurs pharmacies de la capitale ; la formule en est tombée depuis cinq ans dans le domaine public, ayant été insérée dans la *clinique de la maladie syphilitique* de l'auteur. Il se compose des substances suivantes :

Racine de bardane et de patience, feuilles de saponaire, de chaque	2 livres.
Bois de gaïac râpé,	2 livres.
Feuilles de séné,	8 onces.
Miel et sucre, de chaque	10 livres.
Eau,	30 livres.

Du reste, ce sirop a été constamment employé au Val-de-Grâce depuis 1815 jusqu'en 1825, par MM. Duvivier et Devergie, à une époque où les affections syphilitiques secondaires étaient nombreuses. — Renvoyé à la commission contre les charlatans.

2° Une lettre de M. Troncin annonçant une lotion qu'il nomme *anti-psoro-syphilide*, bonne non seulement à préserver, mais à guérir de la syphilis. — Renvoyée à la commission nommée pour le même sujet.

3° Une lettre de M. Robert sur le choléra de Marseille. L'épidémie a repris plus de vigueur ; le 19 février, la garnison en a reçu des atteintes. Un bataillon arrivé d'Aix le 18 a fourni dès le lendemain quatre malades, dont trois sont morts très promptement ; quatre jours après, il a compté dix malades, dont quatre sont morts ; dans la journée du 24, sur trente-une morts, dix-sept portaient sur des cholériques. Le 25 février, à trois heures, l'état civil avait déjà enregistré cinquante-deux décès, dont trente-deux par le choléra ; et à cette époque, la garnison comptait dix-sept malades, sur lesquels onze morts. M. Robert se demande si c'est là une recrudescence, ou si c'est réellement l'invasion de l'épidémie, et il penche pour cette dernière opinion. — Renvoyé à la commission du choléra.

On procède à la nomination au scrutin de liste de deux commissions, l'une chargée de préparer la séance annuelle, l'autre de proposer un sujet de prix pour 1837. Sont nommés membres de la première, MM. Double, Itard, Olivier d'Angers, Guéneau de Mussy et P. Dubois ; de la seconde, MM. Delens, Réveillé-Parise, Husson, Planche et Amussat.

M. Bousquet, au nom du comité de publication, propose de composer le prochain fascicule des travaux suivans :

1° Pour la partie historique, le rapport de M. Bourdois sur la proposition de placer le buste de Corvisart dans la salle des séances de l'Académie.

Pour la partie des mémoires :

1° Les remarques de M. Civiale sur la lithotritie ;

2° Une observation de fracture de la colonne vertébrale, par M. Lauth de Strasbourg ;

3° Une observation sur un cas d'obturation complète de la pupille, suite de l'opération de la cataracte, par M. Silvy, directeur de l'école de médecine de Grenoble ;

4° Des expériences sur l'efficacité de l'hydrate de peroxide de fer comme antidote de l'arsenic, par M. Boulay jeune ;

5° La troisième partie d'un rapport dont les deux premières sont insérées dans les fascicules, par M. P. Dubois ;

6° Un mémoire de M. Ravin en réponse à la question proposée par l'Académie sur les tubercules.

M. Husson fait observer que déjà un éloge funèbre de Corvisart a été inséré dans les mémoires de l'Académie.

M. Pariset répond que le rapport de M. Bourdois renferme des faits nouveaux que ne connaissait pas l'auteur de l'éloge.

M. Adelon établit en principe que tout ce qui a trait à l'histoire de l'Académie entre de droit dans ses fascicules ; d'ailleurs il y a déjà un précédent de ce genre relativement à Pinel.

M. Desportes réclame contre l'insertion du mémoire de M. P. Dubois, qui n'a pas été lu à l'Académie.

M. Adelon répond qu'il n'est pas nécessaire que le mémoire soit lu à l'Académie ; il suffit que le comité de publication, spécialement chargé de la composition des fascicules, l'ait jugé digne d'y entrer.

Toutefois, sur une observation faite par un autre membre, que le mémoire en question n'a pas encore été présenté au comité, il est décidé qu'il ne fera pas partie du prochain fascicule. L'insertion des autres travaux proposés est adoptée par l'Académie.

— M. Boulay a la parole pour la lecture d'un mémoire *sur l'efficacité du peroxide de fer hydraté, comme contrepoison de l'acide arsénieux*. Nous avons donné plus haut l'extrait de ce mémoire, dont la lecture est suivie d'une courte discussion.

M. Moreau aurait désiré qu'on analysât les déjections, afin de déterminer ce que sont devenus le poison et le contrepoison.

M. Sanson fait observer que le temps après lequel le contrepoison n'agit plus, aurait dû être précisé davantage ; il eût fallu l'administrer plus tard que 4 heures, et plus tôt que 24 heures après l'ingestion du poison.

M. Dupuy. D'après ces expériences, le sulfate de fer est de nulle valeur pour combattre l'empoisonnement par l'arséniate de potasse ; mais lors même qu'il aurait donné de meilleurs résultats, la thérapeutique y aurait encore peu gagné ; en effet, le sulfate de fer à dose un peu élevée est lui-même un véritable poison. Je ferai observer aussi que les recherches de M. Boulay démontrent une lenteur remarquable dans les effets de l'arsenic, qu'on avait voulu considérer comme un poison diffusible et presque volatil.

M. Chevallier. Cela peut tenir à la différence de constitution entre l'homme et les animaux ; mais chez le premier, il est bien certain que l'effet toxique de l'arsenic est ou ne peut plus rapide.

La discussion est close, et le mémoire renvoyé au comité de publication.

TUMEUR ÉRECTILE AVEC UN NOYAU OSSEUX.

M. Lisfranc montre une tumeur érectile qu'il a enlevée sur un jeune homme de 24 ans ; elle datait seulement de deux mois ; elle siégeait à la face et n'avait que le volume du bout du doigt auriculaire ; mais un fait très remarquable, c'est que toute récente et toute peu volumineuse qu'elle est, elle renferme une concrétion de la grosseur d'un grain de chènevis, qui paraît être de nature osseuse. Cette tumeur érectile occupait plus spécialement le tissu cellulaire. M. Lisfranc ajoute qu'il a vu des nœvus, soumis à des solutions de continuité, se cicatriser parfaitement, et que la cicatrice avait la couleur du nœvus ; le plus souvent ceux-ci augmentent alors en surface et en profondeur, et la plaie présente bientôt des champignons fongueux ; cet accident arrive surtout quand on n'obtient pas la réunion par première intention.

M. Lisfranc a souvent opéré des nœvus ; il a remarqué que si l'on n'enlevait pas au moins deux lignes de tissu normal environnant la tache de la peau, presque toujours elle se reproduisait sur la cicatrice, soit en partie, soit en totalité. Il applique le même principe à toutes les tumeurs érectiles, à moins que les localités ne s'y opposent. Cette pratique lui a constamment réussi.

CORPS ÉTRANGER DANS LA TRACHÉE-ARTÈRE ; MORT ; EMPHYSÈME DU POUMON.

M. Murat communique l'observation suivante, à l'appui de laquelle il montre la pièce anatomique.

Obs. — Le nommé Dubut, indigent, retiré à Bicêtre, âgé de 74 ans, affecté de paralysie depuis plusieurs années, avait perdu, par suite de cette infirmité, l'usage des mouvemens de la langue. Cet homme, dont les mâchoires étaient dégarnies de leurs dents, avait contracté la mauvaise habitude de manger vite. Le 27 février, vers deux heures de l'après-midi, un de mes élèves est appelé auprès de

ce vieillard ; il était mort à son arrivée. Ses voisins racontent que Dubut prenant son repas était tombé tout à coup à la renverse sur son lit en écartant les bras ; son visage était devenu violet. Ils ajoutent qu'il portait souvent dans la bouche des morceaux d'alimens très-volumineux ; quelques jours auparavant, il avait failli étouffer.

La bouche renferme encore des alimens, et quelques bulles d'air s'échappent à travers les mucosités pharyngiennes. On s'empresse de porter un doigt dans le pharynx ; on ne sent aucun obstacle. Le visage est pâle ; aucun gonflement ne se fait remarquer au cou.

L'ouverture du corps a été pratiquée vingt-quatre heures après. La face qui, vue peu de momens après la mort, présentait la pâleur ordinaire, était alors gonflée et livide. L'incision des tégumens de la poitrine et du ventre donne lieu à une perte de sang assez considérable.

Les poumons remplissent exactement la poitrine, et ne s'affaissent pas après l'enlèvement du sternum et des côtes ; ils offrent généralement une teinte brune. Toutefois ils ont conservé dans quelques endroits leur couleur naturelle. Ils contiennent une grande quantité d'air qui soulève sur quelques points la plèvre pulmonaire, et présente bon nombre d'ampoules. Cette sorte d'emphysème se fait remarquer surtout vers le bord tranchant des poumons et à leur base. En les incisant, ces organes versent une grande quantité de sang noir et liquide.

Un morceau de bœuf volumineux remplit la fin de la trachée artère, et, pressé par les parois de ce conduit, il s'est moulé sur lui, de sorte que la trachée paraît hermétiquement fermée par ce corps étranger.

L'estomac renferme une quantité médiocre d'alimens.

— M. Faure, ancien oculiste de la duchesse de Berry, présente à l'Académie un invalide qu'il a opéré d'une double cataracte par extraction, en incisant la moitié supérieure de la cornée. Les cicatrices sont à peine visibles, même en y regardant de fort près. L'opération a d'ailleurs parfaitement réussi, et cet homme, qui est tailleur de son état, peut travailler à des ouvrages fort minutieux, comme le prouve un échantillon qu'il montre à l'Académie. M. Faure pratique ce procédé depuis fort long-temps ; il est loin d'ailleurs de l'ériger en méthode exclusive, et il ne convient d'y recourir, selon lui, que quand on ne prévoit pas d'obstacle à la sortie du crystallin. Chez cet opéré, les deux crystallins étaient d'une dureté remarquable.

La séance est levée à 5 heures.

— Samedi, par décision du conseil d'administration, séance extraordinaire spécialement consacrée à la lecture des mémoires dont les auteurs se sont inscrits à l'Académie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR LA PROPRIÉTÉ SÉDATIVE DU SIROP DE POINTES D'ASPERGES, par Maurice Fuzet-Dupouget, D.-M., inspecteur adjoint des eaux thermales de St-Laurent-les-Bains.

Les articles de M. Gendrin insérés dans la Gazette médicale des 15 juin et 30 novembre 1835, m'ont suggéré l'idée de faire connaître l'action sédative que possède réellement le sirop de pointes d'asperges, et auquel M. Gendrin refuse cette vertu ou propriété qui a déjà été mentionnée par beaucoup de médecins. Sans révoquer en doute les faits énoncés par ce médecin recommandable, je puis assurer avoir toujours obtenu à un degré plus ou moins marqué l'action sédative du sirop de pointes d'asperges, chaque fois que j'en ai fait prendre à mes malades. Je crois trouver la raison des insuccès de M. Gendrin dans la composition du sirop qu'il a employé, qui était probablement de celui fait chez M. Johnson, pharmacien à Paris, ou bien par d'autres pharmaciens qui ont employé des pointes d'asperges recueillies dans le nord de la France. Ce sirop, envoyé dans le midi et prescrit à des malades tourmentés par des palpitations nerveuses ou anévrismatiques, a échoué entre les mains des médecins instruits ; et je pourrai citer même M. le docteur Cruchet de Montélimart (Drôme), qui est médecin d'une maison d'éducation de demoiselles, parmi lesquelles il y avait des pensionnaires et des maîtresses à qui il avait prescrit ce sirop sans succès. Dans le même établissement j'ai une sœur, qui est religieuse, atteinte de palpitations très-incommodes, qui a été traitée par le sirop d'asperges, à Paris, mais sans aucun amendement dans son état. Je lui ai conseillé de faire usage du sirop fait dans ce pays-ci, et je lui en ai procuré fait avec soin par les pharmaciens de Joyeuse et de Vans. Son effet a été très-prompt, et a calmé parfaitement les battemens. Ma sœur en a fait prendre à d'autres religieuses ou pensionnaires affectées de palpitations, et elles en ont éprouvé les mêmes effets. Aussi la supérieure du couvent de la Visitation de Ste-Marie de Montélimart, m'a-t-elle prié de lui faire un envoi de ce sirop, et de lui donner la formule pour le composer ; et c'est ce que j'ai fait. M. le docteur Cuchat a vérifié ces observations, et a cru qu'il entrait de la digitale dans ce sirop ; mais on a suivi la formule donnée par M. Johnson, dans laquelle il entre 1 grain de digitale.

Je pourrais citer encore une observation bien concluante en faveur du sirop composé avec les asperges de ce pays, et qui prouve la vertu non sédative de celui de M. Johnson. Une demoiselle très-intéressante, très-nerveuse des environs de Privas, chef-lieu du département, fit usage pendant quelque temps du sirop d'asperges de Paris, pour calmer des palpitations qui l'incommodaient beaucoup ; mais elle était toujours dans le même état. Je lui prescrivis alors le sirop fait dans le pays, et son effet sédatif se manifesta le second jour. Cependant cette jeune personne n'en prenait que quatre cuillerées à bouche dans la journée.

Je pourrais citer un grand nombre d'observations pour corroborer ce que j'avance en faveur de la propriété sédative du sirop d'asperges, mais je craindrais d'abuser des lecteurs de la Gazette médicale. Voici les deux seules observations détaillées que je vais donner :

Obs. I. — Une femme nommée Maurin, âgée de 50 ans, de la commune de Courry, canton de Saint-Ambroise, département du Gard, d'un tempérament sanguin, d'un caractère vif, très-sensible, vint me consulter au mois de mai 1830 ; elle n'était plus réglée depuis cinq ou six ans ; elle se plaignait d'une forte palpitation du cœur et, dans la région épigastrique, d'une sensation pénible dans tout le côté gauche du thorax, accompagnée de dyspnée qui augmentait au moindre mouvement un peu précipité, ou bien par les peines morales auxquelles la malade était très-sensible ; il y avait de la toux ; le pouls était plein et dur ; les palpitations isochrones à celles du cœur ; la malade avait la physionomie d'une anévrismatique, la figure bleuâtre, les lèvres et les ailes du nez surtout ; elle ne pouvait parler qu'avec difficulté ; les paroles souvent étaient entrecoupées ; il était impossible à la malade de garder au lit la position horizontale ; le sommeil était accompagné de rêves effrayans. Tous ces accidens dataient d'un an, à la suite d'un violent chagrin qu'elle éprouva en voyant noyer ses deux enfans sans pouvoir les sauver. Je percutai la région du cœur, qui rendait un son mat ; on voyait très-distinctement les battemens de cet organe, et même on entendait un bruit sourd à chaque pulsation ; la main appuyée sur le cœur était soulevée avec force ; on voyait battre les carotides et les autres artères superficielles, dont les pulsations étaient grandes et dures. Les extrémités inférieures étaient un peu œdématiées. L'auscultation pratiquée avec le stéthoscope ne me fit rien connaître constatant la maladie organique que je soupçonnais ; je ne pus apprécier par ce moyen autre chose que la respiration entrecoupée, qui était *vésiculaire*. J'ai peu l'habitude de cet instrument, et peut-être ne m'en suis-je pas bien servi ; cependant je l'ai appliqué avec et sans son obturateur. Je crus reconnaître une maladie organique du cœur, et je prescrivis une saignée du bras, la digitale et un régime sévère. Ces moyens n'amenèrent qu'une amélioration légère ; je conseillai le sirop de pointes d'asperges à la dose d'une once par jour, en augmentant graduellement jusqu'à 6 et 7 onces. Ce moyen, aidé du régime seulement, suffit au bout de dix jours pour rendre le calme à la malade. Je fus d'avis de suspendre de temps en temps l'usage du sirop pour deux et trois jours et de le reprendre quatre ou six jours de suite ; mais ayant une fois manqué de se procurer de ce sirop, elle en cessa l'usage pendant quinze jours. Dès lors les battemens revinrent, ainsi que la dyspnée, mais à un moindre degré de force ; depuis lors, elle a suivi mon avis pendant deux ans. A la fin, se croyant guérie, elle ne voulut plus faire de remèdes et abandonna le sirop d'asperges pendant trois mois ; mais il se déclara une ascite et un hydro-thorax qu'aucun moyen ne put faire disparaître. Je tentai la ponction, qui donna issue à 36 ou 40 livres d'un liquide clair et un peu filant ou albumineux, mais je ne pus sauver la malade.

Je puis assurer que les palpitations n'ont plus tourmenté cette femme, malgré l'hydro-thorax ; le sirop fut repris dès que je fus rappelé auprès d'elle, mais je ne reconnus pas qu'il donnât plus d'activité aux urines ; il est vrai que je l'employai conjointement avec d'autres diurétiques en dernier lieu, et que je ne pouvais pas bien apprécier son action sur les reins et sur la vessie ; mais je ne lui reconnus pas non plus une propriété bien marquée comme diurétique lorsqu'il fut précédemment employé seul à forte dose. Chez d'autres malades, j'ai observé son action sédative et diurétique.

Obs. II. — Mademoiselle Carory, de Villefort, département de la Lozère, âgée de 18 ans, non réglée, d'un tempérament sanguin, d'une constitution délicate, d'un caractère très-vif, étant en pension dans une maison d'éducation, où elle s'occupait avec trop d'ardeur, ressentit il y a deux ans des palpitations au cœur avec une gêne légère de la respiration et un peu de toux. Ces accidens ne tardèrent pas à augmenter, et le moindre exercice les rendait insupportables ; la région du cœur était douloureuse ; l'appétit était presque nul ; les forces avaient considérablement diminué ; il y avait pâleur, tristesse, lassitude. C'est dans cet état que je vis cette jeune personne ; les battemens du cœur étaient isochrones avec ceux du pouls ; il y avait un peu de fièvre ; la langue pâle ; le sommeil était presque nul. Je prescrivis des tisanes calmantes ; la digitale associée à la thridace et à l'extrait de valériane. Il y eut un mieux marqué ; le sommeil eut lieu et fut tranquille ; mais les battemens du cœur persistaient ; j'augmentai la dose de digitale ; mais elle produisit des éblouissemens, des vertiges et un état de resserrement à la région épigastrique, quoiqu'elle ne fût portée qu'à la dose de 3 grains par jour. Je la fis suspendre, et je conseillai le sirop de pointes d'asperges à la dose de deux cuillerées à bouche par jour ; on augmenta graduellement tous les deux jours jusqu'à six cuillerées ; parvenue à cette dose, la malade ne ressentit que peu de palpitations, qui ne tardèrent pas à disparaître entièrement. Dix jours après, elle put faire à pied une promenade d'une demi-lieue, et put gravir sans en être très-fatiguée une montagne près de la ville. L'usage du sirop a été continué sans interruption pendant deux mois, mais à faible dose, afin de prévenir une rechute. Aujourd'hui, il y a dix-huit mois que la cure ne s'est pas démentie : cette demoiselle est bien réglée et n'a plus le moindre ressentiment de sa maladie.

J'aurais pu rendre ces observations plus complètes, et il aurait été même à désirer que j'eusse pu donner des détails sur l'autopsie de la

femme qui a fait le sujet de ma première observation, mais on éprouve en province, et surtout dans la pratique des campagnes, une grande difficulté à obtenir la permission des parens, de faire l'ouverture des cadavres.

La Revue médicale (novembre 1829, p. 278) dit que, suivant M. Broussais, une trop forte dose de sirop de pointes d'asperges peut irriter l'estomac; je n'ai jamais observé cet effet, quoique plusieurs malades à qui je l'ai prescrit en aient pris des doses très-élevées, jusqu'à douze onces par jour (1).

PROJET D'EXPÉRIENCES SUR LA CONTAGION OU LA NON CONTAGION DE LA PESTE.

Nous recevons communication des deux lettres suivantes qui ne pourront qu'exciter un grand intérêt dans le monde scientifique. Il s'agit d'expériences à tenter sur la peste, pareilles à celles que M. Chervin proposait en 1831 de tenter sur le choléra, et qui furent alors repoussées par une fin de non-recevoir. Il est à désirer que sa nouvelle proposition ait un plus heureux succès; et bien que nous n'attendions pas de ses expériences des résultats aussi absolus qu'il paraît l'espérer, elles offriront cependant un assez haut degré d'utilité pour que nous en appelions la réalisation de tous nos vœux. Les objections faites par M. le ministre, bien que pleines de modération et de sagesse, nous semblent cependant écartées d'avance par la lettre de M. Chervin; le Lazaret de Marseille étant destiné aux pestiférés, avec les précautions d'usage la ville sera à l'abri de toute crainte; et sans doute les autorités de Marseille chargées de décider sur ces expériences se souviendront que nulle autre ville en France n'y a autant d'intérêt que la leur.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR CHERVIN A M. LE MINISTRE DU COMMERCE.

Paris, le 20 janvier 1835.

Monsieur le ministre,

MM. Paillettes, filateurs à Saint-Quentin, ayant proposé au gouvernement, il y a quelques années, de faire désinfecter les cotons du Levant, et notamment ceux d'Egypte, en les soumettant à l'action d'un courant de vapeur aqueuse dont la température serait de 130° environ, M. le ministre de l'intérieur consulta l'Académie royale de médecine sur l'efficacité de ce mode de purification.

Ce corps savant renvoya l'examen de la question qui lui était soumise à une commission composée de MM. Robiquet, Orfila, Laugier et Thillaye, chimistes et physiciens; et le 31 août 1830, après avoir entendu le rapport de ses commissaires, l'Académie répondit à M. le ministre qu'il n'y avait pas lieu d'adopter le moyen désinfectant proposé; qu'avant de chercher à détruire le principe contagieux qu'on suppose exister dans le coton, il faudrait commencer par s'assurer de sa réalité et de sa nature; qu'en attendant, il convenait de s'en tenir au moyen actuellement en usage, c'est-à-dire à la ventilation; et enfin que des expériences propres à constater l'existence ou la non-existence d'un principe pestilentiel dans le coton venant d'Egypte et du Levant, devaient être demandées au lazaret de Marseille.

Dès que je fus instruit de cette réponse de l'Académie de médecine, je m'empressai d'annoncer à son conseil d'administration que j'étais prêt à me soumettre à toutes les expériences que le gouvernement jugerait convenable de faire faire dans le but de s'assurer si la peste est ou n'est pas contagieuse, et de quelle manière et à quel degré elle peut être transmissible. Je priai en même temps le conseil d'administration de l'Académie de vouloir bien informer M. le ministre de l'intérieur de la proposition que je venais de lui faire dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

La réponse du conseil fut « qu'il ne pouvait qu'applaudir au dévouement qui me portait à me proposer pour sujet des expériences propres à éclaircir la question de savoir si la peste est ou n'est pas contagieuse; qu'il le ferait connaître à M. le ministre de l'intérieur, selon mes desirs, en lui envoyant copie de ma lettre. »

Le gouvernement ne s'étant point occupé des expériences qui lui avaient été proposées par l'Académie royale de médecine, dans le but d'éclairer une question du plus haut intérêt, je crus devoir appeler l'attention de la chambre des députés sur cet important sujet; et c'est ce que je fis dans une pétition que je lui adressai en 1833, et qu'elle renvoya sans opposition aucune à M. le ministre du commerce et des travaux publics, après avoir entendu le rapport de sa commission des pétitions, qui est entièrement favorable à ma demande.

Néanmoins près de deux ans se sont écoulés depuis le renvoi de ma pétition à M. le ministre du commerce, et l'administration n'a point encore ordonné, que je sache, les expériences qui lui ont été proposées par le premier corps médical de France, et que les amis de la civilisation appellent de tous leurs vœux. Une occasion des plus favorables pour faire exécuter ces expériences se présentant en ce moment, j'ose espérer, monsieur le ministre, que le gouvernement français en profitera pour s'éclairer sur le caractère transmissible ou non transmissible de la peste, et que par ce moyen il acquerra des droits bien fondés à la reconnaissance du monde civilisé.

(1) Nous devons noter ici que le sirop de Johnson étant composé avec l'extrait de l'*asparagus amarus* du midi, il est probable que les essais de notre correspondant auront été faits avec du sirop d'une différente composition. *N. du R.*

Une épidémie pestilentielle vient d'éclater en Egypte, et tout porte à croire qu'elle y prendra malheureusement une grande extension. Nos relations avec ce pays étant nombreuses et promptes, il sera facile de se procurer les objets qui devront servir aux expériences dont je demande l'exécution. Ces objets ne seront pas simplement des balles de coton, qui, tout en venant d'un lieu infecté, pourraient ne pas avoir été touchées par des pestiférés; mais ce seront les vêtemens qui auront servi de la manière la plus immédiate aux individus atteints de la peste, tels que chemises, caleçons, turbans, pelisses; en un mot, tout ce qu'on suppose devoir être le plus profondément imprégné du virus pestilentiel.

Ces objets seront recueillis au moment même de la mort des pestiférés, placés aussitôt dans des caisses hermétiquement fermées, et expédiées pour le lazaret de Marseille, avec des certificats d'origine qui indiqueront les principaux exanthèmes (tels que bubons, charbons et pétéchies), qu'auront présentés durant leur dernière maladie les individus auxquels ces effets auront appartenu. De cette manière il ne pourra s'élever aucun doute sur l'état de contamination de la matière première des expériences.

D'un autre côté, pour donner des résultats aussi concluans que possible, ces expériences devront être faites sur une très-grande échelle: ce qui sera d'autant plus facile que l'autorité, si elle le veut, ne manquera ni d'hommes dévoués, ni de vêtemens qui auront servi aux victimes de la peste. Je n'en doute pas; nombre de médecins et de savans et habiles expérimentateurs voudront coopérer personnellement à cette œuvre philantropique.

Quant à moi, Monsieur le ministre, je demande de nouveau à me soumettre le premier à toutes les épreuves qui seront indiquées par l'Académie royale des sciences ou l'Académie royale de médecine; et, pour qu'on ne suppose point que j'agis ici d'après une idée préconçue, je déclare que je n'ai pas d'opinion arrêtée sur le caractère contagieux ou non contagieux de la peste; mais que, par suite des recherches auxquelles je me suis livré, je serais porté à la regarder comme étant beaucoup moins transmissible qu'on ne le pense généralement.

Faites dans la triple enceinte du lazaret de Marseille, avec les précautions prescrites pour le cas où il existe des pestiférés dans cet établissement, les expériences que j'ai l'honneur de vous proposer, Monsieur le ministre, ne peuvent compromettre la santé publique en aucune manière, ainsi que le prouvent évidemment les différens cas de peste admis dans ce lazaret depuis un siècle, tandis qu'elles ne peuvent manquer d'éclairer une question qui intéresse à un très-haut degré tous les peuples européens.

L'idée de recourir à la méthode expérimentale pour arriver d'une manière prompte et sûre à la connaissance du mode de propagation de la peste, n'est point une chose nouvelle; des expériences ont été proposées il y a long-temps pour atteindre ce but; et M. le docteur Southwood Smith, l'un des médecins les plus éclairés de l'Angleterre, les regarde avec nous comme étant le meilleur moyen, sinon l'unique, de faire décider la question d'une manière certaine et irrévocable (1). D'un autre côté, la proposition faite en 1830 par l'Académie royale de médecine, le vœu exprimé en 1833 par la chambre des députés, et les progrès récens de la doctrine de la non-contagion, sont d'un poids immense en faveur de ce moyen......

Pour être concluantes, ces expériences doivent être faites loin des contrées ravagées par la peste, tout-à-fait hors de l'influence épidémique; et c'est pour cette raison que je demande qu'on y procède dans le lazaret de Marseille, et non en Egypte, où, sans cette circonstance, il eût été très-facile d'envoyer une commission médicale qui aurait expérimenté en vue des désastres causés par le fléau pestilentiel, et de ce fléau lui-même.

D'un autre côté, les résultats des expériences que je me propose devant être d'un intérêt général pour les gouvernemens européens, il conviendrait d'inviter ces gouvernemens à envoyer des commissaires pour en être témoins et en certifier l'authenticité. Cette mesure donnerait aux expériences dont il s'agit un degré d'autorité qui ne laisserait rien à désirer et qui serait de nature à porter la conviction dans tous les esprits......

J'ai l'honneur d'être, etc.

Chervin, D.-M. P.

RÉPONSE DE M. LE MINISTRE DU COMMERCE A M. CHERVIN.

Paris, le 16 février 1835.

Le ministre commence par rappeler l'objet de la demande de M. Chervin; puis il ajoute:

Je ne saurai trop applaudir, monsieur, à ce nouveau témoignage de votre zèle pour la science; mais, sans émettre une opinion personnelle sur les dangers ou l'innocuité, l'avantage ou les inconvéniens de l'expérience proposée, j'appellerai votre attention sur un fait dont le souvenir paraît vous être échappé.

En 1825, trois médecins, MM. Lassis, Costa et Lasserre demandèrent que le gouvernement fit recueillir aux Antilles, en Egypte, ou dans tout autre lieu, théâtre ordinaire de la fièvre jaune ou de la peste, des effets ayant appartenu à des individus qui auraient succombé à ces maladies; que les effets contaminés, tels que chemises, habits, draps, fussent déposés dans des boîtes de fer-blanc hermétiquement fermées et transportées au lazaret de Marseille; ils offrirent de se renfermer au lazaret, de se revêtir des habits des pestiférés, de les garder sur leur corps pendant quarante jours, etc.

L'Académie royale de médecine fut consultée par l'un de mes prédécesseurs sur la demande de ces trois médecins.... L'Académie, en reconnaissant que la voie expérimentale était la seule qui pût conduire à la solution du problème dont il s'agit, élevait cependant de graves objections contre la proposition de MM. Lassis,

(1) Voyez *a Treatise on fever*, etc., p. 367 et 368.

Costa et Lasserre, soit sous le rapport de la légalité, soit sous le rapport du danger de l'expérience, soit enfin sous le rapport des résultats qu'on pouvait s'en promettre.

La seule conclusion à laquelle je m'arrête en ce moment, c'est que pour être décisive, l'expérience devrait être faite sur un nombre de personnes que l'Académie n'a pas voulu déterminer; or, il est évident que les chances de danger, quelles qu'elles soient, augmenteraient en raison directe de la quantité des effets de pestiférés qu'il faudrait transporter, en raison aussi du nombre de personnes qui se renfermeraient au lazaret pour se soumettre à l'expérimentation.

Dans une question aussi délicate, et qui touche de si près, non-seulement à l'intérêt général de la santé publique, mais aussi aux intérêts particuliers de la sûreté, de la tranquillité des relations commerciales de la ville de Marseille, il n'est pas permis au gouvernement de prendre une décision sans avoir égard à l'opinion des corps qui sont les organes et les représentans naturels des intérêts dont je viens de parler. Avant donc d'examiner quelle suite peut être donnée à votre demande, j'ai cru devoir la faire communiquer à l'intendance sanitaire, à la chambre de commerce, au conseil municipal de Marseille. Je ne manquerai pas de vous faire connaître les résultats de cette communication.

Agréez, etc.,

Le ministre du commerce,
DUCHATEL.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE BANDAGE A PELOTE MÉDICAMENTEUSE, pour la cure radicale des hernies; par le docteur JALADE-LAFOND (1).

Après que la chirurgie eut renoncé aux graves opérations par lesquelles on cherchait autrefois à prévenir le retour d'une hernie, le traitement de ces affections était resté à peu près purement palliatif. Depuis quelques années seulement les efforts des chirurgiens se sont de nouveau tournés vers le traitement radical. Sans parler de l'opération brillante, mais périlleuse de M. Belmas, d'autres sont parvenus au même but par la compression permanente aidée du décubitus prolongé. Mais cette dernière condition emporte avec elle beaucoup de gêne et d'ennui; et pour la plupart des malades, la douleur et même le danger qui durent peu sont préférables à la longueur du traitement, quelque facile et sûr qu'il puisse être.

Dans cet état de choses, une première question se présente: la position horizontale est-elle réellement indispensable? On conçoit que dans les efforts de la station, de la marche, les viscères abdominaux pressent davantage contre les ouvertures herniaires, que dans le repos; mais cependant la pression existe toujours; et certainement l'action d'un bandage contentif bien appliqué est ici la première puissance curative; enfin on a des exemples de succès par cet unique moyen, principalement chez les enfans et les jeunes gens.

M. Jalade-Lafond a suivi cette idée; mais toutefois, ne se fiant pas à la compression seule, il a imaginé d'y joindre une action médicamenteuse. Il a construit dans ce but de nouveaux bandages dont la pelote, que l'on peut rendre dure ou élastique à volonté, contient un réservoir pour loger les substances médicamenteuses. Cette pelote, elliptique et bombée, est forée dans sa partie intérieure d'une cuvette elliptique; cette cuvette ou capsule est composée de quatre lames élastiques maintenues sur une cinquième lame par des rivets; le fond est percé d'une quantité de petits trous formant une espèce de crible, et le tout est recouvert de gomme élastique préparée et percée elle-même de trous multipliés, pour permettre au médicament d'arriver jusqu'à la peau. Le médicament s'introduit dans la pelotte par une charnière extérieure maintenue par un verron à coulisse. La force du médicament, qui doit être de nature astringente, est modifiée selon le besoin.

Treize observations détaillées constatent les succès que l'auteur a retirés de ces moyens. Dix d'entre elles ont trait à des hernies inguinales, intestinales ou épiploïques, datant depuis trois jusqu'à douze ans et plus, chez des sujets de 14 à 47 ans. La guérison a demandé depuis deux mois et demi jusqu'à six mois et demi; dans un seul cas il a fallu deux ans; dans un autre cas on a obtenu la disparition de la hernie, mais la persistance de l'anneau a fait juger prudent de continuer l'emploi du bandage.

Deux autres faits se rapportent à des hernies ombilicales dont l'une datait de dix ans. Celle-ci fut guérie en cinq semaines; l'autre, moins ancienne, demanda quatre mois pour disparaître.

Enfin le dernier concerne une hernie crurale par suite de couches, qui fut complétement guérie en trois mois.

On voit que ce traitement offre des chances variables quant à sa durée; et que ces chances ne dépendent ni de l'âge des malades, ni de l'ancienneté de la hernie, et nous ajouterons ni de sa nature. Il y a ici quelque influence occulte qui semble tenir à la constitution des sujets; car ni le volume de la hernie même ni l'ampleur de l'ouverture ne rendent un compte satisfaisant de cette variété de résultats. En général le traitement est simple et sans accidens; mais plusieurs fois il est survenu des inflammations aux tégumens, des douleurs dans l'abdomen et dans la fosse iliaque, et même une fois une vive inflammation du bas-ventre, qui toutefois céda facilement. Ces accidens sont-ils dus à l'action des médicamens ou à la pression du bandage? Nous croyons que, à part les irritations cutanées, le bandage est la seule cause de tous ces effets. M. Lafond lui-même dans un cas que les douleurs revenaient surtout dès que la pression recommençait; dans tous les cas on conçoit qu'il faut suspendre le traitement jusqu'à la disparition des accidens. Du reste, ces inflammations superficielles ou profondes n'ont pas fait marcher plus rapidement la guérison; dans un cas même un abcès au voisinage de l'anneau, provenant de la compression d'un mauvais bandage, n'eut aucun résultat pour la guérison radicale.

Il s'agirait maintenant de rechercher quelle part ont eue à la guérison l'emploi des médicamens et l'emploi du bandage; mais M. Lafond n'a point cru devoir aborder cette question, qu'il aurait pu résoudre mieux que tout autre. Toutefois, de la lecture attentive de ses observations, il nous a paru résulter que le bandage avait au moins la plus grande part dans le succès, sinon même qu'il avait été seul à le produire. C'est ici qu'il faut tenir compte de certaines précautions que l'auteur, à notre avis, n'a pas assez fait valoir. La plupart des malades qui venaient à lui portaient des bandages, mais à pelote mal disposée ou à ressort trop faible; et M. Lafond s'attache surtout, dans son traitement radical, à comprimer également et parfaitement les points nécessaires. Nous penchons fortement à croire que si, au lieu de choisir au basard un bandage fait sur un patron commun, les malades avaient soin de s'en faire faire pour eux-mêmes, toutes mesures prises, par un artiste exercé, ils obtiendraient plus fréquemment cette guérison radicale. La onzième observation de M. Lafond en offre même un exemple sur un malade de 45 ans, atteint depuis douze ans d'une hernie entéro-épiploïque volumineuse, qu'on avait même considérée comme adhérente; un bandage circulaire un peu fort et d'action bien diamétrale, qu'on ne renouvela qu'une fois, suffit pour oblitérer l'anneau sans retour.

Quand cette oblitération est constatée, il ne faut pas encore abandonner tout appareil. M. Lafond applique alors un bandage d'une action douce et continue qui soutient l'anneau oblitéré et en favorise la consolidation. Il a imaginé dans ce but une pelote à vent fortifiée dans sa partie centrale par une plaque métallique que supporte une spirale élastique ou fixe. Cette pelote est plus ou moins remplie d'air, suivant la pression plus ou moins forte qu'on veut obtenir. Après quelques mois, on peut enfin se passer de tout bandage; l'auteur ne paraît pas avoir observé de récidives.

Ces idées nous paraissent justes et rationnelles, et elles méritent à tous égards l'attention des praticiens.

A M. le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai à vous adresser une réclamation qu'on pourra trouver un peu tardive, mais que je vais tâcher de ne pas faire trop longue, et que, comme elle est fondée, vous ne me refuserez pas, sans doute, d'admettre dans vos intéressantes colonnes.

D'après l'analyse donnée par la GAZETTE MÉDICALE (t. 3, p. 106) de la séance de l'Académie de médecine du 10 février dernier, j'aurais répondu à une objection de M. Rochoux comme il suit: « Je ne peux dire si mes dessins représentent l'affection des Antilles. »

J'ai, au contraire, dit à cet honorable collègue avoir vu le pian des Antilles, où j'ai fait trois voyages. L'influence d'un climat si différent du nôtre sur la manifestation des symptômes pianiques, me paraissait, ai-je dit aussi, une cause de dissemblance dont il importait de bien faire la part.

Quant à l'exubérante synonymie que j'avais cru à propos de rappeler, au moins par un des noms qu'elle accumule, dans l'idée peut-être provinciale qu'on semble ignorer qu'il en existe une en le taisant tout-à-fait, j'ai montré partager l'opinion émise par M. Moreau dans la même séance, sur la confusion qu'elle introduit dans le langage médical.

Il ne m'en paraît pas moins certain que les honorables collègues qui m'ont hautement conseillé de supprimer les mots *ou pian*, à la suite du nom de framboesia, qu'ils n'ont pourtant pas témoigné désapprouver, auraient eu lieu plutôt de me tenir compte, en cette occasion, de mon extrême réserve en prolixité synonymique. Ne pouvais-je donc pas, en effet, ajouter encore, d'après les livres qui sont dans toutes nos bibliothèques, *ou mycosis, ou yaws*, etc., etc.?

Veuillez agréer, etc.

BÉNON, D.-M.-P.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) Paris, 1834; in 8° de 25 pages.

N° 11. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 14 MARS 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR DES ABCÈS PRIS POUR DES ANÉVRISMES, ET SUR DES ANÉVRISMES PRIS POUR DES ABCÈS; par le docteur F. Ribes père, médecin ordinaire des Invalides.

DEUXIÈME SÉRIE.

DES ANÉVRISMES PRIS POUR DES ABCÈS.

1. Ambroise Paré dit : J'ai vu récemment un prêtre de St-André-des-Arcs, nommé maître Jean Mallet. Ce prêtre avait un anévrisme de la grosseur d'une noix sur la jointure de l'épaule. Je lui conseillai qu'il se donnât de garde de le faire ouvrir, sous peine de la vie; mais la tumeur augmentant beaucoup, il alla trouver un homme qui crut que c'était un abcès. Il y appliqua un caustique. L'ouverture de la tumeur eut lieu le lendemain; une grande hémorrhagie survint; on vint me chercher, mais à mon arrivée le malade venait d'expirer. (V. Paré, liv. 7, ch. 34.)

2. Un malade, qui portait un anévrisme de l'artère axillaire, quitta l'hospice de la Charité pour se rendre à l'Hôtel-Dieu, dont Ferrand était le chirurgien en chef. Un élève interne dans le rang duquel il fut couché, ne voyant dans cette tumeur qu'un abcès ordinaire, engagea Ferrand à en faire l'ouverture à la visite du soir. Celui-ci, après avoir hésité un moment, plongea le bistouri dans la tumeur, sans l'avoir à peine examinée. Le malade mourut au bout de quelques momens, malgré tous les moyens qu'on pût imaginer pour arrêter l'hémorrhagie. (V. Cailliot, thèse déjà citée.)

3. Une fille d'Ypres avait depuis sept ans au pli du bras un anévrisme qui avait été causé par une saignée. La tumeur était de la gros-

Feuilleton.

L'ORTHOPÉDISTE D'ANGERS. — CONDAMNATIONS JUDICIAIRES POUR EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

L'orthopédiste d'Angers nous fait l'honneur de nous écrire une longue lettre qui n'offre pas assez d'intérêt sous le rapport scientifique, pour que nous l'insérions dans nos colonnes. Nous ne nous soucions pas d'ailleurs de lui donner bénévolement entrée à la Gazette médicale, ce dont il s'était peut-être flatté. Qu'il se contente de faire parler de lui les Académies, avec nous il perdrait son temps; qu'il distribue ses *prospectus* sur le Pont-Neuf, mais qu'il renonce à les introduire dans notre feuille, sous quel que prétexte que ce soit. Nous le croyons sans doute fort habile en une infinité de choses, mais nous ne croyons pas qu'il réussisse à nous faire servir de trompette à sa gloire.

Cependant il est de notre justice de répondre à quelques parties de sa réclamation. L'orthopédiste d'Angers, par exemple, trouve mauvais que nous nous servions à son égard des mots de mystification et de jonglerie. Sur ce point nous avouons à notre honte que nous n'avons fait que répéter mot à mot ce qui a été dit en pleine Académie par des membres fort respectables. Au lieu de se plaindre, l'orthopédiste angevin devrait plutôt nous remercier de notre modération, car nous avons fort adouci les termes dont on s'est servi à l'Académie, et contre lesquels personne n'a réclamé. Nous avons eu même l'attention de ne pas prononcer son nom, système dont nous ne nous départons jamais quand nous avons à parler médecine avec des industriels sans titre. Le jugement dont sa personne et ses écrits ont été l'objet, ayant été ainsi formulé par l'immense majorité d'une aussi grave assemblée, nous avons dû l'admettre pour véritable et juste. N'ayant pas d'ailleurs l'avantage de connaître l'orthopédiste d'Angers, il était tout simple que nous suivissions l'opinion du corps médical quelque peu flatteuse qu'elle fût pour lui; et nous ne voyons pas pourquoi nous aurions agi autrement. S'il lui reste quelque envie de guerroyer, nous lui conseillons de relire le compte-rendu des séances des 17 et 22 février, et de chercher querelle à MM. Emery et Cornac, dont nous n'avons été que les fidèles échos.

Notre fameux redresseur nous reproche aussi d'avoir avancé cette *erreur grossière*, qu'il avait été poursuivi par les anathèmes de la Société médicale de la ville où il exerce son industrie. Il nous renvoie à ses prospectus, signés, dit il,

seur d'un œuf de poule, et aussi dure qu'un cartilage, hormis à un petit endroit où l'on sentait de la mollesse. Trois chirurgiens ayant ouvert cette tumeur, ne purent arrêter l'hémorrhagie, et le malade mourut peu de temps après l'opération. (V. Palfin, *Anatomie*, partie 7, ch. 1. Distribution des artères.)

4. Blegny dit que Mlle de Longueil avait au pli du bras une tumeur fort dure que plusieurs praticiens croyaient être scrophuleuse, et qui, ouverte par Morel en présence de Courtois et de quelques autres médecins, fut reconnue pour être un véritable anévrisme. (*Nouvelles découvertes*, t. 3, p. 201.)

5. Vésale fut consulté pour une tumeur au dos, qu'il déclara être un anévrisme. Quelque temps après un homme de l'art, trompé sans doute sur la nature du mal, ouvrit la tumeur, et il survint une hémorrhagie qui fit périr en peu de temps le malade.

6. Un hatelier ayant été blessé à la cuisse, la plaie se cicatrisa. Une tumeur anévrismale se développa dans ce point : elle était molle, fluctuante, et offrait des battemens. Elle augmenta tellement que l'on crut que c'était un abcès. Ce mal allant en empirant, on y fit une incision, mais il ne parut autre chose que du sang corrompu et caillé; il ne sortit aucun pus ni rien d'approchant. La douleur ne cessant point, la gangrène et le sphacèle se déclarèrent; bientôt après le malade mourut. (Ce cas est de Pierre Forest d'Alcmar; Je l'ai tiré d'un autre recueil d'observations publié à Genève en 1646. Voy. obs. 46.)

7. Il y a peu d'années, on m'assura qu'un des chirurgiens les plus expérimentés et les plus justement estimés de la capitale, reçut dans son hôpital un malade portant une énorme tumeur à la cuisse, qui était elle-même extrêmement tuméfiée. Cet engorgement masquait tellement la tumeur, qu'on n'y apercevait et qu'on n'y sentait aucun battement. Ce chirurgien, croyant avoir affaire simplement à un abcès, y plongea le bistouri. Aussitôt le sang jaillit à flots, et le malade mourut peu d'instans après, l'hémorrhagie n'ayant pu être arrêtée assez tôt. (Observat. communiquée.)

8. De Haen rapporte qu'un homme fut atteint d'un érysipèle au pied, qui s'étendit successivement de la jambe au jarret. L'engorgement se convertit là en une tumeur qui parut passer très-lentement à l'état de suppuration. Deux ans après, la fluctuation y était manifeste, et il n'y avait pas la moindre pulsation. On fit une ouverture médiocre au centre de cette tumeur (1); il en sortit une certaine quantité de pus. La tumeur diminua peu et les choses restèrent dans cet état; mais huit jours après, il survint une hémorrhagie et le malade succomba. La dissection du membre prouva que c'était un anévrisme dont la poche et les caillots qu'elle contenait avaient été entourés d'un abcès. (Boyer, *Path.*, t. II, p. 110.)

9. A l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, on a vu un homme qui portait une tumeur volumineuse très-rénitente occupant le jarret et paraissant s'étendre beaucoup en avant autour des condyles du fémur. Sa dureté, sa forme, son volume considérable et l'absence complète de pulsations, non-seulement alors, mais encore à une époque antérieure, autant que le malade pouvait se le rappeler, la firent regarder comme une exostose du fémur. Cette opinion semblait confirmée, parce qu'il ne s'échappait aucun fluide d'une piqûre faite avec une lancette. L'amputation fut pratiquée, mais la dissection prouva que la maladie était un anévrisme diffus, volumineux, de l'artère poplitée, guéri spontanément au moyen de caillots. (V. le *Dictionnaire de S. Cooper*, déjà cité, p. 111.)

10. Ruisch dit : Un très-habile chirurgien de mes amis se trompa en faisant l'ouverture d'une tumeur anévrismale de la grosseur d'une noix, qui était située près du talon. Il ne croyait pas que ce fût un anévrisme, parce qu'il n'y sentait aucun battement; mais lorsqu'il eut ouvert cette tumeur et fait sortir le sang coagulé qu'elle contenait, il s'en suivit une si violente hémorrhagie qu'il eut beaucoup de peine à l'arrêter. (V. Ruisch, p. 37, obs. 38.)

(1) On prétend que Boerhaave avait conseillé de ne point y toucher.

TROISIÈME SÉRIE.

DES ANÉVRISMES QUI ONT GUÉRI SPONTANÉMENT PAR L'OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE.

1. J.-Louis Petit rapporte, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, un exemple d'anévrisme de la carotide primitive guéri spontanément, et après la mort du sujet, on s'assura que l'artère avait été convertie en une substance ligamenteuse.

2. Flagiani rapporte deux exemples : l'un a pour sujet un anévrisme de l'artère fémorale près le pli de l'aine, du volume d'une poire. La tumeur se gangréna et s'ouvrit. L'ulcère produisit d'abord un fluide ichoreux et sanguin, et ensuite un pus louable. Le malade était en voie de guérison lorsqu'il fut pris d'une fièvre d'hôpital dont il mourut. L'examen anatomique fit voir l'artère fémorale oblitérée deux travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope, et quatre travers de doigt au-dessous de ce ligament. Le reste de l'artère était dans son état naturel.

Le second exemple a pour sujet un anévrisme du jarret également guéri spontanément.

(*Nuovo metodo di medicare*, p. 49.)

3. Valsalva conservait parmi ses préparations d'anatomie à Bologne, le genou d'un homme qui avait été guéri spontanément d'un anévrisme de l'artère poplitée. Cette artère était évidemment et totalement oblitérée.

4. En 1816, je communiquai à la société de la Faculté de médecine, dont j'étais membre adjoint, une observation d'oblitération de l'artère brachiale. Voici dans quel état j'ai trouvé ce vaisseau :

L'artère axillaire, après avoir donné la circonflexe antérieure, allait se terminer à l'artère brachiale, qui était entièrement oblitérée et convertie en une substance ligamenteuse jusqu'à son insertion à l'artère cubitale; elle était très-consistante, d'une grosseur égale partout, excepté vers le quart supérieur, où, dans l'étendue d'environ un pouce et demi, elle avait un peu plus de volume. Après avoir divisé cette substance ligamenteuse dans plusieurs points de sa longueur, je n'y ai trouvé aucune trace de cavité intérieure. Un grand nombre de petites branches, qui prenaient naissance de l'artère brachiale pour se distribuer dans les muscles voisins, étaient aussi oblitérées et ligamenteuses à leur origine, mais elles reprenaient leur calibre à une petite distance. Cette oblitération venait-elle à la suite d'un anévrisme? Je l'ignore;

---

de plusieurs praticiens distingués d'Angers. Ces signatures isolées et individuelles ne prouvent pas que la Société en question n'ait décliné par une délibération spéciale le rôle qu'il voulait lui faire jouer. C'est là un fait que nous maintenons pour vrai.

L'orthopédiste d'Angers nous parle enfin beaucoup de sa méthode, qu'il assure être excellente. Il pouvait s'éviter la peine de nous endoctriner sur ce sujet; car sa méthode nous est parfaitement connue depuis bien long-temps, et même avant qu'il l'inventât. C'est Delpech qui a imaginé et décrit dans son ouvrage *le corset à inclinaison latérale*, avec lequel notre orthopédiste guérit aujourd'hui en trois jours les déviations de l'épine. Cet appareil est depuis long-temps abandonné par les praticiens.

Nous espérons que l'orthopédiste angevin voudra bien se contenter de ces explications. Nous ne pouvons en conscience pousser la complaisance plus loin. Il a tant de moyens d'occuper le public de sa personne qu'il peut à la rigueur se passer de nous.

Nous passerons maintenant à des considérations plus générales que cette affaire nous suggère.

Si l'orthopédie est une branche de la médecine pratique, comme nous le croyons, il est évident pour nous que les traitemens des déviations de la taille et des membres ne peuvent être légalement entrepris que par des médecins; par conséquent les individus qui sans titre se permettent d'appliquer l'orthopédie, sont coupables d'exercice illégal de la médecine et passibles des peines portées par la loi, le ministère public doit les poursuivre et les tribunaux les condamner. Tout ceci nous semble parfaitement évident et il ne se trouverait peut-être personne qui voulût le nier en principe. Cependant les faits de chaque jour prouvent qu'on peut non-seulement pratiquer illégalement l'orthopédie sans être inquiété par les gens du roi, mais encore se faire approuver par les Académies médicales, et se moquer en paix du public, de la science, des médecins et de la loi.

Parmi les faits de ce genre nous citerons comme un des plus remarquables l'exemple de l'orthopédiste angevin, lequel depuis cinq ou six ans exerce pareillement la médecine, non pas en secret et dans l'ombre, mais publiquement et ostensiblement, et qui vient chaque année provoquer l'examen de tous les corps médicaux et scientifiques, sans qu'on ait jamais mis son droit en question. Bien loin de là sa position extra légale sera même au besoin un titre qu'on fera valoir en sa faveur, et si par exemple on propose l'ordre du jour sur le motif que l'Académie ne peut s'occuper des charlatans, on repoussera cet ordre du jour par l'admirable raison que le charlatanisme n'est défendu qu'aux médecins; d'où il suit que l'orthopédiste angevin n'étant ni docteur, ni officier de santé, il peut librement vaquer à son industrie, et l'Académie peut envoyer des commissaires à l'hôtel de Tours en toute sûreté de conscience et sans déroger à sa dignité. Le monde est plein de ces contradictions, de ces bizarreries inexplicables, et tout cela se fait gravement, méthodiquement, avec toutes les apparences de la raison et de la bonne foi!

Voici un autre fait du même genre et plus curieux encore : il existe à Paris un établissement orthopédique dirigé par une dame, c'est-à-dire par une personne qui n'a pas et qui ne peut pas acquérir de titre légal. On pourrait supposer que sa direction est purement administrative, et qu'elle laisse les soins du traitement à des

mais cela est probable. (Voyez pour plus de détails le tome cinquième des bulletins de la société de la Faculté de médecine, p. 287.)

QUATRIÈME SÉRIE.

DES ANÉVRISMES QUI ONT EXISTÉ PENDANT UN GRAND NOMBRE D'ANNÉES SANS CAUSER D'ACCIDENS.

1. Sennert a connu une femme qui, à la suite d'une saignée du bras, eut un anévrisme faux du volume d'une noix, qu'elle conserva pendant plus de trente ans sans en être absolument incommodée. (*Pratica medicinæ*, lib. 5, cap. 43.)

2. Preus et Helwich citent l'exemple d'une fille qui conserva pendant cinquante ans un anévrisme considérable au bras, sans qu'il en résultât ni gangrène, ni d'autre accident.

(*Historia morborum uratislav*, p. 165.)

3. Saviard a vu un homme âgé de 62 ans qui, malgré sa profession fatigante de tireur de charbon dans les mines de Saint-Etienne en Forez, avait porté au bras pendant vingt ans un anévrisme faux, circonscrit, du volume d'une noix verte, survenu à la suite d'une saignée. (V. Saviard, obs. 61, p. 27.)

4. J'ai vu avec M. le docteur Robillard, chirurgien-major de l'hôtel, un invalide portant depuis vingt-huit ans un anévrisme variqueux de la grosseur d'un œuf de poule, survenu après une saignée du bras. Ce malade ne souffrant pas ne voulut point se soumettre à une opération. Sabatier, mon illustre maître, lui avait conseillé d'appliquer sur la tumeur un bandage à pelote concave, afin de la soutenir et d'empêcher la dilatation de ses parois; mais les trois quarts du temps ce militaire ne portait pas le bandage, et il n'était pas pour cela plus incommodé par sa maladie. Cet invalide est mort pendant que j'étais à l'armée, et personne n'a pensé à faire l'ouverture du corps.

Les nombreuses observations que je viens de citer nous montrent que des abcès et des trumbus ont été pris pour des anévrismes, et que des anévrismes ont été pris pour des abcès. Au premier abord on voit qu'il était possible de se méprendre.

En effet, lorsque par une cause quelconque le canal de l'artère est ouvert ou percé, le sang s'extravase et forme aux environs de l'ouverture une tumeur qu'on nomme anévrisme faux ou par épanchement. Le même sang qui commence à former la tumeur reste au voisinage de l'ouverture de l'artère, il y perd sa fluidité, se coagule et ne rentre plus dans les voies de la circulation. Cet anévrisme se forme subitement et il augmente à proportion de la quantité et de la vitesse avec laquelle le sang sort par l'ouverture faite à l'artère; il est dur, parce que le sang qu'il contient est coagulé, et on peut le presser sans que la compression le fasse disparaître. La tumeur que forme cet anévrisme est irrégulière et presque toujours confondue avec le tissu cellulaire environnant. La peau qui recouvre la tumeur est presque toujours brune et plombée, comme s'il y avait meurtrissure, contusion ou ecchymose.

Jusque-là si l'on n'avait pas appris que la tumeur était survenue à la suite d'une blessure, on ne se douterait pas encore que c'est un anévrisme. Cependant ces tumeurs présentent des battemens isochrônes à ceux du pouls; mais quelquefois au lieu de battemens elles n'offrent qu'une sorte de fourmillement presque insensible, et dans un très-grand nombre de cas elles paraissent aux sens le mieux exercés, absolument immobiles. Il est difficile alors de découvrir la vérité, et dans ce cas il faut que le médecin soit bien circonspect s'il veut éviter l'erreur dans laquelle il pourrait tomber. Nous examinerons bientôt de quelle manière on pourrait sortir de cet embarras.

Nous avons dit que des tumeurs squirrheuses, des tumeurs humorales enkystées, ou des tumeurs fongueuses, développées au voisinage du cœur, de l'aorte, ou bien sur le trajet d'une artère principale d'un membre, pouvaient en imposer et faire croire à l'existence d'un anévrisme vrai, parce qu'en effet ces tumeurs présentent des battemens isochrônes aux mouvemens du cœur et des artères.

Voyons quels sont les signes de cet anévrisme et les moyens de distinguer cette maladie des tumeurs anomales dont nous avons parlé.

Dans le cas d'anévrisme vrai, on voit quelquefois qu'une artère perd son ressort et se dilate dans un point; on pense que cette dilatation est l'effet d'un effort qui a distendu et aminci dans ce point seulement le tissu des parois du vaisseau, mais le plus souvent une portion de toute la circonférence du cylindre de l'artère s'hypertrophie, s'épaissit en se dilatant, et peut dans ce dernier état prendre, sans se rompre, un plus grand développement qu'elle n'aurait pu faire dans le premier, où il n'y a le plus ordinairement que le seul point du vaisseau qui soit aminci ou anévrismé. Dans le second cas au contraire il n'est pas rare de trouver l'artère dilatée par hypertrophie dans plusieurs points de la même artère ainsi que des artères voisines.

Dans ces deux états le sang qui forme la tumeur conserve sa fluidité, et ne cesse point de couler dans toute l'étendue du vaisseau. La tumeur se forme lentement et ses progrès sont presque imperceptibles, parce que les tuniques de l'artère ont encore un certain ressort qui n'obéit à l'impression du sang que peu à peu. La tumeur que forme l'anévrisme est molle, parce que le sang qu'elle contient est fluide; c'est pourquoi elle disparait lorsqu'on le comprime. Cet anévrisme forme toujours une tumeur égale, circonscrite. Elle est sans changement de couleur à la peau qui la recouvre; lorsqu'on la touche, on sent presque toujours une pulsation ou un fourmillement qui répond exactement au mouvement de l'artère.

Voilà bien les signes de l'anévrisme vrai et de l'anévrisme faux; mais les caractères essentiels de ces tumeurs sont les pulsations qu'elles présentent, et là se trouve précisément la cause des erreurs dans lesquelles on est tombé, parce qu'il y a des tumeurs anomales qui offrent des mouvemens sensibles, isochrônes aux mouvemens du cœur et des artères, et qu'il y a des anévrismes qui n'offrent qu'une sorte de fourmillement, ou qui sont absolument immobiles.

Dans le cas où une tumeur, dont on ne connaît pas la nature, présente des mouvemens ou une sorte de pulsation, il faut essayer de l'éloigner du voisinage ou du trajet de l'artère sur laquelle ces tumeurs sont ordinairement placées. On y parvient quelquefois en poussant la tumeur à droite ou à gauche. Si l'on en vient à bout, on distinguera facilement si les mouvemens dépendent de la tumeur, ou s'ils lui sont seulement imprimés par une artère placée derrière elle.

Si l'on ne pouvait pas déplacer plus ou moins la tumeur, il faudrait bien examiner si les mouvemens qu'elle éprouve sont des mouvemens de soulèvement, ou bien des mouvemens d'expansion ou de dilatation. Dans le premier cas on pourrait avoir affaire à une tumeur squirrheuse ou enkystée, et dans le second ce pourrait être à un anévrisme.

---

hommes de l'art; et pas du tout, c'est elle qui consulte, qui diagnostique et pronostique, qui dirige l'application des appareils mécaniques; non-seulement elle les applique, mais encore elle les invente et les perfectionne, je ne sais lequel; et comme de coutume elle obtient de l'Académie des commissions, des rapports, et tout ce qui s'ensuit.

Il est possible que l'orthopédie soit une chose fort simple pour certains esprits d'élite dans les deux sexes; mais, pour nous qui avons pris quelque peine pour en étudier les difficultés, c'est une chose fort délicate. Son application réclame des connaissances étendues en physiologie, en anatomie et en pathologie, qu'il est difficile de rencontrer ailleurs que chez les médecins. Les conséquences d'un bon ou d'un mauvais traitement ne sont pas non plus indifférentes, et il n'est pas permis au premier venu d'en prendre la responsabilité; par toutes ces raisons nous ne pouvons que trouver fort étrange qu'on laisse pratiquer à tort et à travers les entrepreneurs d'orthopédie aussi tranquillement que les artistes pédicures.

Il est heureux pour les orthopédistes de Paris de n'avoir pas affaire aux magistrats de Rochefort. Le tribunal correctionnel de cette ville vient de condamner à l'amende un pauvre curé qui s'avisait d'administrer de la manne, de la quinine, et de faire appliquer les sangsues à ses paroissiens. Le digne ecclésiastique a eu beau alléguer pour sa défense qu'il guérissait gratis, le tribunal n'a pas tenu compte des motifs et des circonstances du fait, et a appliqué l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI. La peine n'a été qu'une simple amende de 2 fr. Le jugement nous semble fort raisonnable. Nous ne saurions désapprouver le zèle de ce bon prêtre en principe; et même il convient d'avouer que très-souvent les pauvres habitans des campagnes n'ont guère d'autres secours médicaux à attendre, que ceux des curés; et il en sera ainsi tant que le secours médical des communes n'aura pas été organisé par une institution spéciale. Mais d'un autre côté, cette intervention des curés de campagne dans la pratique de la médecine a besoin d'être réduite dans de justes bornes, sinon elle dégénérerait facilement en abus. Or, il paraît que le digne M. Frappé pratiquait une médecine un peu trop ambitieuse; il faisait tout ce qu'un médecin peut faire; il saignait et purgeait. Le tribunal a voulu, par la condamnation, inspirer le respect de la loi, et, par la modicité de la peine, rendre hommage aux bonnes intentions du coupable.

Joseph Panard a été plus maltraité à Troyes. Celui-ci n'est pas curé et se fait payer argent comptant. C'est un simple *rebouteur* qui, pour la bagatelle de 7 fr. et une demi-livre de beurre frais, remit il y a peu à une Champenoise quatre côtes, *deux défoncées et deux chevalées*. Le tribunal troyen lui a fait payer 10 fr. d'amende. Si ce pauvre diable avait du bon sens, il devrait quitter le traitement des luxations et des fractures et se livrer à l'orthopédie; il y réussirait tout aussi bien et serait à l'abri des procès.

« Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà, » dit Pascal, faisant en une ligne l'histoire de la justice humaine. Vérité à Troyes en Champagne et à Rochefort, erreur à Paris. Que de choses bouffonnes dans la médecine, considérée comme art, comme science et comme profession!!!

Mais malgré ces deux signes la question n'est pas entièrement résolue; il reste encore du doute; car on a vu des abcès formant tumeur, présenter des mouvemens non de soulèvement, mais d'expansion ou de dilatation. La tumeur dont j'ai parlé dans la deuxième observation était dans ce cas, tandis qu'il y a des anévrismes qui n'offrent aucune espèce de mouvement ni à la vue ni au tact; alors il faut recourir au dernier moyen qui est l'auscultation, moyen indiqué à l'ancienne Académie royale des sciences, par J.-L. Petit, membre de cette Académie. Voici comment s'exprime ce grand chirurgien:

« Lorsqu'on approche l'oreille de l'anévrisme par dilatation, on entend un bruit semblable à celui que fait l'eau qui passe dans les tuyaux d'une fontaine; ce bruit ne s'aperçoit que rarement et faiblement à l'anévrisme par épanchement. »

Dans l'anévrisme vrai, en appliquant l'oreille sur la tumeur, j'ai senti les mouvemens et entendu distinctement le bruit que fait le sang en passant dans la portion de l'artère dilatée. Mais dans les anévrismes par épanchement que j'ai observés, j'en ai vu deux dont la tumeur ne présentait absolument aucun mouvement ni à la vue ni au tact; et lorsque j'ai appliqué mon oreille sur la tumeur, en pressant un peu, j'ai parfaitement senti une sorte de fourmillement, un son obscur, profond, que je n'ai pu définir. Au contraire les mouvemens des tumeurs anomales, quels qu'ils soient, ne transmettent jamais à l'oreille aucune espèce de bruit; on sait seulement que la tumeur est mue et voilà tout.

Mais si une tumeur anévrismale ou autre ne présentait aucune espèce de mouvement ni à la main, ni à l'œil, ni à l'oreille; s'il restait encore quelque doute sur la nature de l'affection, et que les souffrances du malade fussent assez grandes pour exiger l'ouverture de la tumeur, il ne faudrait opérer qu'après s'être assuré de la possibilité d'arrêter une hémorrhagie qui pourrait arriver, et après avoir préparé les moyens nécessaires contre tout événement. De cette manière on aura rempli le but de l'art, puisqu'on n'aura rien négligé pour réussir; du moins on se sera mis à l'abri d'accidens imprévus.

Sur environ trente deux observations que nous venons de rapporter, les unes avaient pour objet des abcès pris pour des anévrismes, et les autres des anévrismes pris pour des abcès.

Parmi ces tumeurs, huit seulement sont survenues à la suite de la saignée du bras; sur ces huit, trois étaient des tumeurs humorales ou des trumbus; les cinq autres étaient évidemment des anévrismes; mais aucun de ces anévrismes n'a exigé l'opération, puisque les malades ont vécu un grand nombre d'années sans en être incommodés.

Quant aux trois premières tumeurs, il y en avait une qui était évidemment un trumbus; mais les deux autres étaient-elles des anévrismes qui auraient guéri spontanément par l'obblitération de l'artère, comme les cas rapportés par Flagiani et Valsalva? Ensuite auraient-elles abcédé, et la nature se serait-elle ainsi débarrassée des caillots de sang accumulés dans la tumeur? Je ne le crois pas; je pense plutôt que dans ces cas la saignée a été suivie de trumbus, et que ces trumbus se sont plus tard terminés par suppuration et par abcès. J'appuie mon opinion sur ce que j'ai observé dans le cas de trumbus.

Le trumbus est une tumeur formée par du sang amassé sous les tégumens à la suite d'une saignée. Les cas qui peuvent le déterminer sont la piqûre de la veine de part en part, la petitesse de la plaie des tégumens, de la graisse qui se présente à l'ouverture de la saignée, enfin le défaut de parallélisme entre l'incision de la veine et celle de la peau. Dans tous ces cas, le sang ne pouvant sortir librement, il s'en écoule dans le tissu cellulaire une plus ou moins grande quantité qui s'y infiltre ou s'épanche dans un seul point, et aussitôt une tumeur se forme, puis on voit paraître un trumbus.

Cette tumeur peut se résoudre et disparaître assez promptement, mais quelquefois on l'a vue persister assez long-temps, et d'autres fois se terminer par suppuration et par abcès. Ces cas, sans être fréquens, ne sont pas extrêmement rares.

A une autre époque on voyait plus souvent qu'aujourd'hui des trumbus arriver à la suite de la saignée, parce qu'alors on saignait beaucoup plus qu'à présent. Quand je suis entré aux Invalides, nous avions beaucoup de saignées à faire tous les jours; aussi ai-je eu occasion de voir un certain nombre de trumbus, et dans ce nombre j'en ai rencontré qui avaient manifestement des battemens semblables à ceux que produisent les tumeurs anévrismales.

Voici ce que j'ai observé à cet égard: Le trumbus qui arrive lorsqu'on a saigné la veine basilique médiane, est presque constamment accompagné de mouvemens ou battemens qui sont plus ou moins marqués, selon que l'ouverture de la veine est plus voisine de l'artère brachiale qui passe derrière la veine. Dans un cas de cette espèce, à cause de la proximité des deux vaisseaux, la ligature avait été bien serrée, et pour que la veine fût plus apparente, on attendit une minute ou deux avant de la piquer. Quoique l'ouverture fût très-petite, le sang jaillit au loin; le jet en était saccadé; ce fluide sortait par bonds; sa couleur paraissait rutilante, et en tombant dans le vase, il était écumeux. J'avoue que, pour des yeux peu exercés, ce sang aurait pu paraître avoir toutes les qualités du sang artériel: le trumbus qui en résulta avait des mouvemens très-marqués. Au bout de quinze jours toutes les traces avaient disparu.

J'ai vu un trumbus accompagné de mouvemens peu marqués, à la vérité, survenu à la suite d'une saignée faite au pli du bras, au tronc même de la basilique: quoique l'ouverture de la veine parût un peu éloignée de l'artère, les mouvemens de la tumeur étaient appréciables.

Sur un autre sujet un trumbus eut lieu à une saignée faite à la fin de la basilique médiane, presque au point où cette veine va s'unir à la céphalique médiane pour former la veine médiane de l'avant-bras. Ce trumbus présentait aussi des battemens ou mouvemens qui, sans être très-marqués, s'appréciaient facilement.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que le trumbus qui arrive lorsqu'on saigne à la veine basilique médiane, que cette veine soit ouverte à son origine, au milieu ou à la fin de son trajet, offre très-souvent, si ce n'est pas toujours, des mouvemens qui peuvent en imposer pour un anévrisme, surtout lorsque la tumeur se trouve placée sous l'artère elle-même.

Mais dans tous les cas de trumbus de la veine basilique médiane, que j'ai observés, j'ai distinctement remarqué que la tumeur n'offrait que des mouvemens de totalité, soit d'élévation, soit d'abaissement; et en appliquant l'oreille sur ces trumbus, je n'ai jamais entendu aucun bruit.

J'ai vu plusieurs anévrismes produits par la piqûre de l'artère à l'occasion de la saignée du pli du bras. Deux de ces anévrismes avaient environ deux ou trois mois de date, mais un troisième, qui était un anévrisme variqueux ou par anastomose, existait depuis vingt-huit ans. Ce cas forme le sujet de la dernière observation de la quatrième série.

Dans ces trois anévrismes on sentait une pulsation et des mouvemens isochrônes au mouvement des artères du cœur; on y sentait aussi un fourmillement. Mais les mouvemens étaient très-prononcés dans l'anévrisme ancien qui était par anastomose, et ces mouvemens étaient communiqués d'une manière très-sensible à toute la partie supérieure du tronc de la veine basilique. Lorsqu'on approchait alternativement la main et l'oreille de cet anévrisme, on sentait un mouvement marqué de dilatation, et l'on entendait manifestement un bruit comme celui que fait le vent d'un soufflet: ce bruit se faisait sentir toutes les fois que le sang passe d'un endroit large dans un endroit étroit.

Il n'en était pas tout-à-fait de même pour les deux anévrismes récens, qui étaient d'ailleurs d'une nature différente de l'ancien. Dans ceux-ci le mouvement, quoique sensible, n'était qu'une sorte de fourmillement; mais en y mettant bien son attention, on le trouvait apparent à l'œil, à l'oreille et à la main.

Malgré ces signes qui paraissent assez clairs, on y est encore quelquefois trompé, et l'on prend un abcès ou un trumbus pour un anévrisme, et un anévrisme pour un abcès.

Les observations que je viens de rapporter font voir qu'en croyant ouvrir un abcès on a ouvert un anévrisme; de même, dans une saignée, quelque précaution que l'on prenne en ouvrant la veine, on pique aussi l'artère, et les hommes les plus habiles n'ont pas été à l'abri de cet accident.

Dionis rapporte que son maître, en faisant une saignée à un jeune homme au collége d'Harcourt, ouvrit l'artère; mais il paraît que ce chirurgien était un homme capable; il remédia promptement à ce malheur par la compression suivie.

« L'abbé Bigorre me mande, dit madame de Sévigné, que M. de Niel tomba l'autre jour dans la chambre du roi; il se fit une contusion; Félix le saigna et lui coupa l'artère; il fallut lui faire à l'instant la grande opération. M. de Grignan, qu'en dites-vous? Je ne sais lequel je plains le plus, ou de celui qui l'a soufferte, ou d'un premier chirurgien du roi qui pique une artère. (V. *Lettres de madame de Sévigné*, édition de Janet, t. X, p. 176, année 1823.)

Le doute exprimé par madame de Sévigné est ici une grande leçon.

« C'est une chose surprenante, dit aussi Dionis, de voir la prétention du public, qui croit que les chirurgiens sont obligés de donner une pension à tous ceux à qui ils font une mauvaise saignée. Un célèbre chirurgien, qui avait acquis une réputation plus grande que qui que ce soit avant lui sur la saignée, avoua qu'en une année il avait ou-

vert onze artères. On ne pouvait l'accuser d'être maladroit, puisque personne ne saignait aussi bien que lui; mais il faisait tant de saignées et de si difficiles, étant appelé par tout Paris pour des bras nù tous les autres chirurgiens avaient renoncé, qu'il ne pouvait éviter ces malheurs, qui auraient été plus fréquens à tout autre qu'à lui. S'il avait été obligé de donner des pensions, tout le bien qu'il avait gagné pendant quarante années de travail aurait à peine suffi. » (V. Dionis.)

Voici ce que rapporte le même auteur : « En allant en Allemagne avec le duc de Bourgogne, en l'année 1703, nous passâmes par Reims. On nous fit voir, à M. Duchesne et à moi, une fille de 30 ans qui avait des mouvemens convulsifs par tout le corps, qu'on disait être survenus en suite d'une saignée, et dont on voulait rendre responsable le chirurgien qui l'avait faite. Quelques-uns de ses confrères autorisaient cette fille à lui demander une pension, et pour cet effet il y avait un procès intenté contre lui avec des rapports qui portaient qu'il avait piqué le tendon. J'examinai le bras, et trouvant la peau vacillante sur le tendon, je les assurai qu'il n'avait pas été touché.

« Nonobstant le rapport qu'en donna M. Duchesne, le procès continua et fut interjeté au parlement de Paris. J'en donnai mon rapport, qui ayant été trouvé conforme à celui que les médecins et chirurgiens nommés par la Cour avaient donné, le chirurgien gagna son procès et se trouva par cet arrêt délivré des poursuites d'une clique qui, ayant pris fait et cause de la fille, s'était ameutée pour le ruiner. » (V. Dionis, *Opérations*, t. II, p. 710.)

Nous ne voulons pas soutenir que les médecins ne puissent commettre des fautes, mais quelle est la profession dans laquelle on n'en fait point, et quel est l'homme qui ne se trompe jamais?

Les notaires sont-ils exempts de reproche quand, par oubli, ignorance ou inattention, ils ont inséré dans un acte des clauses qui ont donné lieu à des procès et causé des dommages quelquefois irréparables? Pourtant jamais personne n'a poursuivi les notaires à cette occasion.

Les juges eux-mêmes, qui journellement décident de l'honneur, de la fortune et de la vie des citoyens, ne se trompent-ils point, et n'a-t-on pas vu dans tous les temps qu'ils n'ont pas toujours été sans reproche?

Les procès et la mort du malheureux Jean Calas, du chevalier de la Barre, de Montbailly et de tant d'autres, n'en sont que trop les tristes preuves. Les juges ont-ils réparé le mal qu'ils ont fait et les dommages qu'ils ont causés? Mais ne remontons pas si haut ni à des jugemens si révoltans.

Voltaire dit que, dans la même juridiction, on perd à la seconde chambre le même procès qu'on gagne à la troisième, et qu'il a toujours dans l'esprit ce beau discours d'un avocat vénitien :

« Illustrissimi signori, l'anno passato, avete judicato così; e questo » anno nella medesima lite avete judicato el contrario : e sempre » ben! » ·

Ce qui arrivait du temps de Voltaire arrive encore aujourd'hui; en effet, des jugemens sont tous les jours annulés par la Cour de cassation à cause d'un seul vice de forme, et le procès est renvoyé à un autre tribunal, qui saisi de l'affaire l'examine et juge quelquefois sur le fond du procès d'une manière opposée au jugement du premier tribunal; donc il y a eu ici erreur commise dans le premier ou dans le second jugement, et il pourrait y avoir quelqu'un de lésé. Dans ce cas, en s'appuyant sur cette même loi dont on veut abusivement faire l'application aux médecins, ne serait-on pas autorisé à demander aux juges réparation du dommage qu'ils auraient causé, si de pareilles fautes étaient toujours réparables? Il doit en être de même ici du médecin comme du juge; l'un et l'autre sont assez malheureux par la peine morale qu'ils éprouvent du mal qu'ils ont pu faire, du dommage qu'ils ont pu causer, en croyant consciencieusement et de bonne foi faire le bien et être justes.

En résumant ce mémoire en quelques mots, on voit que les nombreuses observations que nous avons rapportées ont été divisées en quatre séries.

Dans la première, il y a quatorze observations sur des abcès qui ont été pris pour des anévrismes.

Dans la deuxième, il y en a dix d'anévrismes pris pour des abcès.

Dans la troisième, il y a quatre observations de guérison spontanée par l'oblitération de l'artère.

Dans la quatrième, il y a quatre observations de personnes qui ont porté des anévrismes sans en être absolument incommodées : la première pendant vingt ans; la seconde pendant vingt-huit ans; la troisième pendant trente années; et la quatrième pendant cinquante.

Après avoir exposé ces observations, nous avons sommairement expliqué le mécanisme et les phénomènes qui accompagnent le développement de l'anévrisme vrai et de l'anévrisme faux; nous avons indiqué les caractères particuliers de chacun d'eux, et le moyen de les distinguer des tumeurs anomales. Cependant malgré les signes qui différencient les anévrismes de toute autre tumeur, ces maladies peuvent être confondues, parce qu'il y a des cas où elles présentent des caractères communs. En effet, on voit des tumeurs anomales qui offrent des mouvemens comme les anévrismes, et des anévrismes qui ne présentent aucun mouvement : c'est ce phénomène qui a fait naître l'erreur dans laquelle on est tombé relativement à ces maladies.

Cependant un moyen vient au secours du praticien; c'est l'auscultation. Ce mode d'investigation a été proposé et employé avec succès par le célèbre J.-L. Petit. Mais malheureusement ce moyen précieux qui nous éclaire si souvent, devient quelquefois nul, parce qu'il y a des anévrismes absolument immobiles; l'oreille la mieux exercée n'entend sur eux aucun bruit et n'y sent aucun mouvement. Dans ce cas il faut que le médecin se conduise comme il a déjà été dit dans ce mémoire.

Une autre source d'erreurs est le trumbus qui se forme après la saignée de la veine basilique ou de la veine basilique médiane. Ce trumbus présente presque toujours un mouvement qui lui est imprimé par l'artère brachiale. Ce mouvement peut en imposer et faire croire à l'existence d'un anévrisme : nous avons indiqué autant qu'il nous a été possible le moyen de sortir d'erreur dans ce cas.

Ainsi une tumeur peut se développer sur une veine qu'on vient de saigner, ou se montrer peu de temps après, et quoique cette tumeur présente des mouvemens, on ne peut pas affirmer que ce soit un anévrisme.

Bien plus c'est que ni le jet saccadé, ni même la couleur rutilante du sang, ni l'écume qu'il forme en tombant dans le vase ne sont des signes certains de l'ouverture de l'artère, parce que ces caractères se manifestent aussi toutes les fois que la veine est placée sur l'artère, que la ligature du bras a été un peu serrée, que l'on a attendu une minute ou deux avant d'ouvrir la veine, et que l'ouverture est petite, comme cela a lieu dans le cas de trumbus.

Quant à la couleur du sang qui jaillit d'une piqûre, comme on n'a pas en même temps sous les yeux du sang rouge et du sang noir, il sera impossible d'assurer si le sang qui sort du vaisseau est du sang artériel ou du sang veineux, parce que dans cet instant l'un et l'autre sang paraissent presque également vermeils.

Ainsi la formation d'une tumeur sur une veine qu'on vient d'ouvrir, le jet saccadé du sang, sa sortie par bonds, sa couleur rutilante et l'écume qu'il forme dans le vase, ne seront pas, pour l'homme instruit des difficultés de notre art, des caractères suffisans pour lui faire prononcer affirmativement si l'artère brachiale a été ouverte ou non.

Mais en supposant qu'il soit survenu un anévrisme à la suite de la saignée, s'il n'y a pas d'accidens très-menaçans, on n'est pas autorisé à lier l'artère, puisqu'on a des exemples d'anévrismes guéris soit spontanément, soit par la compression, soit par l'emploi des réfrigérans. D'ailleurs il y a des observations de sujets qui ont porté des anévrismes pendant un demi-siècle sans en être incommodés.

En définitive, quand il s'agit d'une grande opération, un médecin expérimenté et qui se respecte, quelque certain qu'il soit de la nécessité de la pratiquer, ne la fait jamais sans avoir pour conseil et pour aide des confrères connus.

Il y a plus, un officier de santé qui fait l'opération de l'anévrisme, sans avoir pour témoins des hommes légalement reçus docteurs, enfreint une loi positive, et peut mettre la vie du malade en danger.

D'après de telles considérations, il est affligeant de voir un homme qui a lui-même transgressé une loi, venir accuser un médecin d'une faute qu'il n'a pas commise, et le charger d'un malheur dont il n'est pas coupable.

Il est encore plus affligeant de voir les hommes gardiens de l'exécution des lois rester indifférens devant de pareils délits. Mais ce qui met le comble à l'affliction, c'est que des magistats prononcent sur une question des plus difficiles de la médecine, et bien au-dessus de leur portée : ne devraient-ils pas avant tout s'éclairer des lumières des médecins les plus connus, et les plus instruits dans l'art de guérir, au lieu de s'en rapporter à l'auteur même de la faute et à des témoins ignorans?

Tout en respectant la chose jugée, je ne puis dissimuler combien je suis effrayé de voir en quelles mains se trouve placé quelquefois le sort des familles.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'OPIUM A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE DUE A LA PERFORATION DE LA MEMBRANE SÉREUSE, par le docteur STOKES, médecin de l'hôpital Meath à Dublin (1).

La péritonite la plus grave et la plus généralement funeste est celle qui est le résultat d'une solution de continuité du péritoine. Dans le plus grand nombre des cas le premier effet de cet accident est l'introduction dans l'intérieur de cette membrane d'une certaine quantité de matière solide ou fluide qui produit une inflammation subite et générale dont les principaux caractères sont la soudaineté de l'attaque, la rapidité et la violence avec lesquelles la maladie marche vers une terminaison fatale, et sa résistance à tous les moyens de traitement qui peuvent lui être opposés.

Les causes les plus fréquentes de cet accident sont: 1° les lésions par causes externes de tous les viscères abdominaux; 2° la rupture de la vessie par distension et celle de l'utérus pendant l'accouchement; 3° la rupture de quelque partie du tube digestif à la suite du ramollissement gélatineux de ses membranes; 5° la perforation ulcéreuse de quelqu'un des organes contenus dans l'abdomen.

Comme c'est spécialement dans les cas où la péritonite est le résultat de la perforation des tuniques de l'intestin que l'emploi de l'opium à haute dose semble promettre le plus de succès, c'est aussi de cette variété seulement de la péritonite que nous allons nous occuper.

Nous devons d'abord faire remarquer que la perforation ulcéreuse de l'intestin ne détermine pas nécessairement l'épanchement de matières stercorales dans la cavité du péritoine, car il peut arriver dans beaucoup de cas où la maladie a suivi une forme chronique, et même dans quelques-uns de ceux où elle a été aiguë, que les matières contenues dans le tube digestif soient empêchées de passer dans l'intérieur du péritoine par des adhérences formées entre les deux feuillets de cette membrane dans le point correspondant à celui qu'occupe l'ulcération. Ainsi la membrane séreuse qui recouvre une anse d'intestin ou quelqu'un des viscères solides peut former la base d'un ulcère avec lequel dans l'origine elle n'avait cependant aucun rapport. Il peut encore arriver que cette nouvelle base de l'ulcère soit emportée par l'ulcération et qu'ainsi une communication anormale soit établie entre deux portions entièrement différentes du tube digestif; les matières fécales traversant la membrane séreuse sans cependant pénétrer dans sa cavité.

Dans la plupart de ces cas de perforation sans épanchement, il se développe une péritonite partielle qui, par les adhérences qu'elle détermine, met obstacle à la sortie des matières contenues dans l'intestin. Il est encore important de remarquer que cette altération est le plus souvent le résultat d'une maladie chronique qui permet aux adhérences de se former et de s'organiser. Ces adhérences ne se forment pourtant pas constamment dans tous les cas d'ulcérations chroniques. Lorsque la maladie suit une marche aiguë et que la perforation s'est faite avec rapidité, l'épanchement des matières contenues dans l'intestin a presque constamment lieu, comme il semble naturel de le prévoir. Cependant nous avons vu un cas où non-seulement une mais plusieurs perforations produites par une ulcération récente n'avaient donné lieu à aucun épanchement de matières fécales dans la cavité abdominale.

OBS. I.—Une jeune femme fut admise à l'hôpital Meath au commencement de 1829. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, quand, trois jours avant son admission à l'hôpital, elle fut prise de toux qui le lendemain fut suivie d'accidens fébriles. Elle se plaignait de toux et de dyspnée; il y avait une grande prostration; la peau était chaude, et la langue couverte d'un enduit blanchâtre. Elle prit des purgatifs salins et des boissons effervescentes, mais sans soulagement, car la céphalalgie augmenta et s'accompagna même de surdité.

Deux jours avant son admission, elle se plaignit d'une douleur dans la région épigastrique, et qui fut enlevée par une application de sangsues.

Le 24 janvier, jour de son admission, il y avait une bronchite intense, 40 respirations par minute et 130 pulsations. Il y avait beaucoup d'anxiété, et le ventre était météorisé. Pendant les neuf jours suivans, tous les symptômes semblaient être spécialement du côté de la poitrine; mais, le 2 février, la douleur à la région épigastrique reparut; une nouvelle application de sangsues l'enleva, et pendant les onze jours suivans les symptômes abdominaux offrirent peu d'intensité; mais la gêne de la respiration et les signes de la bronchite persistèrent sans soulagement. On eut recours alors à l'emploi du tartre émétique; et, quoiqu'il déterminât quelques vomissemens, cependant les symptômes thoraciques offrirent une telle amélioration sans aucun signe de trouble du côté des organes abdominaux, que déjà elle semblait entrer en convalescence. La peau avait perdu sa chaleur extraordinaire; le pouls était tombé à 100, et la surdité allait en diminuant. Mais le 12 il y eut une rechute grave; les symptômes thoraciques reprirent une nouvelle intensité; il y eut un peu de douleur à l'épigastre, et la malade succomba le lendemain.

Autopsie. Les poumons sont remplis de tubercules miliaires et granuleux; sur quelques points même ils offrent de l'hépatisation. La muqueuse bronchique présente les traces d'une inflammation violente; la cavité pelvienne contient une petite quantité d'une matière séro-purulente; les anses de l'intestin grêle sont accolées les unes aux autres par des flocons de lymphe non organisée. En écartant ces anses, on découvre quatre perforations dont chacune est assez large pour admettre un tuyau de plume. Ces perforations correspondent à autant d'ulcères d'origine récente, qui paraissent s'être développés primitivement dans les follicules intestinaux, et après avoir traversé toutes les tuniques de l'intestin, reposaient sur la séreuse de l'anse contiguë. On ne trouva, sur aucun point de la cavité abdominale, de trace de matière fécale.

La circonstance la plus remarquable de ce fait, savoir: la formation de trois larges perforations sans épanchement de matière fécale ne peut être expliquée qu'en supposant que de la lymphe coagulable a été déposée autour de chacun des ulcères avant que la membrane séreuse qui formait le fond de l'ulcère eût été envahie par l'ulcération. Aussi nous n'avons pas observé chez cette malade les symptômes ordinaires de la péritonite par épanchement. Les adhérences qui existaient entre les anses intestinales et le fluide contenu dans la cavité pelvienne n'étaient que le résultat de l'extension qu'avait prise sur divers points l'inflammation, primitivement locale.

La péritonite par perforation de l'intestin et épanchement des matières est une maladie extrêmement grave et presque toujours funeste; sa violence dépend de l'introduction d'un fluide irritant dans le péritoine, et son danger de la nature même de l'inflammation qui, continuellement entretenue par la sortie d'une nouvelle quantité de fluide à travers la perforation, est d'autant plus grave qu'elle survient chez un sujet déjà atteint d'une autre maladie. En réalité bien que dans un petit nombre de cas, les malades aient offert un certain degré de résistance et aient survécu de quelques jours à la perforation, cependant ces cas ne peuvent être considérés que comme de rares exceptions.

Si nous passons en revue les différentes maladies qui, à une certaine époque, offrent un changement notable et subit dans le rapport qu'ont entre elles les différentes parties malades, nous remarquerons que, dans la plupart des cas, ce changement subit est accompagné de symptômes frappans dont le développement instantané est d'un grand secours pour le diagnostic. Par exemple la paralysie produite par un épanchement apoplectique qui survient subitement est facile à distinguer de celle qui résulte du ramollissement du cerveau, lequel ne vient que graduellement. De même, lorsque un malade atteint d'un anévrisme de l'aorte reconnu meurt subitement, on doit penser que la tumeur s'est ouverte à l'intérieur. Si les signes d'un abcès du foie viennent à disparaître subitement et qu'en même temps on observe une expectoration abondante, des vomissemens, ou de la diarrhée, une péritonite, on devra penser que l'abcès s'est ouvert spontanément dans les bronches, le tube digestif ou le péritoine. Lorsqu'une cavité tuberculeuse ou autre s'ouvre dans la plèvre, l'empyème et le pneumothorax s'annoncent par des symptômes particuliers et ordinairement d'une grande violence. Les mêmes observations s'appliquent au diagnostic de la rupture de la vessie et de l'utérus.

Les symptômes qui précèdent la perforation du tube digestif varient un peu suivant le point où elle se fait. Dans la plupart des cas où c'est l'estomac qui en est le siège, on a observé les symptômes qui appartiennent au cancer de l'estomac, les vomissemens, la douleur locale, etc. Cependant on admet généralement que cet accident peut survenir subitement chez des individus qui paraissent jouir d'une parfaite santé. On a trouvé plusieurs fois des ulcères cancéreux de l'estomac sur des sujets qui, pendant la vie, n'avaient éprouvé aucun phénomène morbide qui eût pu l'annoncer; il n'est donc pas étonnant que dans ces cas la perforation de l'estomac n'ait été précédée d'aucun symptôme particulier.

Il en est autrement des cas où la perforation se fait dans la moitié inférieure de l'iléum. Car alors le plus souvent les ulcérations sont récentes et la maladie a suivi une marche aiguë. On doit cependant en excepter les cas où cet accident survient chez les phthisiques.

Quels que soient au reste les symptômes qui aient précédé, toutes les fois qu'un sujet est pris subitement, dans le cours d'une maladie chronique ou aiguë, d'une vive douleur abdominale s'exaspérant par la pression, avec altération notable des traits et suivie plus ou moins promptement de nausées et de vomissemens, on droit croire qu'il s'est fait une perforation sur un point de l'intestin; et, si les symptômes persis-

(1) Cet article est extrait du troisième volume de l'*Encyclopédie de médecine pratique*, publiée à Londres par MM. Forbes, Tweedie et Conolly.

tent quelques heures, il ne devra pas rester de doute sur la cause à laquelle on doit l'attribuer.

La douleur abdominale qui est si exquise ne dure cependant pas jusqu'à la mort. Dans un cas observé à l'hôpital Meath, la douleur et même la sensibilité abdominale disparurent complètement plusieurs heures avant la mort; le malade se disait beaucoup mieux et cependant tous les autres symptômes de la péritonite persistaient, tels que le froid des extrémités, la rapidité du pouls, le ballonnement du ventre et l'expression hypocratique de la face.

Nous avons déjà observé un nombre considérable de ces cas dans la salle de l'hôpital Meath. Chez neuf sujets la perforation de l'intestin fut diagnostiquée, et constatée après la mort; et, dans tous ces cas nous observâmes le développement subit des symptômes de la péritonite et l'affaissement rapide des forces vitales.

La plupart de ces sujets avaient depuis un temps plus ou moins long une diarrhée qui fut subitement arrêtée au moment où la perforation se fit. Cependant, chez un d'eux il survint, douze heures avant la mort, plusieurs selles liquides.

Un autre symptôme remarquable c'est l'irritation de la vessie qui se manifeste subitement par l'impossibilité de rendre les urines et par le besoin continuel d'uriner. Cette irritation des organes urinaires a été observée dans la plupart des cas, et dans deux elle a été le premier symptôme qui s'est manifesté. Nous citerons rapidément le fait suivant.

Obs. II. — L'homme qui en est le sujet avait joui jusqu'alors d'une bonne santé, quand, le 7 décembre au matin, éprouvant au moment du lever un vif besoin d'uriner, il ne put le satisfaire, et les efforts qu'il fit à ce moment lui causaient des douleurs insupportables. En même temps il ressentait une douleur continuelle, quoique moins vive, dans la région de la vessie. Cet état dura pendant toute la première journée, mais s'amenda un peu dans la soirée, et le malade rendit environ dix onces d'urine, mais avec des douleurs intolérables.

A son admission, en décembre 1830, il offrit tous les symptômes d'une péritonite suraiguë, douleur très-vive dans la région lombaire droite, et une grande sensibilité dans les régions ombilicale, iliaque droit et hypogastrique. Ce dont il se plaignait le plus, c'était spécialement la rétention d'urine; et cependant le cathétérisme démontra qu'il n'y avait dans la vessie que quelques gouttes d'une urine fortement colorée. Le soir, à la suite d'un lavement et d'une saignée, il rendit une petite quantité d'urine. Le facies annonçait une mort prochaine, qui en effet arriva à 3 heures du matin.

A l'autopsie on trouva les altérations que présentent tous les sujets qui ont succombé à une péritonite par perforation. Cette dernière existait à 18 pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Il y avait au-dessous trois autres ulcères qui n'avaient pas envahi les trois tuniques. Le péritoine qui recouvrait la vessie était fortement enflammé.

Dans tous les cas que nous avons observés la perforation se trouvait sur une plaque des follicules intestinaux dont l'altération avait toujours précédé cet accident. Chez un certain nombre de sujets on avait observé antérieurement des désordres fonctionnels assez graves; mais chez quelques-uns ces altérations existaient d'une manière tout-à-fait latente.

Il est presque inutile de faire remarquer combien est grave le pronostic d'une péritonite de ce genre. Telle est même la gravité de cette maladie que tous let sujets qui en ont été atteints et ont été traités par les moyens que l'on oppose d'ordinaire aux affections inflammatoires ont succombé. Cependant, même au milieu de circonstances aussi défavorables, avec un pronostic aussi fâcheux, il est du devoir du médecin de ne pas abandonner le malade à son destin funeste, et d'appeler toutes les ressources de l'art à son secours. On sait que la lésion du péritoine sur diverses parties de son étendue, quelque dangereuse qu'elle soit, par l'inflammation qu'elle détermine, ne suffit pas pour entraîner nécessairement la mort. C'est donc dans le passage des matières irritantes de l'intestin dans la cavité abdominale qu'existe le principal obstacle à la guérison. Trouver le moyen d'empêcher l'épanchement de ces matières ou au moins de le diminuer autant que possible est donc le seul but que le praticien puisse se proposer dans cette circonstance avec quelque espoir de succès.

Il ressort évidemment, non-seulement des faits, mais encore du raisonnement, que toutes les médications opposées jusqu'ici à la péritonite, ne peuvent remplir l'objet que nous venons de signaler; bien plus, même, elles sont dans la plupart des cas nuisibles. Telle est en effet la rapidité avec laquelle disparaissent les forces vitales, que la saignée, soit locale, soit générale, ne fait qu'accélérer la terminaison funeste. Le mercure et les autres purgatifs ne peuvent être administrés à l'intérieur sans augmenter l'action péristaltique de l'intestin, et conséquemment sans favoriser l'épanchement de nouvelles matières. Le mercure appliqué à l'extérieur agit trop lentement pour que l'on puisse espérer quelque chose de son action sur l'économie.

Cependant nous avons vu que chez quelques sujets la mort n'arrivait qu'après plusieurs jours, et que l'on a souvent trouvé un commencement d'organisation dans la lymphe épanchée autour de la perforation. De là ressortent pour nous deux indications capitales dans ces sortes de cas: la première, c'est de soutenir les forces du malade de manière à pouvoir gagner du temps; la seconde, de diminuer autant que possible le mouvement péristaltique de l'intestin. La première de ces deux indications sera facilement remplie par les toniques et les diffusibles appropriés aux circonstances particulières à chaque cas. L'opium administré à doses élevées est le moyen le plus puissant pour remplir la seconde. L'utilité de cette médication a été signalée il y a déjà près de onze ans par le docteur Graves, qui en obtint des effets vraiment admirables dans le traitement de deux cas de péritonite excessivement grave développé à la suite de la paracentèse. Les deux sujets, qui avaient été très-affaiblis, furent traités par l'opium à haute dose, et guérirent sans que l'on eût tiré une seule goutte de sang.

Le même praticien a encore employé cette médication dans un cas que nous allons rapporter sommairement.

Obs. III. — Le sujet était une femme qui avait été admise à l'hôpital Meath pour un abcès du foie. Une incision fut pratiquée, suivant la méthode du docteur Graves, sur le point le plus saillant de la tumeur, et pénétrant dans toute la profondeur des parois abdominales, et non au-delà. Mais le pus, au lieu de sortir par la plaie, s'ouvrit une issue sur un autre point, s'épancha dans le péritoine, et détermina aussitôt tous les symptômes d'une violente péritonite. L'état de faiblesse de la malade ne permettait pas de lui tirer de sang; on ne fit pas de saignée, on n'appliqua pas de sangsues, mais on prescrivit des doses de vin et de porter, et en même temps de très-fortes doses d'opium. Des vésicatoires furent aussi appliqués et pansés avec la morphine. Les symptômes de la péritonite disparurent complètement en peu de jours, et la malade ayant succombé plus tard aux progrès de la maladie du foie, l'autopsie confirma complètement le diagnostic qui avait été porté.

Nous avons été à même de constater l'efficacité de cette méthode de traitement dans deux cas où elle a été employée, bien que par l'effet d'une circonstance malheureuse, elle n'ait été suivie d'un succès complet que dans un seul. Nous allons les rapporter successivement.

Obs. IV. — Un enfant de 12 ans, qui présentait tous les symptômes d'une entérite, fut pris tout à coup, vers le dixième jour de la maladie, d'un grand accablement. Le facies était décomposé, le pouls vif et intermittent; tout l'abdomen était excessivement douloureux. Les vomissemens étaient très-fréquens, et il y avait de la diarrhée avec ténesme. L'abdomen fut couvert de sangsues, et le malade mis dans un bain tiède.

Le lendemain, le pouls était plus fort; on pratiqua une saignée dont le sang ne se couvrit pas de couenne. Il entra le même jour à l'hôpital Meath, ayant les traits décomposés et offrant l'expression d'une grande anxiété et d'une vive souffrance. Les extrémités étaient froides, et le pouls était à peine perceptible; la respiration très-accélérée, le ventre très-distendu et sensible, le ténesme constant. Il y avait déjà deux jours que les symptômes de la perforation étaient développés, quand on donna les gouttes noires (black drops). Le malade en prit soixante dans les 24 heures, et l'on pratiqua en même temps des frictions mercurielles sur le ventre.

Le lendemain, il y avait une amélioration considérable; le pouls était plein et mol; les extrémités avaient repris leur chaleur; la face avait perdu son expression hippocratique; le malade supportait la pression sur l'abdomen; le ténesme avait cessé. Cet enfant, qui, la veille, était presque insensible à tous les objets extérieurs, exprimait du contentement et avait la confiance qu'il guérirait.

Le même traitement fut continué encore pendant deux jours, et alors *tous les symptômes de l'inflammation abdominale avaient complètement disparu.*

A cette époque, craignant que la constipation qui avait remplacé la diarrhée ne fût nuisible au malade, nous lui ordonnâmes une petite dose d'un léger laxatif salin, qui amena quatre selles et en même temps le retour de tous les symptômes de la péritonite, qui se termina rapidement par la mort.

A l'autopsie on trouva une péritonite générale, mais les intestins tous agglutinés dans la fosse iliaque gauche; le cœcum offrait une très-petite perforation, et la muqueuse de l'ilium et du colon était peu altérée.

Cette observation est pour nous d'un haut intérêt, d'abord parce qu'elle nous donne un exemple des heureux résultats que l'on peut attendre de l'emploi de l'opium à haute dose dans les cas analogues; ensuite parce qu'elle nous signale d'une manière fâcheuse le danger qui doit résulter de tout ce qui peut exciter le mouvement péristaltique de l'intestin. L'observation suivante a eu un résultat plus heureux, bien qu'elle jette moins de lumière sur l'effet que l'on doit attendre de cette médication et sur les précautions que l'on doit prendre.

Obs. V. — Un malade, après avoir pris une forte dose de sel de Glauber, eut un dévoiement considérable, et présenta ensuite tout à coup tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Admis à l'hôpital Meath, il commença le traitement en prenant un grain d'opium chaque heure.

Le lendemain il y avait une amélioration manifeste, et, bien que le malade eût pris 24 grains d'opium, il n'avait pas éprouvé la moindre trace de coma, de céphalalgie ou de délire. La même méthode fut continuée, mais en diminuant chaque jour la quantité d'opium jusqu'au dixième jour, que la convalescence fut complètement établie. Il avait pris pendant ce temps environ 184 grains d'opium, sans éprouver aucun des effets que produit ordinairement ce médicament.

Lorsque nous rapprochons ces faits et que nous nous rappelons l'efficacité de cette méthode, dans les cas de péritonite, chez les sujets dé-

bilités, par exemple, à la suite de l'opération de la paracentèse, nous croyons pouvoir recommander l'emploi de l'opium à haute dose dans les cas où la péritonite est produite par l'épanchement de matières irritantes dans la cavité abdominale. De tous les cas où cet accident peut survenir, ceux où il dépend de la perforation ulcéreuse de l'intestin semblent offrir le plus de chances de succès, à cause du peu d'étendue qu'offre ordinairement la solution de continuité. Il doit en être autrement dans les cas où la perforation intestinale dépend de causes externes, de plaies ou de blessures, et où elle offre le plus souvent une largeur beaucoup plus considérable que lorsqu'elle s'est faite spontanément. Aussi, bien que cette médication ait été employée plusieurs fois dans les salles de chirurgie de l'hôpital Stephens, dans des cas de perforation intestinale produite par causes externes, elle n'a cependant réussi que chez un seul sujet.

Il est important de ne point oublier que pendant le traitement on doit soutenir les forces du malade lorsqu'il y a, comme on le voit dans la plupart des cas, une diminution rapide des forces.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

UNIVERSITÉ DE BERLIN.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE DE CHIRURGIE ET D'OPHTHALMOLOGIE de M. le professeur Græfe, pendant l'année 1833.

Pendant l'année 1833 il fut traité à la clinique de M. Græfe 1524 individus, tant à l'hôpital qu'à domicile (1); sur ce nombre il y eut 1046 cas de chirurgie, et 478 de maladies des yeux. 1217 malades furent guéris, 22 succombèrent. 213 ne se présentèrent qu'aux consultations, ou furent évacués sur d'autres services; 72 sont restés en traitement. Le nombre des opérations s'est élevé à 455, dont 375 pour des cas de chirurgie, et 80 pour des maladies des yeux.

262 personnes suivirent la clinique, dont 98 élèves clinistes, et 164 simples auditeurs. Des uns et des autres, 79 venaient de se faire recevoir docteurs.

Nous avons pris dans cette longue revue les faits qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt.

EXCISION DES BORDS DES PAUPIÈRES LE LONG DES CILS.

Cette opération fut faite sur un jeune homme, pour un dystichiasis qui avait provoqué une inflammation des yeux avec un pannus de la cornée. L'opération fut faite d'après la méthode ordinaire de Græfe, promptement, sans grande douleur ni déformation des paupières, et avec un plein succès.

PUPILLE ARTIFICIELLE.

Elle fut pratiquée sur cinq individus, et sur chacun d'eux à un œil seulement. Deux de ces malades, chez lesquels il y avait une absence totale de la perception de la lumière, et chez lesquels on pouvait soupçonner une paralysie complète du nerf optique, furent seulement opérés sur leurs propres instances. L'opération réussit ici en ce sens que la pupille laissa bien entrer les rayons de la lumière, mais la vue ne fut pas rétablie.

M. Græfe remarque qu'en pareil cas on ne doit pas trop résister aux désirs des malades, parce que, comme l'expérience le lui a appris, lors même qu'il y avait impossibilité absolue de percevoir l'impression de la lumière, l'opération de la pupille artificielle a, dans quelques cas, fait recouvrer la vue; il peut arriver que l'iris, épaissie seulement à sa face postérieure par suite d'une inflammation exsudative, ait acquis une densité telle que les rayons lumineux les plus fins ne puissent arriver au fond de l'œil; ces cas sont fort difficiles à distinguer *toujours*, avant l'opération, d'une paralysie réelle du nerf optique. Les trois autres malades furent totalement guéris par le décollement de l'iris. (*Coretodialysis.*)

EXTIRPATION DU GLOBE DE L'OEIL AVEC LES DEUX PAUPIÈRES.

Cette opération, pratiquée pour une dégénérescence fongueuse du globe de l'œil et des deux paupières jusqu'au fond de la cavité orbitaire, survenue à la suite d'un trichiasis très-ancien et négligé, a été suivie d'une guérison complète au bout de quatre semaines. Quoiqu'on eût laissé subsister la glande lacrymale, on ne remarquait pas la moindre trace de la sécrétion des larmes, ce qui est assez intéressant sous le rapport physiologique.

POMMADE OPHTHALMIQUE DE GUTHRIE.

M. Græfe se loue beaucoup de l'emploi de cette pommade, dont l'usage est très-répandu en Angleterre contre les ophthalmies idiopathiques et chroniques, surtout de nature scrophuleuse, accompagnées de boursouflement de la conjonctive palpébrale, ou contre des conjonctivites avec pannus et épaississement de la cornée; il a encore employé cette pommade avec succès et sans occasioner beaucoup de douleurs dans les blennorrhées de l'urètre rebelles, en en enduisant des bougies de cire creusées en spirales et introduites dans le canal.

RHINOPLASTIQUE.

Une opération de ce genre fut pratiquée, d'après la méthode italienne modifiée, sur une jeune fille de 21 ans dont le nez avait été rongé jusqu'à la racine par un ulcère syphilitique. Le lambeau de peau fait au bras fut fixé au pourtour des ouvertures nasales par quatorze points de suture. La réunion par première intention ne réussit parfaitement que du côté droit; à gauche il y eut un peu de suppuration aux points de suture inférieurs. Le quatrième jour on commença à enlever les fils, qui se trouvèrent tous détachés le septième. Le onzième le lambeau de peau fut séparé du bras. Dans la cinquième semaine on pratiqua la sous-cloison des narines. Dans le courant du troisième mois, cette jeune fille put s'en retourner dans son pays, avec un nez parfaitement restauré.

EXTIRPATION D'UN POLYPE DE L'ARRIÈRE-BOUCHE D'UN VOLUME ÉNORME.

OBS. — Le malade qui fait le sujet de cette observation portait deux polypes, l'un développé dans l'une des narines, l'autre remplissant toute la cavité de l'arrière-bouche. Le voile du palais était abaissé et poussé en avant; le polype appuyait sur sa face supérieure et postérieure, et dépassait d'un demi pouce son bord libre. De plus, il remontait si haut qu'il était impossible d'atteindre à ses limites. Enfin il adhérait à la muqueuse pharyngienne par une base tellement large, qu'on pouvait à peine pénétrer à un quart de pouce entre cette dernière et son bord postérieur.

Le polype nasal, du volume d'un pruneau, fut enlevé sans grande difficulté par arrachement.

Quelque temps après, on procéda à l'extirpation du second polype, qui eut lieu de la manière suivante. On passa d'abord, à travers la portion de la tumeur proéminente au-dessous du voile du palais, un fil double d'une aune de longueur, dont les bouts noués ensemble furent jetés autour de l'oreille; puis on porta une anse de fil longue d'une aune et demie, avec la sonde de Bellocq, à travers la narine gauche, aussi profondément que possible dans l'arrière-bouche; l'anse, placée entre le voile du palais et la face antérieure du polype, fut tirée en avant; et un autre fil fut noué au milieu de cette anse, afin de pouvoir toujours attirer à soi la ligature sans avoir de nouveau recours à la sonde de Bellocq, si dans les tractions qu'on allait opérer elle venait à remonter dans les narines. La plus grande difficulté se présenta alors; ce fut de passer l'anse de la ligature au-dessous de la tumeur; on essaya d'abord d'élargir l'anse en écartant les fils à droite et à gauche au moyen de deux tiges, et de la porter ainsi en arrière; mais plusieurs essais infructueux firent abandonner cette manœuvre.

M. Græfe se servit alors de ses deux doigts indicateurs qu'il porta de chaque côté de l'anse, dont il fit tendre graduellement et lentement les extrémités à travers les narines. En même temps, la malade ayant la bouche fortement ouverte et la tête jetée en arrière, il chercha, non sans employer beaucoup de force et sans occasioner de l'irritation au pharynx, à conduire l'anse, toujours tenue écartée, derrière et en dessous de la tumeur; enfin, il parvint à l'embrasser ainsi dans tout son pourtour. Dans les différentes tentatives faites pour y réussir, l'opérateur avait fait tirer en haut et en avant la tumeur polypeuse au moyen du fil passé dans sa portion antérieure. La ligature fut convenablement serrée, et tous les jours davantage. Au bout du troisième jour, le polype tomba, et il fut tiré hors de la bouche avec ce même fil, qu'on avait eu la précaution de fixer à sa partie antérieure. Cette précaution est très-importante; car on empêche ainsi le polype qui vient de se détacher de tomber dans le gosier; ce qui peut, en obstruant la glotte, occasioner la suffocation du malade, accident qui est arrivé au professeur Meckel de Halle.

La tumeur extraite, quoique beaucoup diminuée par la suppuration, avait 3 pouces de longueur, 1 pouce et 11 lignes de largeur, et 7 pouces et demi de circonférence.

(1) Nous devons ici une explication sur les 1524 malades, dont une partie fut traitée à domicile. Dans le plus grand nombre des universités allemandes, il existe une polyclinique; les malades se présentent à la consultation ou font réclamer l'assistance d'un médecin; les élèves les plus avancés dans leurs études sont chargés de les traiter à domicile, d'en rendre compte au professeur dans des conférences cliniques, et en cas d'urgence ils appellent ce dernier à leur secours. Cette institution est une des plus belles que nous connaissions; les élèves sont ainsi initiés dans la pratique civile, si différente de celle des hôpitaux; il serait bien à désirer de voir introduire en France cette nouvelle source d'instruction.

Le malade guérit parfaitement et n'a point éprouvé de rechute depuis l'opération.

SÉQUESTRE DE LA MOITIÉ DROITE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR AVEC SON CONDYLE.

Il n'est pas rare de voir, surtout chez des enfans, survenir une nécrose de l'apophyse coronoïde de l'os maxillaire inférieur à la suite d'une salivation opiniâtre provoquée par l'abus du calomel, pendant le cours d'une scarlatine. Sans doute que la saturation de l'organisme par le mercure est pour quelque chose dans cette mortification de l'os; mais pourquoi cet accident ne s'observe-t-il pas aussi fréquemment dans les autres cas de ptyalisme produit par l'abus du mercure, sans qu'il y ait en même temps scarlatine? Il est donc probable que le virus ou le principe de cet exanthème y contribue beaucoup. Aussi voit-on rarement le mal céder aux sels anti-mercuriaux. Presque toujours il apparaît alors avec des symptômes qui annoncent une diathèse scorbutique; le meilleur remède à lui opposer, est l'acide nitrique à l'intérieur.

Obs. — Une jeune fille âgée de 10 ans, atteinte trois ans auparavant d'une fièvre scarlatine pour laquelle on lui avait administré le mercure, fut prise d'une salivation opiniâtre à laquelle avaient succédé des douleurs ostéocopes de la mâchoire inférieure et des ulcères fétides de la bouche. Toutes les dents de la moitié gauche de l'os maxillaire étaient tombées, l'apophyse coronoïde dénudée, et les parties molles du côté affecté recouvertes d'ulcères fétides et sanieux. Prescrip. à l'intérieur, acide nitrique, 1 gros sur une pinte d'une décoction de malt. (Chez un adulte, M. Græfe administre le double, quelquefois le triple d'acide convenablement étendu.) Gargarismes d'une solution de chlorure de chaux et de teinture de mirrhe étendue d'eau, employés alternativement; bains de malt.

L'os fut extrait par esquilles, chaque fois qu'une portion devenait mobile; ainsi on enleva la moitié du corps de l'os maxillaire inférieur avec l'apophyse coronoïde, sans qu'il se montrât de nouveaux points nécrosés dans le reste de la mâchoire. Quelques mois après, l'angle de l'os se détacha à son tour et fut extrait avec le condyle, dont la forme n'était nullement altérée. Mais à mesure que les portions nécrosées étaient éliminées, elles se reproduisaient par les parties molles, absolument comme cela a lieu dans les cas de résection de la mâchoire; un tissu cartilagineux remplissait la perte de substance osseuse, et prenait peu à peu une consistance dure et compacte; de manière que la malade recouvra entièrement le mouvement et l'usage de la mâchoire inférieure.

M. Græfe ne sait si dans ce cas les dents se sont également reproduites, comme il a pu le remarquer quelquefois dans d'autres cas de régénération de l'os maxillaire inférieur.

EXTIRPATIONS DE GOITRES.

Obs. — Un jeune homme de 22 ans portait une tumeur à la partie antérieure et moyenne du cou, qui avait la grosseur d'un œuf d'oie, et occasionait des difficultés extrêmes dans la déglutition et la respiration. Considérant les désordres graves de ces deux fonctions si peu en rapport avec le volume du goitre, M. Græfe présuma que ce dernier pourrait bien adhérer intimement à la face antérieure du larynx, et même de la trachée-artère, et gêner ces organes dans leurs mouvemens. Il résolut d'avoir égard à cette circonstance pendant l'opération.

La peau fut incisée à un travers de doigt au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde et le long de la ligne médiane du cou jusqu'au bord supérieur du sternum; puis on reclina à droite et à gauche les muscles peauciers et sterno-cléido-mastoïdiens; la tumeur apparut alors avec son aspect brillant; on décolla tout autour les parties adjacentes avec le doigt, un instrument mousse, et quelquefois avec le bistouri; quelques artères furent liées. Lorsque la tumeur fut mise entièrement à découvert, on vit qu'elle adhérait entièrement avec le larynx et la trachée-artère sans la moindre couche de tissu cellulaire, même la plus mince. Dans l'excision du goitre qui fut faite avec les plus grandes précautions, et à petites incisions, l'opérateur eut continuellement devant les yeux la forme des conduits aériens, afin de ne pas les entamer. La dernière couche de la tumeur, celle qui recouvrait immédiatement ces conduits, ne fut point enlevée.

Pendant toute l'opération on n'eut que huit artères à lier: la plaie fut pansée avec de la charpie; on ne tenta pas la réunion par première intention, parce que l'on voulut obtenir par la suppuration la fonte de la portion de goitre qui était restée adhérente au larynx, ce qui eut lieu en effet. On réunit alors exactement les bords de la plaie, et la guérison fut complète au bout de six semaines.

Obs. — Une jeune fille de 25 ans, très-délicate, portait depuis son enfance un goître partagé en trois lobules très-distincts. L'énorme développement de la tumeur ne permettait point de procéder de suite à son entière ablation. On commença par enlever le lobule moyen, qui était le plus volumineux et paraissait être le siége principal, et comme le foyer du mal.

L'opération fut faite comme dans le cas précédent, avec cette différence que la tumeur, fixée au larynx et à la trachée-artère par un tissu cellulaire très-lâche, put être enlevée sans qu'on fût obligé d'en laisser une couche. La plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives; six semaines après elle était entièrement cicatrisée.

Il est à remarquer que les lobules latéraux laissés en place, non-seulement n'augmentèrent pas, comme on pouvait le craindre, mais encore diminuèrent considérablement. Ainsi se trouvait confirmée l'opinion de M. Græfe, qui avait considéré le lobule moyen comme le véritable noyau de la tumeur.

Peut-être aussi que l'inflammation survenue à la suite de l'opération, et l'oblitération d'une certaine quantité de vaisseaux qu'on avait été obligé de lier, contribuèrent à la résorption de ces mêmes lobules.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR GRAISSEUSE SITUÉE SOUS LE MUSCLE OBLIQUE EXTERNE DU BAS-VENTRE.

M. Græfe cite cette observation comme une preuve du danger qu'il y a à opérer dans le voisinage d'une des grandes cavités.

L'opération avait été faite sans le moindre accident et la plaie réunie par quelques points de suture; mais bientôt après il se déclara une irritation traumatique qui marcha avec une telle rapidité qu'elle donna lieu à tous les symptômes d'une péritonite, qu'on parvint toutefois à enrayer au moyen d'émissions sanguines.

LIGATURE DE L'ARTÈRE BRACHIALE AU NIVEAU DE L'ARTICULATION HUMÉRO-CUBITALE.

M. Græfe croit que la méthode de Hunter, quelque avantageuse qu'elle soit, doit souffrir quelques exceptions; il cite à cet effet une observation où l'artère brachiale avait été ouverte dans une saignée. Le malade ne lui fut présenté qu'au bout de trois jours: son bras était tuméfié, tendu, d'un rouge livide, et très-douloureux à la pression. Ici l'artère, à sa place ordinaire, au bord interne du muscle biceps, eût présenté des difficultés presque insurmontables à cause du gonflement inflammatoire qui donne lieu à une sorte d'adhérence et de confusion de tous les tissus, en même temps qu'à cause de l'absence de pulsations. Il préféra faire l'opération au pli du bras, parce que là le jet de sang put lui servir de guide pour arriver jusqu'à l'artère, qui fut liée au-dessus et au-dessous de la plaie. Le malade est sorti guéri au bout de quatre semaines.

ANÉVRISME ANASTOMOTIQUE DE L'AVANT-BRAS.

Obs. — Un homme âgé de 30 ans portait depuis l'âge de 2 ans une tumeur à la main gauche, où à la moindre égratignure il survenait des hémorrhagies abondantes. Cette main était gonflée depuis la pointe des doigts, et présentait à plusieurs endroits plus élevés des pulsations bien marquées; l'éminence thénar offrait ce gonflement et ces pulsations à un plus haut degré; dans la paume, on sentait distinctement un bruissement particulier; tout le long de l'avant-bras jusqu'au coude, surtout à la face antérieure, on remarquait sous la peau des cordons inégalement distribués, élastiques et pulsatifs, qui donnaient à la peau un aspect irrégulier; la peau de l'extrémité malade était un peu plus foncée et même bleuâtre à quelques endroits; tout l'avant-bras était tuméfié et non douloureux; le malade ne pouvait s'en servir, et le portait en écharpe. La compression de l'artère brachiale faisait diminuer la tumeur et cesser les battemens, surtout à l'éminence thénar. On avait employé en vain tous les moyens astringens, et l'application d'une bande roulée contre cette affection, qui avait continué à faire des progrès. La ligature de l'artère brachiale, pratiquée au bord interne du biceps, fit disparaître tous ces symptômes; la température était revenue le quatrième jour; le malade ne ressentait plus qu'une sensation de picotement qui céda à l'application de l'eau froide. La ligature tomba le neuvième jour; la cicatrice était complète le seizième, et le malade sortit guéri.

REPRODUCTION DU CORPS DU TIBIA.

Obs. — Un garçon de 12 ans souffrait depuis l'âge de 4 ans d'ulcères et de fistules occupant en grand nombre la région du tibia droit. Habitus scrophuleux; perte des forces; fièvre hectique. L'amputation avait été jugée nécessaire; mais en sondant avec plus de soin les trajets fistuleux, on s'aperçut que la sonde, après avoir traversé les parties molles gonflées, pénétrait de quelques lignes dans une masse cartilagineuse, et venait tomber sur un corps dur, solide et paraissant un peu mobile dans quelques endroits; on présuma donc qu'il s'était formé là un séquestre renfermé, du moins en avant et sur les deux côtés, dans une sorte de gaîne cartilagineuse assez épaisse, dont les ouvertures communiquant aux orifices fistuleux de la peau donnaient issue au pus sécrété dans la profondeur. L'amputation fut abandonnée, et on se borna à extraire le séquestre, qui s'étendait d'une extrémité articulaire du tibia à l'autre, et comprenait ainsi presque tout le corps de l'os. A cet effet, on incisa la peau depuis une ouverture fistuleuse située près de la région poplitée jusqu'à la malléole, en ayant soin de comprendre dans l'incision autant que l'on put de fistules et d'ulcères; puis on fit une seconde incision longitudinale dans la direction de la première, le long de la gaine cartilagineuse, qui avait une épaisseur de 3 lignes; on y comprit encore toutes les ouvertures qui ne s'écartaient pas trop de la direction de l'incision. On sentit alors l'os mobile dans la plus grande partie de l'étendue de la plaie; il n'était plus adhérent qu'à son extrémité inférieure, où on en fit la résection au moyen de la scie à chaîne.

Le séquestre extrait, de forme cylindrique dans la plus grande partie, était long de 4 pouces et épais de près d'un pouce dans sa partie moyenne; ses extrémités plus minces se terminaient par des dentelures; comparé à la grandeur totale du malade, il paraissait être formé par tout le corps du tibia. La pièce a été déposée au musée d'anatomie de Berlin.

De suite après que la portion d'os nécrosé eut été extraite, les parois de plaie faite au tissu cartilagineux qui lui servait d'enveloppe se rapprochèrent d'une manière remarquable. Le reste de la plaie fut rempli de plumaceaux de charpie, afin de donner le temps à quelques fragmens d'os restans d'être éliminés. On entoura le membre de légères attelles et on exerça une compression modérée pour ne pas occasioner de douleurs; le tout afin que le cylindre cartilagineux qui occupait la place de l'os encore flexible ne reçût point de direction vicieuse. Le pied fut placé dans une position convenable. En peu de temps, le pus devint de meilleure nature; les ouvertures fistuleuses, qui n'avaient pu être comprises dans

les incisions, se fermèrent spontanément. Quelques esquilles se détachèrent encore et s'éloignèrent avec le pus ; la plaie se rétrécit davantage de jour en jour. Plus de fièvre ; retour des forces; ossification de plus en plus sensible de la gaine qui avait renfermé le sequestre. Au bout de trois mois, guérison complète. Le malade sortit avec le plein exercice de son membre.

DES FONGUS HÉMATODE ET MÉDULLAIRE, SOUS LE RAPPORT DE LEURS CAUSES.

M. Græfe croit que dans ces derniers temps on a été trop loin en avançant que les tissus hétéroplastiques étaient toujours le résultat de causes générales spécifiques, de dyscrasies universelles. Il cite les deux observations suivantes, comme servant à combattre ce qu'il y a d'exagéré dans cette opinion de quelques pathologistes modernes.

Obs. — Un enfant de 2 ans avait été affecté, sans cause connue, d'une tumeur indolente qui s'était manifestée dans le scrotum, qu'elle remplissait tout entier, remontant tout près de l'anneau inguinal. Cette tumeur, qu'on soupçonna être de nature médullaire, fut extirpée au moyen de la ligature : la guérison s'en fit promptement ; mais déjà, quatre semaines après l'operation, il se montra dans la région de l'anneau inguinal même une nouvelle tumeur analogue à la première; elle acquit bientôt le volume d'une tête d'enfant, remplit de nouveau le scrotum d'un côté, et s'avança même quelque peu dans le canal inguinal. Avec une tension insupportable à la région affectée, il n'existait pas de douleur ; mais il y avait fièvre hectique, météorisme, pâleur et facies dénotant une affection abdominale. Malgré les difficultés de l'opération, à raison de la position de la tumeur, et quoiqu'on eût affaire à une récidive, l'extirpation fut de nouveau entreprise. Le scrotum fut fendu dans toute sa longueur, et l'incision prolongée en haut et en dehors de la tumeur, à un pouce et demi au-delà de l'anneau inguinal. On incisa le canal inguinal dans la même direction ; puis, après la ligature de quelques artères, on détacha de tous côtés la tumeur qui pénétrait dans la cavité abdominale, et on porta une ligature à un pouce et demi au-dessus de l'anneau inguinal externe, à un demi-pouce de la portion du cordon affectée de dégénérescence médullaire. Au bout de trois mois la plaie était entièrement cicatrisée.

La portion du cordon spermatique enlevée, qui était le siége de la tumeur, était changée en une masse analogue à de l'albumine coagulée, blanche, mais d'une consistance plus molle, et parcourue çà et là par des vaisseaux sanguins. Depuis un an que l'opération a été faite, la maladie ne s'est point reproduite, et l'enfant a pris un accroissement ordinaire.

Obs. — Une femme de la campagne, âgée de 48 ans, habitude cachectique, eut à son retour d'âge une tumeur à l'articulation tibio-tarsienne droite, précédée pendant quelque temps de douleurs rhumatismales vagues. Un chirurgien appliqua des cataplasmes et fit une incision à cette tumeur ; mais au lieu de pus il en sortit du sang, et la plaie se changea en un ulcère de mauvaise nature, du fond duquel il s'éleva bientôt des excroissances rouges, molles, fongueuses, qui, à la moindre cause, donnaient lieu à des hémorrhagies qui épuisaient la malade. Lorsque celle-ci entra à la clinique, le fongus hématode entourait toute l'articulation et s'étendait même sur tout le pied ; la jambe était œdématisée, et tous les signes d'une fièvre hectique étaient présens. L'amputation de la jambe fut faite ; au bout de quelques jours, il y avait déjà un léger amendement dans l'état de la malade ; au bout de trois semaines, la cicatrisation avait eu lieu, et tous les signes de la cachexie avaient disparu. On pratiqua, pour obvier à tout retour possible de la maladie, un ulcère artificiel ; et aujourd'hui, dix mois après l'opération, elle ne s'est point encore reproduite.

Ces deux observations, dans lesquelles les fongus médullaire et hématodes paraissent, de manière à s'y tromper, dépendre de diathèses générales, jointes à d'autres cas analogues recueillis dans une pratique de plus de 25 ans, autorisent le professeur de Berlin à admettre que l'opinion aujourd'hui assez communément admise, qui fait dans tous les cas découler ces sortes de dégénérescences de causes générales préexistantes, est trop exclusive ; que le *plus* souvent, en effet, ces affections locales dépendent d'une cause *spécifique*, d'une dyscrasie générale; mais que parfois aussi elles sont idiopa*thiques*, circonscrites dans la région où elles se sont *développées*, et entièrement indépendantes d'une diathèse générale quelconque, aussi long-temps du moins qu'elles n'ont pas pris un trop grand accroissement. Ainsi, l'auteur a souvent extirpé de ces sortes de tissus dégénérés, sans que la maladie se soit reproduite même après 16, 18, 20 ans.

L'affection peut-être jugée générale, quand elle est très-étendue et qu'elle s'est produite en plusieurs endroits à la fois, ou lorsqu'il existe des signes d'un état cachectique. Quand ces conditions manquent, on ne peut affirmer que la maladie s'étend à tout l'organisme. Ces moyens diagnostiques sont encore très-incertains ; car on a vu des maladies s'accompagnant en apparence de tous les signes d'une infection générale être enlevées sans se reproduire, et d'autres revenir quoiqu'elles eussent été opérées dans des conditions qui paraissaient les plus favorables.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA MOUSSE D'IRLANDE.

La mousse d'Irlande, mousse perlée, *fucus crispus* (Linn), *carrageheen*, *carrageen mos*, croit en abondance sur les côtes d'Irlande ; on la trouve aussi dans l'Atlantique, le long des côtes d'Angleterre, de France, d'Espagne et de Portugal. A l'état frais, elle est d'un vert foncé ; desséchée, d'un jaune clair transparent, d'un aspect corné. Elle a une saveur iodurée, quoiqu'aucun réactif n'ait encore pu y faire découvrir d'iode. Elle contient très-peu de sel marin, mais du sulfate de soude en grande quantité.

La mousse d'Irlande n'est employée en médecine que depuis un très-petit nombre d'années. M. le professeur Græfe, lors de son dernier voyage à Londres, l'a vu administrer avec succès dans toutes les maladies de langueur, et en particulier dans les cas où il y avait un état d'irritation des organes digestifs ou pulmonaires.

Le carrageen contient en grande quantité une gelée transparente, incolore, sans aucun goût ni saveur désagréable, qui exerce une action calmante sur la muqueuse intestinale et assoupit presque sans exception les coliques qui accompagnent souvent les différentes affections dont cette membrane peut être le siége; son administration, dans les cas d'irritation des voies aériennes, est aussi presque immédiatement suivie d'une sensation de bien-être et de cessation de la toux. Comme cette gelée est supportée par les estomacs les plus délicats et les plus irritables, on la fait prendre avec avantage comme nourriture, là où aucune autre ne peut plus être tolérée.

Les cas où la gelée de mousse d'Irlande est administrée avec avantage sont : les enrouemens avec toux sèche, spasmodique, différentes affections chroniques des poumons, la diarrhée, la dysenterie, les douleurs intestinales à la suite d'inflammation, d'empoisonnement, d'ulcération, en général toutes les maladies accompagnées d'amaigrissement notable et les convalescences, après des maladies ou opérations graves. Des médecins anglais recommandent encore de la donner, pendant long-temps et exclusivement, comme nourriture dans les engorgemens scrophuleux des glandes.

La mousse d'Irlande s'administre, comme nous venons de le voir, ordinairement sous forme de gelée, préparée au lait ou à l'eau ; on emploie plus rarement la décoction. Thodunter de Dublin vante beaucoup la racine confite de l'éryngium marinum avec la gelée au lait dans la phthisie pulmonaire. Dans les cas de diarrhée ou de dysenterie, les Anglais font ajouter une cuillerée à bouche d'infusion de ratanhia à une tasse de décoction aqueuse de carrageen. On en prépare encore un chocolat qui est très-bienfaisant.

On fait prendre cinq à six onces de gelée par jour, en deux ou trois fois, ou par cuillerée à café, lors des accès de toux, par exemple ; donnée comme aliment, la dose peut être double ou triple.

Les formules que M. Græfe prescrit le plus souvent sont les suivantes :

Prenez : Carrageen choisi et coupé, 1 demi-gros.
Lait de vache frais, 9 onces.
Faites cuire jusqu'à réduction de 5 onces.
Ajoutez à la colature :
Sucre blanc, 1 demi once à 1 once.
Eau d'amandes amères concentrée, 1 scrupule.
Mêlez et laissez refroidir.

Prenez : Carrageen choisi et coupé, 1 once et demie.
Faites cuire avec eau commune 12 onces, jusqu'à réduction de 5 onces.
Ajoutez à la colature :
Sirop de framboise, 1 once et demie à 2 onces.
Mêlez et laissez refroidir.

SOLUTION DE L'HYDRIODATE DE POTASSE.

Ce médicament, employé avec un grand succès par un praticien distingué de Londres, M. Devis, dans les affections arthritiques, scrophuleuses et vénériennes, a été expérimenté avec le même succès par le professeur de Berlin, dans des cas où la décoction de Zittmann, de Pollini, et le traitement de Louvrier avaient échoué. La prescription de M. Devis est la suivante :

Hydeiodate de potasse. 1 demi-gros à 1 gros.
Iode. 1 demi-gros à 1 gros.
Eau distillée. 8 onces.
Sirop de pavot blanc. 1 demi-once.
M. D. S. A prendre par jour trois cuillerées à bouche, et à augmenter successivement.

ACÉTATE DE PLOMB CONCENTRÉ CONTRE LES CONDYLÔMES.

Les condylômes, touchés par un pinceau imbibé de ce liquide, sans

négliger pour cela le traitement interne, ont toujours si bien guéri, que M. Græfe le préfère à tout autre moyen.

NOUVEAU COMPRESSEUR POUR ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES DES VAISSEAUX PROFONDS DANS LA TAILLE LATÉRALISÉE.

Sans s'arrêter aux écoulemens sanguins qui proviennent des rameaux superficiels et peuvent aussi donner lieu à des indications particulières, l'auteur de cet article porte spécialement son attention sur ces hémorrhagies profondes qui, rares à la vérité, ne manquent pas de se présenter quelquefois, exposent les opérés à la mort le plus prompte, et ne laissent de ressource au praticien que le tamponnement.

Cette opération a toujours été exécutée jusqu'à ce jour au moyen de corps cylindriques dont l'introduction est toujours douloureuse, et que leur uniformité fait réagir défavorablement sur toute la longueur du canal artificiel qu'on a été obligé de pratiquer pour arriver à la pierre. De plus il faut, pour maintenir ces tampons et les empêcher de glisser au dehors, avoir recours à des bandages compressifs très-embarrassans.

Dans l'intention de n'agir que sur le fond de la plaie et principalement sur le vaisseau divisé, M. Græfe a inventé, il y a une quinzaine d'années, une espèce de tube conique composé de plusieurs lames voûtées dans le sens de leur largeur. Cet instrument peut être introduit jusque dans la vessie par sa petite extrémité, et être transformé, lorsqu'il se trouve une fois en place, en un cône renversé dont la base répond à la profondeur, et le sommet paraît au dehors.

Le résultat qu'obtient l'auteur surpasse son attente; et depuis qu'il a fait confectionner son appareil, il a eu occasion de s'en servir plusieurs fois avec beaucoup de succès. Voici comment il est construit.

Quatre lames d'argent en trapèzes très-allongées ont été fortement écrouies au marteau, afin de leur donner beaucoup d'élasticité. Elles ont toutes les quatre cinq pouces de long, et se trouvent implantées sur un anneau elliptique très-solide. Deux que nous nommons externes ou fixes ont neuf lignes de large à leur gros bout, et six lignes à l'endroit le plus étroit. Elles sont courbées dans le sens de leur longueur; mais de manière à ce que leur grande extrémité forme un arc dont la corde est considérablement plus petite que celle de l'extrémité rétrécie. Les deux premières sont solidement unies à l'anneau elliptique et placées sur son grand centre, l'une vis à vis de l'autre, au moyen de vis ou de clous rivés. Les lames internes, au contraire, y sont adaptées à l'aide de goupilles et de charnières mobiles. Elles ont dix-huit lignes à leur extrémité annulaire, quatorze lignes à leur partie libre. Cette dernière n'est pas aussi fortement voûtée que celle des lames externes; mais l'élasticité de celles qui sont superficielles tend à augmenter leur courbure en les embrassant et les fait croiser mutuellement par leurs bords à moins qu'une force étrangère ne s'y oppose. Ce dernier effet peut être produit au moyen d'une tige taillée à pas de vis et traversant le centre d'un écrou qui occupe le petit diamètre de l'anneau et joint deux points opposés de sa périphérie.

Une des extrémités de cette tige à vis est formée en poignée de clé qui sert de manche à l'instrument; l'autre se trouve au centre des quatre lames avec lesquelles elle communique à l'aide de barres divergentes qui se dirigent vers de petites charnières placées sur le milieu de leurs faces concaves. Si on fait diminuer cette obliquité, en avançant la tige au moyen de ses pas de vis, les petites barres, qui étançonnent les ressorts aplatis, tendent à former des angles droits, et par là à écarter les différentes pièces les unes des autres. Les lames internes n'étant plus emprisonnées par leurs congénères se déroulent, et tout l'appareil prend une dimension beaucoup plus grande à son extrémité libre qu'à sa partie annulaire, où se trouve la jonction commune en tête de la mécanique. A l'aide de trous pratiqués à dessein, on peut entourer le tout avec de l'amadou bien choisi qu'on fixe avec quelques points de suture lâches.

L'action de ce compresseur est facile à saisir ainsi que la manière de s'en servir. Il suffit de l'insinuer dans la plaie, de saisir l'anneau d'une main et faire mouvoir la vis de l'autre pour obtenir tout le résultat désiré et varier le degré de compression à volonté. Le sang est tari aussi bien que par un tampon volumineux. Les urines couleront facilement à travers la voie qui leur est largement ouverte, et pour empêcher l'accès de l'air dans le fond des organes on peut y remédier en plaçant une éponge à l'entrée du tube. Cette compression a la vérité a l'inconvénient de s'opposer à la réunion par première intention, par la durée du séjour qu'elle est obligée de faire dans les parties divisées; mais elle a cela de commun avec tous les autres tampons; et l'on sait du reste que ces plaies de la vessie ne guérissent jamais sans suppuration. Le jour où il faut enlever l'appareil est indiqué par des signes particuliers. M. Græfe le retire communément du troisième au quatrième jour.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 mars.

La séance du 9 mars n'a rien offert qui eût trait aux sciences médicales. MM. Velpeau et Leroy d'Étiolle se sont présentés comme candidats à la place vacante par la mort de M. Dupuytren. L'Académie s'est formée en comité secret pour examiner la question de savoir si l'on accorderait aux candidats des tours de faveur pour des lectures. Il paraît qu'il a été décidé qu'ils auraient chacun seulement un tour de faveur, et que la lecture accordée ne pourrait pas dépasser quinze minutes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mars. — Présidence de M. Lisfranc.

Cette séance extraordinaire a été consacrée tout entière à la lecture des mémoires suivans.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR par le docteur PRAVAZ.

Après avoir rappelé l'histoire des luxations congénitales du fémur successivement éclairées par les travaux de Paletta, de Dupuytren, de M. Humbert de Morlaix, et par les intéressantes communications de M. Breschet à l'Académie, M. Pravaz donne l'histoire d'une jeune fille atteinte d'une semblable affection, et qui a été traitée avec un plein succès à l'*Institut orthopédique de Paris.*

Obs. — Dans le courant d'avril 1834, une enfant âgée de 8 ans, fille d'un praticien des environs de Paris, fut présentée à M. Pravaz pour une claudication profonde avec déviation commençante de l'épine. A l'examen, elle offrit tous les symptômes d'une luxation du fémur droit, tels que le mouvement ascensionnel de l'extrémité de cet os sur la surface externe de l'ilium, chaque fois que le corps venait à se reposer sur lui, l'aplatissement de la fesse correspondante et l'extrême courbure des lombes. Le membre droit en totalité était un peu moins développé que le gauche; la marche, très-pénible, déterminait de la douleur si elle se prolongeait. La luxation remontait à une époque antérieure à la naissance, et quelques-uns de ces signes avaient été remarqués quelques jours après; l'enfant était venu d'ailleurs par la tête, ce qui excluait l'idée d'une violence subie durant l'accouchement. La claudication s'était accrue d'année en année; on avait essayé de remédier à l'inégalité croissante des deux membres par le repos et une légère extension; mais le dépérissement causé par l'inaction du système musculaire avait obligé d'y renoncer.

Les succès annoncés par M. Humbert décidèrent M. Pravaz à tenter cette cure. La première indication était d'obtenir l'élongation progressive des muscles fémoraux par une extension continue. Pour cela, M. Pravaz fit mouler le bassin de l'enfant, et fabriquer sur cette forme une sorte d'enveloppe solide composée de deux pièces de bois garnies convenablement dans leur partie creuse, et séparables à volonté par l'action d'une vis de rappel, de telle manière que le bassin placé dans leur intervalle fût solidement encastré. Des sous-cuisses larges et épais embrassant les tubérosités sciatiques et se fixant en avant par des boucles à chacune des deux parties de l'appareil, complétaient les moyens de contre-extension. Pour l'extension, une gouttière en tôle fortement rembourrée fut destinée à recevoir le membre; à son extrémité inférieure, un cordon fut attaché et vint se fixer à un levier coudé mobile autour d'un axe et sollicité par un poids dont la puissance pouvait être variée en le faisant agir sur un bras plus ou moins long. Enfin, tout cet appareil fut ajusté sur le lit orthopédique mobile, afin que le sujet pût se livrer à des efforts musculaires propres à entretenir ses forces et à favoriser la nutrition.

Trois mois d'extension produisirent une telle élongation des muscles, que par la traction on pouvait non seulement ramener le membre malade à la même longueur que le membre sain, mais même le dépasser un peu.

La réduction fut tentée par le procédé suivant. Une tige en bois de 18 lignes d'écarrissage et de 4 pieds et demi de longueur fut percée à l'une de ses extrémités d'un trou destiné à recevoir un pivot fixe sur le plan où était étendu le sujet, immédiatement à la hauteur de l'articulation de la cuisse. A l'autre bout, une traverse en potence devait servir de point fixe à une moufle de six cordons, dont la partie mobile prenait attache à l'extrémité de la gouttière en tôle qui embrassait étroitement le membre. En tirant lentement sur le cordon libre de la moufle, et faisant exécuter à la tige un mouvement de rotation autour de son pivot, on pouvait à la fois produire une extension progressive du membre et porter son extrémité en dehors, de manière à amener, soit la rentrée de la tête du fémur dans sa cavité naturelle, soit à le luxer en bas et en avant.

Une première tentative fut faite de concert avec MM. Bérard jeune et J. Guérin; mais l'extension ayant été faite dans un sens peu éloigné du parallélisme de l'axe du corps, l'enfant manifesta de la douleur, et on remit l'opération au lendemain. Cette fois on convint de porter d'abord l'abduction aussi loin que possible; de faire agir ensuite progressivement la force de traction, en même temps que la cuisse, saisie comme un levier du premier genre, tendrait à basculer sur l'une des mains de l'opérateur, transformée en point d'appui par l'action de l'autre passant

sur son extrémité inférieure. Cette manœuvre eut un plein succès; en quelques instans, sans que l'enfant eût manifesté de la douleur, M. Bérard sentit la tête du fémur glisser sur la surface de l'ilium, et rentrer dans une cavité où elle se maintint. Les deux membres comparés avaient la même longueur; en refoulant le fémur de bas en haut, on ne le faisait plus remonter, et on le sentait appuyé contre un obstacle solide. Une légère sensibilité s'était manifestée dans la hanche.

La malade fut laissée en repos sur le lit orthopédique. On ne continua point l'extension comme le fait M. Humbert; mais, pour prévenir la sortie de la tête de l'os, un coussin épais fut interposé entre la hanche et l'appareil d'encastrement; de plus, une ceinture embrassant le bassin et la partie supérieure des cuisses fut serrée fortement par un lacet autour du corps. La douleur éprouvée dans l'articulation parut s'accroître durant 24 heures, surtout dans les mouvemens du membre; puis elle alla en diminuant.

Au bout d'un mois on essaya de faire marcher la malade; le fémur ne remontait plus comme auparavant; cependant la main, placée sur l'articulation, n'y reconnaissait pas encore la fermeté de celle du côté sain. Pour activer le travail réparateur de la nature, soit qu'elle amène la rétraction de la capsule, ou qu'elle accroisse par une sécrétion plastique le rebord de la cavité cotyloïde, on ajouta au lit orthopédique un mécanisme par lequel l'enfant pouvait imprimer au membre des mouvemens semblables à ceux de la marche; et plus tard, d'après le conseil de M. Breschet, à l'aide d'une manivelle et d'un engrenage angulaire, on rendit possibles les mouvemens de circumduction; ceux-ci développaient une sensibilité plus grande que la simple flexion, et parurent en conséquence devoir être plus efficaces.

Au bout de quelques semaines, la malade, mise sur ses jambes, marchait avec plus de confiance; la claudication, considérablement diminuée, ne semblait plus dépendre que de la laxité des liens articulaires; le membre avait réparé sa maigreur, et égalait à très-peu près le volume de l'autre. Le père de la jeune fille la rappela auprès de lui trois mois après la réduction; mais pour continuer le traitement commencé à *la Muette*. Il écrit en date du 22 février, que l'amélioration fait des progrès notables; dans la marche il y a toujours une légère propension à s'incliner du côté droit, sans doute à raison de la faiblesse comparative et encore manifeste des muscles de la cuisse de ce côté, ou peut-être aussi due à l'habitude de la claudication. L'enfant ne peut encore faire deux ou trois tours dans sa chambre sans se sentir fatiguée, et accuser dans l'articulation une légère douleur qui n'a pas de durée. D'ailleurs la santé est excellente, et il n'y a aucun indice de la récidive de la luxation.

De cette observation et des réflexions qu'elle lui a suggérées, M. Pravaz déduit des conclusions qui peuvent se résumer ainsi :

1° Toute luxation originelle du fémur, qu'on la regarde comme due à un arrêt primitif de développement ou à une force mécanique, ou même à une affection de la cavité cotyloïde analogue à celle qui produit la luxation spontanée, rentre dans la classe des difformités que l'art peut guérir.

2° Quand même la cavité cotyloïde serait complètement absente, il serait rationnel d'essayer de luxer le fémur en bas et en avant au côté externe et supérieur de la fosse sous-pubienne; la claudication serait moins forte et la difformité moins considérable. Cette pratique, proposée pour le cas dont on vient de lire l'histoire, fut approuvée par MM. A. Dubois, P. Dubois, Marjolin, Bérard jeune et Lalonrcey; et M. Pravaz pense qu'une des observations de M. Humbert offre déjà un exemple de la luxation en avant heureusement substituée à celle en haut et en arrière.

3° Les procédés de M. Humbert sont trop compliqués; mais, quels que soient ceux qu'on préfère, il faut toujours instituer un temps de préparation préalable, pour obtenir l'allongement progressif des muscles.

4° Pour la réduction, une forte abduction aidée d'une pression méthodique sur le trochanter, est préférable à l'extension simple.

5° La réduction obtenue, il convient, pour en assurer le succès, de faire exécuter au membre des mouvemens variés tout en gardant le repos du corps.

L'Académie nomme, pour l'examen de ce mémoire, une commission composée de MM. Ribes, Réveillé-Parise et Amussat.

— M. Leuret lit un *Mémoire sur la conformation extérieure du cerveau chez l'homme et chez les mammifères*. Ce mémoire a été écouté avec une attention soutenue, et a souvent provoqué des marques d'approbation; nous en donnerons l'analyse dans notre prochain numéro.

NOTICE SUR UN FOETUS PUTRÉFIÉ DANS L'UTÉRUS, par le docteur VASSAL.

Les graves affections que détermine constamment la putréfaction d'un placenta retenu dans l'utérus à la suite d'un avortement et surtout après un accouchement à terme, font assez pressentir les accidens que doit entraîner la putréfaction du fœtus lui même. Ces derniers cas sont heureusement rares; mais par cette raison même ils doivent être recueillis avec soin, afin qu'un jour de leur réunion on puisse tirer des conséquences propres à diriger la conduite des praticiens.

OBS. — Madame de X..., âgée de 25 ans, d'un tempérament sanguin, de bonne constitution, déjà mère de plusieurs enfans, avait toujours eu des couches fort heureuses, et même à chaque grossesse elle avait acquis un embonpoint remarquable.

Dans les premiers jours de novembre 1833, elle se purgea avec une bouteille d'eau de Sedlitz. Le 7, les règles vinrent à l'accoutumée, toutefois plus séreuses et moins abondantes. A dater de ce moment, elle éprouva un malaise indéfinissable, avec des frissons plus ou moins fréquens dans la journée; une chaleur importune la nuit, et souvent après le dîner un ballonnement du ventre qui la forçait à garder le repos. Son embonpoint ne tarda pas à diminuer.

Les règles revinrent en décembre et en janvier, mais séreuses et peu abondantes. Le 6 février, elle fit une légère chute sur le siége; le lendemain, époque des règles, il se manifesta un écoulement séro sanguinolent qui dura trois jours. Cependant la santé déclinait de plus en plus, malgré la persistance d'un appétit dévorant. Le 1er mars, ayant fait une promenade à cheval au simple trot, peu d'instans après son retour elle rendit tout à coup par la vulve environ une palette de sang et tomba en défaillance. Je la vis à sept heures du soir, et la trouvai dans l'état suivant :

La maigreur était excessive; la peau jaunâtre, sèche et chaude; le pouls fébrile, à 80 pulsations; la langue pâle, humide, saburrale; l'hypocondre droit ballonné et sonore. L'utérus était placé au-dessus du détroit supérieur et sensible à la pression. Je crus à l'existence d'une métro-péritonite chronique; j'annonçai toutefois que la matrice me paraissait contenir un corps étranger, fœtus, môle ou hydatides; mais la persistance des règles faisait éloigner, par toutes les personnes présentes, l'idée d'une grossesse; les mamelles n'offraient d'ailleurs aucun développement. (Pr. : Repos, lait, boissons émollientes; cataplasmes sur le bas ventre.)

La fièvre s'accrut dans la nuit avec des sueurs très-copieuses. Le 2, le pouls était à 100 puls.; la soif ardente, la face colorée. (Prescription : Douze sangsues à l'anus.)

A minuit, retour de la sueur; mais à trois heures du matin horripilation, claquement des dents; froid glacial de toute la périphérie du corps; figure cadavérique; le pouls à peine perceptible. Après plus d'une heure de cette période algide, la fièvre revint, et à six heures il s'établit une sueur abondante.

Le 3 à midi, la fièvre persistait aussi forte; les urines étaient limpides; l'utérus nous parut s'engorger dans le détroit supérieur. A quatre heures, nouvel accès de froid d'une durée égale au premier.

Le 4, on fit toutes les quatre heures des injections dans le vagin avec une décoction de morelle; je prescrivis en outre de donner de cinq en cinq minutes un verre d'eau sucrée bien chaude avec une cuillerée d'eau de fleurs d'oranger, dès que la période algide apparaîtrait. Ce moyen réussit en effet, et le froid ne dura que vingt minutes.

Le 5, mêmes symptômes; le froid revint, toujours à une heure différente; mais dans le courant de la journée, il s'établit par la vulve un écoulement noirâtre, poisseux et d'une fétidité insupportable. Je pratiquai le toucher et reconnus que l'utérus occupait l'excavation du bassin; il paraissait plus volumineux qu'à l'état de vacuité; toutefois le museau de tanche n'offrait rien de particulier, et il y avait absence complète de douleurs utérines.

Le 6, à deux heures du soir, retour de la période algide, qu'on dissipe par l'administration de trois verres d'eau sucrée très-chaude. L'écoulement continuait, mais moins épais que la veille.

Le 7 au matin, le pouls était encore à 102 pulsations; à midi, il était tombé à 80; la céphalalgie avait disparu; la peau était souple et moins chaude; l'écoulement, plus séreux, était aussi beaucoup moins fétide. Dans le cours de cette journée, la malade rendit par la vulve plusieurs lambeaux de membranes et une assez grande quantité d'une matière encéphaloïde et sanguinolente; à dix heures du soir, l'hypocondre droit était moins ballonné et peu sonore; le pouls était à 70; le calme parfait. Cet état dura jusqu'à une heure du matin, où elle expulsa sans efforts et sans aucune douleur utérine, une masse charnue, dont la sortie fut suivie d'une abondante perte de sang et de contractions violentes de l'utérus qui arrachaient des cris à la malade.

Je la vis à cinq heures du matin; la face était pâle et exprimait une terreur profonde; les yeux saillans et hagards; les extrémités froides; le pouls lent, petit, concentré. Elle croyait sentir son utérus sorti à l'entrée de la vulve. La vulve était énormément distendue en effet, mais par l'extrémité supérieure d'un caillot noir, homogène, du volume d'une tête d'adulte. A l'entrée du vagin était un second caillot beaucoup moins volumineux, et le vagin lui-même était rempli par un placenta aussi volumineux qu'à l'époque du huitième mois d'une grossesse régulière. Ce placenta n'avait subi aucune altération ni dans sa couleur, ni dans sa densité normale; mais il était dépourvu de cordon ombilical. Son extraction fut suivie d'une lipothymie accompagnée d'une teinte jaune safranée de la peau. Une légère aspersion d'eau froide sur la figure dissipa ces symptômes effrayans.

Je prescrivis du bouillon de poulet, une infusion de tilleul avec le sirop de fleurs d'oranger, une potion antispasmodique et des injections dans le vagin plusieurs fois par jour avec une décoction de quinquina. Dès le quatrième jour, je mis la malade à une alimentation substantielle. Le huitième jour, elle se leva quelques heures; mais son extrême faiblesse me détermina à lui prescrire intérieurement les toniques diffusibles, et à l'extérieur les bains sulfureux. Les règles se manifestèrent le 7 avril; elles revinrent le 7 mai, et suivirent leur cours ordinaire.

La masse charnue qui avait été rendue par la malade était un fœtus qui paraissait âgé de trois mois, bien que la série des symptômes indiquât une grossesse de quatre mois révolus. Tous les tégumens et le tissu cellulaire sous-cutané étaient complètement dissous; les muscles étaient d'un rouge brun, mollasses et friables sous les doigts, et n'adhérant plus aux os que par leurs extrémités tendineuses. Les os des membres étaient entièrement dénudés; la face était dépourvue de ses parties molles; la fontanelle antérieure largement ouverte; le crâne vide de substance cérébrale. Le coronal aplati avait une direction verticale; sa partie supérieure était séparée des pariétaux; et de même que les angles antéro-supérieurs de ceux-ci, elle offrait un aspect grisâtre et desséché, comme si ces portions d'os eussent été long temps exposées à l'action de l'air. L'abdomen était ouvert et le tube digestif n'existait plus.

M. Vassal recherche quelle a pu être la cause de la mort du fœtus et à quelle époque elle est arrivée. L'examen des symptômes primitifs le porte à penser que l'utérus, à l'époque de la conception, devait être affecté d'une métrite sous-aiguë. La mort du fœtus semble d'abord devoir être attribuée à la chute sur le siége; mais alors n'y aurait-il pas eu décollement partiel du placenta, perte de sang, douleurs lombaires, etc.? La rapportera-t-on à l'état présumé morbide de l'utérus? Cette manière de voir offre une grande apparence de vérité; les parois de l'utérus, hypertrophiées par la maladie, doivent rétrécir sa cavité, gêner le développement du fœtus et amener infailliblement l'avortement. C'est donc à cet avis que M. Vassal se range. Reste à expliquer la putréfaction; quelques accoucheurs ont présumé que la chute de la malade avait eu pour résultat de rompre

les membranes et de permettre l'entrée de l'air. Mais l'écoulement qui a précédé de deux jours l'avortement réfute cette hypothèse ; l'air d'ailleurs n'est pas indispensable au développement de la putréfaction. Toutefois M. Vassal ne pense pas que les lois physiologiques permettent dans le sein de la mère une semblable décomposition, et il l'explique par une phlegmasie intense qui aurait envahi tout le système cutané et le cordon ombilical, et qui se serait terminée par gangrène. Un fait bien remarquable vient à l'appui de cette opinion.

Obs. — Une femme de 19 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, devint enceinte pour la première fois au commencement de 1806. Sa santé ne subit aucune altération jusqu'à la fin du cinquième mois ; mais alors elle éprouva un malaise indéfinissable ; elle devint triste, eut des appétits fantasques ; souvent il lui survenait des frissons accompagnés d'une chaleur générale ; sa figure se colorait fortement, et une céphalalgie importune la forçait à un repos plus ou moins long. Plusieurs saignées du bras furent pratiquées. Parvenue à la fin du neuvième mois, le travail se développa régulièrement ; les eaux formèrent une poche volumineuse ; mais à la rupture il sortit un liquide poisseux, noirâtre et d'une fétidité si insupportable qu'il fallut ouvrir toutes les croisées. L'accouchement fut prompt et naturel ; et cette femme mit au monde un enfant vivant et à terme, à qui manquait le bras du côté droit ; une cicatrice circulaire recouvrait l'articulation scapulo-humérale. « Frappé de ce phénomène, que la femme attribuait à la rencontre d'un mendiant qui n'avait qu'un bras, j'examinai avec soin, dit M. Vassal, les caillots de sang qui étaient sur le lit de misère, et je trouvai l'humérus, le radius et le cubitus, que je remis à cette époque à M. le professeur Chaussier. Je ne poussai pas plus loin mes recherches ; car j'eusse infailliblement rencontré les os du carpe, du métacarpe et les phalanges des doigts. »

Ce qui a eu lieu dans ce cas n'a-t-il pas pu avoir lieu de même dans le premier ? Il y a eu identité de maladie, identité de résultats ; seulement dans un cas l'affection a été générale et dans le second limitée. Dans le premier cas, la rupture du cordon ombilical a dû accélérer la mort et la putréfaction ; le placenta demeuré sain et recevant tout le sang utérin a dû s'hypertrophier, ce qui explique son grand volume.

M. Vassal cherche ensuite à expliquer les grands phénomènes morbides éprouvés par la première malade. Il n'admet pas qu'il y ait eu absorption des miasmes putrides, attendu que le double obstacle de l'amnios et de la caduque la rendent impossible par les parois utérines. De plus l'irritation spéciale souvent déterminée sur la surface interne de l'amnios par la présence d'un fœtus mort, y fait naître de petites vésicules très-rapprochées les unes des autres, et remplies de cristaux salins qui offrent l'aspect de petites paillettes superposées les unes aux autres comme des écailles de poissons. M. Guillemot conserve dans l'alcool le produit d'une conception de deux mois ; toute la surface interne de l'amnios et les tégumens du fœtus sont recouverts de ces cristaux ; nouvelle barrière qui s'oppose à l'absorption des miasmes.

Quand le placenta est putréfié, l'absorption est incontestable, la face interne de l'utérus se trouvant en contact avec la matière en putréfaction ; et il en résulte presque constamment une fièvre ataxique. Si notre théorie est confirmée par les faits, il en résulterait donc, dit M. Vassal, que la putréfaction du fœtus dans l'utérus est moins périlleuse pour la mère que celle du placenta.

Quelle cause a donc déterminé l'avortement ? Très probablement les modifications apportées dans l'innervation de l'utérus par la présence du fœtus putréfié ; modifications démontrées sur tout le système par la tristesse et l'abattement de la mère. Tommasini a professé une théorie tout-à-fait analogue.

La médication a été et devait être purement symptomatique, attendu l'incertitude du diagnostic ; toutefois M. Vassal appelle l'attention sur l'administration des verres de boisson chaude qui ont eu dans la période algide des accès un si favorable résultat.

— Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM Devilliers, Villeneuve et Lebreton.

OBSERVATIONS SPHYGMOMÉTRIQUES, par le docteur J. HÉRISSON.

Nous avons déjà plusieurs fois entretenu nos lecteurs de l'instrument imaginé par M Hérisson pour explorer le pouls mieux qu'on ne peut le faire avec le toucher. Nous glisserons donc rapidement sur les faits déjà connus pour insister sur les observations plus récentes de l'auteur.

1° Le sphygmomètre permet d'apprécier la force et la résistance du pouls lors même que le toucher n'indique rien de positif à cet égard.

Un malade atteint d'hémoptysie depuis quinze jours était arrivé à un tel degré de faiblesse qu'il ne pouvait se tenir assis dans son lit. Tous les moyens avaient échoué ; le danger pressait. M. Bailly (de Blois) applique le sphygmomètre et signale 8 degrés d'impulsion à 50 degrés de pression. Le pouls était donc encore fort et résistant ; M. Bailly propose une saignée de 15 onces, ramène à son avis les médecins d'abord effrayés. Le lendemain, le malade ne crachait plus de sang, et demandait sa robe de chambre et ses pantoufles.

Autre fait. Une jeune fille de 12 ans, au huitième jour d'une arachnitis, était dans un état extrêmement grave ; le pouls fréquent et faible au toucher. Le sphygmomètre montra de 1 à 3 degrés d'impulsion à une pression de 40 degrés. Comme à cet âge le pouls est très-dépressible et s'étouffe constamment sous une pression de 15 à 20 degrés, il y avait donc là une résistance anormale. M. Hérisson fait faire une saignée de 4 onces. Deux heures après, l'enfant recouvrait sa raison ; au bout de quelques jours la guérison était complète.

2° Quand on a pris au sphygmomètre la mesure du pouls chez une personne à constitution apoplectique, dans un temps où la santé est parfaite, on peut, en maintenant la force artérielle à ce degré, éviter les attaques d'apoplexie.

M. Touton, vieillard de 75 ans, est frappé d'apoplexie ; il se rétablit à l'aide de deux fortes saignées. Huit jours après l'accident, le pouls marquait au sphygmomètre 16° d'impulsion à 36 de pression ; la santé était parfaite. On résolut de maintenir le pouls à ce degré. M. Hérisson voyait son client une fois au moins par semaine ; chaque fois que l'impulsion était plus forte, il la diminuait par une saignée ou une application de sangsues ; aujourd'hui M. Touton a 81 ans, et n'a pas ressenti de nouvelle atteinte d'apoplexie.

3° *Application du sphygmomètre aux maladies du cœur.* Corvisart avait écrit « que, d'après l'état seul du pouls, il était possible d'établir le diagnostic d'une affection organique du cœur. » Cette assertion, combattue par Laënnec, pouvait recevoir une nouvelle démonstration par le sphygmomètre ; mais la difficulté était d'abord de bien distinguer les aberrations du pouls dues à un simple état nerveux du cœur ou à une lésion organique réelle. Il fallait, pour la surmonter, comparer les phénomènes notés pendant la vie, avec les lésions trouvées à l'autopsie. C'est ce que M. Hérisson a fait ; et il est arrivé à pouvoir, en effet, *d'après l'état du pouls examiné au sphygmomètre, établir le diagnostic de toute affection organique du cœur.* L'hypertrophie sans rétrécissement déroge seule à cette loi, et demande, pour être reconnue, le concours des autres moyens d'investigation. Voici du reste les signes auxquels il accorde toute confiance.

HYPERTROPHIE SANS RÉTRÉCISSEMENT : 1° *Avec épaississement des parois et diminution de la capacité ventriculaire gauche.* — Impulsion brusque ; résistance artérielle très-forte.

2° *Avec épaississement des parois et augmentation de la capacité ventriculaire gauche.* — Impulsion très-forte ; inégalité marquée ; résistance très-grande.

Rétrécissement auriculo-ventriculaire droit, et rétrécissemens ventriculo-pulmonaires. — Le pouls est irrégulier, inégal, intermittent ; la colonne de mercure hésite avant de s'élever ; et quand elle est partie, elle ne descend pas toujours jusqu'à son point de départ, ou n'y descend qu'en deux temps.

Rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, et rétrécissemens ventriculo-aortiques. — Le pouls est irrégulier, intermittent, inégal, très-dépressible. La colonne de mercure s'abaisse au-dessous de son niveau par une sorte d'aspiration qui l'entraîne à 1, 2 et 3 degrés, suivant l'importance de l'obstacle, et à des intervalles plus ou moins longs, selon le déplacement des végétations ou le jeu variable des valvules altérées dans leur tissu lorsqu'il n'existe pas de végétations.

M. Hérisson rapporte quelques faits où l'autopsie a montré l'exactitude de ces signes. C'est ainsi qu'il a reconnu et annoncé d'avance à la Pitié une hypertrophie du ventricule gauche ; un double rétrécissement des orifices de droite et de gauche ; et, dans un autre cas, il affirma l'absence de toute lésion organique du cœur, malgré le bruit de râpe et de scie entendu au stéthoscope. Aussi M. Hérisson pense-t-il que ce dernier instrument est bien plus sujet à tromper que le sphygmomètre. Ainsi, on avait diagnostiqué au stéthoscope une affection organique du cœur, jugée même mortelle, sur la fille d'un financier de Paris, M. Huntzicker ; M. Hérisson reconnut au sphygmomètre que le cœur n'était atteint que d'une manière indirecte ; et, en effet, en six semaines la santé était revenue.

Du reste, il ne regarde pas encore son travail comme complet, et il poursuit ses expériences.

— Les commissaires pour ce mémoire sont MM. Andral fils, Fouquier et Ferrus.

Séance du 10 mars.

DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT DANS LES INFLAMMATIONS DE LA GORGE.

La correspondance comprend une lettre de M. Péronnaux de Besson, sur ce sujet. Vers la fin de 1826, étant secrétaire des consultations gratuites pour le *Cercle médical* à l'Hôtel-de-Ville de Paris, il eut occasion de faire connaître à cette société savante les succès qu'il obtenait de l'application du nitrate d'argent à l'état solide contre toutes les inflammations de la bouche et de la gorge. Il suffit de cautériser largement et d'ordonner une décoction d'orge perlé miellée ou sucrée tiède, prise souvent et en petite quantité ; le lendemain on sera tout surpris de trouver le malade entièrement guéri ou sur le point de l'être. Cette méthode n'a jamais échoué entre les mains de M. Péronnaux ; elle a un avantage immense sur les sangsues, les émolliens, les révulsifs et les purgatifs. Le docteur anglais Hunt a récemment publié des cas de succès de cette méthode ; mais seulement dans les affections chroniques ; M. Péronnaux en a obtenu le même résultat dans les maladies aiguës, et long-temps avant M. Hunt.

M. VELPEAU fait remarquer que si M. Péronnaux n'a pas d'autres preuves de sa priorité que la lettre qu'il adresse maintenant à l'Académie, sa tardive réclamation ne saurait prévaloir contre des témoignages imprimés. Il y a long-temps que le nitrate d'argent a été employé avec succès contre les inflammations de la gorge. M. Gendron a publié sur ce sujet un mémoire en 1827, et M. Velpeau lui-même en a publié un autre en 1830. Du reste l'efficacité du moyen ne saurait être révoquée en doute.

MORT DE M. LOBSTEIN.

M. BRESCHET annonce que l'Académie et la Faculté de Strasbourg viennent de faire une perte douloureuse par la mort de M. Lobstein, qui a succombé récemment à une affection de vessie, à laquelle se joignit de la dothinentérie et une diphtérite. M. Lobstein avait été d'abord chef des travaux anatomiques ; puis il avait été nommé professeur d'anatomie pathologique, et enfin professeur de clinique ; en conservant ce double enseignement, il s'était démis de ses fonctions de chef des travaux anatomiques. Il a successivement publié des recherches sur la nutrition du fœtus, sur le nerf grand sympathique, et enfin un grand ouvrage sur l'anatomie pathologique. Voilà en peu de temps deux professeurs distingués de la Faculté de Strasbourg, tous deux membres de l'Académie, que la mort a enlevés. M. Breschet pense qu'il serait convenable, dans la prochaine séance publique, que leurs noms fussent associés dans une sorte de notice funèbre où l'Académie exprimerait ses regrets. — Adopté.

GUÉRISON D'UN VARICOCÈLE PAR LE PROCÉDÉ DE M. BRESCHET. — DISCUSSION

M. Breschet présente un homme qu'il a traité d'un varicocèle tellement énorme, que le malade disait dans un langage figuré, mais énergique, *qu'il avait des boyaux autour du testicule*. La Gazette médicale a publié l'an dernier le mémoire de M. Breschet sur ce sujet; disons seulement que l'auteur a modifié son procédé, et qu'il se sert aujourd'hui d'une pince fabriquée à peu près sur le modèle de l'entérotome de M. Dupuytren. Ce changement tient à une circonstance que le hasard a révélée à l'auteur. Au commencement, il pensait que la guérison s'obtenait avec un degré de compression suffisant pour procurer l'inflammation adhésive des parois de la veine entr'elles; mais depuis ayant été frappé, chez un de ses malades, de la formation d'escarres sous les mors de la pince, il fixa son attention sur ce point; et se convainquit que la mortification de la veine obtenue par la compression constituait le mécanisme réel de la cure; et que tel était le but que l'opérateur devait s'attacher à atteindre. Du reste cette méthode mise en usage jusqu'à ce jour sur plus de 60 malades, a été suivie d'un succès constant.

M. Velpeau. Je n'ai jamais bien compris les avantages spéciaux de cette méthode. Il y a long-temps qu'on a préconisé l'oblitération des veines pour la guérison des varices et du varicocèle; et les moyens même ont beaucoup varié. On a usé à diverses reprises de la ligature, de l'excision, de la cautérisation, etc.; et tous ces procédés, avec la méthode elle-même, ont été aussi tour à tour rejetés. Ceux qui les vantent ont dit qu'ils n'offraient ni difficultés ni danger; ceux qui les rejetaient ont soutenu tout le contraire. Tout au moins doit-on admettre que l'oblitération des veines n'est pas sans inconvéniens pour la circulation et la nutrition des organes dont ces veines rapportaient le sang. Cette question est donc complexe et se subdivise en deux autres: y a-t-il d'abord opportunité et innocuité à oblitérer les veines? puis, quel est le procédé à préférer? Je dirai d'abord que le danger provenant de l'oblitération des veines, est évidemment le même dans tous les procédés; on ne peut donc établir son choix qu'en raison du plus ou moins de facilité et de simplicité qu'ils présentent. Or, celui de M. Breschet est loin d'avoir ces caractères; et il me paraîtrait beaucoup plus simple de suivre le procédé ancien, ressuscité par Delpech, et de mettre la veine à nu afin de la lier directement, sans avoir à la fois à mortifier les tégumens. Que si on tient à ne pas faire d'incision, on peu très bien comprimer la veine en passant au-dessous d'elle une aiguille dont on réunit les deux extrémités à l'aide d'une anse de fil entortillée, suivant le procédé de M. Davat. J'avais expérimenté ce procédé pour les artères sur des animaux vivans, et il m'avait bien réussi; je l'ai pratiqué récemment sur des veines variqueuses situées à la jambe, chez un malade qui est encore à l'hôpital; et je le trouve beaucoup plus simple que celui de M. Breschet.

M. Breschet. Ma réponse sera facile. Y a-t-il opportunité à tenter la guérison du varicocèle? Oui, et non-seulement opportunité, mais nécessité. Cela est hors de doute pour quiconque connait l'état de gêne dans lequel vivent les malades, l'impossibilité où ils sont de remplir leurs fonctions, et enfin l'abattement, l'ennui de leur position, qui les pousse souvent jusqu'au suicide. Mais les dangers de l'oblitération? ces prétendus dangers sont nuls; et l'oblitération une fois obtenue, la circulation que gênaient les varices, reprend au contraire un cours plus régulier; et il n'est pas rare de voir le testicule déjà altéré, revenir, après l'opération, à son état naturel. Restent les dangers des procédés. Oh! pour ceux-là, je ne les nie point. On sait pourquoi l'incision, la cautérisation, la ligature, jadis employées, ont été rejetées de la chirurgie; c'est à raison de fréquentes phlébites qu'elles déterminaient, et qui amenaient quelquefois la mort. M. Velpeau préconise un procédé qu'il croit nouveau: c'est celui dont se servent les vétérinaires pour fermer l'ouverture de la saignée; il est assez souvent suivi de phlébite chez les animaux mêmes, à plus forte raison suis-je en droit de repousser son application à l'homme. Mon procédé à moi n'a pas ces dangers; il produit l'oblitération, mais lentement, par degrés, et par ce mécanisme de la formation d'escarres qui sont, je pense, indispensables pour obtenir une guérison complète. A l'appui de ces idées je peux apporter mes résultats. Sur plus de 60 opérations de ce genre, je ne compte encore ni un accident ni un insuccès. J'ai même réussi à guérir un sujet que Delpech avait opéré infructueusement.

M. Velpeau. La question n'est point résolue. Je laisse de côté pour aujourd'hui l'opportunité de l'oblitération; mais enfin, pour arriver à ce but, pourquoi la ligature offrirait-elle plus de danger que la gangrène produite par la compression? pourquoi la phlébite surviendrait-elle dans un cas plutôt que dans l'autre? On cite 60 cas de succès; tous les procédés d'oblitération ont fourni dès l'abord des séries de faits aussi favorables. On a 30 à 40 succès d'abord, puis viennent les insuccès. Moi-même, dans mes opérations de varices, j'ai compté d'abord, et de suite, 33 succès, résultat magnifique. Mais sur les 10 cas que j'ai eus ensuite à traiter, cinq m'ont offert de graves accidens, et la beauté de mes résultats primitifs en a été singulièrement obscurcie. Enfin, M. Breschet dit avoir vu, après l'opération, le testicule revenir à son état normal; il a pourtant cité Delpech, et il sait que ce fut le désespoir de voir l'atrophie des testicules succéder à l'oblitération des veines du cordon qui arma la main du malheureux qui a assassiné Delpech. M. Breschet soutiendra-t-il que l'oblitération obtenue par son procédé doit avoir d'autres effets que l'oblitération obtenue de toute autre manière?

M. Breschet. Ce n'est ici ni le temps ni le lieu d'établir un parallèle critique entre tous ces procédés. Je me borne à exposer le mien, à en soumettre les résultats à l'Académie; ces résultats, je les attribue surtout à la lenteur avec laquelle j'agis. C'est ainsi que si, dans l'anus contre nature, M. Dupuytren avait voulu, à l'aide d'une incision ou d'une ligature, détruire brusquement l'éperon, il est probable qu'il aurait eu des accidens très-graves. J'ai suivi une marche analogue; je détermine, comme il le faisait, une gangrène lente par compression. Cette gangrène ne s'accompagne point d'inflammation; c'est absolument l'effet produit par le sphacèle d'un membre; quand la partie sphacelée tombe, les vaisseaux se trouvent oblitérés au-dessus, sans qu'on ait eu à craindre de voir s'y propager une inflammation inquiétante.

L'ordre du jour est demandé et adopté.

COUP DE PISTOLET DANS L'OREILLE; HEUREUX EMPLOI DES IRRIGATIONS D'EAU FROIDE; PARALYSIE DU NERF FACIAL; DISCUSSION SUR LES FONCTIONS DE CE NERF.

M. Breschet présente un cas d'un autre genre. C'est une jeune fille qui s'est tiré dans l'oreille droite, à bout portant, un coup de pistolet chargé seulement à poudre; il y eut toutefois, comme on peut le présumer, des accidens très-graves, du coma, etc.; j'employai avec le plus grand succès, dit l'honorable membre, les irrigations d'eau froide, moyen heureux dont la chirurgie est redevable à M. Josse d'Amiens, mais que je crois avoir employé le premier à Paris. Il paraît que le nerf facial a été divisé; car la face de cette jeune fille guérie présente tous les traits de la paralysie de ce nerf, telle qu'elle a été décrite par Ch. Bell. Si la division avait eu lieu en dehors du trou mastoïdien, peut-être on pourrait tenter une opération dans le but d'affronter et de réunir les deux bouts du nerf; mais il est plus probable que la division a eu lieu dans le canal de Fallope, et alors il n'y a rien à tenter. La surdité est complète de ce côté; la sensibilité de la joue droite est aussi un peu obtuse.

M. Velpeau. Cette paralysie du nerf facial est un fait parfaitement connu; dans toutes les opérations où ce nerf est intéressé, les mêmes phénomènes se présentent; ainsi j'en ai vu récemment un cas, avec MM. Roux et Marjolin, à la suite de l'ablation d'une tumeur siégeant dans la région parotidienne.

M. Breschet. Aussi n'ai-je accordé à cette circonstance qu'une importance secondaire; le principal intérêt de ce fait consiste dans l'efficacité du traitement employé.

M. Sanson. Il n'est pas nécessaire que le nerf facial soit divisé pour expliquer cette paralysie. J'ai vu deux cas dans lesquels, à la suite d'une chute sur la tête, du sang étant sorti par l'oreille, les malades sont restés sourds de ce côté et avec une paralysie complète et rebelle du nerf facial. La paralysie était donc due ici ou à la commotion, ou à la compression de ce nerf par quelque extravasation de sang; mais on ne peut admettre qu'il ait été divisé.

M. Breschet. Cela est vrai, et des faits analogues se présentent tous les jours; mais je ne pense pas qu'alors l'aspect de l'œil et des paupières soit le même.

M. Bailly. Complètement le même.

M. Roux. Il y a d'autres causes de cette paralysie. Il y a trois semaines que j'ai extirpé en totalité une glande parotide squirrheuse; probablement le nerf avait été comprimé dans ces tissus indurés; il y avait paralysie du facial avant l'opération; et comme il fut divisé, la paralysie persista encore après.

Je noterai à cette occasion qu'au lieu de lier la carotide comme on le conseille, je me contentai de glisser par dessous une ligature de précaution ou d'attente qui fut enlevée aussitôt l'opération terminée.

Il suffit même, pour produire cette paralysie, d'une tumeur siégeant à la région parotidienne, et comprimant la parotide et par conséquent le nerf.

M. Piorry. On a mis beaucoup d'arbitraire dans la distinction de la paralysie du nerf facial et de celle du trifacial. Il y a huit jours qu'une femme est morte à l'Hôtel-Dieu avec une paralysie des mouvemens dits respiratoires de la face; mais en même temps des muscles qui servent à la mastication. A l'autopsie on ne trouva qu'une tumeur siégeant sur le trajet de la septième paire. Dans un autre cas, le malade se plaignait d'une douleur fixe, nettement circonscrite au-dessous de l'apophyse mastoïde, conséquemment sur le facial; il y avait à la fois paralysie du mouvement et du sentiment de ce côté de la face.

M. Emery cite un cas de paralysie du mouvement seul, par suite de la division complète du nerf facial dans l'aqueduc de Fallope. Cette division avait été opérée par une carie de l'oreille interne.

M. Bochoux rappelle que la ligature d'un nerf produit aussi bien la paralysie que la section complète, même quand on retire la ligature un peu après. Valsalva a lié de cette manière les deux pneumogastriques sur des chiens qui ont succombé.

M. Roux. Il faut noter cependant que les nerfs ou divisés par l'instrument, ou étreints et même coupés lentement par une ligature peuvent se réunir, et qu'alors la paralysie n'a plus lieu. La seule condition pour cela est que les deux bouts du nerf soient dans une position fixe; s'ils appartiennent à des parties très-mobiles, on conçoit que le contact et la réunion peuvent plus difficilement avoir lieu. Avant de finir, j'ai besoin de déclarer que j'attache fort peu d'importance aux classifications des nerfs imaginés par Ch. Bell; c'est du *romantisme* en physiologie; et, par exemple, faire du nerf facial un nerf respiratoire parce qu'il présiderait à certains mouvemens de la face en accord avec ceux de la respiration, me paraît une chose absurde.

M. Piorry. Je suis complétement de cet avis; seulement il n'y a pas de mal à s'élever contre le romantisme en médecine comme en littérature. (Oh! oh! On rit.)

M. Sanson. On peut certainement contester cette distinction des nerfs respiratoires; mais qu'on enveloppe dans la même proscription la division des nerfs en sensitifs et en nerfs moteurs, je ne le conçois pas, et j'ai vu pour ma part trop de faits qui l'appuient.

M. Dupuy. La distinction des diverses fonctions des nerfs de la face n'est pas non plus si dénuée de preuves qu'on l'a laissé entendre; la diversité des résultats tient souvent à la diversité des circonstances. J'ai vu M. Shaw répéter à Paris ses expériences sur le nerf facial devant M. Magendie; une fois la paralysie parut incomplète après la division du nerf; mais à un examen attentif on reconnut qu'il n'y avait eu qu'une branche du nerf de coupée; la section de toutes les branches détermina la paralysie complète des mouvemens respiratoires de la face. Et ces vues sont loin d'être inutiles en pratique. Je fus consulté pour un cheval atteint d'une paralysie de la face qu'on rapportait à une affection cérébrale; et on regardait l'animal comme perdu. Je reconnus que l'encéphale était sain; quelques tumeurs siégeant sur le trajet du facial en avaient, probablement par compression, déterminé la paralysie. Je prescrivis des frictions iodurées; la résolution des tumeurs eut lieu, et l'animal fut guéri de sa paralysie.

La discussion est close. M. Adelon a la parole pour un rapport au nom de la commission homœopathique. (Profond silence.)

RAPPORT SUR LES DEMANDES ADRESSÉES PAR LA SOCIÉTÉ HOMOEOPATHIQUE.

La société homœopathique de Paris a demandé au ministre l'autorisation d'ouvrir des dispensaires, et même, quand elle aurait des fonds, un hôpital homœopathique. (Voyez la séance du 27 janvier.) Le ministre a demandé l'avis de l'Académie.

S'il avait fallu, dit M. le rapporteur, porter un jugement définitif sur le système homœopathique, deux choses auraient été nécessaires : d'une part, lire les principaux ouvrages des homœopathes, et soumettre leurs dogmes à une sage critique ; d'autre part, vérifier toutes leurs expériences. Sans doute il aurait été possible, jusqu'à un certain point, de porter un jugement d'après le premier ordre de travaux, car les lois de la logique sont aussi absolues que celles du monde physique ; mais on aurait toujours objecté que ce jugement n'aurait été établi que sur des théories et des raisonnemens. Et pour vérifier tous les faits annoncés par Hahnemann, comme ils embrassent deux des principales sciences médicales, la matière médicale et la thérapeutique, c'eût été une tâche impossible pour une simple commission, et qu'il faut laisser au concours libre de tous les médecins.

Mais un jugement aussi approfondi n'est pas nécessaire pour répondre à la question posée par le ministre. C'est une pure question de police médicale, et il s'agit de savoir si l'homœopathie se présente aujourd'hui au monde médical avec cette absence évidente de tout danger, et cette certitude de constante utilité, nécessaires pour que le gouvernement autorise dans des établissemens publics son exclusive application, et en accepte ainsi la responsabilité. La question ainsi posée est facile à résoudre. L'homœopathie, pour ne rien dire de plus, ne se présente qu'avec les insignes du doute. En théorie, plusieurs de ses dogmes sont contradictoires entre eux et violent les règles d'une saine logique ; les principaux sont au moins litigieux et controversables. En pratique, ses preuves sont aussi à faire. En un mot, loin d'être considérée comme une doctrine démontrée, elle ne doit l'être au plus que comme une doctrine à étudier. En conséquence, la commission propose de répondre au gouvernement :

« Qu'il n'est pas convenable, dans l'intérêt de la santé publique, d'autoriser, *quant à présent*, dans Paris l'établissement d'un dispensaire et d'un hôpital où tous les malades seraient traités gratuitement selon la méthode homœopathique. »

Ce rapport est suivi d'un projet de réponse au ministre rédigé dans ce sens ; mais dans laquelle l'Académie exprimerait le vœu qu'il fût accordé à la société homœopathique tous les autres moyens de propager et justifier sa doctrine par la presse, l'enseignement, les discussions, et qu'enfin elle jouit de toutes les facilités qui caractérisent un siècle de lumières et de progrès.

Cette lecture, écoutée avec une attention constante, est suivie de nombreux applaudissemens. La discussion est aussitôt ouverte.

M. Itard. La commission a touché l'écueil qu'elle avait signalé ; elle a préjugé la question : voilà tout ce que je voulais dire.

M. Esquirol. Il y a quelques années que M. De Horatiis, médecin de Naples, jouissant de quelque faveur auprès de la reine, obtint du gouvernement napolitain l'autorisation de faire à l'hôpital clinique des essais homœopathiques. Ces essais furent continués quarante cinq jours ; alors on finit par demander au gouvernement un nouvel ordre pour les suspendre, aucun n'ayant donné les résultats attendus. L'homœopathie a cessé dès lors d'avoir des partisans dans le royaume de Naples, et M. De Horatiis lui-même y a renoncé. Le docteur Panvini a fait sur ces expériences un livre fort curieux. Si l'Académie désire en prendre connaissance, je m'engage à en faire l'analyse.

M. Honoré demande qu'on ajourne la discussion, afin que tous les membres de l'Académie aient le temps de s'y préparer et de relire les ouvrages des homœopathes.

M. Rochoux pense que le rapport manque de rigueur logique. L'homœopathie peut fort bien être jugée à fond, et c'est là ce que doit faire l'Académie. Mais portera-t-on ce jugement *à priori*, ou faudra-t-il expérimenter ? Mais qu'est-il besoin d'expériences ? L'homœopathie se fonde sur des faits qui sont en opposition avec les vérités les mieux établies en médecine ; or, quand un fait est en opposition directe avec un autre bien avéré, le premier est faux. Donc l'homœopathie est absurde ; et il ne faut pas craindre de la juger. Faudrait-il expérimenter, par exemple, pour juger ce principe des homœopathes que l'énergie d'un médicament augmente à mesure qu'on en diminue les doses ? Et qu'avec ces doses infinitésimales on obtient des effets prodigieux ?

M. Pariset. On serait fort embarrassé de calculer la quantité de mercure qui se mêle au lait d'une nourrice, et qui suffit cependant pour guérir la syphilis de son nourrisson.

M. Rochoux. Il n'y a nulle parité. Que le mercure soit là en petite quantité, d'accord ; mais dire que la force augmente à mesure que la quantité diminue, voilà où est l'absurde.

M. Bouillaud. Le rapport fort bien fait que nous venons d'entendre, est empreint de cette prudente réserve qu'on loue tant aujourd'hui ; mais il est des circonstances où je fais plus de cas des *haines vigoureuses*. Si les homœopathes ne demandaient à traiter que de ces maladies qui peuvent attendre leur guérison de la nature, je me tairais ; mais appliquer cette prétendue doctrine quand le danger presse, c'est un crime de lèse-humanité contre lequel il faut tonner sans ménagement. Alors je regarde l'homœopathie comme aussi meurtrière que la poudre à canon.

Je ne comprends pas cette logique de M. le rapporteur, qui conclut au doute. Quoi ! si l'on vient vous dire : j'ai trouvé la quadrature du cercle, la pierre philosophale, que sais-je ? aurez-vous besoin d'expériences pour juger ? non sans doute. Eh bien ! voilà une chose mystique, absurde, ridicule ; vous le sentez vous-mêmes ; vous l'avouez dans quelques phrases du rapport. Pourquoi ne pas le dire dans les conclusions ? Je signalerai aussi une inexactitude du rapport : il y est dit qu'Hahnemann compte plus de maladies qu'il n'en existe réellement ; mais c'est tout le contraire : après le virus psorique et quelques autres virus, il n'y a plus rien. C'est un cyclope, cet homme ; à peine voit-il la moitié des objets.

Je déclare pour ma part que je ne ferai jamais d'expériences de ce genre, et que je croirais m'abaisser. Mais j'ai dit aux homœopathes : venez, je vous donnerai des malades ; le public vous verra à l'œuvre ! pas un n'a accepté. M. Broussais et M. Andral en ont fait ; qu'ont-ils obtenu ? Rien. On pouvait le prévoir facilement ; il suffisait de lire les ouvrages de ce réformateur, où l'on ne trouve ni les connaissances, ni le langage d'un médecin.

Je demande donc que l'Académie se prononce avec énergie contre cette demande d'hôpitaux et de dispensaires. Je ne suis point retenu par la crainte de ce reproche de vouloir restreindre la liberté ; ceux qui me connaissent répondront si je le mérite. Liberté entière dans les doctrines ; mais non dans des applications aussi malfaisantes ; je ne veux pas qu'on accorde la liberté de tuer. On craint d'affliger des confrères qui sont dans l'erreur. Mais ne savez-vous pas qu'il y a parmi ces homœopathes autre chose que des dupes ; que l'homœopathie est le refuge des fripons et des charlatans ? Non, pas de dispensaires ; d'ailleurs il n'y en aura pas, n'ayez peur ; la société homœopathique a voulu faire parler d'elle ; et voilà tout. — J'ai dit. (Appuyé ! appuyé !)

M. Piorry. Toute doctrine suppose la science ; il n'y a pas de science dans le système d'Hahnemann ; on ne peut donc le considérer comme une doctrine. Ainsi *à priori* on pourrait le rejeter. Mais de plus, des expériences ont été tentées dans divers hôpitaux ; elles n'ont rien produit. Dans un seul cas, on a cru avoir obtenu la guérison d'un cancer ; la femme est rentrée quinze jours après à l'hôpital pour y mourir. J'appuie la proposition de M. Bouillaud.

M. Adelon. L'on nous reproche d'avoir préjugé la question et jeté du blâme sur l'homœopathie ; mais la preuve du contraire est précisément dans cet autre reproche de n'avoir pas dit d'une manière absolue : c'est une chose mauvaise. Pour nous, nous nous sommes contentés de la déclarer au moins douteuse, sans engager l'Académie plus avant ; d'autant plus que cela n'est nullement nécessaire, et que le résultat de notre réponse sera le même. Sans doute, il y a des principes homœopathiques qui révoltent d'abord par leur absurdité ; j'en pourrais citer plusieurs ; tel est celui qui dit que plus on diminue la dose d'un remède, plus son énergie augmente ; d'où il suivrait que si on pouvait le réduire à zéro de matière, c'est alors que son énergie serait la plus forte. En résumé, nous sommes tous d'accord sur la fin ; nous ne varions que sur les moyens. Trois propositions sont en présence : ajourner la discussion, refuser avec ménagement, refuser avec un blâme énergique. L'Académie peut choisir entre ces trois propositions.

Je ne dois pas finir sans repousser le reproche d'inexactitude que m'a adressé M. Bouillaud ; la phrase qu'il a signalée dans mon rapport est *textuellement* copiée d'Hahnemann ; il prétend si bien que nulle maladie ne se ressemble, qu'il ne veut pas qu'on leur donne un nom, *pas plus qu'au nuage qui passe et qui ne reviendra plus*. Et ceci n'est même pas une des moindres absurdités de sa doctrine ; car si jamais deux maladies ne se ressemblent, il est donc ridicule de prescrire pour les affections présentes des remèdes qui ont réussi dans les affections passées. (Aux voix ! aux voix !)

M. le Président. Messieurs, plusieurs membres ont encore demandé la parole ; la question est grave, et la décision que vous rendrez très-importante ; il faut donc laisser la discussion suivre son cours. (Assentiment.)

M. Desgenettes. Messieurs, vous êtes ici en présence de deux sortes de public ; le public médical et le public qui ne l'est pas. Tous deux ont droit à certains égards ; il faut au premier une liberté entière dans la discussion ; à l'autre il faut prouver que nous ne voulons pas accaparer la médecine. J'ai entendu le rapport avec un grand intérêt ; je l'ai grandement approuvé ; mais déjà il me semble que quelques-unes des réflexions qu'il contient m'ont échappé ; je n'ai pas non plus assez présentes à l'esprit toutes les objections qu'on vient de lui faire ; par ces motifs, je demanderai l'ajournement à mardi prochain. (Oui ! non ! vives rumeurs.) Il ne faut pas qu'on puisse nous reprocher de n'avoir pas même examiné. (Nombre de voix : appuyé !) Nous ne sommes pas d'ailleurs si loin de nous entendre. Il y a évidemment un blâme exprimé dans le rapport, mais avec réserve, avec politesse ; c'est ce qu'on appelle en médecine un *parégorique*, une potion amère que l'on fait passer en miellant les bords du vase. (On rit.) D'autre part, beaucoup de nos jeunes confrères, pleins de sève et bouillans d'ardeur, demandent une réponse plus empreinte d'énergie, ou si vous le voulez, de dureté ; mais la dureté convient mal à une académie ; l'Académie n'en veut point aux hommes, mais aux principes ; elle est comme la loi, *non irascitur, sed cavet*. Nous ne cherchons ici que le bien de l'humanité ; quant à ces pauvres homœopathes ; eh ! mon Dieu ! qu'ils reposent en paix ! Ne mettez donc pas dans vos conclusions d'expressions trop dures et qui, sortant de la bouche d'un médecin, sembleraient révéler quelque inimitié. (Appuyé ! aux voix l'ajournement.)

M. Moreau demande que le rapport et la lettre soient lithographiés et distribués. (Non, Non !)

La proposition de M. Desgenettes, vivement appuyée, est mise aux voix et adoptée. La discussion est remise à mardi prochain.

Samedi il y aura une séance extraordinaire, mais en comité secret, pour discuter les modifications à faire subir au réglement.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'EAU FROIDE COMME ANTI-PHLOGISTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CHIRURGICALES; par le docteur BÉRARD jeune, agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien en chef de la Salpêtrière.

Nous avons reproduit au commencement de cette année la première partie du beau travail de MM. Josse d'Amiens sur l'emploi de l'eau froide par irrigation continue dans le traitement des maladies chirurgicales. Avant que MM. Josse publiassent leurs observations, M. Bérard jeune faisait depuis plus d'une année des expériences suivies sur le même moyen à l'hôpital Saint-Antoine. C'est encore ici un exemple de ce qui arrive si souvent dans les sciences lorsque les premières recherches n'ont pas reçu une suffisante publicité. Toutefois le mérite de l'invention n'en doit pas moins être partagé par M. Bérard, puisqu'à l'époque où la première idée lui en vint, en octobre 1833, il n'avait aucune connaissance de la méthode de M. Josse, et personne à Paris très-probablement n'en savait davantage.

Il y a d'ailleurs une analogie frappante entre les divers appareils, ce qui se conçoit, puisque tous deux étaient inventés dans le même but; mais celui de M. Bérard est peut-être encore plus simple et plus facile à monter. On suspend un seau au-dessus de la partie à refroidir; à l'aide d'un ou de plusieurs syphons de verre d'un très-petit diamètre, on fait tomber l'eau que le seau renferme sur la partie malade recouverte d'un simple linge; enfin un morceau de taffetas ciré placé sous le membre sert à préserver le lit d'une inondation complète, et à diriger le liquide non évaporé dans un vase placé à côté du lit. La quantité d'eau que le seau renferme n'est épuisée qu'au bout de cinq à six heures; on a soin d'en ajouter avant qu'elle soit entièrement écoulée, pour ne pas interrompre l'action du syphon.

Quelle que fût la saison, M. Bérard a toujours employé l'eau de pompe, dont la température ne varie que de quelques degrés dans tout le cours de l'année; quelquefois il l'aiguisait avec un peu d'alcool camphré. L'irrigation était continuée de six à quinze jours selon la gravité de la blessure; chez quelques malades, il a paru prudent de ne pas interrompre brusquement l'action de l'eau froide; en conséquence, le dernier jour on ajoutait de l'eau de plus en plus chaude à celle provenant de la pompe.

Les premiers phénomènes sont: l'abaissement de la température de la peau, qui persiste tout le temps de l'irrigation; une sensation douloureuse due sans doute à cette soustraction du calorique et qui dure quelquefois jusqu'à 24 heures; et la diminution de la rougeur et de la tuméfaction, s'il en existait déjà, et si elle n'existent pas, l'irrigation en prévient à coup sûr le développement. Plus tard la peau, d'abord décolorée, prend une teinte rougeâtre et terne; l'épiderme s'épaissit et forme une couche d'un blanc mat qui masque la couleur des tissus sous jacents. Cependant il se fait un travail d'inflammation adhésive qui paraît plutôt favorisé que contrarié par l'emploi de l'eau froide; la formation du pus paraît plus tardive; toutefois l'auteur n'a pas assez étudié ce phénomène pour l'affirmer positivement. Mais du moins le pus est de bonne nature; la surface suppurante présente des bourgeons vasculaires fermes, petits, vermeils; et la surabondance du pus étant entraînée par l'eau, il n'est pas nécessaire de renouveler le pansement.

La gangrène, qui semble l'accident le plus à craindre de cette réfrigération prolongée, est extrêmement rare, et ne s'observe qu'autant que les parties ont été désorganisées par la violence de la contusion. M. Bérard l'a vue survenir deux fois au gros orteil, sans pouvoir dire si elle était due à la réfrigération ou à la contusion; toutefois il a vu des plaies de même nature traitées par les moyens ordinaires suivies de la gangrène d'une ou de plusieurs phalanges, tandis que d'autres soumises à l'irrigation ont été exemptes de cet accident.

Douze observations viennent à l'appui des assertions contenues dans ce mémoire. De ces observations, quatre se rapportent à des plaies contuses du pied et des orteils; trois à des plaies d'armes à feu à la main et au pied; trois à des plaies par arrachement de la main; une à l'excision d'une tumeur synoviale placée entre les tendons des fléchisseurs des doigts; et une enfin à une opération de taille sus-pubienne. Toutes les plaies accidentelles, la plupart très-graves, guérirent avec une facilité étonnante, à l'exception des deux cas de gangrène indiqués; une plaie par arme à feu offrit même le phénomène remarquable d'une réunion primitive effectuée dans une certaine portion de son étendue. La plaie succédant à l'incision de la tumeur synoviale se cicatrisa sans accident; quant à la lithotomie, le malade, âgé de 55 ans, et châtré des deux testicules depuis l'âge de deux ans par un charlatan qui l'avait ainsi guéri de deux hernies, succomba au bout de 36 heures dans un épuisement complet; mais, ce qu'il importe de noter, il n'y avait ni inflammation, ni rougeur, ni épanchement, ni infiltration d'aucune matière dans le péritoine, la vessie et le tissu cellulaire de la plaie et du bassin.

M. Bérard n'a pas eu occasion d'appliquer l'irrigation froide aux plaies résultant d'une amputation; mais il croit fermement que ce moyen préviendrait la plupart des accidens locaux et généraux, et qu'il favoriserait la réunion par première intention. L'analogie parle certainement dans ce sens; et d'après ce que nous avons vu nous-mêmes des bons effets de l'irrigation, nous ne pouvons que nous prononcer hautement en faveur de ce moyen.

VARIÉTÉS.

— Nous avons déjà eu occasion d'appeler l'attention des anatomistes sur les essais tentés par M. Gannal pour la conservation des cadavres livrés aux travaux anatomiques. Dans les premiers jours de mars 1834, un cadavre mis en expérimentation dans le cabinet particulier de M. Serres, chef des travaux anatomiques à la Pitié, fut conservé pendant deux mois; et il fut constaté que les cavités pectorale et abdominale étaient aussi fraîches que vingt-quatre heures après la mort. Les muscles et les viscères avaient conservé leur souplesse et leur consistance; et le sujet n'exhalait aucune odeur cadavérique. Cette expérience a été répétée devant une commission dans les pavillons de la Faculté.

Le 20 décembre 1835, deux sujets furent soumis aux mêmes procédés. Examinés le 20 février, ils ont été trouvés tout aussi bien conservés que le précédent. Enfin examinés de nouveau le 8 mars, ils ont complètement justifié les assertions de M. Gannal. Toutes les portions du corps demeurées couvertes par la peau étaient parfaitement intactes; seulement les parties musculaires mises en contact immédiat avec le liquide se durcissent et blanchissent un peu; mais l'action est cependant bien moindre que celle de l'alcool.

Le procédé de M. Gannal n'a pas encore été publié; mais il a déclaré laisser aux membres de la commission toute liberté à cet égard.

MORT DE M. LE PROFESSEUR LOBSTEIN.

Strasbourg, le 7 mars 1835.

Mon cher confrère,

Je vous annonce une nouvelle perte bien douloureuse que nous venons de faire dans la personne de notre vénérable maître et ami; M. le professeur Lobstein est mort cette nuit. Atteint d'une maladie chronique de la vessie et voulant, dans son zèle sans bornes pour l'enseignement, essayer ses forces, afin de reprendre la clinique, il se refroidit dans sa première et seule sortie qu'il fit depuis l'automne dernier, et gagna une fièvre muqueuse (diphtérite) qui l'enleva au bout de dix jours. Il nous est impossible, sous la première impression de cette perte, de vous donner des détails sur la vie si honorable et si active de ce digne professeur; c'est un devoir que nous nous réservons d'accomplir plus tard.

Tout à vous, mon cher confrère,

Maurice RUFF.

— COURS PUBLIC DE CHIRURGIE THÉORIQUE ET PRATIQUE. M. Rognetta ouvrira ce cours le lundi 16 mars 1835, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École-de-Médecine, et le continuera tous les jours à la même heure, les jeudis et dimanches exceptés. On commencera par les maladies des yeux.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

ANATOMIE DU CERVEAU.

MÉMOIRE SUR LA CONFIGURATION DU CERVEAU CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES MAMMIFÈRES; lu à l'Académie royale de médecine, le 7 mars 1835, par M. Leuret.

Long-temps les anatomistes ont cru, et beaucoup d'entre eux croient encore qu'il n'y a rien de régulier dans le nombre et la direction des circonvolutions cérébrales de l'homme; et parmi les encéphalotomistes eux-mêmes, un seul auteur, Rolando, s'est attaché à les décrire et à les figurer assez exactement. Celles des animaux ont été bien moins étudiées encore; Gall, qui du reste a fait dessiner beaucoup plus de crânes que de cerveaux, tout en assignant aux circonvolutions des fonctions très-distinctes, on a singulièrement négligé l'étude anatomique; M. Vimont, disciple de Gall, a attaché si peu d'importance à les rendre fidèlement dans ses dessins, que sur un cerveau d'homme par exemple, il donne à la scissure de Sylvius du côté droit 120 millimètres de longueur, à celle du côté gauche 30 millimètres; différence que la nature ne présenta jamais. Enfin les planches de M. Serres laissent également à désirer sous ce rapport; et M. Tiedemann est peut-être le seul que en retraçant par le dessin le cerveau des mammifères, en ait offert la représentation fidèle; mais sans en tirer les inductions auxquelles m'ont conduit des recherches plus approfondies.

Le cerveau de tous les animaux mammifères, la classe des rongeurs exceptée, est pourvu de circonvolutions. Ces circonvolutions sont en nombre déterminé, et elles sont les mêmes chez tous les animaux d'une même espèce; et leur disposition générale se retrouve dans tous les animaux mammifères, quelles que soient l'espèce et la classe à laquelle ils appartiennent. Celles du côté droit se retrouvent sur le côté gauche

Feuilleton.

HOMOEOPATHIE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance académique du 17 mars a été telle que pouvaient le souhaiter les amis de la science et les amis de l'Académie. La discussion, constamment resserrée dans de justes bornes, n'a pas manqué un seul instant de cette gravité et de ce calme qui devraient toujours régner dans les délibérations des corps savans. Cette discussion, ainsi que la résolution qui doit inévitablement s'ensuivre, a prouvé combien étaient mal fondées les craintes de ceux qui croyaient la dignité de l'Académie compromise dans ce débat. L'événement a prouvé que c'est la forme des discussions, et non leur objet, qui peut amener ce fâcheux résultat.

On a mis quelquefois en question l'utilité et même l'influence des Académies; on a dit, et souvent les faits sont venus malheureusement confirmer ce reproche, que les Académies étaient un élément permanent de résistance à l'esprit de progrès; que les découvertes et innovations, mêmes les plus utiles à l'humanité, les plus honorables pour l'esprit humain, avaient toujours trouvé à leur naissance une Académie pour les condamner. Nous ne doutons pas que les homœopathes ne se prévalent de ces faits. Ils diront que l'opinion de l'Académie ne prouve rien; qu'ils ne pouvaient espérer plus d'impartialité et de lumières d'une société composée de médecins imbus des préjugés de leur éducation scientifique, et la plupart arrivés à un âge où l'on ne recommence pas cette éducation; et que leur cause, bien que condamnée, n'a pas été jugée. Puis ils en appelleront au temps, à l'expérience, au public. Telle est toujours la marche des opinions battues, vraies ou fausses.

Certainement il serait téméraire de croire qu'une décision d'un corps savant, quelque bien motivée qu'elle soit, puisse être regardée comme un arrêt sans appel. En matière de science, il y a toujours lieu à l'appel, et en médecine surtout. Ainsi nous ne dirons pas que l'Académie a jugé le procès homœopathique; ce procès est et sera toujours pendant tant qu'il y aura des homœopathes; il ne sera jamais terminé par un arrêt en forme, parce qu'il n'existe pas sur la terre de tribunal ayant le droit de rendre de tels arrêts; mais par le temps, qui à la longue fait justice des rêveries de l'esprit humain. Il ne s'agit donc pas de savoir si

avec de légères différences; et ces différences sont soumises elles-mêmes à des règles presque invariables.

Dans cette uniformité générale, l'homme, l'éléphant et le singe font seuls exception, et présentent des circonvolutions qui n'appartiennent qu'à eux. Chez l'homme, ces circonvolutions sont constantes, très-prononcées, et, comme les autres circonvolutions, ne varient que dans leurs détails. Chez l'éléphant, à en juger par le seul exemple qu'il m'ait été possible d'étudier, elles sont très-analogues, pour ne pas dire tout-à-fait semblables à celles de l'homme; on les retrouve chez le singe, mais comme on retrouve dans l'extérieur de cet animal les formes de l'espèce humaine, imparfaites et dégradées.

S'il est vrai, comme je l'ai avancé, que tous les cerveaux des mammifères se ressemblent, choisissons celui dont la conformation paraît la plus simple; sa description nous conduira à l'intelligence de tous les autres.

Les circonvolutions du cerveau du renard sont d'une extrême simplicité. A la face extérieure, quatre circonvolutions, très-nettement séparées les unes des autres et comme superposées; la plus extérieure, très-petite, recourbée sur elle-même et formant par sa courbure la scissure de Sylvius; au-dessus d'elle, une autre plus longue et plus large; au-dessus de celle-ci, une troisième, surmontée enfin par une quatrième. Cette dernière forme le bord postérieur et supérieur du lobe. Aucun repli, aucune dépression sur la première. Un léger sillon sur la seconde. Sur la troisième, en arrière, une dépression qui indique un commencement de séparation. Sur la quatrième, une dépression, et en avant un sillon bien prononcé.

Ces quatre circonvolutions sont réunies entre elles en avant et en arrière. Tout-à-fait en avant se voit en outre une petite circonvolution triangulaire en partie recouverte par le nerf olfactif. Il n'y a rien de plus à la face externe du cerveau du renard.

Si l'on découvre la face interne, en séparant les deux lobes, enlevant le cervelet et divisant le corps calleux et toutes les parties médianes sous-jacentes, on aperçoit: en bas et en arrière une éminence pyriforme qui, un peu avant de s'élever jusqu'au bord postérieur du corps calleux, se termine par deux prolongemens; l'un externe et supérieur n'est autre que la partie interne de la quatrième circonvolution dont nous parlions tout à l'heure; l'autre interne et inférieur recouvre le corps calleux, s'avance pour former la pointe antérieure du cerveau, se recourbe, et s'arrête à peu près au niveau de l'entrecroisement des nerfs optiques. En avant ces deux circonvolutions se réunissent; au milieu et en arrière, elles sont séparées par un sillon très-prononcé.

Ainsi, quatre circonvolutions à la face convexe, une circonvolution en avant, une autre en dedans, en tout six, constituent la périphérie du lobe cérébral chez le renard.

Chez le chien, le loup, même disposition, mais avec quelques sous-divisions. Ce qui était dépression légère devient une dépression profonde, puis un véritable sillon. Ce sont des rudimens qui se développent, qui complètent l'organisation, mais sans la changer.

Suivez cette étude chez l'ours, le coati, la loutre, le chat, la panthère, l'hyène, le lion, vous retrouverez ces dispositions fondamentales avec quelques nuances légères, tantôt deux circonvolutions qui s'unissent, tantôt davantage. Chez tous les herbivores, ruminans ou solipèdes, elles présentent un caractère spécial; elles sont ondulées et exigent quelque attention pour être nettement distingués; de plus, au lieu d'être recourbées sur elles-mêmes comme chez les carnivores, elles sont étalées d'avant en arrière; plus elles marchent, plus leurs extrémités s'éloignent; tandis que chez les carnivores elles tendent à se rapprocher. Le sanglier, le porc, le pécari servent comme de transition entre ces deux grandes catégories.

Le cerveau des carnivores va se divisant à mesure qu'il grossit; ainsi le cerveau du loup est plus divisé que celui du renard; le cerveau d'un fort renard plus divisé que celui d'un petit. Il n'en est pas ainsi chez les herbivores; le cerveau du bœuf n'a pas plus de divisions que celui du mouton, qui est d'un volume moindre; et il en a moins que celui du cheval, qui est d'un volume égal.

Quant à la circonvolution interne, celle qui, commençant en arrière du corps calleux, se reporte au-dessus, puis en avant à la pointe antérieure du cerveau; simple chez le renard, elle commence à se diviser chez le chien et le loup; chez les herbivores, elle est double dans les deux tiers postérieurs de son étendue; mais dans le tiers antérieur, elle est triple, et constitue en avant du corps calleux une masse cérébrale très-considérable.

Deux choses importantes sont à noter ici; ce sont:

1° A l'endroit où la circonvolution interne se continue avec la supérieure externe, un *diverticulum* qui forme ce que les phrénologistes ont appelé chez l'homme *organe de la vénération*, et qu'on retrouve chez tous les mammifères pourvus de circonvolutions;

2° Presqu'en arrière de cette circonvolution, on la voit s'élever jusqu'au bord supérieur du lobe, se plaçant ainsi entre le diverticulum de la vénération et le lobe postérieur du cerveau. Cette disposition, rudimentaire chez les autres mammifères, acquiert chez le singe, mais surtout chez l'éléphant et chez l'homme, un grand développement, et constitue pour la partie interne du lobe la répétition, le complément des circonvolutions transverses, qu'il nous reste à décrire.

Dans le cerveau de presque tous les mammifères, les mêmes circonvolutions s'étendent de la partie antérieure à la partie postérieure du cerveau sans interruption. Cette continuité est rompue chez le singe, l'éléphant et l'homme. Du bord antérieur de la scissure de Sylvius, il s'élève plusieurs circonvolutions qui, se portant en haut et en arrière jusqu'à la grande scissure du cerveau, coupent les autres comme en travers et les divisent en antérieures et en postérieures. Ces circonvolutions transverses sont ordinairement au nombre de trois chez l'homme; l'éléphant que j'ai examiné en offrait également trois; il n'y en a qu'une ou quelquefois deux chez le singe.

Si l'on a suivi avec attention ce qui précède, on verra que les circonvolutions du cerveau des mammifères peuvent se diviser en trois groupes, et en quatre pour l'homme, l'éléphant et le singe. Il faudra toutefois ajouter pour tous une circonvolution ordinairement simple chez les carnivores, divisée chez l'homme et les herbivores, qui se trouve en dehors du nerf olfactif, et qu'en raison de sa position j'appellerai *sus-orbitaire*.

Le premier groupe est formé des deux circonvolutions les plus extérieures, que j'appelle *les circonvolutions externes* proprement dites; le second, des deux circonvolutions placées au-dessus des premières et que je nomme *circonvolutions moyennes*; le troisième, de la circonvolution simple ou multiple qui se trouve au-dessus du corps calleux, *cir-*

---

le jugement de l'Académie est, absolument parlant, légitime, fondé en raison et irrévocable, ni si la doctrine homœopathique doit en vertu de ce jugement être considérée comme une absurdité démontrée. Rien, je le répète, n'empêche les homœopathes d'en référer au public, à la postérité et au temps, de même que l'Académie a aussi le même droit. L'essentiel est de savoir si l'Académie a bien ou mal rempli la mission qui lui est confiée par son institution, si elle a usé de son droit d'examen et de contrôle avec intelligence, modération et bonne foi. Or, sur tous ces points nous pensons qu'elle a été irréprochable, et les homœopathes eux-mêmes, si le fanatisme de secte ne les aveugle point, devraient lui rendre cette justice.

Je sais bien que les homœopathes, sans s'expliquer sur les circonstances de la décision, commenceront par nier que l'Académie eût le droit de les juger, sous prétexte que les doctrines scientifiques ne relèvent que de l'expérience et de la raison universelle. Cette fin de non recevoir repose sur un principe incontestable, mais qui, comme tous les principes abstraits de ce genre, rencontre souvent des impossibilités absolues dans l'application. S'il ne s'agissait ici que de ces vérités métaphysiques dont l'adoption ou le rejet n'entraînent à aucune conclusion pratique, comme par exemple si on agitait, comme on le faisait jadis, la question de savoir s'il y a ou non un trou au centre de la terre, on pourrait discuter éternellement sans jamais rien résoudre, et les partis dissidens pourraient indéfiniment se menacer du jugement de la postérité. Mais dans les questions dont la solution conduit nécessairement à des applications pratiques, il est impossible de se tenir dans cet état perpétuel d'équilibre. Dès qu'il faut agir, il faut conclure; car toute détermination suppose et implique une règle de conduite dans les êtres raisonnables. Or dans les sciences il est peu de questions théoriques qui, de près ou de loin, ne conduisent à des résultats pratiques; toute science touche à un art, et tout art n'est même que l'application de la science. La physique, la chimie, la botanique, l'astronomie, n'agitent pas un problème dont la solution n'intéresse à quelque degré un art ou une industrie quelconques, et ne puisse influer plus ou moins directement sur le sort de l'humanité. Dans la médecine on peut dire que la théorie et la pratique sont si invinciblement enchaînées, qu'il n'est pas possible d'imaginer qu'elles puissent rester indépendantes et marcher isolément; et comme ici c'est toujours la vie des hommes qui est engagée dans le débat, on conçoit qu'il n'y a pas de disputes indifférentes. Placé entre les incertitudes de la théorie et la nécessité d'agir, le médecin ne peut pas rester neutre; il faut qu'il opte; il faut qu'à défaut de la vérité absolue et définitive qu'il est vraisemblablement interdit à l'homme de connaître, il se contente d'une vérité relative et provisoire. On peut déclamer tant qu'on voudra contre ce fait, mais il n'est donné à personne de ne pas en subir les conséquences. Il suffit, pour mettre à couvert la responsabilité morale du médecin, qu'il ait employé à la recherche de la vérité toutes les facultés de son intelligence, et qu'il n'ait rien négligé pour la découvrir.

Ceci posé, et nous le croyons incontestable, la fin de non-recevoir des homœopathes ne saurait être prise au sérieux. Une doctrine médicale nouvelle n'étant en définitive qu'une nouvelle règle de pratique proposée aux gens de l'art, il est évident que son adoption ou son rejet peuvent avoir des résultats très-graves; et qu'il serait étrange d'en commencer provisoirement l'application, en attendant que la postérité ou le temps, ces êtres imaginaires, aient décidé de sa valeur. Mais qui jugera? disent les novateurs. Pour répondre à cette question, il faut établir

convolutions internes ; et enfin chez l'homme, l'éléphant et le singe, les *circonvolutions transverses* (1).

Comment la phrénologie s'arrangera-t-elle de ces faits? Elle place à la partie antérieure du cerveau les organes qui font les philosophes, les savans, les artistes; et ces mêmes parties se retrouvent chez le mouton, le bœuf, la chèvre, le cheval et l'âne. Elle attribue au diverticulum qui se trouve à la partie supérieure du cerveau le sentiment de la vénération; et ce diverticulum existe chez tous les mammifères. Un phrénologiste anglais, M. Holm, embarrassé de rencontrer dans le cerveau du chat l'organe de l'individualité, a pensé que cet organe avait *peut-être* là un autre usage. Ce *peut-être* est fort prudent, et l'on ne ferait pas mal de l'étendre à d'autres organes.

Pour la partie postérieure du cerveau, la phrénologie n'est pas plus heureuse. Elle y a logé les organes du courage, du vol, de la férocité; à ce compte, le mouton qui offre des circonvolutions analogues à celle du loup, aurait l'instinct du vol assez faible; mais les organes du courage et de l'instinct carnassier énormes.

Enfin les circonvolutions transverses ont pour fonctions phrénologiques la fermeté, la vanité, la consciensiosité et l'espérance; et nous avons vu qu'elles se rencontrent spécialement chez l'homme, l'éléphant et le singe.

A quoi tiennent donc de si nombreuses et si bizarres erreurs? D'une part à ce que les chefs de la doctrine phrénologique ont étudié des crânes et non pas des cerveaux; de l'autre, sans doute à la complaisante crédulité de leurs adeptes, et à ce qu'il est plus facile et surtout plus commode de croire que de vérifier.

Les phrénologistes n'ont guère étudié que des crânes; encore s'ils les avaient complètement étudiés! Le crâne du lapin, très-développé latéralement, les eût empêchés d'attribuer à ce même développement latéral, chez les carnivores, l'instinct carnassier. Le crâne du dauphin, élevé en pointe, et offrant un diamètre transverse de 148 millimètres sur un diamètre antéro-postérieur de 93, indiquant d'après la phrénologie le fanatisme et la cruauté, devrait être le crâne d'un inquisiteur, et non celui d'un animal que Pline a surnommé l'ami des enfans.

Je n'entreprendrai pas de suivre en détail l'examen des prétendus organes admis par les phrénologistes. Si j'ai démontré l'analogie de coordination qui existe entre le cerveau des animaux les plus différens par leurs instincts et leurs facultés, si j'ai fait voir que les mêmes parties existent presque chez tous, il demeurera établi que chacune de ces parties n'a pas des fonctions distinctes et spéciales, et que la doctrine phrénologique est dépourvue de tout fondement. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait aucun rapport entre les facultés instinctives, intellectuelles, ou morales, et la conformation du cerveau; mais ces rapports sont encore à découvrir.

(1) Pour se convaincre de la constance de ces dispositions générales chez l'homme, par exemple, il est bon de prendre une précaution que M. Leuret nous a indiquée; c'est de n'examiner que des cerveaux préalablement durcis dans l'alcool ou par tout autre moyen, et dépouillés de la pie-mère; alors les circonvolutions s'écartent davantage; chaque groupe se dessine à part, et l'on n'est pas exposé à prendre pour des divisions réelles quelques dépressions de peu d'importance.

N. du R.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES CHLORURES D'OXIDES DE SODIUM OU DE CALCIUM, employés contre la brûlure; lu à l'Académie des sciences, le 16 mars 1835, par M. LISFRANC.

Le nombre des médicamens mis en usage contre la brûlure est immense; il suffit pour s'en convaincre d'ouvrir les annales de l'art. On a même souvent vanté les traitemens les plus opposés. J'abuserais de la bienveillance de l'Académie en ne faisant que la simple énumération des remèdes qu'on a proposés. Je rappellerai seulement que presque toujours les brûlures étaient longues à guérir, que de l'aveu des médecins elles étaient fréquemment mortelles quand elles avaient une très-grande surface, bien qu'elles ne fussent pas profondes.

J'ai imaginé en 1825 de mettre en usage un médicament nouveau; l'Académie va juger si les résultats que j'ai obtenus sont avantageux. Plusieurs fois déjà les journaux de la science ont publié ma méthode de traitement; quelques ouvrages modernes en ont fait mention; mais tantôt mes idées ont été travesties, tantôt on les a rendues d'une manière incomplète, malgré tout le soin que j'avais mis à les exposer dans mes leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié; d'autres fois, enfin, on a cru que j'employais les chlorures d'oxides de sodium ou de calcium comme un moyen empirique.

Quand on ne sait pas manier un médicament, il peut devenir extrêmement dangereux. Il ne sera donc pas sans importance de rétablir les faits.

Tous les jours on apprécie mieux les heureux effets de l'alliance de la médecine et de la chirurgie. Les médecins dosent l'émétique, l'opium, les purgatifs, etc.; pourquoi ne doserions-nous pas les chlorures?

La médecine consiste toute dans les indications; il en est de même de la chirurgie.

Les chlorures d'oxide de sodium ou de calcium sont astringens et sédatifs. Non-seulement ils empêchent l'inflammation d'augmenter, mais encore ils la dissipent presque entièrement. C'est encore sous l'influence de l'innervation que la douleur se développe. A peine les chlorures sont-ils mis en usage depuis quelques heures, que les malades souffrent moins, et ne souffrent souvent pas du tout.

Par cela même qu'on ne laisse pas persister à une grande intensité les brûlures étendues, on évite leur réaction sur l'ensemble des fonctions, et surtout sur le canal intestinal, où elles auraient pu produire des effets funestes. Je n'ai pas besoin de dire que l'état de stupeur plus ou moins profond dans lequel les malades sont plongés étant le résultat ordinaire de la phlegmasie ou de l'innervation, en général cet état s'amende et finit par disparaître avec elles.

Lorsqu'il existe une solution de continuité sans escarre, les chlorures d'oxides de sodium ou de calcium possèdent à un degré très-éminent la propriété de donner lieu à une exsudation plastique, qui s'organise immédiatement à la manière des fausses membranes; ce nouveau tissu se développe ordinairement de la circonférence au centre, et ferme en peu de temps la solution de continuité, comme si l'on y avait placé un lambeau convenable pris sur les parties environnantes.

une distinction. Tant que les essais thérapeutiques inspirés par les inductions de la science ou par les conjectures de ce qu'on appelle l'instinct médical, ne sortent pas des limites de la pratique individuelle de chaque médecin, il est hors de doute qu'il n'y a pas d'autorité qui puisse venir s'interposer légitimement entre le praticien et le malade, lorsque ce praticien a d'ailleurs rempli toutes les conditions que la loi réclame pour garantir sa capacité; c'est même, en vertu de ce principe que nous avons toujours défendu l'irresponsabilité médicale. Mais du moment où une théorie quelconque, sortant du sanctuaire de la pratique privée, réclame, pour se produire, l'appui de l'autorité publique, lorsque des médecins, entraînés par leurs convictions ou de leur enthousiasme, s'associent en commun pour propager leurs principes, et sollicitent en conséquence l'autorisation de les appliquer en grand et collectivement, on est fondé à leur demander qui ils sont et à quel titre ils réclament un tel privilège. Or, c'est là précisément la position des homœopathes : ils demandent à être admis à pratiquer exclusivement leur méthode dans un hôpital, ou, en d'autres termes, que trois ou quatre cents habitans de Paris soient livrés à leurs expériences. D'après le bon sens le plus vulgaire, il est impossible qu'une pareille demande soit accueillie par l'autorité sans examen et sans information. Mais à qui aura recours l'autorité pour éclairer ses démarches? au temps, à la postérité, qui n'existent pas encore? au public? Mais qu'est-ce que ce public, et où peut-on le trouver? Non, l'autorité voyant qu'il s'agit de science et de médecine, s'adresse à des savans et à des médecins. Mais à quels savans? à quels médecins? non pas à tous les savans de l'Europe, car un pareil congrès serait difficile à réunir; non pas à tous les médecins de la France ni même de Paris, parce que la difficulté ne serait pas moindre, mais à un certain nombre d'hommes notables dans la profession, arrivés tous à un âge de maturité, offrant toutes les garanties qu'on peut humainement souhaiter, et constitués en une société permanente dont la mission spéciale est de s'occuper de tout ce qui intéresse la santé publique. Si l'on convient que l'autorité ne peut pas ne pas consulter et ne peut consulter que des médecins, nous ne sachions pas qu'il lui soit possible de chercher ailleurs qu'à l'Académie une opinion médicale. L'Académie consultée a le droit et le devoir de répondre par oui ou par non. Mais l'Académie, dit-on, n'est pas plus compétente que toute autre collection d'individus pour prononcer en dernier ressort sur la valeur d'une doctrine. A cela nous répondrons toujours par cette question : Faut-il un jugement, une décision quelconque? Et si on convient de cette nécessité, l'Académie est non-seulement le corps le plus compétent, mais le seul compétent.

Nous ne méconnaissons pas pour cela les imprescriptibles droits de la raison; les novateurs ont toujours à la bouche ces grands mots, dont ils se servent pour décliner toute autorité; mais ces droits ne sont pas en péril dans notre manière de voir. Il sera toujours temps d'expérimenter et d'examiner; que les homœopathes prêchent, qu'ils écrivent, et surtout qu'ils guérissent, et alors la vérité, si vérité il y a, saura se faire jour. Mais il y a loin d'une vérité démontrée à une vérité seulement possible; ce n'est pas sur des possibilités et sur des espérances qu'on peut rejeter d'un seul coup une pratique universellement suivie, et par conséquent censée bonne ou du moins rationnelle, pour en prendre une autre qui n'a d'autre titre à faire valoir que son opposition même avec la première. On n'obtiendra jamais des hommes de telles contradictions.

Mais avec un pareil système objecte-t-on encore, il n'y a pas de raison pour

Ce n'est pas seulement dans le second degré de la brûlure que les chlorures déterminent la formation de ces fausses membranes; ils les produisent encore dans un degré plus avancé, quand les escarres sont tombées et quand les bourgeons charnus sont bien développés.

Un fait important à noter, c'est que la cicatrice sera plus solide que celle obtenue par les moyens ordinaires. Cette cicatrice, nous venons de le dire, se fait à l'aide d'un tissu nouveau, qui couvre à lui seul presque toute la surface dénudée, les bords de la peau restant à peu près en place.

Il résulte de ce phénomène que si, par exemple, l'ulcère siége à la partie inférieure de la jambe, les tégumens ne pourront pas devenir trop étroits; ils ne seront pas tiraillés par la contraction des muscles qui, d'après les expériences de Glisson, n'augmentent pas le volume absolu des membres, mais en augmentent évidemment l'épaisseur. L'expérience m'a en effet démontré souvent que ce mode de cicatrisation résistait beaucoup mieux à la marche. On sait d'ailleurs que, la cicatrice faite, il y existe un travail pour mieux l'organiser et qu'à mesure qu'elle vieillit elle se rétrécit d'avantage; les travaux de Delpech n'ont laissé aucun doute à cet égard. J'ai observé que le rétrécissement de la cicatrice était beaucoup moins grand sur l'espèce de fausse membrane produite par l'action des chlorures.

On a avancé que les chlorures d'oxides de sodium et de calcium facilitent beaucoup la chute des escarres, à quelque cause qu'elles soient dues; on a fait encore ici de la chirurgie empirique qui a occasioné bien des erreurs. Les faits démontrent que si l'inflammation est phlegmoneuse et forte, les chlorures l'augmentent presque toujours et éloignent ainsi le but qu'on se proposait d'atteindre; que si au contraire la phlegmasie est légère, ces médicamens l'affaiblissent trop et le travail d'élimination est retardé. C'est ce qu'on observe surtout chez les individus maigres et chez lesquels l'escarre est dure et sèche.

Enfin les chlorures, comme antiseptiques, sont plutôt nuisibles qu'utiles, lorsque la gangrène est due à un excès d'inflammation, et quand, malgré la mort d'une certaine étendue de tissus, la phlegmasie persiste à un haut degré.

Les chlorures d'oxides de sodium ou de calcium réunissent plus spécialement dans le premier et le second degrés de la brûlure. Lorsque nous commençâmes à mettre en usage ces moyens, nous redoutions beaucoup l'intensité de l'inflammation; mais l'observation nous a prouvé que ces médicamens n'en réussissaient pas moins bien dans les cas où la phlegmasie n'occupait que la superficie de la peau.

Nous n'aurions pas assez insisté sur la valeur des chlorures contre les escarres, si nous ne faisions pas remarquer, que dans les autres degrés de la brûlure, ces médicamens employés avant que la phlegmasie soit devenue intense diminuent l'inflammation et la douleur. Il existe en ce moment à l'hôpital de la Pitié un fait très-remarquable de ce genre.

On a dit que l'art consistait tout entier dans les détails; jamais vérité n'a été plus grande et n'a été mieux sentie par tous les hommes qui ont cultivé la chirurgie avec succès. Si, imitant en effet un aveugle empirisme, nous nous bornions à écrire *qu'on a vanté les chlorures d'oxides de sodium ou de calcium contre la brûlure*, et si nous n'indiquions point d'abord en général, et ensuite en particulier le degré de ces médicamens, nous mettrions entre les mains de nos confrères, comme cela est arrivé, une arme qui souvent serait non-seulement inutile, mais encore quelquefois dangereuse. Ce n'est d'ailleurs qu'après un assez grand nombre d'essais que nous sommes parvenus à poser d'autres indications, qu'on n'a pas reproduites dans des ouvrages récemment écrits, et dans lesquels il a été ainsi facile d'avancer que les chlorures d'oxides de sodium et de calcium n'avaient pas l'importance que nous leur avions donnée.

En général les chlorures qu'on met en usage contre les brûlures sont à trois degrés (chloromètre de M. Gay-Lussac). Mais l'inflammation et l'idiosyncrasie de la peau offrent des variétés. Si le chlorure, au degré que nous venons d'indiquer, ne produit aucune sensation, il n'est pas assez actif; nous le portons alors à quatre, cinq et quelquefois même à six degrés.

Si, au contraire, l'application du chlorure détermine un prurit, une chaleur un peu douloureuse, qui durent plus d'un quart d'heure, le médicament a trop d'énergie, il pourrait augmenter l'inflammation. Il faut lever l'appareil et employer ce médicament à deux et même à un seul degré.

Enfin, pour que les chlorures produisent l'effet désiré, il est nécessaire que la chaleur un peu forte et le léger prurit qu'ils occasionent ne se prolongent pas au-delà de cinq à dix minutes ou d'un quart d'heure.

Lorsque nous imaginâmes l'emploi des chlorures d'oxides de sodium ou de calcium contre les brûlures, nous appliquâmes le médicament sur les points dénudés de la peau comme sur ceux qui ne l'étaient pas. Nous nous aperçumes bientôt que la guérison était beaucoup plus prompte dans tous les endroits où le corps muqueux était à découvert, et il devint facile de voir que le chlorure agissait moins bien à travers l'épiderme; d'où est né le précepte d'enlever autant que possible cette partie insensible de la peau. En usant de précautions qu'il serait superflu d'indiquer ici, on ne détermine presque pas de douleur.

Une compresse fenêtrée, enduite de cérat de Galien, est appliquée sur toute la surface de la brûlure. On met par-dessus une masse de charpie au moins de l'épaisseur de deux pouces; elle est imbibée de chlorure et recouverte par des compresses sèches. Le tout est assujéti par un bandage approprié.

En hiver, quand la brûlure est extrêmement étendue en surface, et quand la stupeur du malade est très-prononcée, on chauffe la compresse fenêtrée avant de l'appliquer. Dans tous les cas d'ailleurs où la brûlure est grande, on a soin de la panser à mesure qu'on en a mis à découvert une certaine étendue.

Suivant la température de l'atmosphère, on arrose l'appareil six ou huit fois par jour avec le chlorure au degré indiqué. On renouvelle le pansement toutes les vingt-quatre heures.

La première fois que je mis en usage les chlorures d'oxides de sodium, ou de calcium, l'idée m'en fut suggérée par les circonstances suivantes.

Les malades étaient affectés de brûlure au premier et au second degré; elle avait envahi au moins les deux tiers de la surface des tégumens. Le premier jour, je suivis les préceptes recommandés par la chirurgie; j'ouvris les phlyctènes à leur partie la plus déclive; je mis la compresse fenêtrée enduite de cérat de Goulard; j'appliquai de la charpie par-dessus. Le lendemain, l'inflammation avait acquis une grande intensité; il existait beaucoup de fièvre; déjà la réaction sur le canal intestinal avait lieu; les malades étaient assoupis; l'indifférence

que la science et l'art puissent jamais faire un pas, s'il faut nécessairement croire à tout jamais ce que croit aujourd'hui l'Académie royale de médecine, et si on refuse les moyens d'expérience à une théorie nouvelle par cela seul qu'elle est en contradiction avec les théories reçues; voilà l'esprit humain condamné à l'immobilité chinoise et égyptienne. A cela il y a une réponse bien simple, c'est que l'esprit des Académies change avec le temps comme tout le reste, et qu'elles peuvent approuver demain ce qu'elles repousseent aujourd'hui. L'Académie de médecine a été appelée deux fois à cinquante années de distance à se prononcer sur le magnétisme animal. Elle a chaque fois jugé selon ses lumières et selon les faits qui lui ont été présentés; les jugemens ont été différens, mais non contradictoires; et eussent-ils été contradictoires, il n'en faudrait conclure autre chose si non que la démonstration insuffisante dans un cas a été suffisante dans l'autre, sans que dans aucun des deux les juges aient manqué ni au bon sens, ni à la science, ni à la logique. Mais toutes ces objections tombent également devant les nécessités de la situation qui provoque l'intervention du corps médical. Quand il faut prendre un parti et qu'il n'y a qu'une seule voie pour arriver à un résultat, il est ridicule de ne pas accepter de bonne grace cette nécessité avec toutes ses conséquences.

Quelques homœopathes la reconnaissent, cette nécessité, et tous le devraient, puisque tous demandent à être admis à prouver de leur doctrine, ce qui suppose qu'il y a quelqu'un pour les écouter et opiner ensuite; mais tout en admettant le principe, ils se plaignent de la manière dont on l'applique. On nous repousse, disent-ils, on ne nous juge pas. Nous offrons de démontrer à tous, comme il nous est démontré à nous-mêmes, l'efficacité des traitemens homéopathiques; si on nous refuse les moyens de le faire, c'est une tyrannie et une iniquité, et nous protestons. Qu'ils protestent : rien de plus licite; mais toutes les protestations ne sont pas légitimes, car il n'est pas prouvé que la majorité ait tort par cela seul qu'elle a la force, ni que la minorité ait raison par cela seul qu'elle est la plus faible. Quoi qu'on en dise, toutes les doctrines et toutes les billevesées systématiques décorées de ce nom, ne peuvent pas prétendre à être examinées de prime abord. Il ne peut pas dépendre du premier venu, à qui un rêve est tombé dans la tête, de mettre en réquisition tout le personnel scientifique d'une nation, de le traîner à sa barre et de s'en faire écouter bon gré malgré. Les corps savans sont journellement assaillis de réclamations de ce genre, qu'ils repoussent à juste titre par l'ordre du jour. Suffit-il qu'une théorie médicale ou physique présente quelques aspects spécieux et fasse même quelque bruit dans un coin du monde, pour qu'elle mérite l'attention des savans et devienne la grande affaire du jour! Dans l'ordre purement spéculatif, la chose serait déjà fort déraisonnable; elle serait tout-à-fait absurde, quand il s'agit de la pratique. Si un physicien, ou un songe-creux se disant tel, proposait au gouvernement un nouveau système de chaudières à vapeur propres à prévenir tous les accidens possibles, à quelque degré de force qu'on put arriver, le gouvernement irait-il de livrer de confiance à l'inventeur les bâtimens à vapeur de l'état, et lui confier ainsi la vie des équipages? Non, sans doute. Le gouvernement enverrait d'abord l'inventeur et sa machine à l'Académie des Sciences. Si l'invention était motivée sur des expériences réelles et admissibles dans l'état actuel de la science, elle nommerait une commission de ses membres les plus instruits dans cette spécialité, qui, de concert avec l'inventeur, répéterait les expériences, et un rapport favorable ou défavorable serait le résultat de ses travaux. Mais si, au lieu d'expériences, l'inventeur n'opposait que des

sur leur propre état commençait, et leurs réponses tardives et lentes annonçaient que l'économie était profondément affectée. C'est alors que, de l'avis des chirurgiens qui ont écrit, même récemment, sur la brûlure, les malades sont voués à une mort presque certaine. Mais j'avais éteint très-rapidement avec les chlorures des inflammations compliquant des ulcères; j'avais obtenu par l'emploi de ce nouveau moyen des cicatrices dont la rapidité m'avait étonné. Dans des cas aussi désespérés que ceux où étaient mes malheureux brûlés, il était permis de tenter des essais. Je le fis. Je réussis au-delà de mes espérances; mes malades furent sauvés.

Il est constaté par l'observation que la brûlure du premier degré qui envahit toute l'étendue des tégumens, peut occasioner la mort. Jamais encore aucun accident funeste n'est survenu lorsque j'ai employé le chlorure d'oxide de sodium. Ce médicament guérit presque toujours en vingt-quatre ou quarante-huit heures. L'efficacité des moyens ordinaires est moins prompte.

La brûlure du second degré qui siége sur une grande surface est presque toujours mortelle. Avec le chlorure d'oxide de sodium, nous avons jusqu'aujourd'hui guéri tous nos malades. Dans la première variété de cette brûlure, c'est-à-dire toutes les fois que le corps muqueux de la peau est seulement mis à découvert, les méthodes généralement employées guérissent en neuf ou onze jours; cinq ou six jours suffisent pour obtenir la guérison par le chlorure d'oxide de sodium. A-t-on à traiter la seconde variété de cette brûlure, où non-seulement l'épiderme est enlevé, mais encore le corps muqueux de la peau est détruit dans certains points? En neuf ou onze jours, nous obtenons une cicatrice qui ordinairement se faisait attendre de dix-neuf à vingt-un jours.

Quant aux brûlures plus profondes, nous avons déjà indiqué les effets des chlorures contre l'inflammation et contre les escarres.

Il résulte des principes renfermés dans ce mémoire :

1° Que les chlorures d'oxides de sodium ou de calcium employés contre les brûlures, suivant les indications que nous avons posées, dissipent presque complètement la douleur, diminuent l'inflammation et l'innervation, et empêchent les réactions sur l'ensemble de l'économie;

2° Que ces chlorures guérissent plus promptement.

3° Qu'ils facilitent la chute des escarres.

4° Qu'ils produisent des cicatrices plus avantageuses.

5° Qu'ils obtiennent souvent la guérison de malades qui étaient voués à une mort certaine, si les moyens connus avaient été mis en usage.

J. Lisfranc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCE.

Le cahier de novembre 1834 contient les articles suivans : 1° *observations sur l'érysipèle*, par M. M' Dowell; 2° *sur les fractures du col du fémur*, par M. Rob.-W. Smith; 3° *observations pratiques sur l'art des accouchemens*, par M. Montgomery; 4° *observations de phthisie avec obstuction de la circulation*, par M. Poole.

Le cahier de janvier contient : 1° des *observations sur l'art des accouchemens; principalement sur les caractères obscurs de la grossesse, et sur les signes présumés de la mort du fœtus dans l'œuf*, par J.-T. Ingleby; 2° *observations sur la constitution théorique des éthers*, par R.-J. Kane; 3° *problèmes de médecine*, par W. Griffin : *quels principes doivent diriger le traitement de l'entérite?* 4° *observations d'inflammations de l'utérus, et de l'emploi de l'opium dans cette affection*, par Fleetwood-Churchill; 5° *sur les effets nuisibles du sel sur l'économie animale*, par W. Mateer; 6° *observations pratiques sur l'art des accouchemens*, par Montgomery; 7° *observation de chute de la matrice guérie par une opération*, par le docteur Ireland.

MÉMOIRE SUR LE DIAGNOSTIC DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR, par Rob.-William Smith.

Ce mémoire est remarquable à plus d'un titre; non-seulement il apporte des idées plus précises sur deux signes de la fracture du col du fémur qu'on est trop accoutumé à regarder comme presque infaillibles savoir, le raccourcissement et la rotation en dehors; mais il traite spécialement d'une affection particulière, *morbus coxæ senilis*, presque entièrement inconnue de nos chirurgiens, et qui cependant, bien plus que toute autre lésion de la hanche, peut entraîner des erreurs graves dans le diagnostic des fractures du col du fémur. Aussi en donnerons-nous un extrait d'une étendue proportionnée à son importance.

Le raccourcissement du membre est un signe fort variable et qui peut même manquer complètement. Tous les écrivains ont pensé que le degré plus ou moins prononcé du raccourcissement pouvait servir à distinguer la fracture intra-capsulaire de celle qui siége en dehors de l'articulation; mais ils ne sont pas même d'accord pour dire laquelle des deux détermine le raccourcissement le plus considérable. Sir A. Cooper, par exemple, établit que, dans la fracture intra-capsulaire, le membre se raccourcit *d'un pouce à deux pouces et demi*; et dans l'autre, *d'un demi-pouce à trois quarts de pouce*. Ces assertions, dit M. Smith, sont en opposition avec les résultats de ma propre expérience; et il me semble d'ailleurs impossible que la capsule iléo-fémorale se prête à un déplacement de deux pouces et demi, à moins d'une déchirure très-étendue, ce qui s'observe fort rarement. Il arrive même assez souvent que le tissu fibreux réfléchi qui constitue le périoste du col de l'os en dedans de la capsule, reste intact ou presque intact, et alors le déplacement n'a pas lieu. M. Stanley (Voy. t. 13 des *Transactions médico-chir. de Londres*) a noté plusieurs fois cette circonstance dans des fractures intra-capsulaires récentes. M. Earle déclare également qu'il n'a jamais vu de raccourcissement de deux pouces dans cette espèce de fracture; et il enseigne qu'au moment de l'accident il y a peu ou point de rétraction. Boyer a émis une opinion analogue.

Au contraire, dans la fracture extra-capsulaire, rien ne s'opposant à l'action des muscles sur le fragment inférieur, et le fragment supérieur étant encore poussé en bas par le poids du corps, la rétraction peut arriver au plus haut degré. Il n'y a qu'un seul cas où elle soit empêchée, savoir, quand le fragment supérieur s'enfonce plus ou

conjectures et des raisonnemens tout-à-fait opposés aux notions les plus vulgaires de la physique actuelle, on repousserait sa demande par un simple ordre du jour, et ce serait fort bien. C'est ainsi qu'on traite ceux qui viennent apporter des découvertes de la quadrature du cercle, ou un nouveau système du monde. Sans doute, à parler rigoureusement, la théorie copernicienne et newtonienne n'est en définitive qu'une hypothèse; elle n'est pas un fait reconnu directement par l'observation, elle n'est qu'une explication des phénomènes apparens. Il n'est donc pas absolument démontré que cette hypothèse soit la véritable expression des faits; mais cette théorie est entourée d'un si admirable cortége de preuves de toute espèce, qu'elle est la vérité scientifique par excellence. Il serait beaucoup plus difficile de rendre la terre immobile aujourd'hui, qu'il ne l'a été jadis de la faire tourner. Toutes les attaques dont cette hypothèse peut être l'objet sont donc suspectes à bon droit, ou d'ignorance, ou de folie, ou de charlatanisme, et il n'est pas permis au premier venu de faire l'esprit fort à ce sujet, et de s'amuser aux dépens du public scientifique. L'inventeur de la chaudière serait repoussé au même titre, si sa théorie, au lieu de prendre pour accordés des principes reconnus, tels par exemple que la dilatabilité et l'élasticité des gaz, était fondée sur les principes contraires. La médecine n'est pas sans doute encore arrivée au même degré de certitude relative que l'astronomie et que la physique; mais à moins de supposer dans les médecins la plus coupable abnégation de leur raison, il faut bien admettre qu'ils ne sont pas dépourvus de tous principes, et que leur pratique est dirigée par une théorie quelconque, à laquelle ils se confient, sinon comme à la plus certaine, du moins comme à la plus probable. Ces principes généraux, nous ne prétendons pas les énumérer, mais ils existent; ils constituent la science médicale actuelle, de même que les principes de la dilatation et de l'élasticité des gaz et autres semblables forment l'ensemble de la physique; cette science n'est pas la science absolue; nul ne le dit, nul le croit, mais elle est la vérité du moment, et par conséquent la règle de conduite dès qu'il s'agit d'application. Et remarquez que, dans cette comparaison, l'inventeur de chaudières indestructibles peut faire des expériences à son aise, et que la science pourrait les répéter sans inconvénient; tandis qu'en médecine, le sujet de l'expérience étant l'homme lui-même, il faut y regarder à deux fois avant de se permettre des essais qui peuvent avoir la mort pour conséquence.

Tout ceci prouverait au besoin qu'il y a quelquefois des motifs suffisans de repousser sans entendre. L'absurdité de la thérapeutique homœopathique est très-probablement dans ce cas. Sans doute l'expérience serait sans danger direct; mais en médecine on est quelquefois aussi coupable en ne pas agissant, qu'en agissant mal à propos. Nous ajouterons en finissant qu'il n'est pas exact de dire qu'on n'a pas examiné. Sans doute l'Académie n'a pas nommé une commission pour suivre les traitemens homœopathiques, mais la plupart de ses membres ont eu occasion d'essayer le nouveau système dans leur pratique particulière; plusieurs sont venus rendre compte d'expériences faites par eux avec un soin et un zèle admirables, et ceux qui n'ont pas observé par eux-mêmes, ont déclaré s'en rapporter aux faits exposés par leurs confrères, dont la raison et l'intelligence leur semblent une meilleure autorité que les enthousiastes déclamations des homœopathes. Il suffit d'ailleurs d'admettre, pour justifier la décision de l'Académie, que l'homœopathie, sous le rapport spéculatif, ne présente qu'un amas d'assertions

moins dans le tissu spongieux du fragment inférieur. Alors, non-seulement le raccourcissement est très-borné, mais quelquefois il est extrêmement difficile de rendre au membre sa longueur normale par l'extension. On peut soupçonner une disposition de ce genre quand on éprouve de grandes difficultés, soit pour obtenir la crépitation, soit pour ramener le membre à sa longueur naturelle.

Le muséum de l'hôpital Richmond renferme quinze cas de fractures du col du fémur, dont treize recueillis sur des sujets morts dans cet hôpital ; et dont le raccourcissement avait été noté avec soin. En voici le tableau :

N°	AGE.	SEXE.	SIÉGE DE LA FRACTURE.	RACCOURCISSEM.
1	36 ans.	Homme.	intracapsulaire.	0 pouce 3/4
2	48	—	—	0 1/2
3	74	—	extràcapsulaire.	1 1/2
4	80	Femme.	intràcapsulaire.	0 1/2
5	80	Homme.	extràcapsulaire.	2 »
6	70	Femme.	—	1 1/2
7	75	—	intràcapsulaire.	1 »
8	80	—	—	0 1/2
9	60	—	—	1 1/2
10	82	—	extràcapsulaire.	0 3/4
11	78	—	intràcapsulaire.	0 1/4
12	80	—	—	0 3/4
15	90	—	—	0 1/2

On voit qu'aucune fracture intra-capsulaire n'offrait plus d'un pouce de raccourcissement, le numéro 9 excepté ; mais dans ce cas exceptionnel, la fracture lorsqu'elle fut mesurée datait de plusieurs années, et le col de l'os avait disparu. Au contraire, dans toutes les fractures en-dehors de l'articulation, le raccourcissement était d'un pouce et demi au moins, à l'exception du numéro 10. Le sujet de cette observation était une femme de 82 ans ; qui avait été renversée par une voiture chargée de foin ; le cheval et la voiture avaient passé sur elles ; elle mourut quatre jours après. Le col était fracturé à sa base, en dehors de la capsule, et s'était enfoncé à une profondeur d'environ trois quarts de pouce dans le tissu spongieux du corps de l'os, entre les deux trochanters, où il était solidement fixé. Cette disposition explique le peu d'étendue du raccourcissement.

Le raccourcissement peut se manifester à diverses époques et tenir à des causes variables ; et c'est peut-être pour n'avoir pas bien distingué les cas que les auteurs sont dans un tel désaccord. Tantôt il se prononce immédiatement après l'accident, et à un degré considérable ; j'ai trouvé généralement alors une fracture comminutive en dehors de la capsule. Quelquefois il ne devient évident que du quatrième au sixième jour ; cela tient à ce que les muscles, d'abord paralysés par la violence de la contusion, reprennent peu à peu leur contractilité, et font remonter lentement le fragment inférieur. Il est d'autres cas où la rétraction, d'abord peu prononcée, devient considérable au bout d'un mois ou six semaines. Le numéro 11 du tableau en a offert un exemple ; le raccourcissement était d'abord d'un pouce ; au bout de six semaines, il s'élevait à un pouce et demi. Le malade ayant succombé à la fin du second mois, on trouva que le col de l'os avait disparu par absorption. Enfin il peut arriver que le membre conserve sa longueur normale pendant plusieurs semaines ; et que le raccourcissement survient, non plus par degrés, mais brusquement. Le diagnostic est alors extrêmement difficile. La cause de la fracture a agi en général avec peu de violence, et le malade n'a point essayé de marcher après l'accident ; le renversement du pied en dehors est peu marqué ; de même il y a peu ou point d'altération dans la position du grand trochanter ; le malade ne peut lever son membre tout d'une pièce ; mais ce symptômes peut tenir à une paralysie des muscles. La crépitation seule peut assurer le diagnostic ; du moins jusqu'à ce que, après un plus ou moins long temps écoulé, un raccourcissement subit se montre. Dans le premier cas où j'ai observé ce phénomène, dit M. Smith, il se présenta au bout de trois semaines ; dans le second au bout de six semaines ; à cette époque le malade ayant quitté son lit et essayé de marcher, le membre se raccourcit subitement. Sabatier a vu la même chose au vingt-troisième jour. Il s'agit ordinairement alors d'une fracture intra-capsulaire ; il est à présumer que la capsule, d'abord intacte et assez forte pour empêcher le déplacement, a été déchirée plus tard, soit par un mouvement imprudent du malade, soit par quelque effort inconsidéré du chirurgien. Dupuytren professe aussi que le raccourcissement peut tarder à se faire jusqu'après 50, 60 et 80 jours de traitement, ce qu'il attribue à ce que le cal a cédé à la contraction des muscles ou au poids du corps. Mais dans la fracture intra-capsulaire, ainsi que j'ai pu m'en assurer par de nombreuses dissections, le cal n'est point assez solide pour opposer le moindre obstacle à l'action musculaire.

Le *renversement du pied en dehors* n'est pas plus que le raccourcissement un signe constant et infaillible des fractures du col fémoral. A. Paré et J.-L. Petit ont vu le pied tourné en dedans ; ce que M. Guthrie explique par le siége de la fracture en dehors de l'insertion des rotateurs externes, et assez en dedans du petit et du moyen fessier pour leur laisser toute leur action. Ce serait donc alors plutôt une fracture du grand trochanter dont une portion resterait continue au corps de l'os. Cette théorie, comme on le voit, s'applique exclusivement aux fractures en dehors de la capsule. Mais M. Stanley a rapporté un cas de fracture intrà-capsulaire avec rotation du pied en-dedans ; et M. Smith, sur trois cas de fracture du col du fémur qui présentaient ce symptôme, en a aussi rencontré une en dedans de la capsule. M. Stanley pense que les portions de capsule demeurées intactes à la partie antérieure du col de l'os, ont pu empêcher la rotation en dehors ; ce qui ne saurait être admis, car M. Smith a vu plusieurs exemples où l'intégrité de cette portion de la capsule n'avait mis aucun obstacle à cette rotation. Resterait d'ailleurs à expliquer la rotation du membre en dedans, problème que M. Stanley et M. Smith déclarent ne pouvoir résoudre (1).

M. Smith semble craindre que ce renversement du pied en dedans ne donne lieu de croire à une luxation ; et M. Stanley avait signalé surtout, comme offrant avec la luxation beaucoup de ressemblance, le cas où il y aurait à la fois fracture du col et fracture du grand trochanter ; la portion détachée de cette apophyse se portant en haut pourrait être prise pour la tête du fémur, et ce déplacement même empêcherait la

(1) Nous avons déjà eu occasion de traiter cette question ; nous pensons que cette rotation de la cuisse tient beaucoup plus à la position du membre, selon le plan sur lequel il repose, qu'à l'action musculaire ; la preuve en est que, quand le membre se présente tourné en dehors, il est facile de le renverser en dedans, et qu'il reste aussi bien dans une position que dans l'autre.

(*N. du R.* de la GAZETTE MÉDICALE.)

contradictoires et souvent inintelligibles, et que, sous le rapport pratique, elle ne donne que des résultats jusqu'ici douteux et très controversables. En pareille matière, il faudrait, pour légitimer une déviation aux principes reçus en faveur des principes nouveaux, que ceux-ci eussent une probabilité au moins égale aux anciens, et c'est ce qu'on ne peut admettre. *Dans le doute, abstiens-toi.* Cette maxime de morale est aussi une maxime de médecine.

Nous tenions beaucoup à répondre d'avance aux objections plus ou moins spécieuses que les homœopathies battus ne tarderont pas à élever contre l'Académie. Ils parleront de la Sorbonne, des décrets contre la circulation du sang et du *pur si muove* de Galilée ; mais ils citeront à faux ; car la Sorbonne procédait par autorité et non par les lumières naturelles ; car le sang circule et la terre tourne ; lorsque l'homœopathie aura acquis l'authenticité de ces deux faits, la décision de l'Académie pourra être qualifiée comme on voudra. Jusque-là elle est parfaitement conforme à l'esprit de l'institution de ce corps, aux principes du sens commun et à ceux de la logique.

Il importe cependant que la réponse au ministre soit rédigée en des termes tels que l'homœopathie ne puisse pas s'en prévaloir comme d'un arrêt de proscription et crier au martyre. L'Académie, corps scientifique, doit donner à la rédaction de son opinion une forme scientifique. Nous espérons que sans employer de formules absolues ; qui ne sont pas de mise dans les sciences conjecturales, elle dira simplement que dans l'état actuel de la science l'établissement d'un hôpital homœopathique ne lui paraît ni nécessaire ni utile. Sa décision ainsi formulée acquerra d'autant plus de poids et d'autorité sur les esprits bien faits, qui en définitive gouvernent tous les autres.

— L'estime dont jouit parmi ses confrères M. le docteur Fabré-Palaprat, nous fait un devoir de reproduire la note suivante.

Un avocat, poussé sans doute par un zèle ultrà-religieux, ayant, dans une plaidoierie à laquelle était entièrement étranger le docteur Fabré-Palaprat, lancé ses foudres contre la religion de l'ordre des Templiers, et crié à la profanation en prétendant que la croix de l'évêque Grégoire brillait sur la poitrine de ce médecin dans les réunions de l'ordre ; et divers journaux ayant annoncé ce fait d'une manière inexacte et dans un sens qui pourrait donner lieu à des interpellations injustes, nous croyons devoir à notre confrère de déclarer 1° que, s'il possède une des croix de Grégoire (croix d'argent doré de la valeur de 10 fr. 50 c.), c'est parce qu'elle lui a été donnée comme souvenir par cet évêque, dont il était l'ami et le médecin, et qu'elle lui a été remise par l'exécuteur testamentaire, d'après les ordres que celui-ci avait reçus de Grégoire, ainsi que le même exécuteur testamentaire l'a publié dans la *Gazette des tribunaux* du 15 février dernier ; 2° que, dans la même Gazette, non-seulement l'avocat a eu la loyauté de désavouer les paroles qu'on lui attribuait, mais qu'il a donné à M. Fabré-Palaprat les témoignages les plus honorables de son estime et de sa considération ; 3° que, quoique M. Fabré-Palaprat eût le droit de disposer de cette croix ainsi qu'il l'entendrait, jamais il ne l'a portée ni dans le Temple, ni ailleurs ; 4° enfin que l'exhumation du corps de Grégoire, ainsi que l'a déclaré l'exécuteur testamentaire, a eu un autre motif que la recherche de la croix, puisque l'héritier en avait en ses mains le reçu donné par M. Fabré-Palaprat.

crépitation d'avoir lieu. Mais, outre que l'introversion du pied n'est jamais si complète dans la fracture, la mobilité de la cuisse, la facilité qu'on éprouve à la fléchir sur le bassin, à la retourner en dehors, à la ramener à sa longueur primitive, ne sauraient laisser de doute sur la nature de la lésion.

Mais il est une affection de la hanche dont la présence, dans ces cas douteux, peut rendre le diagnostic bien autrement incertain, lors même que ces deux signes de la fracture, le raccourcissement et la rotation en dehors, existeraient ensemble. C'est ce que l'on désigne sous le nom de *morbus coxæ senilis*, qui paraît avoir été déjà décrit par B. Bell sous celui d'*absorption interstitielle du col du fémur.*

On la voit rarement au-dessous de l'âge de 50 ans; elle affecte donc cette période de la vie, où surviennent l'ossification des artères et l'engorgement du lobe moyen de la prostate, avec lesquels elle coïncide quelquefois.

Elle se rencontre principalement chez les pauvres ouvriers, d'ailleurs sainement constitués, sans épargner cependant les classes plus élevées. Elle débute par de la douleur et de la raideur dans l'articulation; la douleur ne persiste jamais avec intensité; après une marche un peu prolongée, la raideur se dissipe et l'articulation devient souple; mais vers le soir la douleur augmente jusqu'à ce qu'elle soit diminuée par le repos de la nuit; elle est plus vive aussi dans les temps humides et à une température élevée. Le membre se raccourcit lentement et le malade devient boiteux, bien qu'il puisse appuyer la plante du pied tout entière sur le sol; les orteils sont tournés en dehors; les vertèbres lombaires acquièrent une grande mobilité et le rachis présente une courbure latérale; la fesse du côté sain proémine davantage, et ses muscles prennent plus de force, tandis que celle du côté affecté s'aplatit et que son pli s'efface, sans que ses propres muscles perdent cependant de leur fermeté naturelle. Il ne survient jamais de suppuration, et la santé générale reste bonne; mais le malade devient irascible.

A l'autopsie, on trouve le ligament capsulaire comme épaissi; le bourrelet cotyloïdien essifié ou disparu; le ligament rond toujours détruit; même à une époque peu avancée de la maladie, le paquet graisseux synovial a disparu, ainsi que l'excavation qui le loge; le cartilage qui tapisse la cavité articulaire est remplacé par un tissu éburné très-dense; la cavité elle-même a subi diverses altérations de forme et de grandeur; quelquefois elle a acquis une capacité triple de celle qui lui est propre, et s'est remarquablement aplatie; d'autres fois, elle a gagné en profondeur sans augmentation de diamètre; alors il s'est déposé à son pourtour une substance osseuse qui embrasse la tête du fémur et ne permet pas facilement de la retirer de sa cavité. Le cartilage de la tête du fémur est également détruit. Dans le commencement de la maladie, la surface de cette tête osseuse offre un aspect poreux tout particulier, fort bien décrit par B. Bell. « L'os, dit cet auteur, semble percé d'une infinité de trous dont le diamètre varie d'un cinquième de ligne à une ligne; ces trous examinés avec soin ne paraissent pas pénétrer plus avant que la croûte extérieure de l'os, et sont remplis par les prolongemens du périoste, qui enveloppent les vaisseaux du tissu osseux. » Mais quand la maladie date déjà de loin, cette surface est recouverte par une substance dure, blanche et polie comme l'ivoire. La tête de l'os perd sa forme sphérique. Dans les cas récens, elle est simplement aplatie de haut en bas; mais à mesure que la maladie avance, elle augmente beaucoup de volume et suit le développement de la cavité cotyloïde en s'adaptant à sa forme irrégulière. Le col du fémur est détruit en partie ou même en totalité, et la tête s'affaissant dans une direction perpendiculaire au corps de l'os semble en naître directement. Il se dépose une grande quantité de matière osseuse autour des trochanters; «ce qui fait paraître, dit Bell, la partie inférieure du col de l'os comme enfermée dans une gaîne osseuse, laquelle est tantôt d'un tissu très-spongieux, tantôt d'un tissu très-serré, et présente une surface irrégulière et stalactiforme. Cet état de l'os peut même faire croire à une fracture du col du fémur. » Une section verticale pratiquée sur un os ainsi altéré fait reconnaître en effet une disposition fort ressemblante à celle qui serait produite par une fracture du col, et il est probable qu'on a souvent commis cette méprise.

Cette affection n'est pas exclusivement propre à l'articulation coxo-fémorale; celle de l'épaule la présente quelquefois. Dans ces cas l'épaule semble aplatie, et le long tendon du biceps est détruit.

Du reste, il est impossible de confondre cette affection avec la coxalgie scrophuleuse; elle n'arrive qu'à un âge avancé, ne donne jamais lieu à la suppuration, n'est point suivie de luxation, ne s'accompagne d'aucun trouble constitutionnel, ne met jamais la vie en danger, s'amende peu sous l'influence du traitement, et enfin permet au malade de poser le pied à plat sur le sol.

Mais il est plus difficile dans certaines circonstances, quand on est privé des signes commémoratifs, de la distinguer de la fracture du col du fémur.

Obs. — Une femme avancée en âge entra à l'hôpital de Richmond pour une lésion de la hanche, suite d'une chute sur le grand trochanter. La cuisse était d'un pouce plus courte que celle du côté sain; le pied était courbé en dehors. Quand le membre était complètement étendu, la malade ne pouvait le fléchir sur le bassin; la douleur et la contusion locales étaient considérables. Ces symptômes indiquaient une fracture du col du fémur; mais dans les efforts pour obtenir la crépitation, il fut impossible de rendre au membre sa longueur naturelle. Cette circonstance fit naître des doutes: un plus ample examen apprit que la malade éprouvait depuis long-temps de la douleur et de la raideur dans cette partie. La douleur augmentait dans les temps humides et pluvieux; elle était diminuée par le repos de la nuit, s'accroissait vers le soir; enfin la claudication était survenue peu à peu et sans lésion de la santé générale. Il devint évident dès-lors qu'on avait affaire à une contusion violente, affectant une articulation atteinte depuis long-temps du *morbus coxæ senilis*.

Cette difficulté de ramener le membre à sa longueur normale, circonstance heureuse pour le diagnostic quand il n'y a pas fracture, devient au contraire une source de doute quand l'os est réellement fracturé.

Obs. — Un vieillard de 80 ans entra à l'hôpital Richmond pour une lésion de la hanche causée par une chute; il présentait les symptômes suivans. Tuméfaction considérable et ecchymose autour de l'articulation, raccourcissement du membre de deux pouces; on sentait dans la fosse iliaque externe, un peu au-dessus de l'échancrure sciatique, une tumeur volumineuse dont la forme n'était pas sans ressemblance avec celle de la tête du fémur; le pied était dans la rotation en dedans; le membre dans l'adduction; et le raccourcissement ne pouvait être complètement détruit par l'extension. On pouvait donc croire à une luxation dans la fosse iliaque externe. Mais le malade pouvait fléchir la cuisse sur l'abdomen; le raccourcissement cédait en partie à l'extension, et se reproduisait aussitôt celle-ci suspendue; enfin la tumeur reconnue sur l'os iliaque ne participait point aux mouvemens imprimés à la cuisse. On diagnostiqua une fracture du col du fémur et des trochanters. En outre cet homme éprouvait depuis long-temps de la douleur dans cette articulation; il boitait en marchant; et quelque temps avant sa chute, le membre était devenu plus court que l'autre; signes non équivoques du *morbus coxæ senilis*. Il succomba.

A l'autopsie on trouva une fracture très-inégale en dehors de la capsule, à l'endroit où le col du fémur s'unit au corps de l'os; une seconde fracture avait complètement detaché le grand trochanter, qui avait été entraîné vers l'échancrure sciatique par l'action des muscles pyramidal, jumeaux, obturateur, et par la portion du grand fessier qui s'y insère; une troisième fracture avait séparé le petit trochanter. Une substance dure, polie, éburnée, était déposée autour de la tête du fémur, au niveau de la circonférence de son cartilage articulaire.

Ce cas présentait les circonstances mentionnées par M. Stanley, comme pouvant donner à la fracture du col fémoral l'apparence d'une luxation; mais la principale difficulté venait évidemment de la coexistence de l'affection antérieure, qui ne permettait pas de rendre au membre toute sa longueur. Un fait analogue a été communiqué à M. Smith par M. Power.

Obs. — Doolan, âgé de 75 ans, entra à l'hôpital de Jervis-Street pour une lésion grave de la hanche. Celle-ci était très-tuméfiée; le trochanter, qui paraissait doublé de volume, s'élevait au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure; une dépression considérable existait dans l'aine; le membre était raccourci de quatre pouces, le pied tourné en dedans, et on ne pouvait le retourner, même incomplètement, en dehors, sans une vive douleur. En exerçant des tractions ou des mouvemens de rotation sur le membre, on percevait une crépitation peu distincte. Le malade était tombé dix-sept jours auparavant sur un tas de pierres; il n'avait pu se relever et avait été ainsi conduit à l'hôpital. Des questions ultérieures apprirent que depuis plusieurs années il éprouvait de la raideur à la hanche de ce côté; que le membre était devenu de plus en plus court, mais qu'il n'avait jamais été obligé de s'aliter. Il mourut quinze jours après son entrée à l'hôpital.

Le grand trochanter était séparé du corps du fémur par une fracture oblique, et n'y tenait plus que par un lambeau du périoste. Il était considérablement accru en volume; les muscles jumeaux, pyramidal, obturateurs et carré y étaient restés attachés. Le petit trochanter aussi fracturé avait emporté avec lui environ deux pouces du tissu osseux du fémur. Le col de l'os était fracturé à sa base. Une grande quantité de matière osseuse s'était déposée à la base de la tête fémorale, et il fallut employer beaucoup de force pour la faire sortir de sa cavité; son cartilage était presque entièrement détruit et remplacé par une substance lisse et polie, semblable à de l'émail ou à de l'ivoire; la tête elle-même, altérée dans sa forme, était élargie et aplatie à son sommet. La cavité cotyloïde, accrue de son côté en capacité, était tapissée par une couche de substance semblable à celle qui revêtait la tête du fémur; le paquet graisseux synovial et sa cavité avaient disparu. Quand on rendait aux fragmens osseux leur position normale, on remarquait que le col du fémur était tout-à-fait horizontal, et qu'à raison de ce changement et de son accroissement de volume, le grand trochanter était situé au-dessus du niveau de la tête de l'os.

On voit combien ce cas aurait pu en imposer pour une luxation, et de

quelle nécessité il est, dans les cas de ce genre, de s'assurer des symptômes antérieurs.

M. Adams résume en neuf conclusions toutes les idées de son mémoire; comme elles ne disent rien de plus, il est inutile de les reproduire.

OBSERVATIONS D'INFLAMMATION UTÉRINE; TRAITEMENT DE CETTE MALADIE PAR L'OPIUM A HAUTE DOSE; par le docteur CHURCHILL.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent déjà les essais tentés par les médecins anglais sur l'emploi de l'opium à haute dose dans le traitement de diverses maladies. L'article du docteur Churchill nous offre encore une application de cette méthode dans les cas d'inflammation utérine qui se développent avec une diminution rapide des forces et dans lesquels le traitement antiphlogistique hâte évidemment une terminaison funeste.

Le docteur Churchill rapporte trois cas de ce genre où l'emploi de l'opium à haute dose a été suivi de succès, bien que l'état des malades fût d'une gravité extrême au moment où l'on en commença l'administration. Dans l'une de ces observations, la malade ne prit pas moins de deux scrupules d'opium solide, et sans éprouver aucun des effets désavantageux que détermine habituellement cette substance lorsqu'on l'administre à des doses un peu élevées.

Cette dernière circonstance mérite spécialement de fixer notre attention; car il est évident que dans ce cas et dans plusieurs autres analogues que nous nous rappelons en ce moment, l'emploi de l'opium à des doses extrêmement fortes n'a déterminé aucun des effets qui en rendent l'usage si difficile dans les circonstances ordinaires. A quoi tient cette différence de l'action du même médicament dans ces circonstances différentes? Cette tolérance de l'opium à des doses très-élevées et dans des cas particuliers ne pourrait-elle pas être rapprochée de la tolérance de l'émétique, de la tolérance du calomel dans des maladies également spéciales? Constater le fait, étudier dans quels cas on peut obtenir cette tolérance, et rechercher l'influence que cette médication peut exercer sur la marche des maladies, tels sont les problèmes que cette question soulève et qui réclament l'attention de nos médecins thérapeutistes. Nous regrettons que les observations du docteur Churchill soient citées d'une manière trop sommaire pour que nous puissions les analyser. Telles qu'elles sont rapportées par le médecin irlandais, elles laissent à désirer une foule de détails dont la connaissance serait d'un grand poids.

DES EFFETS NUISIBLES DU SEL SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE, par le docteur W. MATTEER, médecin de l'hôpital de Belfast.

L'attention du docteur Matteer fut appelée sur le sujet de cet article par la similitude qu'il observa entre les symptômes qu'offraient un grand nombre de malades qui se présentaient à sa consultation. Près de la moitié des adultes qui réclamaient ses conseils se plaignaient de la même indisposition, qui consistait en un état de faiblesse extraordinaire, des lassitudes à la suite du plus léger exercice, un sentiment de douleur partout le corps, et spécialement dans la région du cœur, où les malades éprouvaient ce qu'ils appelaient un déchirement. Ils se plaignaient en outre de palpitations, d'élancemens dans la poitrine, d'une toux sèche, d'une dyspnée plus ou moins grande et de constipation. Le plus souvent, ils conservaient l'appétit, ce qui ne permettait pas de confondre leur maladie avec la dyspepsie. D'ailleurs, il n'y avait ni la flatulence, ni l'acidité de l'estomac qui caractérisent cette dernière maladie. Les élancemens dans la poitrine et la toux auraient pu être regardés comme dépendant d'une maladie de poitrine, mais la faiblesse du pouls, le caractère des douleurs et l'existence des autres symptômes prouvaient que les premiers étaient simplement sympathiques. D'ailleurs, cette indisposition ne régnait que parmi les dernières classes; on ne devait donc en chercher la cause que dans la malpropreté, la manière de se vêtir, ou le régime, et c'est dans cette dernière circonstance qu'elle a été trouvée.

Le savant M'Culloch a calculé que la consommation du sel s'élève en Angleterre à environ 22 livres par an, pour chaque individu; mais les sujets des dernières classes font, on le sait, une bien plus grande consommation de cet assaisonnement (le seul qui soit à leur portée), que ceux des classes élevées qui peuvent le remplacer par d'autres assaisonnemens empruntés au règne organique et généralement moins malfaisans. En sorte que l'on peut élever encore à un tiers au-dessus de la proportion que nous venons de donner la consommation des classes pauvres. Aussi l'indisposition décrite par le docteur Matteer ne cédait point aux moyens qui sont si efficaces dans les affections avec lesquelles elle a quelque analogie, mais qui dépendent de causes différentes; elle était évidemment un premier degré du scorbut, aussi ne céda-t-elle qu'aux moyens qui d'ordinaire réussissent dans le traitement de cette affection.

L'auteur, en examinant les effets du sel sur l'économie animale, divise ces effets en locaux et généraux. Les premiers qui frappent spécialement l'estomac sont peu connus. Que penser en effet et de ces rougeurs que l'on trouve sur la muqueuse gastrique des sujets qui succombent après avoir fait un usage excessif de ce minéral, puisque le même phénomène anatomique s'observe à la suite des affections les plus différentes. Le docteur Christison rapporte, il est vrai, un cas de ce genre où la mort survint en vingt-quatre heures, chez un sujet qui avait pris une livre de sel dissous dans une pinte d'ale, et où l'on trouva la muqueuse gastrique et intestinale fortement enflammée. C'est spécialement par ses propriétés stimulantes que le sel exerce une action remarquable sur l'économie : introduit en petite quantité dans le sang, il produit une stimulation énergique et qui pourrait être employée avec le plus grand avantage dans toutes les maladies où le collapsus et les symptômes prédominent si elle était plus soutenue. Mais au bout de quelques instans cette stimulation disparaît et le sujet retombe dans le même état d'abattement qu'auparavant. C'est ainsi que les belles expériences du docteur Stevens avaient fait espérer que l'on trouverait dans ce minéral un contrepoison actif à opposer aux progrès du choléra. La quantité du sel injecté était environ d'une drachme, et à l'instant même tous les phénomènes de collapsus disparaissaient; le cerveau, le cœur, les poumons éprouvaient une stimulation qui leur permettait de remplir leurs fonctions comme dans l'état de santé; la chaleur revenait à la peau; mais au bout d'une demi-heure environ le malade était retombé dans le même état qu'auparavant.

Tel est le premier effet que produit le sel sur l'économie lorsqu'il y est introduit en quantité peu considérable; mais à la longue, ces effets sont tout-à-fait différens; c'est cet état de faiblesse, d'ancantissement, que nous avons vu chez les sujets affectés de l'indisposition précédemment indiquée, et enfin le relâchement de tous les tissus, que l'on observe chez les scorbutiques. Quel est le moyen de concilier maintenant ces deux effets si opposés, l'un primitif, l'autre consécutif? plusieurs hypothèses peuvent en fournir une explication plus ou moins rationnelle; mais il nous suffit pour le moment d'avoir constaté le fait.

PROBLÈMES MÉDICAUX, par le docteur W. GRIFFIN DE LIMERICK. *Des principes qui doivent diriger dans le traitement de l'entérite.*

Doit-on employer la saignée dans toutes les périodes de l'entérite, ou seulement à une certaine époque? Doit-on dans quelques cas lui préférer les purgatifs, et à quelle période doit-on en commencer l'administration? Telles sont les deux principales questions qu'examine ici le docteur Griffin, et sur lesquelles les médecins anglais ne sont pas moins partagés qu'on ne l'est de ce côté-ci du détroit. Mais avant de traiter ces questions, il en est une autre qui les domine, et qui devrait être résolue la première. De quelle espèce d'entérite veut-on parler ici? Est-ce de celle qui s'offre dans des circonstances tout-à-fait spéciales, et a été décrite par les médecins français sous les noms de dothinentérie, fièvre typhoïde, etc., ou bien est-ce celle qui est le résultat de l'ingestion de substances nuisibles ou vénéneuses dans le tube digestif, ou encore est-ce celle qui règne épidémiquement à certaines époques? Il est évident que ces trois formes de l'entérite, sans compter encore celles dont nous ne parlons pas ici, doivent réclamer une médication différente, puisqu'elles dépendent de causes essentiellement différentes. M. Griffin n'entre pas dans cette discussion, et dès-lors il est facile de concevoir pourquoi nous ne le suivrons pas dans ses recherches souvent ingénieuses et pleines d'intérêt, mais qui manquent de fonds. Après avoir opposé l'opinion d'Armstrong, qui donne la préférence à l'opium, à celle du docteur Abercrombie, qui se rapproche assez de celle de la plupart des médecins français, et avoir rapporté celle de Good et du docteur Parr, qui donnaient la préférence aux purgatifs, il cite un fait emprunté à la pratique de son frère, et qui démontre l'effet avantageux que l'on peut obtenir de l'emploi de l'opium à haute dose dans le traitement de la péritonite produite par la perforation du péritoine, d'après la méthode des docteurs Graves et Stokes (1). Ce cas est trop intéressant, et les faits analogues sont encore trop rares pour que nous ne le rapportions pas avec tous les détails que nous pourrons trouver, et dont les médecins anglais sont en général si avares.

FIÈVRE TYPHOÏDE; PERFORATION SPONTANÉE; GUÉRISON PAR L'OPIUM A HAUTE DOSE.

OBS. — Au commencement de cette année je fus appelé auprès d'un enfant âgé de 5 ans, et arrivé à la dernière période d'une fièvre typhoïde. La maladie avait

(1) V. le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, pag. 166.

duré long temps et avait déterminé une faiblesse et une maigreur excessessives. Je le trouvai couché en partie sur le dos et en partie sur le côté, poussant quelques gémissemens, sans parole, et insensible. Le pouls faible, presque imperceptible, donnait 140. Les traits étaient tirés; la figure pâle; le nez, les joues et le front froids ainsi que les pieds et les mains. La tête était presque immobile sur l'oreiller; la respiration était comme convulsive, rare, et semblable à celle d'un mourant. Lorsqu'on introduisait dans la bouche quelques gouttes d'un fluide avec une cuiller, la difficulté qu'éprouvait le

L'abdomen était volumineux, chaud, excessivement sensible; la moindre pression lui faisait pousser de sourds gémissemens. Le seul traitement qu'il eût fait depuis plusieurs jours, consistait en quelques doses d'huile de ricin qui n'avaient pas agi; depuis trois ou quatre jours, il n'y avait pas eu de garderobe.

S'il y eût eu plus de forces, l'état du ventre aurait réclamé des évacuations sanguines; d'un autre côté, la plupart des praticiens auraient cru devoir employer au moins quelques purgatifs doux; mais me rappelant les faits intéressans publiés par les docteurs Graves et Stokes, sur l'emploi de l'opium dans la perforation intestinale; sachant combien sont fréquentes dans la fièvre typhoïde l'ulcération de la muqueuse et la perforation du péritoine, et reconnaissant dans l'état du petit malade tous les symptômes de ce dernier accident, je lui prescrivis un grain d'opium avec quatre gouttes d'extrait de jusquiame, mais sans aucun espoir de succès. Il y eut pendant toute la nuit un sommeil calme et profond. Il prit très-peu de boisson, et avec la plus grande difficulté; mais le lendemain matin, la sensibilité abdominale et les gémissemens étaient beaucoup moins forts; le pouls était plus lent et moins fréquent, et le malade faisait quelque attention à ce qui se passait autour de lui. L'opium et la jusquiame furent administrés de nouveau, et le lendemain une dose d'huile de ricin. Dans le courant de la journée l'état du malade s'était tellement amélioré, qu'il pouvait tenir une tasse à la main; et depuis cette époque la guérison ne fut plus incertaine. L'opium fut continué pendant plusieurs jours; et lorsque la sensibilité abdominale eut disparu, il fut facile d'obtenir des garde-robes à l'aide de l'huile de ricin, dont le malade prit chaque jour une dose médiocre. Comme les sécrétions intestinales étaient très-altérées, le malade prit de petites doses de calomel deux fois par jour pendant une semaine, au bout de laquelle la convalescence était assurée.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur la convenance de l'administration du purgatif à une époque aussi peu avancée du traitement, ce fait n'en offre pas moins un grand intérêt sous le rapport de la médication qui a été employée avec tant de succès.

Dans le cours de la discussion l'auteur rapporte un autre fait qui nous semble d'une grande importance par sa rareté et que nous présenterions ici s'il n'était pas d'une longueur démesurée. C'est un cas d'inflammation du rectum et peut-être du colon, qui s'est terminé par la guérison, mais seulement après la sortie d'un escarre d'un pouce d'épaisseur sur quinze ou seize de longueur, qui se présenta plusieurs fois au fondement et que l'on fut obligé de tirer avec quelque force. La malade rendit en outre et pendant long-temps une grande quantité de pus. La cause de cette maladie resta inconnue.

OBSERVATION DE CHUTE DE LA MATRICE GUÉRIE PAR UNE OPÉRATION, par le docteur IRELAND.

Il y a peu d'années que l'on ne connaissait d'autres ressources à la chute de matrice que les pessaires ou l'amputation de l'organe. M. Marshall-Hall a proposé le premier d'enlever une languette de la muqueuse du vagin pour rétrécir ce canal et maintenir la réduction; puis M. Dieffenbach a appliqué à cette procidence la méthode conseillée par Dupuytren pour la chute du rectum. Mais ces procédés sont encore très-peu connus en France; la dernière édition de Sabatier est muette sur ce point; M. Velpeau n'en dit que quelques mots; madame Boivin ne fournit guère plus de détails. Le docteur Ireland venant d'appliquer avec succès la méthode du chirurgien anglais, on lira sans doute avec intérêt quelques détails qui ont trait à la première opération et l'histoire complète de la seconde.

« Le docteur Marshall-Hall, dit madame Boivin, vient de guérir par le rétrécissement artificiel du vagin un prolapsus approchant du troisième degré; une lanière d'un pouce et demi de largeur avait été enlevée à la membrane muqueuse dans toute la longueur du canal, et la plaie réunie par des points de suture. On ne nous parle pas d'hémorrhagie, et l'on nous assure que la malade n'éprouva après l'opération ni douleur ni fièvre. Reste à savoir si cette guérison sera durable, si le vagin ne sera pas, à la longue, refoulé, froncé, renversé même ou dilaté de nouveau par le poids de l'utérus; deux mois et demi seulement s'étaient écoulés depuis l'opération jusqu'à l'époque où les journaux en ont rendu compte. »

Le docteur Heming, qui a publié une traduction anglaise du *Traité des maladies de l'utérus*, ajoute en note à cette observation « qu'il y eut à peine quelque écoulement de sang, et que la malade ayant été examinée par M. Vincent, chirurgien à l'hôpital de Barthélemy, au commencement de novembre 1833, deux ans après l'opération, l'utérus et la vessie furent trouvés parfaitement maintenus dans leur situation naturelle. »

Le succès obtenu dans ce premier cas engagea M. Ireland à pratiquer une opération analogue sur une femme que les pessaires ne soulageaient qu'imparfaitement, et chez qui leur présence déterminait de la gêne et de l'irritation.

OBS. — Marie Shiels, ouvrière, âgée de 50 ans, entra à l'hôpital des femmes en couches d'Anglesey, le 17 novembre 1834. Trois ans auparavant elle s'était aperçue que, durant un exercice actif, une petite tumeur lui descendait dans le vagin; elle descendit de plus en plus et s'accrut graduellement en volume, en sorte qu'à la longue, au moindre effort, la tumeur sortait de quatre à six pouces en dehors de la vulve. Lorsqu'elle était couchée, elle pouvait faire rentrer la tumeur en la comprimant avec les doigts; mais dès qu'elle se mettait debout, le prolapsus se représentait. Elle n'en souffrait que peu de douleur ou d'incommodité, excepté en marchant; mais il y a huit mois, la tumeur, qui avait été reconnue pour une chute de matrice, ne put plus être réduite par les moyens qui jusqu'alors avaient réussi. La femme souffrait considérablement d'une sensation de *renversement* (bearing down); la surface de la tumeur s'ulcéra et fournit un écoulement; la marche était très-douloureuse; la malade ne pouvait se livrer à aucune occupation active, et enfin elle se détermina à réclamer les secours de l'art.

A l'examen que je fis de concert avec M. Hayden, je reconnus une procidence de l'utérus; la tumeur, mesurée la femme étant couchée, avait environ quatre pouces de longueur, et représentait un cône dont le museau de tanche formait le sommet, et dont la base était à l'orifice vaginal. Sa surface était constituée par la muqueuse du vagin renversée, ulcérée dans une étendue d'environ deux pouces à la partie antérieure, près du museau de tanche, et partout ailleurs offrant plutôt l'aspect du tissu cutané que du tissu muqueux, à raison de sa longue exposition à l'air. La vessie ne se vidait qu'avec quelque difficulté; le ventre était resserré. Cette femme avait joui d'une santé excellente; elle avait été mariée, mais n'avait jamais été enceinte. Les règles avaient cessé depuis quatre ans.

On lui prescrivit le repos et la position horizontale; on ouvrit le ventre par de légers apéritifs; la tumeur fut fomentée avec une solution d'acétate de plomb dans une décoction de têtes de pavots, et l'on appliqua sur la portion ulcérée des cataplasmes émolliens. Ce traitement, continué jusqu'au 24 novembre, apaisa quelque peu les souffrances de la malade; mais, comme elle désirait être débarrassée de son infirmité, je réunis en consultation MM. O'Beirne, Churchill et Hayden, et l'opération fut décidée.

Je disséquai, sur la portion latérale du vagin, un lambeau de la membrane muqueuse d'environ *un pouce et demi* de largeur, et s'étendant dans toute la longueur de la tumeur, depuis l'orifice de l'utérus jusqu'à la vulve. Les incisions étaient presque parallèles, excepté à leur commencement et à leur terminaison, où elles convergeaient brusquement l'une vers l'autre. Il y eut quelque difficulté à détacher la membrane muqueuse épaissie des tissus sous-jacens; mais l'écoulement de sang était insignifiant; un seul vaisseau qui en donnait assez fut oblitéré par la torsion. Les bords de la plaie furent alors mis en contact au moyen de quatre points de suture entrecoupée; et à l'aide d'une pression modérée, on parvint aisément à repousser l'utérus dans sa position normale. La malade n'avait souffert qu'au commencement et à la fin de l'opération, les parties sensibles étant au voisinage de l'orifice utérin et de la vulve. Immédiatement après l'opération, on fit dans le rectum une injection d'une demi-pinte d'eau froide, et une autre de même quantité dans le vagin, dans la vue de prévenir l'hémorrhagie; mais il n'en survint aucunement.

Au 30 novembre, la malade n'avait éprouvé aucun symptôme fâcheux, ni irritation générale, ni douleur locale, ni malaise, ni hémorrhagie; toutes les parties gardaient leur position; la vessie et les intestins se vidaient avec la plus complète facilité. La seule prescription était une simple dose d'électuaire lénitif, pour entretenir la liberté du ventre; en outre le repos et la position horizontale.

Le 15 décembre, rien d'important à noter: le toucher vaginal, pratiqué à diverses reprises, avait fait reconnaître le col utérin maintenu dans sa position naturelle; on sentait aussi distinctement les sutures, dont aucune n'était encore tombée. Dans ces derniers jours la malade, fatiguée du lit, a instamment demandé qu'on lui permit de se lever; elle s'est levée en effet sans ressentir aucune tendance à un nouveau déplacement; elle se trouve tout-à-fait débarrassée de la sensation de tiraillement et de tous les autres symptômes qu'elle éprouvait avant l'opération.

Cette observation confirme les résultats déjà obtenus par M. Marshall-Hall; ainsi, dans les deux cas, il n'y a eu durant l'opération que peu de douleur et d'hémorrhagie; il n'y a eu après ni fièvre ni inflammation locale, et enfin tous deux ont été couronnés du plus complet succès. Il paraît donc juste et nécessaire de revenir sur le jugement un peu précipité qu'on avait porté de cette opération en France; et il est fort douteux que le procédé de M. Dieffenbach eût obtenu un semblable succès, si l'on songe qu'il n'a pas fallu enlever moins d'un pouce et demi de la largeur du vagin pour lui rendre son calibre naturel.

M. Ireland pense avoir ajouté à la sécurité et à la facilité du procédé opératoire en pratiquant le lambeau sur la région latérale, ce qui éloigne davantage le bistouri de la vessie et du rectum, et en disséquant le lambeau de la vulve vers le col utérin; on conçoit, en effet, que la dissection est plus facile et la tumeur plus aisément maintenue par un aide qui n'a besoin que de fixer son extrémité inférieure que quand on dissèque le lambeau en sens contraire, puisque alors on ne peut maintenir la tumeur qu'en plongeant une érigne dans sa partie la plus sensible, c'est-à-dire près de l'orifice de l'utérus.

II. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le cahier de janvier contient: 1° *un choix d'observations et de*

communications formant une partie des transactions de la société médico-chirurgicale d'Edimbourg; 2° *recherches pour servir à la pathologie des organes thoraciques*, par R. Poole; 3° *observations propres à éclairer la pathologie du purpura hemorrhagica, de la rage et de la chorée*, par James Keir; 4° *observations sur divers points de pathologie*, par J. Scott; 5° *observation de fistule au périnée de date très ancienne, traitée avec succès*, par Hutchinson; 6° *troisième revue médico-chirurgicale de l'infirmerie de Huddersfield*, par W. Turnbull; 7° *observation d'hydrocèle suivie d'hématocèle et d'ascite*, par W. Garden; 8° *revue de l'infirmerie oculaire d'Edimbourg*, par Alex. Wilson; 9° *sur la mauvaise position de l'utérus; dans l'état de grossesse et de vacuité, en rapport avec la rétention d'urine*, par J. Ingleby; 10° *observations pour éclairer la pathologie du cœur*, par W. Henderson; c'est le seul article que nous reproduirons par voie d'analyse.

RECHERCHES SUR LA PATHOLOGIE DU COEUR, par le docteur HENDERSON.

RUPTURE DES VALVULES SEMI-LUNAIRES.

OBS. — Jacques Lamb, âgé de 44 ans, ouvrier, menant une vie intempérée, fut saisi, au moment où il poussait avec de grands efforts une voiture chargée pour la faire monter un chemin rapide, d'une difficulté excessive à respirer et de syncope. Il fut reporté chez lui, et depuis il est resté continuellement sujet à une forte dyspnée, qui augmenta beaucoup au bout de deux mois, et qui a persisté depuis cette dernière époque, environ six semaines, avec le même caractère. Il attribua cet accroissement dans ses souffrances au froid et à l'humidité auxquels il était exposé dans son état.

Appelé auprès de lui le 6 septembre, trois mois après l'accident, je le trouvai présentant une forte dyspnée, ne pouvant rester dans la position horizontale, et obligé de se tenir constamment assis. La face était pâle et exprimait une vive anxiété; les lèvres étaient livides; il y avait une douleur continuelle dans la région du cœur et un peu d'œdème à la face et aux jambes. L'impulsion du cœur était très-forte dans l'endroit où on la sent ordinairement et aux environs. Le premier son était accompagné d'un bruit de soufflet bien marqué, et le second avait aussi quelque chose ressemblant au même bruit, mais obscur et imparfait, et semblant plutôt être la prolongation des premiers

A la hauteur du quatrième cartilage du côté gauche, on trouve un bruit de soufflet beaucoup plus fort pendant l'impulsion du cœur, qu'au-dessous; le second bruit peut à peine être distingué; si l'on applique le stéthoscope un peu plus haut, les deux bruits deviennent progressivement plus forts, et vers le haut du sternum, surtout du côté droit, près de la seconde côte, les deux bruits semblent très-près de l'oreille, très-clairs et un peu forts. A partir de là ils deviennent de moins en moins distincts jusque vers l'aisselle, où on cesse tout-à-fait de les entendre. Au-dessus de la clavicule, on entend un bruit parfaitement distinct; mais on ne peut y reconnaître le caractère du bruit de soufflet. Jusqu'au quatrième cartilage du côté droit, les deux bruits sont forts et ont à peu près le même caractère que du côté gauche; mais depuis ce point jusqu'au septième cartilage, le bruit de soufflet va en diminuant pendant la contraction ventriculaire, et le second bruit paraît pur et assez fort.

La percussion exercée sur le sternum fournit un son beaucoup moins clair dans toute la partie de cet os, que sur tout autre point de la partie supérieure de la poitrine. On retrouve la même matité entre la quatrième et la sixième côtes gauches, à la distance de deux pouces en dehors du sternum.

L'examen stéthoscopique fournit les mêmes résultats jusqu'au moment de la mort, qui arriva le 29 septembre.

Autopsie. La partie antérieure du poumon droit qui recouvre l'aorte ascendante, est hépatisée dans une largeur de près de trois doigts, et sur toute la longueur du sternum.

Le cœur paraît avoir le double de son volume normal, avec dilatation de toutes ses cavités et spécialement du ventricule gauche, dont les parois sont hypertrophiées. Les orifices articulo-ventriculaires sont assez larges pour permettre l'introduction de quatre doigts. L'aorte est sain partout, mais ses valvules offrent une altération particulière. Deux d'entre elles paraissent avoir été déchirées près de leur point d'union, en sorte que l'une est detachée de l'aorte dans environ le tiers de son étendue, et l'autre offre une déchirure de près de quatre lignes. Les deux déchirures communiquent ensemble par un lambeau également déchiré de la membrane interne de l'aorte, et qui passe de la base de l'une à celle de l'autre.

Les deux valvules sont en outre couvertes de végétations fibrineuses, dont une de la grosseur d'un pois, et remplie de particules granuleuses, est attachée au bord de l'une des valvules par un pédicule de trois lignes de long. Le restant de la valvule est entier, mais couvert de plaques fibrineuses.

Ce cas, qui est déjà fort remarquable par la nature de l'altération et par la cause à laquelle on peut l'attribuer, mérite surtout de fixer l'attention sous le rapport du diagnostic. Car il présente une exception à une règle posée par le docteur Hope, et qui jusqu'ici avait été admise, nous le croyons, sans réclamation. En effet, ce savant pathologiste établit que : « quand le bruit de soufflet est plus fort sur le trajet de l'aorte descendante que vis à vis les valvules, et lorsqu'en même temps il est superficiel et accompagné d'un bruit de sifflement, il est toujours le résultat d'une maladie de ce vaisseau. » Il est probable que, dans ce cas, où le bruit de soufflet semblait superficiel bien que l'aorte n'offrît aucune altération, les vibrations sonores étaient produites dans le fluide et les parois de l'aorte par les prolongemens fibrineux qui étaient attachés aux valvules semi-lunaires, et étaient transmises à l'extérieur par la portion du poumon droit indurée qui recouvrait l'aorte.

La seconde observation rapportée par le docteur Henderson a beaucoup d'analogie avec la dernière. C'est encore un exemple de volumineuses excroissances développées à la surface des valvules de l'aorte, mais qui offreut cette circonstance particulière qu'elles étaient d'un volume considérable, quelques-unes ayant un pouce et demi de longueur. Mais comme le pouls du sujet était resté jusque dans les derniers jours de sa vie, assez plein et régulier, l'auteur conclut que ces végétations n'ont pris un développement considérable que dans les cinq derniers jours, où le pouls perdit de sa force et prit de la fréquence; car il ne crut pas que la circulation pût se faire librement et le pouls conserver sa plénitude, lorsque des végétations d'un tel volume obstruaient une partie du calibre de l'aorte.

III. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les derniers cahiers de la *Gazette médicale de Londres* contiennent peu d'articles réellement importans. Nous ne devons pas oublier cependant l'article suivant, qui appartient au numéro de novembre.

DU TRAITEMENT DES NOEVI SOUS-CUTANÉS PAR LE SÉTON, par M. Thomas FAWDINGTON, de Manchester.

Nous avons publié l'an dernier les résultats obtenus par M. Macilwain dans le traitement des tumeurs érectiles profondes par l'emploi du séton. M. Fawdington rappelle qu'il avait publié un court mémoire sur ce sujet dans le *North of England medical and surgical Journal* pour 1830; ses observations diffèrent surtout de celles de M. Macilwain en ceci; que ce dernier a été obligé d'entretenir le séton pendant près de six mois, tandis que M. Fawdington a pu le retirer au bout de six ou huit semaines. D'où vient une si énorme différence? L'auteur l'attribue à deux causes; d'abord aux dimensions trop étroites du séton employé par M. Macilwain; puis à une omission importante de la part de ce praticien.

En effet dans les observations déjà publiées par M. Fawdington, il avait eu soin d'enduire le séton d'une substance irritante; et cette adjonction avait paru nécessaire, surtout dans deux cas, pour exciter le degré requis d'inflammation dans la tumeur. Il s'était servi d'abord pour cet objet du nitrate d'argent et du solfate de cuivre; depuis lors il a substitué à ces moyens trop peu actifs la potasse caustique, et en a retiré les plus grands avantages.

Le double but à atteindre est celui-ci : de prévenir l'hémorrhagie des vaisseaux divisés par l'aiguille; et consécutivement de déterminer une irritation suffisante pour exciter la suppuration dans la tumeur. Pour cela il est nécessaire de se servir d'une aiguille assez volumineuse pour entraîner après elle un gros séton; et il faut que ce séton soit assez volumineux pour obturer parfaitement les ouvertures faites par l'aiguille. Si l'inflammation tarde à se développer, on renouvelle le séton et on l'imbibe d'une solution irritante.

L'auteur ne conseille pas cependant le séton dans tous les cas; les deux circonstances qui décident son choix sont le volume et le siège de la tumeur. Ainsi, quand le nœvus est tellement considérable qu'on n'ose rait y appliquer le couteau, le caustique, ni la ligature, le séton est indiqué avec de bien plus nombreuses chances de succès que la ligature des troncs artériels. De même, quand il occupe une région naturellement découverte, comme la figure, ou qui peut l'être par les caprices de la mode, principalement chez les femmes, le séton l'emporte beaucoup sur l'extirpation, sur le caustique et sur la ligature, puisqu'il laisse à peine quelques traces de l'opération. Il convient donc sous tous les rapports à ces tumeurs veineuses sous-cutanées qui occupent la tête ou la face; les seules pour lesquelles le bistouri soit préférable sont celles dont le volume est si faible, que la cicatrice résultant de leur ablation sera à peine visible.

Le séton a été employé avec succès sur le malade dont il va être question, et qui avait été recommandé à l'auteur par le docteur Shaw.

OBS. — William Baucroft, âgé de 40 ans, se présenta à M. Fawdington le 19 mai 1834, avec un nœvus situé sur la joue droite, au-dessous de l'angle externe de l'œil. La tumeur avait le volume d'une noix, faisait une saillie considérable, et offrait la coloration veineuse; et, bien qu'occupant spécialement la peau, elle s'étendait au tissu cellulaire sous jacent, de manière à offrir les caractères combinés des nœvi cutanés et sous-cutanés. Le malade dit qu'il n'existait au commencement dans ce point qu'une simple tache; mais que, depuis trois ou quatre ans, la tumeur avait commencé à se montrer et s'était accrue depuis dans toutes ses dimensions. Depuis six mois cependant elle semblait être demeurée stationnaire.

Un séton fut passé le jour même à travers la tumeur, dans la direction horizontale, répondant à son plus grand diamètre.

Le 24 mai, la tumeur était devenue dure et sensible, et s'était un peu tuméfiée; la suppuration n'était point encore établie.

Le 26, du pus s'écoulait par les deux orifices, et le gonflement avait un peu diminué. M. Fawdington ne jugeant pas l'irritation assez forte pour procurer l'oblitération des vaisseaux de la tumeur, retira en partie la mèche du séton, la toucha légèrement avec la pommade caustique, et la remit en place; il n'en résulta qu'une très faible douleur.

Le 30, la suppuration est abondante, la tumeur affaissée; on retire le séton.

Le 1 juin, le nœvus a disparu en grande partie, en sorte qu'on aperçoit à peine quelque saillie qui déborde les tégumens environnans; il donne au toucher une sensation plus ferme, comme si ses vaisseaux étaient remplis d'une substance solide.

Le 10, la tumeur est réduite à un peu plus du quart de son volume primitif, et ne dépasse plus le niveau de la peau. Pour hâter la résolution, on passe un petit séton dans une direction verticale. Ce séton excita dans ce qui restait de la tumeur une vigoureuse inflammation; on le retira huit jours après.

Le 28 juin, il ne restait aucune trace appréciable du nœvus; la peau de la joue était partout lisse et égale; une légère cicatrice indiquait seule le moyen qui avait été employé; et quelques mois après ces petites cicatrices s'étaient tellement confondues avec la peau, qu'il fallait y regarder de très-près pour les apercevoir.

IV. THE LANCET.

Nous ne trouvons guère à emprunter à *La Lancette* de ces derniers mois que l'article suivant.

NOUVEAU PRINCIPE DÉCOUVERT DANS LE SANG DE L'HOMME ET DANS CELUI DE PLUSIEURS MAMMIFÈRES, par le docteur O'SHAUGHNESSY.

L'auteur de cette communication qui s'est déjà fait connaître par d'autres recherches sur le sang de l'homme à l'état de santé et de maladie, découvrit ce principe qu'il appelle nouveau et auquel il donne le nom de *sub-rubrine*, en faisant des expériences pour constater la quantité de matière colorante que contient le sang de la rate. Nous indiquerons brièvement les plus importantes de ces expériences pour faire connaître la manière dont il est arrivé à cette découverte et donner à ceux qui en auraient le désir, la facilité de les répéter.

Après avoir décanté le sérum et avoir séparé la fibrine du coagulum, il ajouta de l'alcool afin de précipiter la matière colorante et l'albumine coagulée. Le mélange fut passé sur un filtre de mousseline bien fine et le fluide qui s'en écoula ayant paru très-trouble, on le fit bouillir afin de faire coaguler une partie d'albumine que l'on croyait avoir échappé à l'action de l'alcool et à laquelle on attribuait le trouble du liquide. Le fluide chauffé, au lieu d'offrir des flocons par la coagulation de l'albumine devint plus transparent; et lorsqu'il fut porté à l'ébullition toute trace de trouble avait disparu; en refroidissant, la solution se troubla de nouveau, et lorsqu'elle fut descendue à 80° Fahrenheit, elle laissa déposer une abondante matière couleur de chair. On obtint aussi les mêmes effets en chauffant et refroidissant alternativement soit avec lenteur, soit au contraire avec rapidité cette solution. Une partie de ce dépôt fut filtrée et alors on constata qu'il était soluble dans l'alcool étendu, insoluble dans l'éther sulfurique et infusible à la chaleur dans un creuset de platine.

La présence de ce principe nouveau et que l'on ne peut confondre avec aucun des élémens jusqu'ici connus du sang, une fois constatée, plusieurs questions dont la solution était importante furent examinées par le docteur O'Shaughnessy. Ainsi il dut d'abord s'assurer si ce principe ne se trouvait que dans le sang de la rate, et bientôt il lui fut facile de reconnaître qu'il existe dans le sang de tous les organes, chez l'homme sain, comme chez l'homme malade, chez l'Indien et chez l'Européen, dans toutes les conditions d'âge et de sexe, et chez plusieurs mammifères.

Le grand nombre d'expériences que le docteur O'Shaughnessy dut faire sur ce principe lui permet facilement de connaître exactement la proportion dans laquelle il se trouve dans le sang relativement aux autres principes. Il s'est assuré que cette proportion varie de 15 à 20 grains sur mille, dépassant ainsi considérablement celle de la fibrine et se trouvant la première après celle de l'albumine.

M. O'Shaughnessy soumit cinquante grains de cette substance à une analyse plus spéciale afin de mieux apprécier ses propriétés; à l'état sec elle est opaque, pulvérulente, d'une rouge brun, entièrement infusible à la chaleur, laissant, après avoir été calcinée dans un creuset de platine, un très-faible résidu terreux; insoluble dans l'alcool absolu ou l'eau distillée à froid, mais soluble dans l'alcool étendu et au point d'ébullition et déposant par le refroidissement. Elle peut être redissoute instantanément par l'addition de l'acide nitrique dans la proportion d'une goutte pour mille du mélange. Elle n'éprouve aucun effet du contact d'oxigène, d'hydrogène, d'azote, d'hydrogène sulfuré et d'acide carbonique.

En attendant qu'une analyse plus exacte et que le docteur O'Shaughnessy qui écrit d'une ville de l'Inde, regrette de n'avoir point été à même de faire, permette de connaître plus exactement la place que doit occuper ce principe nouveau parmi les élémens du sang jusqu'ici connus, l'auteur l'a nommé *sub-rubrine*, à cause de son affinité avec la matière colorante du sang qu'il appelle *rubrine* et avec l'albumine.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 MARS. — ORDRE DE LECTURES.

Le procès-verbal fait connaître la décision de l'Académie relativement à la discussion qui s'était engagée dans la dernière séance, et continuée dans le comité secret, à l'occasion du doute émis par le président, savoir s'il convenait de continuer à accorder des tours de faveur, pour la lecture de mémoires, aux candidats pour la place vacante. L'Académie s'est occupée également des moyens de rendre plus faciles les communications avec les savans étrangers; et à cet effet, elle a arrêté provisoirement : 1° que, pour prévenir les pertes de temps, les Académiciens s'interdiront de demander lecture d'une lettre dont ils n'auraient pas pris d'avance communication; 2° que les lectures faites par des étrangers ne pourront pas durer plus de 15 minutes; 3° qu'il ne sera plus accordé de tour de faveur aux candidats; 4° que cependant, pour ne pas donner à cette résolution un effet rétroactif, on ne l'appliquera qu'à la candidature prochaine.

DÉMISSION DU VICE-PRÉSIDENT.

Après la lecture du procès-verbal, M. Biot prend la parole pour la communication suivante :

« Lorsque l'Académie m'a fait l'honneur de m'appeler à la présidence au commencement de cette année, je n'ai pas dissimulé la crainte que j'éprouvais que ces fonctions ne fussent au-dessus de mes forces physiques; mais mon respect pour la décision de l'Académie m'ordonnait d'essayer si je pourrais y satisfaire. Une expérience de trois mois m'a confirmé trop évidemment l'impossibilité que j'avais prévue. Ainsi, en renouvelant à l'Académie l'expression sincère de ma reconnaissance, je la supplie de vouloir bien pourvoir à mon remplacement dans la dernière séance de ce trimestre, me laissant garder seulement le souvenir de la marque de confiance qu'elle m'a donnée. »

Le président pour cette année, M. Auguste St Hilaire, étant absent par suite de santé, il sera impossible de différer l'élection du vice-président.

— M. Ségalas se met sur les rangs pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Dupuytren.

— M. Breschet dépose un mémoire sur l'anatomie de l'organe de l'audition chez les oiseaux, avec un atlas de douze planches. Cet ouvrage fait suite à ses recherches sur la structure des organes des sons chez les animaux vertébrés.

RECHERCHES SUR LA GÉNÉRATION DES MAMMIFÈRES; DÉVELOPPEMENT DE L'OEUF DE LA BREBIS, PAR M. COSTE.

M. Dutrochet fait, en son nom et au nom de MM. Serres et Isidore Geoffroy, un rapport sur ce mémoire.

L'œuf de la brebis est un de ceux que l'on a le plus anciennement observés; car son étude remonte à Galien, qui a donné à ses enveloppes les noms qu'elles portent encore aujourd'hui. Il a nommé *Chorion* l'enveloppe vasculeuse extérieure de l'œuf; *amnios* l'enveloppe sans vaisseaux qui entoure immédiatement le fœtus, et *allantoïde* la poche non vasculeuse qui reçoit l'urine. Les autres enveloppes fœtales lui ont échappé. La plupart des anatomistes modernes ont appliqué le nom de chorion à d'autres membranes non vasculeuses, et le nom d'allantoïde à une poche urinaire vasculeuse, en sorte qu'il existe dans cette partie de la science une confusion qui rend souvent difficiles à comprendre les auteurs qui en ont traité. Cette confusion, dit le rapporteur, provient de ce qu'on n'est point parvenu à définir exactement les diverses enveloppes fœtales. Pour y arriver, il est indispensable de prendre l'œuf à son origine et d'en suivre les développemens; c'est ce que plusieurs observateurs ont tenté de faire, et cela dans le but de rechercher quels sont les premiers phénomènes de l'imprégnation. M. Coste, dans le travail qu'il a soumis à l'Académie, ne s'étant occupé que de l'œuf de la brebis, le rapporteur se borne à parler des recherches antérieures relatives au développement des ruminans; et après avoir annoncé que les fameuses expériences d'Harvey n'avaient, non plus que les recherches de l'illustre Haller, conduit à aucune connaissance satisfaisante sur l'origine et la nature des diverses enveloppes chez les mammifères, il arrive directement à ses propres travaux sur cet objet.

En 1813, à la suite de recherches sur l'œuf des oiseaux, il fut conduit à s'occuper de ce problème. Il avait observé chez ces derniers le fait très-remarquable de l'enveloppement du poulet par une double membrane vasculaire, formée par la plicature de la vessie ovo-urinaire en une double coiffe. Il avait découvert que cette double enveloppe vasculaire recevait exactement les mêmes vaisseaux que le placenta du fœtus des mammifères, c'est-à-dire les deux artères et la veine ombilicale. Il lui parut dès-lors infiniment probable que le placenta simple ou multiple des fœtus des mammifères était une dépendance de la vessie ovo urinaire, et que ce fœtus devait avoir, comme le poulet, une double enveloppe vasculaire formée par la plicature de cette même vessie ovo-urinaire. Dans le but de vérifier ce soupçon, il étudia le fœtus de la brebis dans les premiers temps de la gestation, et il ne tarda pas à acquérir la preuve que l'enveloppement de ce fœtus s'opérait exactement comme l'enveloppement du poulet. Il vit les deux enveloppes vasculaires qui l'entouraient et qui appartenaient toutes deux à la vessie ovo-urinaire, ployées en double coiffe autour du fœtus; il vit naître les nombreux placentas ou cotylédons par un développement en épaisseur du tissu de la plus extérieure de ces deux enveloppes, développement qui n'avait lieu qu'aux points de contact de la membrane vasculaire fœtale avec les éminences dont l'utérus de la brebis est parsemé. Il vit et il démontra la continuité du pédicule de la vésicule ombilicale avec l'intestin, fait jusqu'alors fortement controversé.

Vint ensuite le travail plus étendu de feu M. Cuvier sur les quadrupèdes, dans

lequel fut confirmée l'identité de structure de l'œuf des quadrupèdes et de l'œuf des oiseaux, telle que l'avait établie M. Dutrochet. Mais, dit le rapporteur, cet illustre naturaliste ne reconnut point que le fœtus des ruminans est enveloppé, comme celui des oiseaux, par la *vessie ovo-urinaire*, qui est très-distincte de son allantoïde. Ce fut sans doute la confusion de ces deux objets différens auxquels le même nom d'allantoïde était appliqué, qui fit qu'il ne reconnut point l'enveloppement dont il est ici question.

Les travaux qui viennent d'être énumérés ne remontent point, dans l'étude des ruminans, à une époque antérieure à celle où s'accomplit l'enveloppement du fœtus par la vessie ovo-urinaire; il restait par conséquent à savoir ce qui se passe auparavant dans cet œuf : c'est ce que Baër a recherché. Cet auteur a très-bien observé l'œuf des mammifères, et notamment celui des ruminans dans l'ovaire. Il a vu que l'œuf dans l'ovaire est contenu dans le liquide qui remplit la vésicule de Graaf, vésicule qu'il considère comme un grand œuf qui en contient un plus petit. La vésicule de Graaf ou le grand œuf est, selon lui, analogue à l'œuf ovarien des oiseaux, et le petit œuf qu'il contient est analogue à la vésicule de Purkinje, qui est contenue dans l'œuf ovarien des oiseaux.

La vésicule de Graaf est l'œuf par rapport à la mère; la vésicule de Purkinje, ou vésicule du germe, est l'œuf par rapport au fœtus qu'elle développe seule; c'est la vésicule de Purkinje des oiseaux qui, chez les mammifères, devient l'ovule. Ce dernier, observé dans l'ovaire, offre une petite cavité intérieure située dans la matière granuleuse, et une membrane externe. Il passe avec cette membrane dans la trompe utérine, et il s'y développe conjointement avec elle. Baër nomme membrane corticale cette membrane que l'ovule apporte de l'ovaire; il la considère comme l'analogue de la membrane testacée de l'œuf, et cela, dit le rapporteur, très mal à propos, car cette dernière est le produit d'une sécrétion de l'oviducte. En-dessous de cette membrane, l'œuf qui a commencé à se développer en grosseur dans l'utérus, présente une seconde membrane qui paraît composée de granules, et à laquelle Baër donne le nom de *membrane vitellaire*. A partir de cette époque jusqu'à celle de l'apparition de l'embryon, déjà pourvu de son allantoïde (vessie ovo urinaire), l'auteur n'a point observé l'évolution de l'œuf des mammifères; il commence l'observation de cette évolution à l'époque que nous venons d'indiquer. Alors il a vu dans l'œuf de la truie et dans celui des femelles des ruminans, qu'il existait à chaque bout de l'œuf un prolongement tubuleux formé par la membrane la plus externe, l'allantoïde (vessie ovo-urinaire). Ici s'arrêtent les observations de Baër sur l'évolution de l'œuf des mammifères, et spécialement sur celui des ruminans.

Rien ne manque à l'exactitude des faits observés par Baër; mais, dit le rapporteur, la théorie qu'il déduit de la coordination de ces faits est en partie erronée. Il est, et il sera désormais évident pour tout anatomiste, ainsi que l'ont établi MM. Prévost et Dumas, que la vésicule de Graaf est la capsule de l'œuf des mammifères. Cette capsule est l'analogue de la capsule ovarienne de l'œuf des oiseaux, dont elle diffère seulement en ce que l'œuf qu'elle contient est flottant dans un liquide, au lieu d'être étroitement enveloppé et sans intermédiaire de liquide comme dans le cas des oiseaux. La matière granuleuse que contient l'ovule ou l'œuf ovarien des mammifères est l'analogue de la matière granuleuse jaune du vitellus des oiseaux. La membrane externe de l'œuf des mammifères (membrane ovarienne de Baër) est l'analogue de la membrane propre du vitellus des oiseaux; quant à la membrane que Baër nomme vitellaire, on ne peut se dispenser de reconnaître avec lui et avec Rathke, son analogie avec la membrane blastodermique de l'œuf des oiseaux, puisque, comme elle, elle devient plus tard le sac ou appendice intestinal, nommé chez les mammifères *vésicule ombilicale*. L'œuf ovarien contenu dans la vésicule de Graaf étant reconnu pour le véritable œuf des mammifères, il devient probable qu'on y trouvera une vésicule analogue à celle que Purkinje a trouvée dans l'œuf ovarien des oiseaux. Cette vésicule nous semble avoir été aperçue par Baër, qui a noté dans l'œuf ovarien des mammifères, qu'il prenait pour la vésicule de Purkinge, l'existence d'une petite cavité intérieure qui entraîne implicitement celle d'une membrane vésiculaire qui la limite.

Or, comme Baër n'a pu apercevoir cette petite cavité intérieure située dans la couche épaisse de granules, qui remplit presque entièrement le petit œuf ovarien, qu'au moyen de sa transparence ou de sa moindre opacité, il en résulte que c'est exactement la même chose que ce qui a été vu récemment par M. Coste dans l'œuf ovarien de la lapine. Nous avons rendu compte, dit M. Dutrochet, dans notre rapport sur le travail de cet observateur relatif à l'ovologie du lapin, de la découverte qu'il croyait avoir faite de la vésicule de Purkinje. Si, comme cela peut paraître probable, l'aire circulaire demi-transparente que l'on voit dans l'œuf ovarien de la lapine est effectivement la vésicule de Purkinje, la découverte réelle appartiendrait à Baër, qui en la voyant l'aurait méconnue, entraîné qu'il était par d'autres idées; mais il resterait à M. Coste le mérite de l'avoir reconnue.

Puisque nous sommes amenés à parler ici de notre dernier rapport sur le travail de M. Coste, nous croyons, dit M. Dutrochet, devoir présenter ici une observation que nous ne fîmes point alors. Les travaux de M. Coste sur l'ovologie du lapin furent présentés à l'Académie dans plusieurs communications successives, lesquelles furent toutes renvoyées à la même commission. Les journaux qui rendent compte des séances de l'Académie donnèrent au fur et à mesure l'analyse de ces travaux successifs. Or M. Coste, par nos avis, supprima entièrement son premier travail.

Parmi les communications subséquentes que M. Coste fit à l'Académie sur le même sujet, il s'en trouva encore une que, par nos avis, il dut supprimer entièrement; il reconnut qu'il s'était trompé, et il accepta la manière dont nous envisagions les phénomènes qu'il mettait sous nos yeux. Mus par un sentiment de bienveillance, nous crûmes devoir nous abstenir de parler, dans notre rapport, des parties du travail retirées par M. Coste. Nous eûmes tort; car les journaux se contentèrent, et avec assez de raison, de dire que notre rapport était favorable au travail de M. Coste, et renvoyèrent aux analyses qu'ils avaient précédemment données. De cette manière, la commission était censée avoir donné son approbation à tout ce que M. Coste avait présenté à l'Académie sur ce sujet, ce qui est très-loin d'être vrai.

Le rapporteur passe, après ce préambule, aux recherches de M. Coste, relatives à l'œuf de la brebis. L'auteur a trouvé l'ovule de la brebis dans la vésicule de Graaf, nageant au milieu du liquide que contient cette vésicule. En le plaçant sous un microscope, on y aperçoit, comme dans l'ovule de la lapine, une aire circulaire demi-transparente qui paraît, comme il a été dit, indiquer la présence d'une vésicule fort petite qui serait celle de Purkinje. Cette aire, ainsi que nous l'avons déjà rappelé, avait été indiquée par Baër.

M. Coste admet que cet ovule ovarien, qui est libre d'adhérences avec la vésicule de Graaf qui le contient, est exhalé par cette vésicule. Cette hypothèse, toute gratuite, ne nous apprend rien, dit le rapporteur, sur la véritable origine de l'ovule.

Le cinquième jour après la conception, M. Coste a trouvé l'ovule encore globuleux et ne s'étant pas sensiblement accru, dans la corne de l'utérus correspondante à l'ovaire dont il provenait. Il était constitué par deux vésicules emboîtées, l'une extérieure que M. Coste nomme *vitelline* et que l'ovule a apportée de l'ovaire; l'autre intérieure, qui n'existe que depuis la conception et que l'auteur nomme vésicule ou membrane *blastodermique*. Les commissaires admettent l'existence de ces faits, mais sans avoir eu l'occasion de les constater pour la brebis. « M. Coste, poursuivent-ils, s'emparant d'une hypothèse émise et abandonnée par Purkinje, admet sans difficulté comme sans preuve que la petite vésicule intérieure de l'ovule ou vésicule présumée de Purkinje, se rompt lorsque cet ovule arrive dans l'utérus; ensuite, plus hardi encore dans ses hypothèses, il décide avec assurance que la vésicule blastodermique, laquelle devient plus tard la poche qui constitue la vésicule ombilicale, et qui est, comme on sait, un appendice de l'intestin, est formée de toutes pièces par la condensation de la matière que contient cette vésicule, matière qui est l'analogue de celle que renferme le vitellus de l'oiseau. Nous ne nous arrêterons pas, comme on peut bien le penser, à l'examen de cette hypothèse; elle tient à une théorie générale de la formation de l'embryon que MM. Delpech et Coste ont publiée précédemment, théorie dans laquelle ils construisent l'embryon de toutes pièces avec des matériaux tout préparés et qui n'ont besoin que d'être mis en place. Ces matériaux sont ceux qui constituent la matière du vitellus.

» L'idée de former la membrane blastodermique de l'ovule, ou, ce qui est la même chose, la vésicule ombilicale du fœtus, par une condensation de la matière contenue dans l'ovule, a été depuis introduite par M. Coste dans son mémoire imprimé sur l'ovologie du lapin. Nous ne l'avons point aperçue dans son mémoire manuscrit sur lequel nous avons fait précédemment à l'Académie un rapport approbatif; nous n'aurions pas manqué d'exprimer dans notre rapport que cette théorie tout hypothétique demeurait étrangère à notre approbation, qui ne portait et ne devait porter que sur les faits démontrés. A l'occasion de ce débordement d'opinions hasardées, nous ferons observer que l'on peut se permettre de les donner au public, mais qu'on devrait s'abstenir de les présenter à un corps savant, grave et sévère conservateur des bonnes doctrines.... »

Le huitième jour après la conception, l'ovule de la brebis a subi un changement de forme, il s'est allongé dans le sens de l'un de ses diamètres; il est devenu en quelque sorte semblable à un ver. Les commissaires ont reconnu que cet œuf, ainsi que l'annonçait M. Coste, se composait de deux vésicules vermiformes emboîtées. Ces deux vésicules vermiformes sont, en dehors la *vitelline*, et en dedans la blastodermique, qui, au lieu de rester sphériques comme dans le lapin, se sont converties en deux canaux cylindriques, longs de 5 à 8 lignes.

Du 9e au 13e jour, l'œuf, toujours constitué comme il vient d'être dit, s'accroît progressivement en longueur, et comme il marche en serpentant entre les éminences dont la surface extérieure de l'utérus est parsemée, il en résulte que sa longueur est plus grande que celle de cet organe.

Du 13e au 14e jour, il se forme autour de l'œuf une fausse membrane opaque, blanchâtre, qui se détruit assez promptement quand on tient l'œuf dans l'eau. Cette fausse membrane, dont l'analogie a été déjà signalée par M. Coste dans l'œuf de la lapine, est désignée par lui sous le nom de *membrane corticale*, suivant, dit-il, en cela Baër.

M. Coste est ici dans l'erreur; Baër nomme membrane corticale l'enveloppe la plus extérieure de l'ovule dans l'ovaire. Mais ensuite voulant chercher l'analogie de cette enveloppe dans l'œuf des oiseaux, il l'a faussement comparée, ainsi qu'il a été dit, à l'*enveloppe testacée* que l'on sait être formée par une sécrétion de l'oviducte. De ces deux assertions émises sur la même enveloppe, qui consistent l'une dans un fait, l'autre dans une analogie erronée, M. Coste a choisi la seconde; il a donné le nom de *membrane corticale* à la fausse membrane déposée autour de l'œuf par la sécrétion de l'utérus. Il résulte de là une confusion déplorable qui s'ajoute à celles déjà si nombreuses qui existent dans la nomenclature des enveloppes fœtales; toutefois, poursuit M. Dutrochet, en parlant du travail de M. Coste nous emploierons ses dénominations.

Dans l'œuf de la brebis, vers le 15e jour après la conception, le premier rudiment de l'embryon apparaît sous forme d'une tache circulaire à la face externe de la membrane blastodermique. Cette tache le jour suivant s'agrandit en devenant elliptique, et les premières formes de l'embryon commencent à se dessiner; avant le 17e jour il a déjà 2 lignes de longueur. C'est à cette époque que M. Coste a vu et fait voir aux commissaires la naissance de la vessie ovo urinaire. Elle prend son origine près de l'extrémité antérieure de l'embryon comme cela a lieu chez le poulet; elle a la forme d'un croissant dont la concavité est tournée vers l'embryon, auquel elle adhère par le milieu de cette même concavité.

« Ici, disent les commissaires, M. Coste a cru apercevoir un fait nouveau. Il lui a semblé voir dans cet embryon, long seulement de deux lignes, que la vessie ovo-urinaire naissante n'est qu'une expansion, un cul-de-sac de la vésicule ombilicale. Cette continuation, dit-il, m'a long-temps et sérieusement occupé, et j'ai consacré huit brebis à constater son existence. Les commissaires n'ont pu voir rien de pareil. Il est si facile, disent-ils, dans des observations microscopiques, de prendre la contiguïté pour la continuité, que l'on peut, sous ce point de vue, excuser l'erreur de M. Coste; il ne l'eût pas commise au reste, s'il eût mieux connu la structure de l'œuf des oiseaux. La vésicule ombilicale des mammifères est l'analogue de la poche intestinale qui contient la matière du vitellus du poulet. Elle doit nécessairement avoir la même structure et les mêmes rapports; et en raison de ses plus grandes dimensions, elle offre beaucoup plus de facilité pour l'étude. Or, chez le poulet, il est de la plus complète évidence que la vessie intestinale n'est point une extension de la partie intestinale du vitellus. Il est donc certain que M. Coste a été trompé par une illusion d'optique, quand il a cru voir la vessie ovo-urinaire

naître d'une extension appendiculaire de la vésicule ombilicale ; du reste, il ne présente cette opinion qu'avec réserve, tout en y voyant le principe d'une très-grande découverte si elle se confirme.

Revenant à la structure de l'œuf de la brebis, nous trouvons qu'au quinzième jour, époque de l'apparition de la vessie ovo urinaire, il se compose, de dehors en dedans, 1° de la membrane adventive, que l'auteur appelle *corticale* ; 2° de la membrane propre que l'ovule possédait dans l'ovaire, et que M. Coste nomme *vitelline*, membrane vivante qui s'est déjà considérablement développée, et qui, plus tard, se confond par adhérence organique avec la vessie ovo-urinaire qu'elle recouvre. Cette vie indépendante de l'enveloppe primitive de l'ovule est un fait très-remarquable, et qui ne paraît pas avoir attiré l'attention de M. Coste.

3° La troisième membrane de l'œuf de la brebis est la *blastodermique*, long boyau rempli de liquide, auquel la membrane précédente forme une enveloppe close de toutes parts et de la même configuration. Ce canal membraneux blastodermique formera les deux longues cornes de la vésicule ombilicale. L'embryon, de l'intestin duquel il est un appendice, est situé à sa face externe et vers son milieu. Cet embryon vient de produire, comme on l'a dit, la vessie ovo-urinaire, laquelle est par conséquent logée comme la vésicule vermiforme blastodermique, dans la cavité de la vésicule vitelline allongée de même en canal, et doit, en se développant, s'assujétir à la forme de cette enveloppe. La vessie ovo-urinaire en se développant tend à envahir la cavité de la vésicule vitelline, que la vésicule ombilicale remplissait seule auparavant, et pénètre dans ses deux prolongemens tubuleux opposés, ainsi que l'avait bien observé Baër. Bientôt, par suite de cette pression croissante, il s'établit, vers le vingtième jour, une adhérence organique entre la vessie ovo-urinaire et la membrane vitelline qui l'emprisonne. Cependant l'embryon continue de se développer ; il subit divers changemens de position qui sont décrits avec soin par M. Coste.

En contact d'un côté avec la vessie ovo-urinaire, qui est remplie par un liquide aqueux, il se loge dans une dépression qu'il y forme ; bientôt cette dépression augmente de profondeur, le fœtus entouré de son amnios s'y enfonce de plus en plus, et finalement les bords de cette dépression se réunissent comme une bourse qui se ferme, et la nouvelle cavité qui contient le fœtus se trouve close. Alors ce dernier se trouve recouvert par une double enveloppe vasculaire formée par la plicature de la vessie ovo-urinaire, exactement comme cela a lieu chez le poulet.

Le vingt-neuvième jour après la conception, M. Coste a vu une membrane non vasculaire détachée de la face interne de la vessie ovo-urinaire, avec laquelle elle était auparavant confondue. Cette membrane, qui forme une poche à part dans la vessie ovo-urinaire, contient ordinairement l'urine du fœtus ; on ne l'a encore observée, ainsi isolée, que chez les ruminans ; c'est elle seule que Galien a nommée allantoïde, elle seule a conservé ce nom chez le fœtus des ruminans ; c'est ce qui avait décidé M. Dutrochet à la distinguer de la poche vasculaire qui la contient, et à donner à celle-ci le nom de vessie ovo urinaire, nom que M. Coste a adopté.

C'est aussi après quatre semaines environ depuis la conception, que l'on voit naître et se former les cotylédons placentaires, par le développement du tissu de la vessie ovo-urinaire, dans les endroits où elle correspond aux éminences qui garnissent l'intérieur de l'utérus.

Après quelques réflexions sur le point où sont arrivées les connaissances embryologiques par les travaux des différens anatomistes, en y comprenant ceux de M. Coste, le rapporteur se prononce en ces termes sur ce dernier travail : « Guidé par les découvertes de ses devanciers, M. Coste a suivi avec habileté la route qu'ils lui avaient tracée. Ses observations, soigneusement vérifiées par nous, ont le mérite de faire disparaître enfin toutes les incertitudes qui provenaient, ou des assertions contradictoires ou de la divergence des opinions émises par les précédens observateurs. Certes, ce n'est pas un médiocre service qu'il a rendu à la science. Son travail présente, dans une suite d'observations bien faites, toute la série des développemens de l'œuf de la brebis, depuis l'ovaire jusqu'à l'établissement du placenta. C'est une bonne monographie ovologique, telle qu'il serait à désirer qu'il en existât une pour chaque famille de mammifères. Nous pensons que l'Académie doit continuer à donner ses encouragemens à cet observateur zélé, et nous n'hésiterions pas à demander l'impression du mémoire, si nous n'étions retenus par la considération des assertions hasardées que nous y avons signalées. »

— M. Velpeau, candidat à la place laissée vacante par M. Dupuytren, lit une analyse très-concise de trois mémoires qu'il remet sur le bureau ; l'un *sur le traitement de la brûlure*, l'autre *sur les maladies des vaisseaux lymphatiques* ; le troisième, *sur l'emploi de l'alun dans le traitement de certaines gengivites et inflammations de la gorge*. Nous rendrons un compte étendu de ces mémoires.

— M. Lisfranc, candidat à la même place, dépose sur le bureau de l'Académie des documens qui établissent le nombre des succès qu'il a obtenus par des opérations chirurgicales dans le traitement des affections cancéreuses du col de l'utérus et de l'extrémité inférieure du rectum. Ces documens, qui par leur nature échappent à la publicité, ne seront communiqués qu'à la section de médecine et de chirurgie.

M. Lisfranc lit ensuite un mémoire *sur l'emploi des chlorures d'oxides de sodium ou de calcium dans la brûlure*. Nous insérons ce mémoire dans le présent numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mars. — Présidence de M. Lisfranc.

DISCUSSION SUR L'HOMOEOPATHIE.

Tous les bancs de l'Académie sont garnis de bonne heure ; les places destinées aux auditeurs sont également remplies.

La correspondance comprend une lettre du ministre qui invite l'Académie à nommer une commission pour examiner le procédé de conservation des cadavres dû à M. Gannal. — Commissaires : MM. Sanson, Breschet, Roux, Guéneau de Mussy et Dizé.

M. Robert adresse une nouvelle lettre sur le choléra de Marseille. Du 17 février au 10 mars, le nombre des malades a été de 665, sur lesquels il y a eu 481 morts. (Sensation.)

Après une communication faite par M. Velpeau d'un instrument de M. Aronsohn de Strasbourg, pour l'amputation du col utérin, l'ordre du jour est la continuation de la discussion sur l'homœopathie. Plusieurs membres se sont fait inscrire à l'avance ; mais avant de leur accorder la parole, l'assemblée demande qu'il soit fait une seconde lecture du projet de lettre au ministre, rédigée par la commission. La parole est à M. Itard.

M. ITARD lit un discours écrit, dans lequel il déclare qu'il ne défend pas l'homœopathie comme doctrine, mais qu'il appuie la demande de la société homœopathique au ministre, sans beaucoup d'espoir, il est vrai ; mais du moins le jugement que va porter l'Académie n'aura pas été rendu sans controverse. Nous sommes ici, poursuit l'orateur, à la fois juges et parties. Il ne s'agit pas seulement de formuler une opinion scientifique ; c'est une question de droit civil qui est soulevée. Il s'agit de savoir si des citoyens français comme nous, médecins comme nous, auront la liberté de pratiquer gratuitement leur art, comme ils l'ont en Prusse, en Russie, en Allemagne. (Vive interruption. Ce n'est pas là la question !)

On objecte qu'il y aurait danger, et l'on se fonde sur la logique et sur l'examen des ouvrages de la doctrine. Mais, Messieurs, la logique en thérapeutique est un guide des plus funestes ; et l'histoire toute entière de la médecine est là pour démontrer à quelles erreurs entraîne le raisonnement qui ne se fonde pas sur les faits. L'examen des ouvrages d'Hahnemann ne suffit pas davantage. Il faut distinguer en toute doctrine la théorie et les faits qui lui servent de base ; on a oublié les théories de Stoll ; on a gardé sa pratique quant aux purgatifs ; et quand nous avons osé donner à Paris le tartre stibié jusqu'à la dose d'un demi-gros, est-ce l'examen des dogmes de Rasori qui nous a décidés ? nullement ; mais il annonçait des faits : on a essayé après lui, on a réussi. Pourquoi n'agirait-on pas envers Hahnemann avec une égale tolérance ? Il y a même entre les deux systèmes une analogie qui mérite d'être signalée : Rasori professe que, plus on hausse la dose des médicamens, et moins ils agissent sur l'estomac ; Hahnemann dit que, plus on abaisse les doses, et plus elles agissent. C'est la même loi avec des applications contraires. On se rit de ces doses infinitésimales. Quoi donc ! le musc, les miasmes, la salive d'un animal enragé, n'agissent-ils pas à des doses infinitésimales ? Je ne veux cependant tirer de ceci aucune conclusion, sinon que l'homœopathie mérite au moins d'être examinée. Soyons libéraux de fait, Messieurs, et non pas seulement en paroles ; le pis aller de l'homœopathie serait qu'elle ne fût autre chose qu'une médecine expectante. Eh bien ! encore alors, laissons produire les faits ; ce sera le plus sûr moyen d'en finir.

Je propose de répondre au ministre que, pour juger l'homœopathie, il faut la connaître ; que, pour la connaître, il faut des faits ; que ces faits nous manquent ; qu'en conséquence il y a lieu de permettre provisoirement l'institution d'un dispensaire homœopathique, où le traitement sera surveillé par deux membres de la commission nommée par l'Académie ; et, après deux ou trois mois d'essais, l'Académie sera en mesure de faire une réponse définitive.

Nombre de membres : Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Il y a plusieurs personnes inscrites ; je ne peux donner la parole que selon le tour d'inscription.

M. ANDRAL. Je demande à répondre en qualité de membre de la commission dont on attaque le rapport. Si l'on se succède à la tribune avec des dicours écrits, il arrivera que les objections resteront sans réponse ; il n'y aura pas de discussion.

M. LE PRÉSIDENT. C'est à M. le rapporteur à répondre, s'il le juge convenable.

M. ADELON, rapporteur. Je me proposais de prendre note de toutes les objections, pour y répondre à la fois ; mais je cède très-volontiers la parole à M. Andral.

M. ANDRAL fils. Je ne réfuterai qu'une seule assertion de M. Itard. Il demande pour Hahnemann la même tolérance que pour Rasori ; soit ; nous la lui accordons. Est-ce que quand la doctrine de Rasori a été apportée en France, on lui a donné des dispensaires où elle fut exclusivement mise en pratique ? Nullement ; et si elle en avait demandé, il eût fallu les refuser. L'expérimentation ainsi faite est périlleuse ; mais il ne manque pas de médecins disposés à tenter avec prudence ces essais dans les hôpitaux. C'est ce qui a été fait pour Rasori ; c'est ce qu'on peut faire pour Hahnemann, parce que si l'essai réussit mal, on est à même de changer de pratique.

Maintenant j'admets avec M. Itard qu'il faut avoir plus égard aux faits qu'aux raisonnemens. Eh bien ! j'ai soumis cette doctrine à l'expérience ; je compte aujourd'hui 130 à 140 faits recueillis avec toute bonne foi, dans un grand hôpital, sous les yeux de nombreux témoins ; pour éviter toute objection, j'ai pris les médicamens chez M. Guibourt, qui a une pharmacie homœopathique, et dont on connait d'ailleurs la sévère exactitude ; le régime a été scrupuleusement observé, et j'ai obtenu des religieuses de l'hôpital un régime spécial pour ces malades, tel qu'Hahnemann l'exige. On m'a dit cependant il y a quelques mois que je n'avais pas été fidèle à tous les préceptes de la doctrine. J'ai donc pris la peine de recommencer ; j'ai étudié la pratique des homœopathes parisiens comme j'avais étudié leurs livres, et je me suis convaincu qu'ils n'agissaient pas d'autre manière que j'avais fait, et j'affirme que j'ai mis dans ces traitemens autant de rigueur que personne.

Il y avait à faire deux séries d'expériences. Il fallait savoir d'abord jusqu'à que point on peut produire sur l'homme sain des maladies semblables à celles qu'on a la prétention de guérir ; et ici, pour ne laisser aucun doute sur les résultats, nous devions choisir les cas les plus tranchés. Le quinquina s'offrait en première ligne ; on sait que, suivant la doctrine, il ne guérit la fièvre intermittente qu'en déterminant lui-même un accès semblable ; si donc il ne produisait pas d'accès semblable, toute la théorie s'écroulait. J'ai pris moi-même, et dix à onze personnes en bon état de santé ont pris avec moi du quinquina. D'abord, selon les prescriptions d'Hahnemann, à des doses homœopathiques ; et il n'a rien fait ; puis à doses ordinaires, et en montant successivement, et sous toutes les formes, la poudre, l'extrait de quinquina, et enfin le sulfate de quinine, dont nous avons pris de 6 à 24 grains par jour. Ces expériences ont été continuées long-temps, reprises dans diverses saisons, sous diverses constitutions atmosphériques. Aucun de nous n'a éprouvé même la moindre apparence d'un accès de fièvre. Quelques-uns n'ont rien éprouvé du tout ; ceux-là avaient un bon estomac. Pour ceux qui

avaient un estomac plus faible, ils ont eu du malaise, de la céphalalgie, etc., tenant à la réaction de l'estomac. Avec un peu de préoccupation, il n'eût tenu qu'à nous de grossir ces symptômes et d'en faire telle ou telle maladie, selon que l'eût voulu la doctrine; mais nous étions de sang-froid; nous savons ce que c'est qu'un accès de fièvre intermittente. Je le répète, nous n'en avons pas aperçu le moindre indice.

Après le quinquina, l'aconit. L'aconit, disent les homœopathes, vaut la saignée dans les cas de fièvre générale. Il faut donc que sur des gens bien portans il détermine quelque chose qui ressemble à une fièvre générale; nous l'avons essayé en vain.

Le soufre guérit la gale en produisant, dit-on, une gale artificielle; nous avons pris du soufre, et nous n'avons point eu la gale.

L'arnica réussit à merveille dans les contusions; aussi, selon Hahnemann, il produit sur l'homme sain des douleurs contuses; eh bien! c'est encore en vain que nous l'avons essayé.

J'ai expérimenté de cette manière les substances les plus variées, celles dont les effets devaient être les plus clairs. Mais, Messieurs, je dois ajouter une réflexion. J'aurais dû mettre dans mon chapeau tous ces médicamens, et les tirer au hasard pour les expérimenter; car, suivant la *Matière Médicale pure* d'Hahnemann lui-même, tous donnent à très-peu près les mêmes symptômes, douleurs, maux de tête, étourdissemens, etc. Quoi qu'il en soit, ces essais ont duré une année; jamais ils ne m'ont rien produit. Il est donc inexact de dire que les remèdes déterminent des maladies semblables à celles qu'ils guérissent.

Mais après tout, guérissent-ils réellement? C'est une autre question, la plus importante à résoudre pour la pratique, et elle exigeait une autre série d'expériences. Ces expériences ont été faites, j'ai déjà dit avec quel soin; j'ajouterai que j'ai chez moi toutes les observations soigneusement recueillies jour par jour.

J'ai pris aussi, pour cette série, les cas les plus tranchés; et d'abord les fièvres intermittentes. Un certain nombre de ces fièvres ont été traitées par les globules de quinquina: quelques-unes ont guéri; mais on sait qu'il en guérit ainsi naturellement; ces succès partiels ne prouvent donc rien. Les autres ont résisté opiniâtrément, et enfin j'ai été forcé d'en revenir à la méthode ordinaire, qui les a enlevées rapidement. J'ai encore un cas de ce genre dans mes salles.

Une foule de maladies présentent cet appareil de symptômes que Pinel nommait fièvre inflammatoire ou angioténique; cette fièvre, quels que soient d'ailleurs la nature et le siége de l'affection qu'elle accompagne, est irrésistiblement combattue, selon Hahnemann, par l'aconit. J'ai administré l'aconit dans plus de 40 cas; dans aucun il n'a exercé la moindre influence; le pouls et la chaleur sont restés les mêmes. Il ne faut pas, dans ces cas, attendre huit jours l'effet du médicament, et puis dire: la fièvre est tombée; car on sait bien que dans cet espace de temps elle serait tombée d'elle même.

J'ai combattu la syphilis sous toutes ses formes, ulcères, excroissances, etc., par le mercure soluble de Hahnemann, et surtout par les globules de Thuya, auxquels le réformateur allemand attache une si grande confiance. La maladie n'a pas cessé de marcher. J'ai pansé les ulcères avec l'onguent napolitain, et la guérison a été rapide.

J'ai traité les rhumatismes avec ou sans fièvre par la bryone, le colchique, etc.; jamais ces moyens n'ont fait céder la douleur. Trois jours après je saignais et je revenais complètement aux moyens ordinaires, qui faisaient promptement reculer la maladie.

Hahnemann ne reconnaît pas de pneumonie à proprement parler; il n'y voit qu'un ensemble de symptômes, parmi lesquels il choisit le prédominant pour le combattre. J'ai fait comme lui; et dans l'ensemble des symptômes pneumoniques, j'ai combattu le prédominant tantôt par l'aconit, tantôt par la belladone. Quand la pneumonie était légère, elle suivait sa marche; quand elle était grave, elle allait de mal en pis, et me forçait bientôt d'en finir avec cette thérapeutique illusoire.

Voilà le résumé de mes expériences. Si l'Académie juge à propos de nommer une commission, j'offre de lui en communiquer tous les détails. (Vifs applaudissemens.)

M. Double. J'ajouterai à ceci le résultat d'expériences faites en 1801, avant qu'on s'occupât d'homœopathie. Dumas de Montpellier, regardant la fièvre comme une réaction salutaire dans plusieurs maladies, s'appliqua à trouver un moyen artificiel de la déterminer. Je fis des essais avec lui et plusieurs autres personnes; nous primes du quinquina à toutes les doses pendant quatre mois, il nous fut impossible d'avoir la fièvre.

M. Piorry attaque fortement les ménagemens avec lesquels la commission a traité l'homœopathie. Voici, dit-il, un des dogmes de ce système absurde: « Ce n'est point la lésion qu'il faut rechercher, ce sont les symptômes. » Ainsi, en chirurgie on pourrait dire: cet homme qui a la jambe cassée ne peut marcher; ne vous souciez pas de la fracture; le symptôme prédominant est l'impossibilité de marcher; il faut donc lui donner... (Une voix: Des béquilles!) Non pas! mais un médicament qui l'empêche un peu plus de marcher (Rires universels.) On allègue qu'au pis-aller ce serait une médecine expectante. Mais l'expectation exclusive, l'expectation quand même serait pleine de dangers, et l'expectation homœopathique est d'autant plus redoutable, qu'elle a la prétention d'agir. Un mot à présent sur la nature des conclusions que nous devons donner.

Je tiens d'une personne qui approche de très-près le ministre, les renseignemens suivans dont je vais donner lecture à l'Académie. (Marques d'attention.)

M. Piorry donne lecture d'une note dans laquelle il est dit: « que le préfet de police a renvoyé au ministre la demande en autorisation d'une société homœopathique, dont un des statuts prescrit l'institution de dispensaires. Il est douteux que le ministre ait le droit d'empêcher de fonder des dispensaires; car tout médecin peut donner des consultations et des ordonnances, gratuites ou non, chez lui ou ailleurs. Le ministre ne peut que refuser à la société l'autorisation nécessaire pour exister légalement; mais pour cela, il faut qu'il lui soit démontré qu'elle aurait des conséquences nuisibles; et si l'Académie ne s'exprime qu'avec un simple doute, l'autorisation ne pourra guère être refusée. » Je propose donc, dit l'orateur en finissant, que l'on retranche du rapport toutes les phrases qui se bornent à exprimer le doute; qu'on raie notamment tout le passage où le ministre est invité à laisser à la doctrine homœopathique les autres moyens de se répandre, et qu'on réponde nettement: « Il n'est pas convenable d'autoriser la formation d'un dispensaire pour la médecine homœopathique, parce que cette prétendue doctrine n'est fondée ni sur la raison ni sur l'expérience. » (Appuyé!)

M. Adelon. Je prie M. Piorry de me faire passer la note dont il a donné lecture.

M. Rochoux s'élève contre cette assertion de M. Itard, que la logique est un guide funeste. Jamais, s'écrie l'orateur, la logique n'a trompé depuis que le genre humain existe; autrement nous ne serions sûrs de rien. Je crois donc que par la logique seule, et sans qu'il fût besoin de recourir aux faits, on aurait pu arriver aux mêmes conséquences que M. Andral. Quant au fond de la discussion, tout a été dit à peu près: la disposition de l'Académie à refuser n'est pas douteuse: seulement, il s'agit de savoir si l'on refusera mollement ou avec énergie. Mais faites attention que si vous suivez le premier parti, les homœopathes en profiteront; ils diront: Il y a donc au moins doute, puisque l'Académie n'a pas osé se prononcer, et sans les rivalités de métier, nous aurions été approuvés. Je demande donc que les conclusions portent avec elles un blâme énergique, motivé, décent; en un mot, comme celui qui a été prononcé par l'Académie des sciences dans la question du magnétisme animal.

M. Adelon résume les objections faites au projet de la commission. M. Itard réclame pour tout médecin la liberté d'exercer. Ceci est un droit acquis que nul ne songe à limiter; mais qui n'a nul rapport avec l'établissement de dispensaires publics, soumis nécessairement à l'inspection de l'autorité, et qu'elle peut défendre dès qu'elle y voit du danger. M. Itard se plaint aussi qu'on ait décidé la question *a priori*; mais la commission n'a pas dit autre chose que ce que dit M. Itard lui-même; il y a doute, et le doute suffit pour que l'autorisation doive être refusée.

MM. Rochoux, Bouillaud et Piorry ont élevé un reproche tout contraire; ils auraient voulu un jugement plus rigoureux. Mais la controverse de M. Itard prouve qu'il y avait lieu de se prononcer avec réserve; la commission voulant éviter de juger *à priori*, et n'ayant pas le temps de faire toutes les expériences nécessaires, ne pouvait agir que comme elle l'a fait. Nous connaissions à la vérité les faits de M. Andral; mais ce sont des faits individuels que la commission ne pouvait présenter comme siens qu'autant qu'elle les eût répétés et vérifiés. En un mot, je demande à M. Itard si la question n'est pas au moins douteuse?

M. Itard. Après les faits qui viennent d'être cités par M. Andral, elle ne l'est plus. (Très-bien!)

M. Adelon. Alors il ne reste que deux propositions: celle de la commission, et celle de MM. Bouillaud, Piorry et Rochoux. Mais avant que l'Académie adopte l'une ou l'autre, réfléchissons que nous ne sommes pas chargés d'un pouvoir disciplinaire pour déverser le blâme sur nos confrères; qu'il ne s'agit ici que d'une réponse à faire à une question du gouvernement, et que quand une question est nette et précise, il y a toujours danger à en sortir.

M. Castel. Je ne vois pas qu'il y ait une grande bonne foi dans la demande de la société homœopathique. Que veut-elle en apparence? L'autorisation de fonder des dispensaires? Elle n'en a pas besoin; tout médecin peut faire un dispensaire de sa propre maison. C'est donc pour faire du bruit uniquement qu'elle s'est adressée au ministre. Aussi je trouve que la commission les a traités fort bénignement. Ce n'est pas que j'entende que nous devons tonner; ce sont des charlatans ou des insensés; aux charlatans, le mépris; aux cerveaux qui délirent, un peu de pitié. Tonner! mais nos précédens m'effraient! Quand, en effet, avons-nous tonné? Lorsqu'on est venu nous dire qu'il y avait des fonctions sans organes, que la vision se faisait par l'occiput (on rit), avons-nous tonné? Et cependant le cas était bien aussi grave. On vous a parlé à ce propos:

. . . . des haines vigoureuses
Que suggère le vice aux ames généreuses;

qui plus que moi est disposé à adopter les maximes du *Misantrope*? (Rire général.) Mais on peut les satisfaire sans tonner. Je demande donc que les conclusions du rapport soient un peu moins pusillanimes. Je ne veux pas casser les vitres (on rit); je ne veux pas allumer la guerre civile; mais je crois que nous pouvons nous risquer un peu plus.

M. Nacquart. Au point où en est arrivée la discussion, il me reste peu à dire. J'avais dessein de montrer que l'homœopathie n'est point une doctrine, qu'il faut pour cela un ensemble de faits positifs, avoués, des déductions bien enchaînées, une méthode d'application, et que l'homœopathie n'offre rien de semblable. Tout cela ayant été prouvé, il ne me reste qu'à conclure que c'est une pure déception, qu'il faut accueillir par un refus énergique conçu dans le sens que je viens d'exprimer.

M. Bouillaud. J'ai très-peu de chose à dire, les membres auxquels je voulais répondre ayant quitté la séance. (M. Itard est parti.) Mon opinion intime est que, dans ces questions, le gouvernement et les Académies font peu de chose; la véritable Académie, le juge suprême est le public. Si j'avais quelque chose à proposer, je voudrais qu'on infligeât aux homœopathes, pour pénitence, l'homœopathie même. (M. Double. Qu'on les nourrît homœopathiquement? — On rit.) Qu'on les condamnât, lorsqu'ils seraient malades, à être traités suivant leur méthode; ce serait un sûr moyen d'en finir.

M. Pelletier. Depuis que cette question est soulevée, je m'aperçois que j'ai fait dans ma vie, sans le vouloir et sans le savoir, une infinité d'expériences homœopathiques, dans les analyses chimiques d'une foule de substances qu'il est inutile de rappeler. En effet, j'ai respiré des odeurs et des gaz; j'ai goûté et malaxé toutes sortes d'agens énergiques, et je m'étonne de n'en avoir rien ressenti, ni malaise, ni douleur. Si quelquefois je m'en suis trouvé affecté, c'est que j'avais forcé les doses: Ainsi j'ai eu le tétanos pour avoir avalé une trop haute dose de strychnine. Il faudrait donc conclure que les poisons sont moins actifs à doses homœopathiques que les médicamens les plus ordinaires, qui, à haute dose, n'ont aucun inconvénient; ce qui me paraît profondément absurde.

M. Virey. Je voudrais que le rapport fît sentir que l'imagination joue surtout un grand rôle dans les cures homœopathiques. C'est une doctrine qui a nécessairement pour bases la foi, l'espérance et la charité. (On rit.)

M. Bailly. Je suis d'avis aussi que le rapport s'exprime avec plus d'énergie, à cause surtout des résultats donnés par l'expérience. On m'a cité comme ayant

tenté moi-même de ces essais. Messieurs, je n'ai point fait d'expériences, mais j'en ai fait faire. (Marques d'attention.)

L'an dernier, je reçus de MM. Curie et Léon Simon, rédacteurs du *Journal homœopathique*, une espèce de circulaire par laquelle ils témoignaient le besoin et le désir de soumettre leur doctrine, dans des applications publiques, au contrôle de l'expérience. Je les invitai à venir dans mon service à l'Hôtel-Dieu, et je mis des malades à leur disposition. M. Simon ne suivit pas tous les malades; mais M. Curie persista à les traiter homœopathiquement durant quatre à cinq mois. M. Curie, en qui je dois d'ailleurs reconnaître un homme très-convaincu et éclairé, apporta lui-même des médicamens plus authentiques encore, si je puis ainsi dire, que ceux dont se servait M. Andral; il les avait fait venir d'Allemagne, et de la même pharmacie où Hahnemann fait préparer les siens. J'ouvris un registre où étaient inscrits avec le plus grand soin la date de l'entrée de chaque malade, la date du commencement du traitement, l'état du malade à cette époque, et les changemens obtenus jour par jour. Ce registre était tenu par M. Curie et par M. Albin Gras, alors élève dans mes salles, et fort exact observateur. De temps en temps j'examinais contradictoirement avec eux l'état des malades; cela dura donc quatre à cinq mois. Au bout de ce temps, M. Curie se retira en m'avertissant qu'il remettait la suite des expériences à l'année prochaine. Je dois déclarer que, de tous les malades ainsi traités, pas un seul n'a guéri; j'ai chez moi le registre où sont consignées toutes les observations. Deux seuls faits font exception, les voici. Le premier concerne une femme affectée d'un cancer de l'utérus. Elle sortit après trois ou quatre mois de traitement, se disant soulagée: quinze jours après elle est rentrée à l'Hôtel-Dieu pour la même affection, et elle y a succombé. (M. PIORRY. Dans mon service.) L'autre observation a trait à une de ces affections qu'on appelle aujourd'hui fièvres typhoïdes. Deux hommes entrèrent presque en même temps dans mon service, affectés tous deux de symptômes typhoïdes presque absolument semblables. M. Curie en prit un qu'il traita homœopathiquement; je traitai l'autre par la méthode ordinaire. Mon malade guérit en 18 jours; celui de M. Curie ne sortit qu'après 3 ou 4 mois. Voilà ce que j'avais à dire.

J'annoncerai cependant à l'Académie que M. Double a rédigé un projet de réponse; et c'est à l'adoption de ce projet que je bornerai mes conclusions.

M. DOUBLE. Messieurs, ce n'est pas d'hier qu'on s'occupe d'homœopathie. Il y a trente ans que Hahneman a fait paraître le premier ouvrage où se trouvent ses idées de réforme, *De viribus medicamentorum positivis*, Lipsiæ, 1805. Et puisque j'agite une question d'érudition, je dirai que les premières expériences de Hahnemann ont bien pu lui être suggérées par des expériences antérieures d'Alberti, probablement l'auteur du traité *De hemorrhoidibus*. Alberti avait cru voir que le nitrate de potasse donné pendant long-temps à petites doses, déterminait des affections inflammatoires, conclusions qu'il présentait d'ailleurs sous forme dubitative.

On a donc écrit et on a fait de l'homœopathie depuis trente ans; l'expérience a jugé cette doctrine en Allemagne, en Russie, en Italie, et même en France, d'après les faits que vous venez d'entendre; le gouvernement vous demande les résultats de l'expérience et l'état de la science à cet égard; vous ne pouvez vous dispenser de les lui donner. (Très bien!)

M. Double donne lecture de son projet de lettre, qui est rédigé dans ce sens, et qui conclut par un refus positif et nettement exprimé. Cette lecture est suivie d'applaudissemens. M. Piorry et M. Nacquart déclarent qu'ils abandonnent leurs amendemens et se rallient à la rédaction de M. Double. La discussion est fermée.

Sur la proposition de M. Adelon, l'Académie vote d'abord sur la question du refus en général; le refus est voté à l'unanimité.

M. ADELON. Maintenant, il y a deux projets en présence: celui de M. Double et celui de la commission. L'Académie paraissant incliner vers un refus plus énergique, je propose au nom de la commission d'amender son projet de lettre en retranchant toutes les phrases qui exprimeraient le doute, et introduisant dans la lettre quelques-unes des conclusions plus rigoureuses qu'on avait laissées dans le rapport. L'Académie a donc à voter d'abord sur le projet de la commission ainsi amendé. (Plusieurs voix: L'amendement de M. Double; la priorité est de droit pour l'amendement.)

M. ADELON. Le projet de M. Double n'est pas un amendement, mais un projet tout nouveau; la priorité appartient à la commission.

M. DOUBLE appuie l'opinion de M. Adelon. (Aux voix!)

M. GUIBOURT. Je propose de renvoyer le projet de M. Double à la commission, pour fondre les deux lettres ensemble. (Non! non!)

M. P. DUBOIS. L'Académie doit à ses commissions certains égards auxquels on n'a jamais manqué. D'ailleurs, il est essentiel que la commission modifie son rapport d'après les conclusions nouvelles. J'appuie donc la proposition de M. Guibourt.

M. ADELON. Je l'appuie également, et dans l'intérêt de la commission, et dans celui de l'Académie. Il ne faut pas qu'une décision aussi grave soit emportée sur une simple lecture; la commission examinera plus à loisir le projet nouveau; elle viendra vous en dire son avis motivé, et ce sera alors avec pleine connaissance de cause que l'Académie décidera. (Appuyé!)

La proposition de M. Guibourt, appuyée aussi par M. Double, est mise aux voix et adoptée. Sur la proposition de M. Adelon, M. Double est adjoint à la commission. L'Académie se lève presqu'en masse, et il reste à peine quelques personnes pour entendre les communications suivantes.

M. LISFRANC présente un homme à qui il a enlevé un cancer de la langue par la ligature. (Voir cette observation à la correspondance.)

M. ROBERT montre une luxation du fémur directement en bas; elle est incomplète, la tête reposant sur le rebord de la cavité cotyloïde. Nous publierons cette belle observation.

M. EMERY montre la pièce anatomique dont il a parlé dans la précédente séance. C'est une carie de la cavité tympanique qui a envahi une partie du rocher et détruit l'aqueduc de Fallope et le nerf facial. Un trait de scie met parfaitement à nu les parties importantes à voir, et la pièce est supérieurement préparée.

Séance levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

I QUARANTA GIORNI..., etc.; c'est-à-dire LES QUARANTE JOURS DE LA CLINIQUE HOMŒPATHIQUE établie à l'hôpital militaire de Naples, sous la direction du chevalier Cosme de Horatiis et d'une commission de médecins; exposés avec des réflexions; par le chevalier PASQUALE PANVINI, médecin de l'hôpital Della Pace, etc.; ouvrage dédié à Hippocrate. — Naples, 1829; in-8° de 187 pages (1).

Un *essai de clinique homœopathique* annonçait que des fièvres simples, en très-grand nombre, avaient été guéries en deux ou trois jours; des angines tonsillaires phlegmoneuses et graves, en trois jours; des pleuro-pneumonies très-graves, en six jours; des fièvres gastriques-nerveuses avec menace de typhus, en cinq jours; une fièvre avec érysipèle de la tête, en six heures (le sujet chez lequel cette guérison avait eu lieu, était un médecin homœopathe, le docteur Nicolas Laraja); des rougeoles compliquées de typhus et d'affections vermineuses, en quatre ou cinq jours; des blennorrhagies avec ulcères et orchites, en vingt-six jours, et des blennorrhagies simples, en treize jours; des palpitations de cœur qui avaient résisté aux méthodes ordinaires, avaient disparu comme par enchantement et dans un clin-d'œil, etc. Tant de merveilles excitèrent vivement l'attention des médecins de Naples; chacun désirait en être témoin; un projet d'expériences fut présenté au roi qui l'approuva et en ordonna l'exécution. Il fut décidé:

1° Qu'une commission assisterait à la préparation et à l'administration des médicamens; que cette commission serait composée de deux professeurs de l'université, appartenant à la Faculté de médecine, de deux membres de l'Académie médico-chirurgicale, de deux membres de l'instruction publique et des chefs de service de l'hôpital;

2° Que ces commissaires, après avoir constaté l'atténuation des remèdes homœopathiques, placeraient lesdits remèdes dans une boîte solide, fermant bien, avec deux serrures différentes dont les clés seraient remises, l'une au directeur de la clinique, l'autre aux commissaires chargés de suivre le traitement.

3° Que la salle de clinique n'aurait qu'une seule porte de communication gardée par une sentinelle; qu'elle aurait toutes les conditions requises pour être salubre; qu'elle ne contiendrait pas plus de 15 à 20 lits, et que deux médecins assistans, l'un au choix du médecin traitant, l'autre au choix des commissaires, tiendraient un registre exact de tout ce qui arriverait aux malades, des phases de leur maladie, de leur régime, des guérisons et des décès, s'il y avait des décès;

4° Que l'admission des malades atteints d'affections aiguës ou chroniques, serait au choix du médecin traitant et des commissaires, avec cette condition, que le médecin traitant ne serait pas obligé d'accepter les malades reconnus incurables, ni ceux dont la maladie mal déterminée, équivoque, ne serait pas regardée comme propre à des expériences positives;

5° Que les commissaires ayant déterminé le genre de maladie, le médecin traitant ferait l'exposé des symptômes, administrerait le remède et prescrirait le régime;

6° Que chaque jour l'état de chaque malade serait constaté par le médecin traitant et par les commissaires.

Ces règles établies, il s'agissait de procéder à la préparation des médicamens, ou, comme le dit le docteur Panvini, à leur atténuation. Les homœopathes ont adopté pour multiplicateur dans leurs atténuations, le nombre *cent*. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'un médicament liquide, on en prend une goutte que l'on mêle à cent gouttes d'esprit de vin, c'est la première atténuation, ou dilution; pour la seconde dilution, il faut dix mille gouttes, et ainsi de suite, en multipliant toujours par cent, jusqu'à la trentième ou même à la quarantième dilution.

Le docteur Panvini a compté combien il faudrait d'alcool pour la dilution d'une goutte médicamenteuse, et combien il faudrait de sucre pour l'atténuation d'un grain de substance pulvérulente, afin d'arriver à la trentième et à la quarantième dilution.

La première dilution d'une goutte de teinture de camomille, par exemple, exigerait, comme il vient d'être dit, cent gouttes d'alcool.

La seconde, dix mille gouttes, ou à peu près une livre.

(1) Nous devons à M. Esquirol la communication de cette notice bibliographique, qu'il avait préparée pour la dernière séance de l'Académie de médecine, consacrée à la discussion de l'homœopathie.

La troisième, cent livres ou environ un baril.

La quatrième, cent barils.

Et d'encore en encore, la neuvième autant d'alcool qu'en pourrait contenir le lac d'Agnano.

La douzième, cent millions de lacs d'Agnano.

La dix-septième, dix mille mers Adriatiques.

La trentième, autant d'alcool qu'en pourrait contenir le globe terrestre, tout notre sytème planétaire et peut-être toutes les étoiles de première et de deuxième grandeur que l'on peut découvrir dans une belle nuit d'été; à quoi, il faudrait ajouter, pour la quarantième dilution, toutes les constellations que l'on découvre de l'un à l'autre pôle.

Quant à ce qui concerne les substances pulvérulentes, des proportions analogues.

Pour les personnes qui regarderaient comme impossibles ces dilutions à l'infini, M. Panvini indique la méthode abrégée suivie par les Hanhémaniens, et qui consiste à prendre à chaque dilution, non pas la totalité du liquide que l'on veut diviser, mais la centième ou la centmillième partie seulement, de telle sorte que pour arriver à la trentième dilution, il suffit de trente petits flocons dont chacun contiendrait cent gouttes d'alcool.

C'est avec des médicamens ainsi divisés que les expériences ont été faites.

Dans le choix des malades, les commissaires avaient soin d'éloigner ceux qui leur paraissaient avoir besoin d'un traitement énergique et prompt, afin de n'exposer la vie de qui que ce soit.

D'abord on essaya si certains malades ne guériraient pas sans qu'on leur fît aucun remède. Dix malades furent ainsi mis en observation; le médecin traitant voulait les médicamenter; les commissaires en décidèrent autrement, et les dix malades guérirent. L'un d'eux avait une fièvre gastrique; le médecin homœopathe voulait lui faire prendre une goutte de teinture de fève de Saint-Ignace à la douzième dilution, représentant la quadrillionième partie de la goutte primitive; ce qui, d'après le calcul du docteur Panvini, équivaut à une dilution dans autant d'alcool qu'en pourraient contenir cent millions de lacs d'Agnano. Le médecin homœopathe protesta contre l'expectation, il craignait, disait-il, qu'un jour de retard ne compromît la vie du malade; les commissaires firent leurs efforts pour le rassurer, ils comptaient sur une crise. Cette crise arriva pendant la nuit. Le lendemain on donna la demi-portion, et deux jours après la guérison était parfaite.

L'homœopathie se fût honorée de ces guérisons, qui pourtant ne peuvent être attribuées qu'aux efforts de la nature.

Passant ensuite aux cas dans lesquels le traitement homœopathique a été employé, M. Panvini parle de maladies légères qui ont été guéries, mais sans qu'on ait pu reconnaître, dans le traitement, aucun des effets attribués aux remèdes homœopathiques. Ces cas sont au nombre de six: ce sont deux ophthalmies deux rhumatismes, une blennorrhagie simple, et une fièvre gastrique légère; toutes maladies dans lesquelles le traitement mis en usage a été de nul effet, et qui auraient guéri par le régime seul, peut-être même sans le régime.

Dans une troisième série se trouvent rangées des maladies plus graves; elle est intitulée: *Cas qui exigeaient l'assistance de l'art, et dans lesquels la médecine homœopathique s'est montrée tout-à-fait impuissante.* Je rapporterai avec détail une des observations contenues dans cette série. Il s'agit d'une pleurésie aiguë.

Obs. — Un soldat âgé de 25 ans, après avoir abusé des liqueurs spiritueuses et s'être refroidi, éprouva de la douleur dans le côté gauche de la poitrine, et il eut de la toux. Envoyé à l'infirmerie, on lui donna quelques pilules d'opium, et il ne tarda pas à reprendre son service avant d'être entièrement rétabli. Le 10 avril, s'étant refroidi pendant qu'il était en sueur, il sentit une violente douleur au côté. Le 11, on le conduisit à l'hôpital, où il fut saigné et mis à la diète.

Le 13 avril, lors de l'ouverture solennelle de la clinique homœopathique, il fut reçu le premier, examiné et mis en traitement le troisième jour de sa rechute. Il présentait les symptômes suivans: Pouls dur, battant 120 fois par minute; visage animé; langue blanche; respiration gênée; toux avec expectoration facile, mais striée de sang; douleur sous les côtes gauches s'étendant jusqu'à l'épaule du même côté; difficulté de se coucher sur le côté gauche.

On lui donne une goutte d'aconit de la vingt-quatrième dilution (ce qui répond à une goutte de teinture dissoute dans cent millions de globes terrestres en esprit de-vin), *et pour régime de l'eau sucrée et un bouillon.*

Il survient pendant l'après-midi une légère exacerbation dont le médecin homœopathe rend grâce au ciel, et qui lui fait annoncer au moins une grande amélioration pour le lendemain. Le malade prend le soir une nouvelle dose du remède.

Le 14 avril, quatrième jour de la maladie, second du traitement homœopathique, les symptômes de la veille persistent; la douleur du côté est plus vive; il est survenu de la céphalalgie; pouls un peu dur, d'abord à 120, puis à 126; difficulté de respirer, douleur, inquiétude. Une évacuation alvine suivie de faiblesse.

Le 15, le pouls à 126; tous les autres symptômes aggravés. (*On donne un quart de goutte de teinture de bryone de la trentième dilution; pour régime, un quart de poulet que le malade prend avec plaisir.*) Pendant le jour, évacuations bilieuses; alternatives de bien et de mal.

Le 16, la douleur de côté est plus vive; sensation douloureuse sous les côtes gauches; urines jaunes, sédimenteuses. (*Huitième de goutte de bryone de la trentième dilution; bouillon; eau sucrée.*)

Le 17, soulagement; un peu d'appétit; évacuation bilieuse; nuit inquiète; toux avec crachats striés de sang; douleur de côté plus vive.

Le 18, douleur de tête; délire, plaintes, inquiétude; toux et crachats striés de sang; deux évacuations bilieuses et fétides. (*Lait étendu d'eau; un peu de viande pour nourriture*) Après le repas, exacerbation qui dure toute la nuit.

Le 19, même état; même prescription que la veille.

Le 20, évacuation alvine fetide; sueur; pouls à 105, un peu irrégulier; expectoration gelatineuse avec des traces de sang. (*Une goutte de la trente-unième dilution du rhus radicans.*) La nuit, peu de repos; toux sèche et fréquente; une goutte de sang sort de la narine droite.

Le 21 et le 22, un peu de mieux.

Le 23, la fièvre est moins forte; mais la douleur de côté est plus vive; la respiration difficile, laborieuse; les crachats visqueux, écumeux, blancs; la toux rare, l'expectoration striée de sang, les joues rouges, ainsi que la langue; pouls presque naturel.

Le 24, pas de changement important.

Le 25, *on fait odorer au malade un petit flacon contenant la trentième dilution de l'aconit, et pour régime on lui donne un quart de poulet bouilli.* Le soir et la nuit, toux très-fréquente; expectoration peu abondante, visqueuse, spumeuse et en partie puriforme, avec des stries de sang.

Le 26 et le 27, pas de changement. (*Une goutte de digitale de la quinzième dilution*)

Le 30, *une goutte de noix vomique de la trentième dilution.*

Le 1er mai, vomissement bilieux.

Le 4 mai, vingt-quatrième jour de la maladie et le vingt-deuxième du traitement, fièvre; crachats puriformes et striés de sang. (*Un grain de pulsatille de la douzième dilution, pour régime, un vermicelle au bouillon et une soupe au lait.*

Le malade resta à peu près dans le même état jusqu'au quarantième jour de la maladie, époque à laquelle, dit M. Panvini, nous avons cessé d'assister à la clinique.

Les réflexions qui suivent cette triste expérience sont graves; les médecins qui ont vu ce malade et qui étaient chargés de le traiter, ont à se reprocher de n'avoir pas suivi les préceptes consacrés par le temps, préceptes dont l'accomplissement eût, selon toutes les probabilités, amené la prompte guérison du malade.

Dans les autres observations de la troisième série, il s'agit de maladies syphilitiques, d'ophthalmies, d'entérites, qui toutes ont acquis un caractère plus grave pendant le cours du traitement homœopathique, et pour la guérison desquelles il a fallu recourir aux médications ordinaires.

Enfin dans une quatrième et dernière série, M. Panvini rapporte les expériences qu'il a faites lui-même avec des remèdes préparés par des homœopathes, sans qu'il en soit jamais résulté aucun effet. Au nombre de ces remèdes sont la staphysaigre, la bryone, la belladone, la pulsatille, etc.

En résumé, il est résulté des quarante jours du traitement homœopathique fait sous les yeux de la commission nommée par le roi de Naples, que ce traitement a été de nul effet, et qu'il a eu le grave inconvénient, pour certains malades, de retarder l'emploi des remèdes qui pouvaient les guérir.

Cependant le médecin traitant était M. de Horatiis, le médecin qui avait annoncé, l'année précédente, des guérisons si merveilleuses, et l'auteur de la brochure intitulée: « Essai de médecine homœopathique. » Seul, ou entouré de médecins partisans comme lui de l'homœopathie, il avait opéré des prodiges; en présence de la commission, non-seulement il n'a guéri personne, mais il a laissé empirer l'état de plusieurs malades, pour la guérison desquels il a fallu recourir aux traitemens ordinaires.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 13. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 28 MARS 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DES FIÈVRES TYPHOÏDES PAR LES PURGATIFS RÉPÉTÉS; mémoire lu à l'Académie royale de médecine, le 24 mars 1835, par M. Piédagnel, médecin du bureau central.

Il y a près d'un an que M. Delaroque me dit qu'il guérissait les fièvres typhoïdes par les purgatifs. Il se fondait sur la théorie suivante : « La bile, selon lui, acquérant dans cette maladie une âcreté extraor» dinaire, et étant sécrétée en plus grande quantité que de coutume, » il était urgent de l'évacuer, sous peine de voir des ulcères se déve» lopper dans l'intestin. » Une semblable explication pouvait paraître un peu hasardée; aussi je n'en tins nul compte, et ce ne fut qu'après avoir lu une observation de M. Delaroque où l'usage des purgatifs, quoique non exclusivement employés, avait été suivi de succès, que je me décidai à les essayer. Les quatre premiers malades qui y furent soumis étaient légèrement affectés; en peu de jours, ils guérirent, et je pus en conclure avec certitude qu'au moins cette médication n'était pas incendiaire. Dans deux cas nouveaux beaucoup plus graves, l'un de fièvre typhoïde compliquée de choléra, le second de fièvre adynamique très-prononcée, les purgatifs réitérés échouèrent complétement; et les malades moururent; mais sur d'autres malades j'obtins de meilleurs résultats; et les travaux de Hamilton en Angleterre, l'emploi journalier du calomel en Allemagne, achevèrent de me déterminer à poursuivre ce mode de traitement. Depuis le mois de juin dernier, je ne l'ai pas abandonné un seul instant, non point dans l'intérêt d'une théorie; mais mon seul but a été de résoudre cette question : *De quelle utilité sont les purgatifs dans la maladie appelée fièvre typhoïde?*

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Mon cher confrère,

Vous avez vu dans le dernier numero de la Gazette médicale, la discussion académique sur l'homœopathie; vous trouverez dans celle de ce jour la résolution qui a été prise. Nous ne reviendrons pas sur une affaire dont nous avons déjà si longuement parlé, et de laquelle vous êtes maintenant aussi instruit que nous. Nous tenons pourtant à vous faire remarquer que les termes de la réponse au ministre, quoique dignes sans doute de la gravité du corps au nom duquel elle est écrite, n'ont pas cependant le caractère impassible que nous aurions désiré. Nous aurions voulu qu'il n'y fût question que de l'homœopathie, et non des homœopathes. A Dieu ne plaise que nous voulions jeter le moindre nuage sur la rectitude des intentions de l'honorable membre qui a proposé cette rédaction, notre observation n'est inspirée que par le désir de mettre l'autorité de cette décision à l'abri de toute objection raisonnable. Il n'aurait pas fallu, peut-être, y laisser apercevoir la moindre trace des dispositions défavorables que la conduite de quelques charlatans homœopathes a dû naturellement provoquer dans la majorité. Mais il faut convenir aussi que cette conduite n'est guère faite pour justifier notre impassibilité scientifique. Les déclarations d'un médecin de Versailles, dont vous trouverez plus loin les détails, ont révélé des faits qui font peu d'honneur à la secte naissante. Il paraît que les homœopathes, malgré leurs prétentions scientifiques, n'ont pas renoncé, pour assurer leur succès, aux moyens de la politique la plus vulgaire. Ils allèguent des guérisons mensongères, des malades qui n'ont jamais existé, et rapportent des observations fabriquées à leur convenance. Pour les adeptes de la nouvelle médecine, ce sont là des fraudes pieuses, très-excusables et louables même en considération des motifs. La fin sanctifie les moyens, telle a toujours été la maxime des partis. C'est une pratique fort ancienne, et qui, dans certaines limites, est d'une utilité incontestable; elle est d'une application si facile en médecine, qu'il n'y a pas de mensonge insigne qu'on ne puisse, avec un peu d'adresse et beaucoup d'impudence, revêtir d'une apparence de vérité. A la facilité d'abuser des faits par l'interprétation, se joint celle de les inventer même de toutes pièces. Ce dernier parti est, à tout prendre, le meilleur et le plus sûr. Les faits tels que la nature les offre, ne vaudront jamais, pour un système, les faits inventés et créés tout exprès pour ce système; et il est moins aisé d'interpréter des observations authentiques, que de fabriquer les observations mêmes. Il paraîtrait que les homœopathes ont usé de ce dernier moyen, en citant de prétendus traitemens et de prétendues guérisons opérés sur des militaires. Ces révé-

Pour arriver à un résultat positif, il fallait soumettre toutes les fièvres typhoïdes indistinctement, quels que fussent leurs symptômes et leur période, à un traitement unique; il fallait agir sur un grand nombre de cas et dans la même saison; mais surtout il fallait ne point s'écarter des purgatifs; une seule application de sangsues, une saignée, ou l'administration d'un médicament actif quelconque, aurait ôté à l'observation toute sa valeur.

Pour tous les malades qui se sont présentés dans mon service, j'ai suivi la marche suivante. Le lendemain de leur entrée, s'ils étaient gravement affectés, je commençais le traitement immédiatement; sinon j'attendais un ou deux jours. Le traitement consistait en un purgatif tous les jours on tous les deux jours; pour boisson, une solution de sirop de groseille, et pour alimens trois bouillons. Je ne me suis écarté de ce régime dans aucun cas; seulement, je le modifiais suivant les circonstances. Ainsi, quand un purgatif léger ne produisait que peu d'évacuations, j'en administrais un plus fort; puis je laissais reposer le malade. Quand il existait naturellement des selles, un purgatif léger était donné tous les jours. Le gargouillement abdominal était une indication que je ne manquais pas de saisir; le météorisme surtout, quand il tendait à se développer, était un motif de recourir à des purgatifs beaucoup plus énergiques. Par ces moyens, les malades avaient presque toujours de six à dix selles dans les vingt-quatre heures, quelquefois beaucoup plus; et cependant un nombre considérable de selles durant depuis plusieurs jours n'était pas une contre-indication; car un purgatif les faisait quelquefois diminuer. Quelques malades ont été purgés une ou deux fois dans le cours de leur maladie; d'autres l'ont été jusqu'à dix, douze et seize fois; le plus souvent, trois ou quatre purgatifs suffisaient; mais je ne cessais d'en administrer que quand les symptômes généraux l'indiquaient. Jamais l'état du ventre ne m'a fourni de contre-indication; une douleur vive dans l'un des points de l'abdomen, par exemple, cédait ordinairement au premier ou au deuxième purgatif, et ne résistait jamais au troisième.

Les substances que j'ai employées comme purgatifs, sont l'eau de Sedlitz gazeuse, à la dose de deux verres à une bouteille, quelquefois deux; une solution d'une ou deux onces de sel d'Epsom dans une tasse de véhicule en une seule fois, ou deux fois matin et soir; l'huile de ricin, de demi-once à deux onces; l'huile d'épurge (*euphorbia latyris*), de 6 à 10 gouttes; un grain ou deux de tartre stibié dans du bouillon d'herbes; la décoction de séné, le calomel, et enfin l'huile de croton à l'intérieur ou par la méthode endermique.

Ces diverses substances étaient données en potions ou en lavemens, dosées suivant le nombre de selles que je voulais obtenir, et diversifiées suivant la susceptibilité, la répugnance des malades, l'intensité des symptômes, la durée de la maladie.

En 9 mois, du 1[er] juin 1834 au 1[er] mars 1835, j'ai eu à traiter à l'Hôtel-Dieu 134 fièvres typhoïdes présentant toutes, à un degré plus ou moins grand, le facies, l'état de la bouche, de la voix, le râle muqueux, la sibilance, la diarrhée, la douleur du ventre, les taches lenticulaires ou les sudamina, et enfin la prostration ou la contraction du système musculaire. Ce nombre paraîtrait prodigieux si je n'ajoutais que, pendant le mois de juin, j'ai été chargé de la consultation de l'Hôtel-Dieu; que pendant juillet et août j'étais de service au bureau central, et que j'ai pu alors diriger sur mon service les fièvres typhoïdes qui se présentaient à moi. Enfin plusieurs de mes confrères ont bien voulu m'en adresser, en sorte que, dans le service qui m'était confié à l'Hôtel-Dieu, j'ai eu jusqu'à 27 malades en traitement à la fois.

Maintenant, pour établir d'une manière précise en quels cas les purgatifs sont plus spécialement avantageux, en quels cas ils sont au moins inutiles, il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations.

Le temps est déjà loin où la fièvre typhoïde n'était regardée que comme une entérite. Maintenant, avant l'altération intestinale, on voit qu'il existe autre chose: d'abord, après la douleur de tête et la courbature, une altération du sang; plus tard, une altération de toutes les sécrétions; mais ces diverses lésions peuvent êtr plus ou moins prononcées; et même, au plus haut degré, ne constituent encore qu'une *fièvre typhoïde grave*, mais *simple* et rarement mortelle. C'est là un premier groupe qu'il m'a paru convenable d'établir.

A ces premiers phénomènes s'il s'ajoute une altération profonde du canal intestinal, des ulcérations nombreuses, l'affection abdominale devient la maladie dominante, et par son intensité peut faire périr le malade; ou bien, si la maladie se prolonge, l'adynamie se manifeste. J'en fais un second groupe sous le nom de *fièvre typhoïde adynamique*.

Dans un troisième groupe, ce sont les symptômes cérébraux qui dominent: délire spécial, douleur de tête, bourdonnemens, surdité, perversion des sens, contraction musculaire plus ou moins persistante, tremblemens dans les mouvemens, etc.; et pour altérations anatomiques, injection de la pie-mère, rupture des vaisseaux de communication de cette membrane avec le cerveau, rugosité de la surface de la substance grise, puis ramollissement, amincissement, disparition d'une partie plus ou moins étendue, plus ou moins épaisse de cette même substance, presque toujours sur les circonvolutions, rarement dans les anfractuosités. Quelquefois la substance blanche est ramollie et présente une teinte d'un blanc mat spécial. Je me propose d'établir la réalité de ces divers états du cerveau dans un autre travail; je me borne ici à les énoncer. Je donne à cette variété de la fièvre typhoïde le nom d'*ataxique*.

Enfin il est des cas où la fièvre typhoïde ne peut être comparée qu'à un empoisonnement; en trois ou quatre jours les malades succombent, et l'autopsie ne révèle aucune altération. Je les désigne sous le nom de *fièvre typhoïde foudroyante*.

Je noterai ici une lésion anatomique qui m'a paru le signe le plus constant de la fièvre typhoïde, puisque je l'ai rencontrée sur des sujets sur lesquels les ulcérations intestinales n'existaient pas encore; c'est une pneumonie de la partie postérieure du poumon, souvent accompagnée d'emphysème à la partie antérieure de cet organe; elle a été bien décrite par l'interne de M. Delaroque, en 1833.

En résumé, telles sont donc les quatre divisions sous lesquelles je range toutes les fièvres typhoïdes: 1° *fièvres typhoïdes simples*, renfermant les typhoïdes naissantes qui sont arrêtées dans leur marche, et les typhoïdes légères; 2° *fièvres typhoïdes adynamiques*; 3° *ataxiques*; 4° *foudroyantes*.

Voyons maintenant les résultats obtenus dans ces divers cas par les purgatifs. Je noterai d'abord que, loin d'affaiblir la proportion de la mortalité, j'ai compté parmi les morts deux malades dont l'un, guéri de la fièvre typhoïde et mangeant la portion depuis quatre jours, succomba à une double pneumonie; et dont l'autre, également guéri de sa fièvre et mangeant les trois quarts, contracta une variole qui le fit périr.

---

lations étaient certes de nature à indigner l'Académie, et il ne faut pas s'étonner qu'elle ait été entraînée à flétrir ces misérables manœuvres du charlatanisme. Mais en voilà assez sur les homœopathes.

Votre ville est une de celles qui renferment une école secondaire de médecine. Vous êtes donc, plus qu'un autre, intéressé à connaître un récent arrêté du conseil royal de l'instruction publique, qui apporte une modification des plus importantes et des plus utiles dans le régime de ces écoles.

Vous savez peut-être qu'il y a en France dix-huit écoles secondaires de médecine: plusieurs de ces établissemens offrent aux élèves un enseignement complet. On peut évaluer à 2,000 le nombre d'élèves qui fréquentent les écoles préparatoires. Ces institutions sont d'une utilité si évidente, que, dans les discussions dont a été dernièrement l'objet l'organisation médicale, leur maintien a été unanimement demandé par tous les corps qui ont été appelés à donner leur opinion, c'est-à-dire par les trois Facultés du royaume, par l'Académie royale de médecine, par l'association générale des médecins de Paris. Ces écoles, placées ainsi à l'avenue de la carrière dans toutes les villes un peu importantes, facilitent les études, éprouvent les vocations, entretiennent même dans les localités où elles sont placées le goût des études sérieuses et une sorte d'émulation entre les praticiens du pays. Il est évident aussi que l'intérêt des familles se trouverait compromis gravement par l'abolition des écoles, si jamais on pouvait songer à les dissoudre. Les familles ne se résoudraient pas facilement à s'imposer les sacrifices que nécessitent toujours un long voyage et le séjour dans une ville éloignée, et une foule de sujets précieux seraient éloignés de la carrière médicale, s'ils étaient forcés d'aller chercher l'instruction à cent lieues de la maison paternelle. L'enseignement de ces écoles ne mérite pas non plus la défaveur qu'un coup-d'œil superficiel pourrait faire concevoir. Les faits prouvent qu'il s'y forme d'excellentes éducations médicales. Ainsi nous avons vu à Paris Béclard, Berard aîné, Bérard jeune, Ollivier d'Angers, Riobé, Velpeau, Trousseau et plusieurs autres être en état à leur arrivée à Paris de lutter contre les élèves de notre Faculté et de nos hôpitaux, et y remporter des prix.

Mais tous ces avantages, que personne ne saurait raisonnablement contester, sont en partie paralysés par un grave inconvénient. Cet inconvénient consiste à exiger des élèves sortis de ces écoles le paiement intégral des droits d'inscription et d'examen établis dans les Facultés, sans leur tenir compte de ce qu'ils ont déboursé en inscriptions aux écoles préparatoires. Jusqu'à ce jour, dans les sept huitièmes de ces écoles les inscriptions ont été payées 20, 25 et 30 fr. chacune; puis quand l'élève se présente à une Faculté pour échanger ces inscriptions contre des inscriptions de la Faculté, on exige de lui qu'il acquitte intégralement les frais de ce nouvel enseignement. Les déboursés qu'il a faits précédemment ne sont comptés pour rien, et il est sous ce rapport assimilé à ceux des élèves qui n'ont jamais pris d'inscription dans les écoles secondaires. Ainsi, un étudiant qui a payé 720 fr. dans un de ces établissemens pour vingt inscriptions, obtient de droit seize inscriptions de Faculté; mais on les lui fait payer 800 fr., ce qui porte le total de ses déboursés à 1520 fr., c'est-à-dire qu'il paie à peu près le double des autres élèves. Il ne gagne à cet échange qu'une dispense de temps, quelquefois fort légère, et qui n'est jamais en proportion de l'énormité de la dépense. Ce système vicieux a dû s'opposer beaucoup à la prospérité des écoles préparatoires. Les parens se résignent difficilement à payer ce double droit.

Cet abus, depuis long-temps reconnu, vient d'être détruit par l'arrêté du 23 de ce mois, rendu sur la proposition de M. Orfila, à qui l'enseignement et la mé-

Enfin je n'ai considéré comme guéris que les malades arrivés à manger la demie d'alimens.

Malades traités à l'Hôtel-Dieu, du 1er juin 1834 au 1er mars 1835, 134; guéris 115, morts 19; 1 sur 7 1|19.

Durée moyenne de la maladie,	20 jours 1|2.
Durée moyenne du traitement,	13 jours 1|2.
Purgatifs administrés, moyenne,	3 1|2.

Typhoïdes simples et légères, 69; pas de morts.

Durée moyenne de la maladie,	17 jours 1|4.
Durée moyenne du traitement,	10 jours 1|4.
Purgatifs administrés, moyenne,	3.

Typhoïdes adynamiques 49; guéris 39; morts 10; 1 sur 5 9\|10, près de 4.

Durée moyenne de la maladie,	33 jours.
Durée moyenne du traitement,	23 jours.
Purgatifs administrés, moyenne,	5.

Pour les 39 malades guéris, la durée moyenne de la maladie a été de 35 jours; celle du traitement de 26 jours; la moyenne des purgatifs employés de 6 et un tiers. — Pour les 10 morts, la maladie a duré en moyenne, 22 jours 3|4; le traitement 11 jours 1|3; les purgatifs employés, 2 9|10, près de 4.

Typhoïdes ataxiques, 16; guéris 7; morts 9.

Durée moyenne de la maladie,	29 jours.
Durée moyenne du traitement,	19 jours.
Moyenne des purgatifs employés,	6 1|3.

Pour les 7 malades guéris, la durée moyenne de la maladie a été de 36 jours; du traitement 25 jours; la moyenne des purgatifs, 7. — Pour les 7 morts, la maladie a duré 26 jours; le traitement 14; la moyenne des purgatifs a été de 6. Il y a eu seulement deux cas de *fièvre typhoïde foudroyante*; mais je les ai fait rentrer dans le tableau des ataxiques.

Sous le rapport de la durée de la maladie, il est impossible d'établir un parallèle avec d'autres méthodes de traitement; les matériaux manquent. Cependant, dans l'excellent livre de M. Genest, *Clinique de M. Chomel*, je vois que sur 10 fièvres adynamiques la durée moyenne a été de 26 jours et demi. Dans les relevés ci-dessus elle a été de 33 jours; mais mais l'échelle de comparaison n'est pas assez grande pour donner un résultat sur lequel on puisse compter.

Il n'en est pas de même sous le rapport de la mortalité. Dans l'ouvrage cité, on voit ce qui suit :

En 1830, 27 malades,	8 morts.	1 sur	3 3|8.
1831, 56 id.	16 id.	1 sur	3 1|2.
1832, 23 id.	5 id.	1 sur	4 3|5.
1833, 30 id.	10 id.	1 sur	3.

Dans le relevé de la clinique de M. Bouillaud, on lit :

En 1834, 31 malades, 5 morts. 1 sur 6 1|5.

Enfin dans notre résumé on trouve au total :

En 1834-35, 134 malades, 19 morts. 1 sur 7 1|19.

Certe, ce résultat parle hautement en faveur des purgatifs répétés dans les fièvres typhoïdes prises en masse; mais il est important de signaler à l'attention la mortalité effrayante qui a lieu dans la variété ataxique, 9 morts sur 16 malades. Un tel fait n'a pas besoin de commentaires et démontre la nécessité de recourir à un autre mode de traitement dans cette variété.

Je n'ai pas perdu de vue l'influence de l'atmosphère sur les malades soumis à nos soins dans les hôpitaux; elle s'est manifestée d'une manière extrêmement tranchée sur les fièvres typhoïdes. Dans les trois premiers mois, le temps était beau et doux; je n'ai eu que quatre décès. C'est de cette époque que date la note de M. Boyer dans la Gazette médicale, où la mortalité est établie dans la proportion de 1 sur 15. Mais tout à coup, vers le mois d'août, le temps s'est mis à l'orage; des pluies fréquentes ont eu lieu; l'air était lourd, l'atmosphère chargée d'électricité; la mortalité a augmenté d'une manière très-considérable. Elle s'est maintenue à peu près au même point depuis le mois de septembre jusqu'à ce jour.

Si nous voulons évaluer le nombre des purgatifs employés, nous voyons que sur la masse générale la moyenne a été de 5 et demi, et de 3 seulement dans les fièvres légères et simples.

Dans la fièvre adynamique, de 5 sur la totalité; de 6 et demi pour ceux qui sont morts; de 4 seulement sur ceux qui ont guéri. Ce n'est donc pas l'excès des purgatifs qui a été nuisible aux premiers, puisqu'ils en ont moins pris que les autres.

Dans les typhoïdes ataxiques, la moyenne a été de 6 un tiers: 7 pour les malades guéris et 6 pour les morts. La même réflexion est donc encore ici applicable.

Si nous sortons des moyennes pour passer aux faits particuliers, nous trouvons que dans les fièvres adynamiques, pour ceux qui ont été purgés deux, trois et quatre fois, le rapport des morts aux guéris demeure le même, et que ceux qui l'ont été le plus ont tous guéri. Ainsi, trois malades ont été purgés dix fois, deux douze fois, deux seize fois et un dix-huit fois; et le rapport de la mortalité à la guérison n'a été égal qu'à commencer à neuf purgations.

Mais pour les fièvres typhoïdes ataxiques, le résultat n'est plus le même. Ainsi, je trouve :

Sur 2 malades purgés	12 fois;	1 mort,	1 guéri.
3 id.	10 fois;	3 morts.	
1 id.	9 fois;	1 mort.	
2 id.	8 fois;	1 mort,	1 guéri.

Il résulte de ce compte-rendu que le traitement par les purgatifs répétés est meilleur que ceux connus jusqu'à ce jour sous le rapport de la mortalité; mais il fatigue beaucoup les malades et demande un soin extrême pour son administration. Les complications les plus fréquentes qu'on peut lui reprocher sont des inflammations aiguës et franches, qui quelquefois déterminent la mort; mais, en compensation, on rencontre rarement des escarres étendues, des abcès, du météorisme, etc; et je crois que la convalescence est moins longue que de coutume.

---

decine en général doivent déjà tant. Il porte en substance qu'à l'avenir ces élèves seront dispensés d'acquitter ce double droit. Pour vous donner une idée de l'importance de cette mesure, il vous suffira de savoir que dans le premier trimestre de 1835, dans l'espace de trois mois seulement, il a été versé déjà à la caisse de la Faculté de Paris 26,600 fr., payés par des élèves qui avaient déjà déboursé la même somme dans les écoles secondaires. Cette mesure s'étend aux trois Facultés. Nous ne doutons pas qu'elle n'ait de très-heureux résultats.

On a songé aussi à rendre meilleure et plus digne la condition des professeurs aux écoles secondaires, en les dotant d'un traitement mieux proportionné à leur position sociale. Cette dotation sera indubitablement réglée par la loi projetée sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.

En même temps qu'on s'occupe des écoles secondaires, le conseil d'administration des hôpitaux vient d'adopter un nouveau réglement présenté aussi par M. Orfila. Vous en trouverez les principales dispositions dans la Gazette de ce jour. On s'accorde généralement à les trouver justes et convenables.

On s'agite toujours beaucoup à l'Académie des sciences. La succession de Dupuytren n'y est pas précisément disputée, car le choix de l'héritier n'est plus un objet de doute pour personne; mais elle devient une occasion de mettre en scène les candidats pour les successions futures. Dans la carrière académique comme dans beaucoup d'autres, les prétentions sont des droits acquis, et une démarche est un titre. Ainsi le veulent l'usage, et jusqu'à un certain point la raison. Il est naturel que les premiers arrivés soient admis avant les seconds, et ainsi de suite, lorsque d'ailleurs les titres scientifiques ne sont pas inégaux au point de nécessiter la violation de cette espèce de privilége attaché à la priorité. Cette fois, c'est à M. Breschet que sera adjugé le fauteuil de Dupuytren. Nous pouvons prévoir que cette nomination sera faite à la presque unanimité. Ce candidat a tous les titres désirables. Titres de position, titres de talent et de science. Dans les deux élections précédentes, il ne lui a manqué qu'une voix pour être nommé; il est un des praticiens les plus distingués de notre école, un des écrivains médicaux les plus érudits, et très-connu, non-seulement en France, mais encore en Europe, par ses ouvrages. Nous avons déjà plus d'une fois appuyé sa candidature, nous le ferions encore aujourd'hui si elle avait besoin de cet appui, tout faible qu'il est. Nous serons des premiers à nous féliciter de sa nomination.

M. Lisfranc qui après M. Breschet aurait le plus de chances se prépare nécessairement, par sa candidature d'aujourd'hui, un triomphe très-probable à la première vacance. Dans ces débats pacifiques et loyaux il n'y a aucune espèce de honte à céder le pas à un concurrent mieux placé et plus favorisé par les précédens. Ce sont là des concessions de convenance que se doivent naturellement des hommes honorables, destinés à se trouver un jour ensemble comme membres du même corps, et le résultat de ces sortes de luttes ne peut ni ne doit jamais être considéré ni comme une défaite, ni comme une victoire.

C'est par les mêmes raisons que nous approuvons entièrement la candidature de MM. Velpeau, Civiale, Leroy d'Étiolles, Ségalas et Gerdy; ces chirurgiens distingués se placent par là dans une position officielle vis-à-vis de l'Académie, et leurs noms se trouvent par là inscrits sur la liste des académiciens futurs.

L'élection aura lieu dans la séance de lundi, 6 avril.

Pendant que l'Académie se dispose à remplacer Dupuytren, M. Roux s'est installé à l'Hôtel-Dieu, à la place du grand chirurgien. Ce poste est, il est vrai, un peu plus difficile à occuper que le fauteuil académique, mais personne ne peut se

REVUES CLINIQUES.

REVUE DES CLINIQUES MÉDICALES DE L'HÔTEL-DIEU PENDANT LES MOIS DE DÉCEMBRE 1834 ET JANVIER ET FÉVRIER 1835.

FIÈVRES TYPHOÏDES.

Dans toutes les revues cliniques publiées jusqu'à ce jour, nous avons consacré un paragraphe à la relation des cas d'affections typhoïdes observés dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Des colonnes entières ne pourraient suffire aujourd'hui à l'énumération des faits de ce genre qui se sont offerts pendant ce trimestre à notre examen. Jamais les affections typhoïdes ne s'étaient développées en aussi grand nombre; jamais le cortége de leurs symptômes n'avait présenté plus de gravité. Plusieurs lits de la clinique ont été occupés par des étudians en médecine et en droit; quatre d'entre eux ont succombé: ceux qui se trouvent à présent en pleine convalescence, nous ont inspiré pendant le cours de leur maladie les plus vives inquiétudes. Nous aurions rapporté avec détails chacune de leurs observations, si elles avaient offert quelques particularités intéressantes; mais chez tous, la fièvre typhoïde a revêtu ses caractères ordinaires, et sur lesquels nous avons si souvent appelé l'attention de nos lecteurs. Deux élèves en médecine ont présenté néanmoins des phénomènes morbides qui méritent une mention particulière. Le premier placé au n° 28 de la salle Sainte-Madeleine, fut frappé les premiers jours d'invasion de la fièvre typhoïde, de mutité complète. Son intelligence n'avait rien perdu de son activité, et la marche des autres symptômes de la maladie n'était pas de nature à motiver des craintes. Cependant, le pronostic le plus défavorable fut porté sur son issue. Les anciens avaient observé, que la perte de la parole dans les affections de ce genre, était du plus fâcheux augure. Nous avons pu nous même vérifier une fois l'exactitude de leur observation. Heureusement chez ce jeune homme, l'événement a trompé cette triste prévision. Il est depuis un mois complétement rétabli, sans éprouver le moindre embarras dans la parole.

Le second étudiant était en proie à des accès épileptiformes, qui ajoutaient une nouvelle gravité aux autres symptômes de l'affection typhoïde; cette complication pardonne rarement à ceux qui la présentent; aussi ce malade a-t-il succombé, malgré les efforts les mieux combinés d'une thérapeutique trop souvent infidèle.

Il règne une telle versatilité sur l'emploi des moyens propres à combattre les affections typhoïdes, que nous n'osons plus aborder la question de leur traitement. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, se rappellent les faits que nous invoquions précédemment en faveur des purgatifs. Nous nous garderions aujourd'hui de plaider la cause de cette médication. Le nombre des cures qu'elle produit se réduit à un chiffre si faible, que nous croyons devoir chercher ailleurs nos ressources thérapeutiques. La constitution médicale serait-elle changée? La solution de cette question n'est pas toujours facile.

Quoi qu'il en soit, on voit évidemment réussir en ce moment le musc à hautes doses, dans les cas où la prostration des forces du malade est telle, qu'on n'ose même plus concevoir l'espérance de le sauver. Au n° 29 de la salle Sainte Madeleine, nous avons recueilli l'observation d'un élève en médecine, qui se trouvait dans un état à peu près voisin de la mort. Les évacuations sanguines avaient échoué, et d'ailleurs la situation de ce malade, ne pouvait pas faire naître à l'esprit l'idée d'employer de nouveau un semblable moyen. Douze grains de musc en potion et en lavement lui furent administrés, et quelques jours après il entrait en convalescence.

M. Chomel, dont il est permis d'invoquer l'expérience surtout lorsqu'il s'agit d'affections typhoïdes, a beaucoup insisté dans ses leçons orales sur l'efficacité de ce médicament, administré dans la période extrême de cette maladie, notamment lorsqu'elle se présente sous la forme ataxique. Le même praticien, après avoir délaissé pendant quelque temps l'usage des chlorures, a cru devoir revenir à leur emploi. Les résultats numériques qu'il a obtenus dans la comparaison des avantages respectifs de chaque méthode de traitement de la fièvre typhoïde, sont en faveur de ce dernier agent thérapeutique. Nous suivrons attentivement les essais auxquels il se livre dans ce moment, et nous attendrons d'avoir par devers nous un assez grand nombre d'observations, pour les communiquer à nos lecteurs.

Les vomitifs administrés dès le début des affections typhoïdes réussissent quelquefois, et nous pourrions invoquer plusieurs faits en leur faveur; mais cette médication ne saurait se prêter à toutes les circonstances; elle nécessite des indications précises qu'il importe de bien constater. Lorsque aux symptômes qui caractérisent l'invasion de la fièvre typhoïde, se joignent les caractères décrits par les anciens sous le nom d'état saburral des premières voies; lorsque la céphalalgie intense, la faiblesse musculaire extrême, la diarrhée, les douleurs abdominales surtout dans la fosse iliaque droite, l'inappétence et les autres symptômes propres à cette maladie, coïncident avec l'amertume de la bouche, la soif pour les boissons acidulés, la sécheresse de la langue recouverte d'un enduit épais, blanc ou jaunâtre, la couleur verdâtre de la commissure des lèvres les nausées et quelquefois les vomissemens bilieux, c'est alors que le praticien peut espérer des résultats salutaires de l'administration des vomitifs. Si au contraire la maladie se développe chez un sujet pléthorique, avec les caractères d'une phlogose intense, il convient de saigner, et de n'employer que les antiphlogistiques.

Ici se présente une question du plus haut intérêt thérapeutique: doit-on insister sur cette médication débilitante, lorsque le malade tombe dans l'adynamie? Nous ne le pensons pas. Quelque séduisante que soit la théorie pour prouver que cette oppression des forces est la conséquence d'un surcroît d'énergie, elle doit se taire devant les faits. Or, l'expérience démontre que, dans cette période des maladies aiguës, où le pouls se déprime, la couleur de la peau disparaît, la coloration des tissus s'efface, il faut tonifier le malade par les médicamens propres à atteindre ce but. Le quinquina, dans les affections typhoïdes arrivées à cette période, devrait obtenir la préférence par un double motif. D'abord son action tonique est des plus puissantes, ensuite son efficacité contre l'intermittence est bien connue. Comme il n'est pas rare de voir la fièvre typhoïde affecter si non un type franchement intermittent, se dessiner du moins avec une rémittence très prononcée, on prévoit les effets avantageux qui peuvent résulter de l'emploi de cet agent thérapeutique. Le musc associé au quinquina sera administré dans les cas où l'affection typhoïde se présentera sous la forme ataxo adynamique. Toutefois il ne faut pas perdre de vue l'impossibilité de dicter des règles

---

plaindre du choix qui a été fait. M. Roux a ouvert ces jours passés son cours de clinique par un discours dont l'esprit et les termes ont été généralement goûtés des élèves. Il a rappelé en peu de mots la brillante histoire de cette clinique de l'Hôtel Dieu, illustrée par le génie de Desault, de Pelletan et de Dupuytren; et avec une modestie de bon goût, il s'est plu à faire ressortir la grave responsabilité qui pesait sur le successeur de ces trois hommes célèbres. Ces paroles, quoique fort bien dites, n'auraient pas reçu tant d'applaudissemens si la jeunesse studieuse, qui formait l'auditoire, n'avait eu de bonnes raisons de croire que cette responsabilité, dont parlait le nouveau professeur, n'était pas un poids au-dessus de ses forces. Ce sera certainement un exemple rare dans l'histoire de l'enseignement en France et en tous pays, qu'une succession non interrompue dans la même chaire de quatre professeurs tels que Desault, Pelletan, Dupuytren et M. Roux, quelques différences que l'opinion doive d'ailleurs établir entre les prédécesseurs de M. Roux et entre ces prédécesseurs et lui.

Je vous donnerai en finissant une nouvelle assez vieille déjà, car elle date de quelques jours, c'est la nomination d'un nouveau professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier après concours. Je vous apprendrai peut-être quelque chose de plus nouveau en vous disant que M. René, le candidat élu, méritait cette préférence. On ne peut pas en dire autant de tous les concours.

— L'Académie des sciences, dans une de ses dernières séances, a entendu avec intérêt une notice sur une ruche importée d'Angleterre en France par notre honorable confrère M. Gillet de Grammont. Cette ruche se compose de quatre compartimens, savoir: la ruche centrale, une ruche supérieure et deux ruches latérales. Ces trois ruches surajoutées servent à retenir sous la loi d'une reine commune trois essaims de plus; d'autres modifications ingénieuses ont pour objet de favoriser le travail des abeilles, de les entretenir dans un état de santé constant, de faciliter la récolte des produits, et enfin d'augmenter ceux-ci à tel point que l'inventeur, M. Nutt, a recueilli dans une seule ruche, en 1826, jusqu'à 296 livres de miel, y compris la cire. De semblables avantages sont bien suffisans pour propager parmi les amateurs d'abeilles l'usage de cette ruche, que M. Gillet livre au prix coûtant, 80 fr, et pour laquelle d'ailleurs il n'a point pris de brevet d'importation.

Mais cette découverte ne saurait passer inaperçue des physiologistes. Jusqu'à présent les abeilles étaient considérées comme des peuplades nomades, *fuyant à chaque nouvelle génération loin du lieu de leur naissance.* A l'aide d'un simple procédé de ventilation, M. Nutt prévient ce départ. Ce qu'on pouvait croire un instinct naturel, ne tenait qu'à l'incommodité et à l'insuffisance de la ruche; et les nouveaux essaims s'y fixent si naturellement, qu'ils chassent ou tuent les reines surnuméraires qui dirigent les essaims nouveaux dans les ruches ordinaires. N'en serait-il pas de beaucoup d'habitudes que nous avons appelées du nom d'instincts, comme de celui-là (1)?

(1) Le mémoire de M. Nutt a été inséré en entier dans le *Journal des Connaissances usuelles et pratiques*, excellent recueil, arrivé à ce succès inouï pour un journal, qu'il a été obligé de réimprimer plusieurs fois ses premiers volumes.

thérapeutiques invariables. Ce n'est qu'au lit du malade qu'il est permis de prendre une détermination; car comment spécifier *à priori* tous les cas qui motiveront ou contre-indiqueront telle ou telle autre méthode de traitement?

AFFECTIONS CATARRHALES.

La saison que nous venons de traverser, a donné naissance à des affections catarrhales, dont les formes ont varié suivant une foule de circonstances. Sans entrer ici dans l'histoire de ces maladies, qui nécessiterait des développemens trop étendus, nous chercherons à résumer les principales indications thérapeutiques qu'elles ont présentées cet hiver. Dans les catarrhes bronchiques, la médication reçoit le plus souvent ses données de la forme de l'expectoration. Les crachats étaient-ils perlés, la toux fréquente, la fièvre vive, on avait recours aux antiphlogistiques, aux boissons mucilagineuses, à la diète, et toujours avec succès. Ces catarrhes s'accompagnaient quelquefois de légers phénomènes nerveux; il suffisait alors de quelques doses de gomme ammoniaque et d'assafœtida, pour les calmer, et même les faire disparaître tout-à-fait. Mais une complication plus fâcheuse de l'affection catarrhale des bronches, est celle de l'asthme intermittent. Nous l'avons vu résister dans bien des cas à tous nos moyens, avec une opiniâtreté désespérante. Les remèdes qui semblaient produire le plus de soulagement, étaient les alcalis associés aux antispasmodiques. Existait-il une sécrétion aqueuse et spumeuse très-abondante, avec dyspnée, fièvre et insomnie! les opiacés, administrés sous différentes formes, offraient des avantages réels; plusieurs fois, appliqués sur le trajet des nerfs pneumo-gastriques, ils ont suffi pour amender les symptômes d'une suffocation imminente. M. Trousseau, dans ses leçons cliniques, a cité quelques faits semblables qu'il a recueillis dans sa pratique.

De tout temps, on a reconnu l'efficacité des balsamiques pour combattre les sécrétions mucoso-puriformes des bronches. Le copahu a été administré dans ce but, et il a produit parfois des guérisons incontestables. Il est bien avéré aujourd'hui que ce médicament exerce son action, et d'une manière spéciale, sur la muqueuse des voies génito-urinaires, tandis qu'un autre balsamique, le baume de Tolu, a une influence modificatrice sur la sécrétion de la muqueuse des bronches. Aussi l'emploi de ce dernier remède, dans les catarrhes avec expectoration puriforme, est-il journalier, et suivi des plus heureux résultats. Tous les résineux jouissent à peu près de cette même propriété. Après un usage prolongé de leurs préparations, il n'est pas rare d'observer une éruption urticaire à la peau. L'apparition de cet exanthème, coïncide presque toujours, avec la cessation des symptômes de l'affection catarrhale. Nous devons enfin remarquer que les catarrhes sont quelquefois *vicaires* d'autres sécrétions. Ils se manifestent, soit à la suite de la suppression d'un flux habituel, soit immédiatement après la disparition d'un exanthème à la peau. L'indication la plus rationnelle à mettre en pratique dans cette circonstance, est de rappeler à la peau la maladie dont elle était primitivement le siége. Les douches sulfureuses deviennent alors d'une utilité trop évidente pour insister sur la nécessité de leur emploi. Nous pensons qu'elles agissent, en déterminant de nouvelles éruptions à la peau, ou en rétablissant les fonctions de cet organe.

Le catarrhe pulmonaire chronique, celui que nous avons le plus fréquemment observé pendant ce trimestre, peut s'accompagner d'emphysème pulmonaire et de dilatation bronchique. L'auscultation et la percussion fournissent des signes propres à déceler ces complications. La résonnance de la voix, la sonoréité des parois thoraciques, et un souffle de murmure inspiratoire, dénotent la dilatation bronchique. Ces phénomènes sont quelquefois si exagérés, qu'on croirait à l'existence d'une caverne pulmonaire, si d'autres signes négatifs n'éloignaient ce diagnostic. Lorsque les bronches sont fortement dilatées, les crachats deviennent par fois d'une fétidité repoussante. Nous avons constamment rencontré le râle ronflant dans les bronchites sans dilatation. Quant aux caractères anatomiques des affections catarrhales des bronches, l'occasion de les vérifier ne s'est pas présentée: quelques malades ont guéri; d'autres ont éprouvé une simple amélioration dans leur état. Les recherches anatomiques des auteurs, sur les bronchites accompagnées d'expectoration mucoso-purulente, apprennent que la membrane muqueuse est à peine rosée, ou même parfaitement blanche dans toute son étendue. Elle n'offre ni ramollissement ni augmentation de son épaisseur.

ANGINE DE POITRINE. — MALADIES DU COEUR.

Une singulière confusion et même des contradictions évidentes, règnent dans la plupart des ouvrages de médecine sur le siége et l'issue de l'angine de poitrine. Aussi sommes-nous disposés à enregistrer tous les faits qui tendraient à éclairer l'étude de cette maladie. Un cas de ce genre s'est offert pendant ce trimestre à notre observation, et ses résultats nécroscopiques sembleraient confirmer l'opinion de Farry, qui rattache les symptômes d'angine de poitrine à une affection organique du cœur ou de ses gros vaisseaux. Le malade dont nous voulons parler était placé au n° 28 de la salle Sainte-Madeleine. Indisposé depuis deux mois, lors de son admission à l'Hôtel-Dieu son pouls était régulier; mais quelques jours auparavant il avait ressenti une douleur très-vive dans le côté gauche de la poitrine se propageant dans le bras, avec palpitations violentes et menaces de suffocation. A deux reprises différentes, il avait éprouvé les mêmes accidens. Aujourd'hui, 23 février, son état est le suivant: extrémités froides d'une teinte violacée très-prononcée; pouls misérable; respiration anxieuse; suffocation imminente; vomissemens abondans de matières verdâtres; expectoration copieuse de mucosités sanguinolentes; douleur dans le bras et le côté gauches de la poitrine. L'auscultation de cette région donne un râle crépitant humide inférieurement, et plus haut un râle muqueux à grosses bulles. On a la sensation de battemens obscurs qui se feraient entendre derrière l'omoplate. Dans la région scapulaire droite, le bruit respiratoire est nul, et le son que donne la percussion n'est pas mat. Remarquons par anticipation que ce phénomène n'est pas rare, lorsqu'une tumeur développée dans la poitrine comprime un tuyau bronchique et s'oppose à l'introduction de l'air dans les vésicules aériennes. Tous ces phénomènes morbides ont le lendemain accru d'intensité. On prescrit l'application d'un large vésicatoire sur la poitrine, avec l'infusion de polygala. Nonobstant ces moyens, le malade expire à cinq heures du soir. A l'autopsie, le cœur plus volumineux que dans l'état normal, présente une dilatation du ventricule gauche, que l'on peut évaluer aux deux cinquièmes de sa capacité ordinaire. A la base de ce ventricule se trouvent des couches de fibrine couleur de succin, dont les plus excentriques sont adhérentes aux parois ventriculaires. Son sommet est occupé par un caillot de sang organisé, offrant à son intérieur quelques gouttelettes de pus. L'origine de l'aorte est le siége d'un anévrisme du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur contient dans son intérieur des caillots de sang, et communique avec l'artère, par une ouverture circulaire, dont le diamètre permet l'introduction du petit doigt. Les autres organes sont exempts de toute altération appréciable.

Nous trouvons dans le résumé des principaux symptômes de cette maladie les caractères de l'angine de poitrine. Mais les altérations organiques trouvées après la mort, sont loin d'être conformes aux résultats cadavériques mentionnés par certains auteurs dans leurs recherches sur cette affection. C'est à l'inflammation des bronches que Selle rapportait les désordres fonctionnels qui éclatent dans l'angine de poitrine, tandis qu'un auteur plus récent les attribue à l'affection des nerfs des plexus cardiaques et pulmonaires. Il nous a été impossible de trouver ces altérations sur le sujet dont nous avons rapporté l'observation. D'autres lésions organiques très-appréciables, ne pouvaient, au contraire, échapper à l'examen le plus grossier. Mais ces lésions par elles seules peuvent-elles expliquer tous les phénomènes morbides de l'angine de poitrine? Nous ne le pensons pas; car bien des circonstances, dans le développement et la succession des symptômes de cette maladie, tendent à la rapprocher des névralgies. Toutefois nous sommes obligés de convenir, sans pouvoir en déterminer le point de départ, qu'une lésion organique du cœur ou de l'aorte, coïncide souvent avec elle. Trois faits de ce genre ont été recueillis par M. Genest, il y a quelques années, à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Le plus remarquable est celui d'une femme âgée de 35 ans, qui, après avoir succombé à l'angine de poitrine, présenta une ossification complète de l'aorte thoracique. Les deux autres sujets étaient atteints d'anévrisme de cette artère. Dans ces cas, lorsque la tumeur anévrismale est située sur le trajet des veines, des nerfs ou de la trachée, elle donne naissance à certains phénomènes qui rendent le diagnostic plus facile. Ainsi, la poche anévrismatique comprime-t-elle une branche d'un nerf dont les ramifications vont s'épanouir dans les différentes parties du bras, on observe des lésions plus ou moins profondes du sentiment et de la motilité. Est-elle située sur le trajet d'une veine d'un calibre considérable, de manière à intercepter le cours du sang dans ce vaisseau? on remarque sur divers points du tronc ou des membres des cordons bleuâtres dessinant des anastomoses multiples, résultat de la stagnation des liquides dans leurs conduits veineux. Enfin, si elle comprime la trachée ou un tuyau bronchique d'un diamètre considérable, il survient des désordres respiratoires plus ou moins appréciables.

Deux malades nous ont présenté des symptômes de maladie du centre circulatoire, dignes de fixer un moment notre attention. L'un, âgé

de 58 ans, éprouvait depuis deux ans de l'oppression. Doué d'une constitution forte, il avait essuyé quelques affections catarrhales qui n'avaient pas diminué son embonpoint. Ses lèvres étaient tuméfiées, et la base de chaque poumon donnait à l'auscultation un petit râle sons-crépitant. Du reste, ce malade n'avait jamais éprouvé la plus légère palpitation. Cependant l'ensemble des symptômes qui caractérisaient son état, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une affection organique du cœur; l'œdématie des membres inférieurs, la matité de la région péricordiale, l'œdème de la base des poumons, la gêne de la respiration, la physionomie du sujet, indiquaient que des désordres graves siégeaient dans l'organe central de la circulation. La main, placée sur la région du cœur, ne recevait aucune impulsion. L'absence de ce phénomène morbide n'est pas rare dans les hypertrophies qui datent depuis longues années. Peut-être qu'une impulsion forte avait existé dès le début de l'affection, et s'était éteinte avec les progrès de l'hypertrophie. Des cas analogues se présentent assez fréquemment dans la pratique. Mais la particularité que nous devons surtout signaler ici, c'est que, chez le même malade, dont le pouls avait été large, dur et vibrant jusqu'à la dernière période de la maladie, nous avons trouvé à l'autopsie un rétrécissement considérable de l'aorte, avec ossification et ratatinement de ses valvules. Le ventricule gauche était considérablement hypertrophié, et les parois du ventricule droit dépassaient de beaucoup leur épaisseur normale. De pareils désordres anatomiques coïncident rarement avec de semblables altérations fonctionnelles; et c'est précisément dans cette discordance pathologique que notre observation puise son intérêt. L'auscultation n'avait donné à l'oreille aucun bruit particulier; aussi avait-il été impossible de diagnostiquer pendant la vie la nature et le siége de la lésion anatomique. Quant au nombre des pulsations du cœur et à leur intensité, nous n'y ajoutons qu'une médiocre importance pour éclairer le diagnostic des affections de cet organe. Tantôt les palpitations se font sentir chez des individus exempts de toute affection organique du cœur, tantôt elles manquent totalement chez d'autres où de pareilles altérations ne sont plus méconnaissables. L'ensemble de certains phénomènes peut, il est vrai, dissiper le doute quelquefois, et décider si ces palpitations sont liées à un vice organique, ou rattachées simplement aux désordres du système nerveux.

La seconde observation à mentionner est celle d'une servante de l'hôtel-Dieu, qui tout à coup, sans cause appréciable, fut prise d'une dyspnée extrême avec une telle irrégularité de la circulation, que les pulsations de l'artère radiale donnaient dans leur nombre et leur intermittence des différences extrêmes. Ses membres inférieurs étaient œdématiés, et sa physionomie portait l'empreinte d'une affection organique du cœur. Cependant le manque de prodrômes et l'absence de signes stéthoscopiques, laissaient beaucoup de doutes sur la nature de cette affection. Nous n'ignorons pas qu'il faut chercher du côté des valvules la cause des irrégularités du pouls; mais comment expliquer chez cette malade l'apparition instantanée des désordres circulatoires. M. Chomel soupçonna la rupture des valvules ou des tendons du cœur. Il eût été à désirer, dans l'intérêt de la science, que la preuve anatomique la plus essentielle de toutes eût confirmé ce diagnostic. On conçoit difficilement qu'un travail d'ossification ou qu'une dégénérescence quelconque des valvules nécessaire pour déterminer cette déchirure, ait pu s'opérer sans entraîner les moindres désordres circulatoires. Quoi qu'il en soit, sous l'influence du repos, du régime et de fréquentes évacuations sanguines, cette femme s'est rétablie. Son pouls est devenu régulier; l'oppression s'est dissipée, et l'œdème des malléoles a complétement disparu.

HÉMOPTISIE ABONDANTE SURVENUE PENDANT LA DERNIÈRE PÉRIODE D'UNE PHTHISIE TUBERCULEUSE.

Il est rare de voir des hémoptisies très-abondantes survenir chez les phthisiques qui touchent au terme fatal de leur maladie. Lorsqu'un individu d'une constitution tuberculeuse expectore du sang, il est à supposer que les tubercules développés dans le parenchyme du poumon sont encore à l'état de crudité, ou commencent seulement à subir un travail de ramollissement. Cette assertion n'est vraie qu'en thèse générale; car on rencontre assez souvent des hémoptysies légères dans le cours des suppurations tuberculeuses des organes de la respiration. Mais alors tout porte à croire que l'hémorrhagie a lieu dans un point du poumon où la désorganisation est peu avancée. L'anatomie pathologique a dans bien des circonstances changé en certitude cette supposition, qui n'était d'abord basée que sur l'analogie. L'expérience a aussi démontré que lorsque l'hémoptysie se déclarait dans une période avancée de la phthisie, très-rarement elle occasionait la mort. Un malade placé au n° 31 de la salle Sainte-Madeleine fut pris d'un regorgement de sang des plus opiniâtres; il se trouvait alors au troisième degré de la phthisie tuberculeuse, et dans un tel épuisement que sa fin paraissait prochaine. L'abondance de l'hémorrhagie donna pour le moment des inquiétudes sérieuses; la pâleur du visage de ce malade, la dépression du pouls, et une sueur froide qui recouvrait ses extrémités, annonçaient que la moindre persistance dans cet accident déterminerait la catastrophe. Aussi, tous les moyens capables d'y remédier furent-ils mis en usage. Malgré la faiblesse extrême du sujet, on n'hésita pas à pratiquer une saignée; des ventouses, des sangsues furent appliquées sur la poitrine, et la décoction de ratanhia fut administrée à l'intérieur. Nonobstant cette médication, le regorgement du sang persistait. M. Chomel eut alors recours à l'application d'un large vésicatoire à la base de la poitrine. Ce moyen, préconisé dans les cas de ce genre, avait été déjà couronné de succès. Nous ne pouvons affirmer si dans l'observation dont il s'agit, c'est à lui seul qu'on doive rapporter la cessation de l'hémoptysie; toujours est-il qu'elle fut supprimée en même temps que le vésicatoire agissait.

1° CANCER DU MUSEAU DE TANCHE. — 2° OBSTRUCTION DU CANAL CHOLÉDOQUE PAR UN CALCUL BILIAIRE. — 3° PHLEGMASIA ALBA DOLENS.

Une femme a succombé dans les salles de la clinique, après avoir offert tous les symptômes d'une affection cancéreuse de l'utérus. La nécropsie a montré que les parois du vagin situées dans la proximité du col de la matrice, avaient participé à l'affection cancéreuse. Le museau de tanche était le siége principal de cette dégénérescence. Derrière les pubis, il était impossible de retrouver le corps de l'utérus. Cet organe avait totalement disparu; on voyait à la place qu'il devait occuper deux petites tumeurs; l'une du volume d'une noisette, et l'autre d'une dimension un peu plus forte. Il était difficile de reconnaître dans leurs formes et leurs rapports les caractères anatomiques des ovaires. Cependant comme ces deux organes manquent complétement, il est à supposer qu'une transformation squirrheuse les a ainsi dénaturés. Ce qu'il importait surtout de bien constater, c'était que l'ulcération cancéreuse du museau de tanche avait déterminé la disparition complète du corps de l'utérus. Ce fait d'anatomie pathologique est des plus curieux; nous ignorons s'il en existe de semblables dans la science. L'ulcération cancéreuse du mamelon entraîne au contraire assez fréquemment l'atrophie de la glande mammaire.

Dans la soirée du 12 janvier, il entra à l'Hôtel-Dieu une malade tourmentée par des douleurs atroces siégeant dans l'hypocondre droit. Sa peau et ses sclérotiques présentent une teinte ictérique très-prononcée; elle est dans une agitation continuelle et vomit des flots de bile. On applique un grand nombre de sangsues sur la région du foie; le pouls devient misérable; elle meurt. A l'autopsie, l'on trouve des adhérences qui unissent le foie à l'estomac et au duodénum. Cette glande a considérablement augmenté de volume; le canal cholédoque, après un pouce de trajet, est obstrué par une tumeur grosse comme une noisette, contenant dans son intérieur un calcul biliaire. Au-dessus de l'obstruction existe une dilatation du volume d'un intestin grêle. Les ramifications des conduits hépatiques sont très-dilatés; en coupant le foie par tranches, on voit suinter de son parenchyme une matière brunâtre, mêlée avec de petites granulations concrètes. Dans divers points de son tissu se trouvent des collections de liquides purulens, tandis que dans d'autres sont des foyers contenant de la bile en nature. L'organe hépatique présente une teinte jaunâtre anormale; sur les parois internes du conduit dilaté existe une ulcération provenant sans doute de la présence et du séjour du calcul dans ce point du canal. Cette observation nous semble pourvue d'un grand intérêt. Les coliques hépatiques déterminées par l'enclavement d'un calcul dans les voies biliaires déterminent des douleurs intolérables, il est vrai, mais rarement la mort. Après plusieurs heures d'angoisses terribles, celui qui est atteint de ces coliques hépatiques, rend par les vomissemens ou par les selles de petits graviers, et tous les accidens se dissipent pour reparaître ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés. On peut même, en astreignant les sujets à un régime végétal, et en les soumettant à une médication appropriée, prévenir de nouvelles rechutes.

La femme dont il est question n'a pas eu ce bonheur; elle a succombé dans les douleurs atroces d'une seconde attaque. L'obstacle mécanique qui obstruait son canal cholédoque, a expliqué tous les désordres fonctionnels qu'elle avait éprouvés. Ce calcul biliaire était si volumineux, qu'il n'avait pu franchir ce conduit et tomber dans le duodénum, ni se frayer un passage du côté de la vésicule du fiel. La jaunisse devait être la conséquence de l'interruption du cours de la bile.

Dans la grande majorité des cas, où la teinte ictérique de la peau, ne se montre pas à la suite d'une vive impression morale, on a lieu de supposer qu'un obstacle intercepte le cours de la bile.

Au n° 14 de la salle Saint-Lazare, se trouvait placée une femme, qui en dehors de toute influence puerpérale, a été atteinte d'une *phlegmasia alba dolens*. Le pied, le mollet et la cuisse gauche présentaient un gonflement et un empâtement considérables. Toute pression exercée sur ce membre était douloureuse, et ses mouvemens embarrassés. D'ailleurs, point de fièvre, appétence pour les alimens; rien de particulier aux selles ni aux urines. Cette malade avait une suppression de règles qui datait de six mois. L'exploration de la matrice par le vagin, témoigne la petitesse de cette organe, dont le museau de tanche est exactement fermé. Il n'existe point d'engorgement, ni de tumeurs dans l'excavation du bassin. Rien ne peut faire soupçonner une maladie de l'ovaire; il n'y a pas d'obstacle du côté du rectum. On prescrit un purgatif; les règles reparaissent et coulent pendant 24 heures. A plusieurs jours d'intervalles, on administre à la malade de nouveaux purgatifs, et la guérison s'opère. Une foule de questions importantes se rattachent à cette observation. Quelle part la phébite utérine ou l'inflammation des lymphatiques peuvent-elles prendre au développement de cette maladie? N'existe-t-il pas d'autres causes capables de la produire, etc.? On conçoit qu'il n'entre pas dans notre plan d'entamer ici de pareilles discussions. Il nous suffit d'avoir rapporté cette observation, libre à chacun de l'interpréter à sa manière.

A part les différens faits que nous venons de résumer, il s'en est présenté d'autres qui, par leur importance, nous ont paru dignes d'être recueillis avec détails. Nous allons passer à l'examen de ces derniers.

SYMPTÔMES DE MÉTRO-PÉRITONITE. — EMPLOI DES ÉVACUATIONS SANGUINES ET DES FRICTIONS MERCURIELLES. — DISPARITION COMPLÈTE DE TOUS LES PHÉNOMÈNES LOCAUX. — PERSISTANCE DU MOUVEMEET FÉBRILE. — MORT. — ABCÈS DANS L'EXCAVATION PELVIENNE.

Obs. I. — Une femme âgée de 18 ans s'accouche le 4 janvier d'un enfant à terme et bien développé. Le 6, pour remédier au léger malaise qu'elle éprouve, elle prend un purgatif. Dès lors une diarrhée abondante, des douleurs abdominales très vives, et un mouvement fébrile intense se déclarent. On saigne la malade; un peu de mieux se manifeste; mais bientôt la recrudescence de ces symptômes la décident à réclamer des soins à l'Hôtel-Dieu. Examinée à la visite du 15 au matin, son état est le suivant: Decubitus dorsal; tuméfaction considérable du ventre, douloureux à la pression, surtout dans la région hypogastrique; pouls fréquent; traits de la face légèrement grippés; diarrhée et nausées sans vomissemens. Le doigt porté dans le vagin reçoit la sensation d'une chaleur brûlante, et s'assure de la tuméfaction de ces parties; il ramène à l'extérieur un caillot adhérent au museau de tanche. On prescrit une saignée à cette malade, placée au n° 17 de la salle Saint-Lazare.

Le lendemain, les symptômes locaux ont augmenté d'intensité; les douleurs hypogastriques sont plus vives; le pouls bat 120 pulsations par minute, et la diarrhée est entièrement supprimée. En soulevant l'utérus avec l'indicateur introduit dans le vagin, on fait saillir cet organe au-dessus des pubis; le ventre et la poitrine sont recouverts de sudamina, offrant tous les caractères de ceux décrits par les anciens sous le nom de fièvre miliaire puerpérale blanche. (Prescription: Saignée de 12 onces; frictions mercurielles sur l'abdomen.)

Le 17, le pouls, résistant, a augmenté de fréquence; il donne 132 pulsations; les douleurs abdominales, qui étaient concentrées dans la région hypogastrique se sont irradiées sur toute l'étendue du ventre; l'orifice du col de la matrice est toujours béant; ses lèvres tuméfiées chaudes, douloureuses à la pression. Les sécrétions du vagin et de l'utérus sont à peu près nulles; les traits de la face sont peu altérés; il n'existe ni nausées, ni vomissemens. (Pr.: 60 sangsues sur le ventre; frictions mercurielles; fomentations.)

Le 18, le pouls présente plus de largeur et de force; il est descendu à 128 pulsations; la physionomie n'exprime pas la douleur; la diarrhée est peu abondante; le ventre souple est peu douloureux à la pression; la malade n'accuse de la douleur que dans l'hypogastre. (Pr.: Continuation des frictions mercurielles.)

Le 20 et le 21, il n'existe aucun signe d'épanchement dans la cavité abdominale; elle est indolente; les parois du vagin sont rentrées dans leur condition normale; on n'y ressent ni tuméfaction ni chaleur; l'utérus est peu mobile, et son volume présente encore une légère augmentation; le mouvement fébrile est toujours très fort; l'artère radiale bat 116 fois par minute; les articulations sont exemptes d'épanchemens, d'infiltrations et de douleur.

Les jours suivans, le pouls s'élève à 132; il survient du dévoiement; les douleurs du ventre ont disparu; le sacrum s'excorie; on observe aussi quelquefois des alternatives de selles diarrhéiques et de constipation. Cet état se prolonge jusqu'aux premiers jours de février; on ne peut découvrir d'autres symptômes de maladie qu'un mouvement fébrile très-fort, de l'inappétence, une faiblesse extrême, et quelques signes d'induration pulmonaire du côté droit.

Le 2, un érysipèle à la face se déclare; la prostration des forces est extrême; le pouls devient misérable, et la malade succombe dans la journée du 5 février.

Nécropsie. La rougeur et la tuméfaction des parties où avait siégé l'érysipèle ont complétement disparu. A l'ouverture de l'abdomen, on remarque l'agglutination des intestins sans épanchement ni fausses membranes. Dans la cavité pelvienne, entre l'excavation droite du bassin et la fosse iliaque du même côté, on trouve un foyer circonscrit contenant un verre de pus, et tapissé d'une fausse membrane, qui a subi un commencement d'organisation. L'utérus a acquis un volume plus considérable; son tissu est friable; si on le comprime, il laisse suinter des gouttelettes de pus. Les veines utérines ont participé à l'inflammation; mais cette phlébite se borne à un très-court espace. Le poumon droit est induré; en le coupant par tranches, on rencontre des parties passées à l'état d'hépatisation grise, tandis que d'autres offrent seulement les caractères de l'hépatisation rouge. Des abcès circonscrits sont disséminés dans le parenchyme pulmonaire. Quelques tubercules existaient aussi au sommet du poumon. Le foie, la rate et les articulations n'ont rien présenté de particulier.

Cette observation mérite sous plusieurs rapports une attention particulière. On a vu la métro-péritonite se développer après l'administration d'un purgatif; nous ne pouvons apprécier ici le degré de nécessité ou d'inopportunité de cette médication; il nous est aussi impossible d'affirmer qu'elle a pris part au développement de l'inflammation péritonéale. Toutefois, par cette seule raison que la métro-péritonite ne s'était pas déclarée immédiatement après l'accouchement, nous avions moins à redouter ses effets. L'expérience a démontré, qu'à la suite des couches, la gravité de la phlogose péritonéale est d'autant moindre qu'elle survient plus long-temps après la délivrance. L'événement dans ce cas a trompé notre espérance. Cette femme après avoir éprouvé un soulagement si marqué que sa guérison paraissait prochaine, a succombé sans offrir la moindre recrudescence dans les accidens péritonéaux. Le ventre était souple, indolent à la pression, les symptômes locaux de métrite avaient totalement disparu, mais le mouvement fébrile intense qui persistait faisait soupçonner l'existence de quelque altération dont le siége échappait à nos investigations. L'abcès trouvé à l'autopsie, a donné raison suffisante de l'appareil fébrile. Ni le toucher par le vagin, ni la pression des parois abdominales, ni une tuméfaction des parties de la région iliaque, n'avaient témoigné la présence de cette collection purulente. L'analogie faisait bien présumer qu'un travail de suppuration et d'absorption s'opérait dans l'organisme, mais comment déterminer son siége et prévoir ses conséquences. M. Chomel a souvent répété dans ses leçons cliniques, qu'il fallait rattacher à l'altération des plaques de Peyer, l'appareil fébrile qui persiste sans être sous la dépendance d'une lésion organique appréciable par un certain ordre de phénomènes. Mais cette lésion est excessivement rare chez les femmes nouvellement accouchées; aussi lorsqu'elles sont tourmentées par une fièvre continue, elle est entretenue presque toujours par des suppurations profondes et par l'absorption des molécules purulentes. Le poumon est le lieu de prédilection où se forment alors les métastases. La femme qui fait le sujet de ces réflexions nous a présenté plusieurs foyers distincts dans le parenchyme de cet organe. Des explications nombreuses ont été données, sur la formation de ces abcès. M. le professeur Chomel les considère comme résultat d'une inflammation du tissu du poumon, déterminée elle-même par le pus pris par les absorbans, charrié par la circulation, et déposé dans le parenchyme pulmonaire. Cette inflammation (et la malade dont nous parlons, nous en a fourni un exemple) est partielle et disséminée dans plusieurs points du poumon. Tantôt elle donne naissance à des foyers bien distincts, tantôt à une hépatisation grise, quelquefois à une simple induration rouge de l'organe. On peut suivre pour ainsi dire degré par degré la formation de ces abcès, et surprendre à son origine la cause qui préside à leur développement.

Quoi qu'il en soit, n'oublions pas de noter comme document thérapeutique, que les frictions mercurielles ont amendé singulièrement les symptômes locaux de cette métro-péritonite. Elles ont été employées, il est vrai, concurremment avec les émissions sanguines, et nous devons tenir compte de cette coïncidence dans l'appréciation de l'efficacité de cette médication mercurielle. L'érysipèle à la face qui s'est montré chez cette malade, est venu hâter l'instant de la mort. Contrairement à l'opinion admise par plusieurs médecins d'ailleurs fort instruits, nous pensons que l'érysipèle à la face est une maladie peu dangereuse par elle-même. M. Chomel affirme l'avoir observée fréquemment dans sa pratique, et cependant il ne se rappelle pas un seul cas de terminaison fâcheuse. Lorsque l'érysipèle à la face se montre isolément, il demeure exempt de toute gravité; mais lorsqu'il survient pendant le cours d'une maladie déjà sérieuse par elle-même, et qui a porté des atteintes plus ou moins profondes à la constitution, on doit redouter les suites d'une telle complication. Ce trimestre nous a fourni deux cas de ce genre; la femme dont nous venons de parler, et un hémiplégique placé au numéro 38, qui a succombé au quatrième jour de l'apparition de l'érysipèle à la face.

Un second cas de métro-péritonite s'est présenté ces jours derniers au numéro 6 de la salle Saint-Lazare. La jeune femme qui en était atteinte a succombé. L'examen du cadavre a fait reconnaître la présence d'un abcès dans la cavité pelvienne; et la plupart des désordres anatomiques qui caractérisent l'inflammation de la séreuse péritonéale. La matrice de cette femme communiquait, par un trou semblable à un orifice

naturelle, avec l'intérieur de la vessie. L'examen des pièces nous a donné la pensée qu'un instrument piquant introduit par l'urètre dans la vessie, pouvait avoir perforé les parois de cet organe et celles de la matrice. Cette manœuvre aurait-elle été tentée dans le but de provoquer un avortement? Une main criminelle et inexpérimentée aurait-elle guidé dans le canal des urines, un stylet aigu, qu'elle croyait diriger dans le vagin, pour atteindre l'orifice de la matrice, et piquer les enveloppes du fœtus? On conçoit toute la difficulté et la réserve que nécessite la solution d'une question aussi délicate.

PLEURO-PNEUMONIE. — EXPECTORATION DE PLUSIEURS PINTES DE PUS. — GUÉRISON.

Obs. II. — Un malade sujet aux inflammations de poitrine, entre à l'Hôtel-Dieu, et se place au n° 24 de la salle Sainte-Madeleine. Il accuse de la toux, de la céphalalgie, de la soif, de l'inappétence, et une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine. Ses crachats, visqueux, sont d'un rouge briqueté, semblables à ceux que l'on observe quelquefois chez les phthisiques. Peau chaude, pouls fébrile et insomnie depuis plusieurs jours. L'auscultation fournit de la crépitation, du râle muqueux et du ronchus gras dans les deux tiers inférieurs de la poitrine; du côté droit, la percussion donne aussi une légère matité dans toute son étendue. On le saigne, et le sang tiré de la veine présente une couenne inflammatoire très-épaisse. Sous l'influence de cette médication, du repos, de la diète et des boissons mucilagineuses, la fièvre tombe, la toux se calme, la douleur de côté disparaît, et le malade semble entrer en convalescence.

Cependant, toutes les fois qu'il veut se mettre sur son séant, il est tourmenté par une oppression et une toux sèche et très-fréquente; il est sans appétit, avec un léger mouvement de fièvre, et sans forces. Cet état persiste pendant quelques jours. L'on se bornait à une médecine expectante, lorsqu'à une des visites du matin, le malade nous montre des flots énormes de pus qu'il a rejetés par la bouche. La couleur de ce liquide est jaunâtre; il répand une odeur infecte. On trouve à l'auscultation un bruit respiratoire faible au tiers moyen et inférieur de la poitrine; la percussion donne dans ce point une légère matité. On perçoit aussi, en appliquant le stéthoscope dans le creux de l'aisselle, des bulles d'air qui se succèdent avec rapidité. L'odeur de l'haleine du malade est repoussante; il n'a ni chaleur à la peau, ni élévation dans le pouls; pendant cinq à six jours il rejette par flots et par saccades environ une pinte de pus chaque fois. L'auscultation, employée très-souvent et à diverses époques, ne communique à l'oreille ni le bruit du tintement métallique, ni la respiration amphorique. L'expectoration purulente commença à diminuer dès le septième jour; elle perdit aussi de sa fétidité; tous les signes stéthoscopiques se dissipèrent, et le malade sortit de l'Hôtel-Dieu presque complètement guéri. Il rendait encore deux ou trois crachats purulens, mais sa santé s'était tellement améliorée, qu'il n'était pas permis de concevoir de crainte sur une rechute. Nous avons appris depuis qu'il était totalement rétabli.

La première question qui se présente dans l'examen de ce fait, est celle de savoir si cet énorme épanchement de pus survenu à la suite d'une pleuro-pneumonie, s'était opéré au sein du parenchyme pulmonaire, ou dans la cavité des plèvres. Cette dernière supposition est la seule vraisemblable. Comment concevoir, en effet, qu'un foyer purulent assez vaste pour contenir plusieurs pintes de pus, se soit formé dans le poumon sans anéantir la vie? Nous sommes loin de contester la possibilité de la formation d'un abcès dans le poumon à la suite de l'inflammation de son parenchyme. Des exemples nombreux contredisent à cet égard formellement l'opinion du célèbre Bichat; mais dans le cas présent une pareille supposition est impossible. L'odeur fétide du pus que rendait ce malade, pouvait à elle seule en indiquer la source. Avant même que ces collections purulentes des plèvres aient perforé les bronches pour se faire jour à l'extérieur, il arrive parfois que l'haleine des malades prend une fétidité aussi repoussante. On sera surpris à bon droit qu'un pareil épanchement n'ait donné lieu à aucun des signes stéthoscopiques qui d'ordinaire le caractérisent. Les auteurs ont signalé la respiration amphorique et le tintement métallique comme indices certains du pneumo-thorax. Cela est vrai pour un grand nombre de cas, mais il existe des exceptions qu'il est important de faire connaître, et l'observation qui nous occupe rentre dans cette catégorie. L'auscultation et la percussion ne sauraient donner des caractères propres à faire reconnaître les lésions des organes contenus dans la poitrine, qu'autant que ces altérations sont rapprochées des parois du thorax. Si un corps d'une certaine épaisseur est interposé entre la partie malade et l'instrument qui explore, l'examen ne peut être rigoureux, et le diagnostic devient très-difficile. Ainsi, si l'épanchement purulent, au lieu de se former dans la cavité pleurale, immédiatement en rapport avec les parois thoraciques, s'opère dans les interstices interlobulaires, sur le plancher du diaphragme, ou dans tout autre point central du thorax, il arrivera que la percussion et l'auscultation resteront impuissantes; l'erreur sera d'autant plus facile, que les parties saines du poumon, refoulées vers l'extérieur, donneront les perceptions de l'état physiologique; ou si la compression de cet organe est trop forte, la matité avec absence du bruit respiratoire sera le seul symptôme appréciable. Comment diagnostiquerait-on alors un pneumo-thorax, si le stéthoscope était notre unique ressource?

Malgré l'absence de la respiration amphorique et du tintement métallique, les phénomènes qui se sont présentés chez le malade dont nous commentons l'histoire, ne laissent aucun doute sur l'existence d'un épanchement purulent dans la plèvre, avec perforation bronchique. Mais quelles sont les causes capables de déterminer cette perforation? a-t-elle été produite par l'inflammation gangreneuse du poumon, ou par la fonte d'un tubercule, ou bien encore par l'action corrosive du pus épanché dans la plèvre? Nous nous arrêterons plus volontiers à la seconde de ces trois suppositions, parce que le sujet de cette observation était de constitution tuberculeuse, et que l'examen de sa poitrine décelait la présence de tubercules dans le poumon. L'absence du tintement métallique ajoute quelque chose de plus à cette présomption. Les auteurs ont observé, en effet, que ce signe stéthoscopique manquait souvent chez les tuberculeux atteints de pneumo-thorax. Peut-être que la raison de ce fait se trouve dans le siége même de la perforation. Au lieu d'être située à la partie déclive de l'épanchement, elle s'effectue à sa partie supérieure, là où la fonte tuberculeuse est la plus commune. Or, si le mécanisme suivant lequel on suppose qu'a lieu le tintement métallique est véritable, il n'est pas surprenant de le voir manquer dans les cas de cette espèce. Un phthisique qui a succombé ces jours derniers à l'Hôtel-Dieu, a présenté un vaste abcès dans la plèvre diaphragmatique, communiquant avec les bronches, par suite d'une perforation tuberculeuse. Nous n'avions, pendant la vie de ce malade, perçu ni respiration amphorique, ni tintement métallique. Ces résultats cadavériques peuvent en quelque sorte servir de complément anatomique à l'observation que nous avons détaillée. Il existait une si grande analogie entre les désordres fonctionnels observés chez ces deux sujets, que nous oserions presque conclure à l'identité de lésions; mais en médecine, une telle manière de procéder nous paraît trop peu logique pour nous y arrêter plus long-temps.

HYDROPISIE ASCITE AVEC ICTÈRE. — MORT. — MASSES CANCÉREUSES DÉVELOPPÉES DANS LA PLUPART DES ORGANES.

Obs. III. — Au n° 34 de la salle Ste-Madeleine, est un malade âgé de 68 ans, doué d'une constitution forte et exerçant la profession de chapelier. Il fut atteint, il y a deux ans, d'une hydropisie pour laquelle il réclama des soins à l'Hôtel-Dieu. Après quinze jours d'un traitement dont les purgatifs et les émissions sanguines formaient la base, il parait que son rétablissement fut complet. Au rapport du malade, la réapparition de la même maladie daterait de deux semaines. Ses premiers symptômes avaient été l'enflure des pieds et une rapide tuméfaction du ventre; de la nécessité de suspendre son travail et de s'aliter. Aujourd'hui, 24 février, voici l'état dans lequel nous le trouvons: tuméfaction considérable du ventre; œdème médiocre des extrémités inférieures; fluctuation abdominale manifeste dans la moitié supérieure du ventre; absence inférieurement, à raison de l'œdème des tégumens; tension de ses parois qui empêche d'explorer les viscères; teinte ictérique des sclérotiques, moins marquée à la peau; peu de soif; inappétence; selles peu copieuses, molles et blanchâtres; urines très-rares et d'un rouge foncé; respiration gênée et fréquente. L'auscultation de la poitrine donne un petit râle sous-crépitant à la base du poumon gauche; les battemens du cœur sont très-obscurs, irréguliers, inégaux; pouls à 120 pulsations, avec intermittence. Du reste, il n'a pas de céphalalgie; ses facultés intellectuelles sont libres, et il affirme n'avoir jamais éprouvé d'essoufflement. (Prescript.: 20 sangsues à l'anus; tisane de chiendent nitre sucré, deux tasses; eau de Vichy; frictions sur le flanc avec demi-once d'ong. merc.; diète.)

Le 25, accroissement de tous les symptômes; infiltration générale; oppression extrême; anxiété; pouls petit et fréquent. (Application de 12 sangsues à l'anus.) (Vers 4 heures du soir, vomissemens abondans de matières verdâtres; agitation continuelle; mort.

Autopsie. Les ventricules du cerveau contiennent environ deux cuillerées de sérosité; les poumons sont fortement refoulés vers les parties supérieures du thorax; le foie, très-volumineux et d'une teinte verdâtre, a été envahi par des masses cancéreuses de volume variable et à divers états. La surface de cet organe est bosselée par la présence de ces tumeurs, que l'on peut détacher avec facilité pour en étudier tous les caractères. Plusieurs, d'un blanc mat et d'une consistance ferme, crient sous le scalpel; d'autres ont subi un commencement de ramollissement, et sont passés de l'état squirrheux à la dégénérescence encéphaloïde. Presque tous les autres organes présentent du reste ces tumeurs cancéreuses; elles sont en très-grand nombre dans l'excavation pelvienne, le médiastin et le ventre. Le rectum est le siége d'une ulcération de cette nature; son extrémité inférieure est libre; mais à deux pouces de hauteur se trouve une masse cancéreuse d'un volume considérable, qui diminue le diamètre de l'intestin. Le cœur est hypertrophié.

Voilà un de ces faits qui ne permettent pas de révoquer en doute l'existence des diathèses cancéreuses. Il est surprenant que de tels désordres aient été complètement méconnus, ou mieux, qu'ils ne se soient pas traduits à l'extérieur par des signes caractéristiques. L'ensemble des phénomènes observés chez ce malade, et l'ordre suivant lequel ils s'étaient manifestés, faisaient soupçonner une maladie du foie; mais il était impossible d'en déterminer la nature. Lorsqu'une hydropisie ascite se déclare conjointement avec l'ictère, c'est du côté de l'organe hépatique qu'il faut diriger ses recherches. La coïncidence de la jaunisse avec l'épanchement du liquide dans le péritoine est du plus fâ-

-heux pronostic. Il existait en même temps chez ce malade un œdème des extrémités inférieures, et il était difficile de préciser s'il avait précédé l'ascite. La vérification de ce fait dans les hydropisies est d'une haute importance. On peut affirmer en règle générale que lorsque l'infiltration commence par les extrémités inférieures, on a à redouter une affection organique du cœur ; si l'épanchement, au contraire, a lieu d'abord dans le péritoine, il faut en attribuer la cause à une altération des viscères qu'il contient. Si la distension des parois abdominales par le liquide épanché n'avait pas empêché l'exploration des organes de cette cavité, l'énorme volume du foie et les bosselures cancéreuses de sa surface, n'auraient pas échappé à l'investigation, et dès lors tous les symptômes morbides se trouvaient expliqués ; mais que peut la thérapeutique contre de pareils désordres. Les moyens palliatifs sont seuls indiqués pour éloigner et rendre moins douloureuse une mort inévitable.

HÉPATITE LÉGÈRE. — INSENSIBILITÉ DE TOUT LE CÔTÉ GAUCHE DU CORPS. — SAIGNÉE. — GUÉRISON.

OBS. IV. — Pierre Labbé-Honoré, âgé de 38 ans, doué d'un tempérament sanguin et d'une constitution forte, jouissant habituellement d'une bonne santé, se laissa tomber, il y a deux ans, d'un troisième étage. Après cette chute, il perdit connaissance et fut transporté à l'Hôtel-Dieu, où une large saignée eut bientôt dissipé les effets de cet accident. Trois semaines se sont écoulées depuis que le malade, travaillant dans une manufacture, reçut un coup de balancier à la partie inférieure et latérale droite de la poitrine. La violence de cette contusion lui donna un étourdissement et des vertiges sans perte de connaissance. Le lendemain il crachait du sang, et ses selles en contenaient en assez grande quantité. Malgré cet accident Pierre Labbé pu vaquer pendant quelque temps à ses occupations journalières, mais le malaise général qu'il ne tarda pas à ressentir, le força à entrer à l'Hôtel-Dieu. Il est placé au n° 36 de la salle Sainte-Martine, et présente à notre examen les symptômes suivans : douleur vive à la région épigastrique, et vomissement après l'ingestion des alimens dans l'estomac; le foie paraît augmenté de volume; son bord tranchant fait saillie au-dessous des fausses côtes droites; la moindre pression sur ces parties détermine de la souffrance: parole difficile, embarrassée, langue un peu déviée à droite; céphalalgie continuelle avec exacerbation après le reveil; pouls fort et fréquent; le malade assure avoir éprouvé des engourdissemens et des crampes dans tout le côté gauche du corps, deux jours après son accident. Deux saignées, pratiquées à 48 heures d'intervalle, font disparaître tous ces symptômes. L'appétit renaît; le pouls se régularise; les douleurs se dissipent; le malade réclame et obtient des alimens; on le considère comme convalescent.

Neuf jours après, il se plaint de la perte de la sensibilité de tout le côté gauche du corps; on l'examine attentivement pour constater cet état. Une épingle enfoncée à plusieurs lignes de profondeur dans les tissus ne lui fait pas éprouver la plus légère douleur; il est insensible à tous pincemens; la sclérotique, la moitié gauche de la langue et de la verge sont piquées sans qu'il ait rien ressenti; la bouche est légèrement déviée à droite; du reste, pas de céphalalgie, liberté entière des mouvemens et de l'intelligence; toutes les fonctions s'exécutent normalement. Hier seulement le malade dit avoir éprouvé un peu de faiblesse dans les jambes; aujourd'hui il se sent très-solide et bien dispos. M. Piédagnel prescrit une saignée, et le retour de la sensibilité a lieu immédiatement après la phlébotomie. Cette guérison ne s'est pas démentie.

Cette observation nous paraît peu susceptible d'interprétation rigoureuse. Aussi nous abstiendrons-nous de longs commentaires. La considération la plus importante qui se rattache à ce fait, c'est la possibilité de la perte complète de la sensibilité de tout un côté du corps, sans aucune altération du mouvement. A quelle lésion rattacher un pareil phénomène ? Voilà précisément ce qui, dans l'état actuel de la science, ne trouve pas d'explication valable. Quelques observations publiées par des auteurs recommandables nous avaient appris que la perte du sentiment précédait parfois l'hémorrhagie ou le ramollissement du cerveau. Dans la crainte de voir survenir ces lésions, nous avons attendu plusieurs mois avant de publier notre observation. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri, et sert en qualité de servant dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Nous avons vu le retour de la sensibilité survenir immédiatement après la saignée. Il importe de noter cette action thérapeutique sans lui accorder néanmoins trop de valeur. Cette observation doit trouver place à la suite de celles qui prouvent combien il nous reste à faire dans l'étude pathologique des altérations qui produisent les lésions de la sensibilité.

A. BOYER, D.-M. P.

— TRAITÉ DES AIRS, DES EAUX ET DES LIEUX, par HIPPOCRATE; traduit en français avec le texte en regard, par M. CHAILLY. Un vol. in-12, br., au lieu de 3 fr. 2 fr., et 2 fr. 50 cent. franc de port.

Paris. Librairie d'A. Delalain, rue des Mathurins-Saint-Jacques, 5.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 mars.

M. Civiale se met sur les rangs pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Dupuytren.

— M. Ségalas, qui s'était présenté comme candidat pour la même place, déclare qu'il se retire si l'Académie, comme il le croit, a l'intention de n'admettre sur la liste que des hommes dont la pratique embrasse toutes les branches de la chirurgie.

— M. Gerdy annonce qu'il se retire, n'ayant pas, dans l'intervalle fixé entre la déclaration de la vacance et l'élection, le temps nécessaire pour faire connaître à l'Académie les travaux qu'il considère comme constituant ses principaux titres.

— M. Dubouchet, qui avait présenté conjointement avec M. Tissot un mémoire sur l'orthopédie, demande qu'il lui soit permis de le retirer, puisque l'Académie a prononcé sur le concours. Il pense que la disposition qui interdit aux auteurs la faculté de retirer les travaux présentés pour un concours, ne saurait lui être appliquée et que ce serait un effet rétroactif.

M. Dubouchet ignore, sans doute, que cette disposition est prise depuis très-long-temps, et que seulement l'Académie a été obligée à diverses reprises de la rappeler aux auteurs, qui le plus souvent se présentent sans avoir connaissance des conditions du programme. Peut-être conviendrait-il, pour prévenir ce malentendu, que dans les programmes imprimés on eût toujours le soin de rappeler les conditions générales ou particulières des divers concours.

— M. Lassis écrit à l'Académie, à l'occasion d'un mémoire présenté à la précédente séance, pour revendiquer la priorité, relativement à l'utilité des évacuans dans les fièvres.

GÉLATINE.

Par suite de la lecture du procès-verbal, et à l'occasion d'une lettre adressée à l'Académie par M. Chevreul (lettre qui a été renvoyée à la commission de la gélatine), M. Magendie déclare en son nom et celui de M. Serres qu'il n'est point à leur connaissance que l'ancienne commission de la gélatine ait à aucune époque délégué quelqu'un pour faire des expériences sur les propriétés de cette substance.

— M. Chevreul remercie ses confrères de cette déclaration qui confirme ce qu'il avait dit autrefois sur ce sujet, mais il déclare en même temps que M. Julia Fontenelle, d'après une lettre reçue d'un des membres de la commission de la gélatine, a pu se croire en effet délégué de cette commission pour entreprendre des expériences sur ce sujet.

M. Chevreul dépose une minute de cette déclaration qui est destinée à justifier M. Julia Fontenelle, dont les relations avec la commission, ou plutôt avec un de ses membres, n'avaient pas été présentées jusque-là dans leur véritable jour.

— M. Mayor adresse de Lausanne, pour le concours Monthyon, un mémoire sur le traitement des fractures de la clavicule. Pour se conformer à la disposition qui prescrit aux auteurs de signaler ce qu'il y a de nouveau dans leur travail, M. Mayor a souligné dans son mémoire les parties sur lesquelles il croit devoir appeler l'attention de la commission.

LES OS DU ROI TEUTOBOCUS.

A la suite de la correspondance, M. de Blainville met sous les yeux de l'Académie les ossemens fossiles découverts en 1613 dans une sablonnière du Bas-Dauphiné, et attribués par la supercherie d'un nommé Mazurier à Teutobocus, roi des Cimbres, vaincu par Marius. On sait que ce fut l'objet d'une longue et vive discussion sur l'existence des géans, discussion dans laquelle les deux principaux antagonistes furent Habicot et Riolan. Ce dernier les avait considérés comme pouvant avoir appartenu à un éléphant, ce qui avait été depuis généralement admis ; mais l'inspection de ces os, et surtout des dents qui les accompagnent, envoyés au Muséum d'histoire naturelle par M. Jouannet, ont montré aisément qu'ils proviennent d'un véritable mastodonte de la grandeur de celui de l'Ohio.

INSTRUMENT POUR MESURER LA TEMPÉRATURE DE L'INTÉRIEUR DES ORGANES.

M. Becquerel lit sur ce sujet la note suivante :

L'Académie se rappellera que je lui ai présenté, il y a un an, le commencement d'un travail sur les applications des forces électriques à la végétation ; j'ai continué depuis ces recherches, et je me suis convaincu que, pour en retirer des conséquences utiles à la science, je devais d'abord m'attacher aux phénomènes les plus simples, à ceux qui servent de base à la théorie électro-chimique, c'est-à-dire aux effets calorifiques qui ont lieu constamment dans les végétaux comme dans les animaux.

Pour étudier de semblables effets, j'ai dû employer des appareils autres que les thermomètres, et qui permissent de déterminer la température d'une partie quelconque d'un corps organisé sans produire de lésion capable d'altérer la vitalité. Ces appareils consistent en sondes ou aiguilles formées de deux métaux mis en communication avec un excellent galvanomètre. Ces sondes sont introduites dans tous les tissus et les organes, par les procédés de l'acupuncture, et la température est déterminée par l'intensité des courans thermo-électriques produits par la chaleur que prend la soudure de la région où elle se trouve.

Pour faire de semblables recherches, j'ai dû m'adjoindre un anatomiste habile, qui eût à sa disposition tous les moyens dont j'avais besoin ; j'ai cru devoir m'adresser à M. Breschet, qui a bien voulu accepter ma proposition. Les expériences sont commencées depuis huit jours, et les résultats auxquels nous sommes déjà

parvenus nous font espérer que ces recherches ne seront pas sans intérêt pour la science.

— M. Leroy d'Étiolle, appelé comme candidat, donne lecture du résumé des trois mémoires dont suit l'analyse :

DE LA LITHOTRITIE URÉTRALE.

Après avoir montré que le but vers lequel doit tendre maintenant la lithotritie est d'obtenir la pulvérisation de la pierre sans production de fragmens, M. Leroy fait voir que, dans l'état actuel de la science, l'engagement des fragmens de calculs dans l'urètre est l'un des inconvéniens les plus graves, à cause de sa fréquence et des accidens qu'il produit. Pour faciliter l'extraction de ces fragmens, M. Leroy d'Étiolle a imaginé deux instrumens particuliers : l'un est une pince qu'il nomme urétrale, dont il fait depuis long-temps usage; l'autre est une *curette articulée* que l'on insinue facilement derrière le calcul, et qui là se recourbe, accroche le corps qu'il s'agit d'extraire, et le ramène avec elle. M. Leroy dit avoir extrait de la sorte plus de 600 pierres ou fragmens de pierres cogagés et retenus dans l'urètre.

NOUVEAU MODE DE COMPRESSION POUR DÉTERMINER L'OBLITÉRATION DES ARTÈRES DES MEMBRES DANS L'ANÉVRISME.

La compression des artères, pour déterminer l'oblitération de ces vaisseaux et obtenir la cure des tumeurs anévrismales, serait certainement préférable à la ligature, si elle pouvait avoir la même efficacité; car elle ne cause ni douleur, ni effusion de sang. M. Leroy d'Étiolle examine pour quelle raison la compression n'a point eu jusqu'ici le succès qu'on s'en était promis; puis il fait connaître le procédé qu'il a imaginé et les expériences qu'il a faites sur les animaux, pour en constater l'efficacité. Ce procédé consiste à établir la compression médiate sur 2 points de l'artère distans l'un de l'autre de deux pouces environ (1). La portion de sang isolée de la sorte se coagule plus facilement que dans le procédé de compression ordinaire qui porte sur un point seulement. Pour accélérer la formation du caillot, M. Leroy tient de la glace appliquée sur la partie; il favorise aussi, dit-il, la coagulation de l'albumine de la petite portion stagnante, au moyen de l'acupuncture et du galvanisme.

NOUVEAUX INSTRUMENS POUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA PROSTATE, ET DES RÉTENTIONS D'URINE QU'ELLES PRODUISENT.

M. Leroy d'Étiolle rappelle que déjà il a soumis à l'examen de l'Académie deux mémoires dans lesquels sont consignés ses travaux sur cette matière. La communication qu'il fait aujourd'hui est relative à quelques perfectionnemens apportés à ses procédés. Il décrit trois instrumens destinés, l'un à produire la dilatation du col de la vessie, et les deux autres, qu'il nomme porte-caustique prostatiques, à porter le nitrate d'argent sur la tumeur de la prostate, sans qu'il puisse avoir d'action sur un autre point. « Plus j'avance dans mes travaux sur les maladies de la prostate, dit-il en terminant, et plus je me persuade qu'il y a là, sous le rapport chirurgical, une importante lacune à remplir. »

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mars. — Présidence de M. Lisfranc.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'HOMOEOPATHIE.

La correspondance offre peu d'intérêt. L'ordre du jour est la suite de la discussion sur l'homœopathie.

M. Adelon commence par rappeler la décision prise par l'Académie dans la dernière séance, et le renvoi du projet de lettre de M. Double à la commission. La commission s'est assemblée; elle a comparé les deux projets; et la majorité s'est prononcée en faveur du projet de M. Double. Ici M. Adelon donne lecture de cette lettre, légèrement amendée par la commission; puis il ajoute :

Mais il y a une minorité qui aurait préféré l'ancien projet de la commission, modifié toutefois dans le sens qu'indiquaient les intentions manifestement prononcées de l'Académie. Permettez-moi, Messieurs, de vous exposer les motifs de cette minorité : je serai bref.

M. Delens, vivement. Il n'y a eu dans la commission ni majorité ni minorité constituées; il y a eu un vote qui appartient à la commission tout entière; dès-lors nulle minorité n'a chargé M. le rapporteur de soutenir son opinion. Il est donc convenable de dire que M. Adelon va exposer en ce moment son opinion personnelle. (Rumeur.)

M. Adelon. Je dois d'abord rétablir les faits. La question dans la commission a été ainsi posée : Adoptera-t-on la lettre de M. Double, conçue en termes absolus, ou bien celle de M. Adelon, avec des modifications? Cinq membres ont voté pour la première (Plusieurs voix : Six membres!) Six membres, soit; nous étions neuf. Deux membres ont voté pour la seconde; les deux billets portaient même cette indication : *Adelon renforcé*. (On rit.) Enfin il y a eu un billet blanc, ce qui veut dire sans doute qu'un membre n'approuvait pas l'idée d'un refus. Il y a donc eu une minorité de deux membres pour l'ancien projet de la commission; et j'ai mission d'exposer les idées de cette minorité. (Vives rumeurs, agitation.)

M. Bernin. Il n'est pas d'usage que l'on fasse ainsi deux rapports pour un seul, et que l'on scinde une commission en majorité et en minorité.

M. Adelon. Mais si c'est mon opinion que je veux défendre, la qualité de membre de la commission m'empêchera-t-elle de faire ce que peut faire tout membre de cette Académie? (Plusieurs voix : non pas comme rapporteur.) J'aurais refusé de l'être, si j'avais cru m'engager ainsi à ne pouvoir exprimer mon opinion.

M. Delens. Je me borne à déclarer que la minorité n'a chargé personne de parler en son nom.

M. Adelon. Eh bien! je parle pour moi seul, et je vais combattre le rapport. (Violens murmures.) Oh! si l'Académie ne veut pas m'entendre!

Plusieurs voix. Quittez la tribune, on vous entendra comme simple membre.

M. Bouillaud. Il ne s'agit plus ici de la lettre de M. Double. Cette lettre a été renvoyée par l'Académie à la commission; elle a été lue et commentée phrase par phrase, ce qu'il est bien important de dire; et enfin nous lui avons même fait subir plusieurs modifications, qui en ont fait l'œuvre de la commission. Il me semble qu'alors l'unique mission du rapporteur est d'exposer et même de défendre la décision de la commission.

M. Adelon. Mais je l'ai fait d'abord; et maintenant n'ai-je pas le droit de parler en mon nom? (Non, non!)

M. Andral fils. M. Adelon n'a la parole que comme rapporteur, pour exprimer les vues de la majorité, et non les siennes.

M. Emery. Il me semble qu'avec de semblables dispositions M. Adelon aurait dû charger un autre membre de faire le rapport; on ne peut en effet venir à la fois faire ici un rapport et le combattre.

M. Adelon. Aussi avais-je proposé de me démettre des fonctions de rapporteur; et c'est ce que je demande encore.

M. Breschet. M. Andral fils, membre de la commission, est tout prêt à soutenir le rapport (Voix nombreuses : Très-bien!)

M. Andral fils monte à la tribune en qualité de rapporteur. M. Adelon retourne à sa place.

M. Adelon, de sa place. Je demande maintenant la parole comme membre de l'Académie. La première lettre, Messieurs, pechait peut-être par trop de ménagement, la seconde tombe dans l'excès contraire : l'une disait trop peu, l'autre dit trop. (Bruit et réclamations.) Messieurs, c'est mon opinion. (Le silence se rétablit.) Elle décide en effet à toujours; elle donne la question comme jugée en dernier ressort, et prononce en termes sévères et absolus. Cette sentence rigoureuse, que j'approuverais peut être émise par des hommes isolés, je la rejette venant d'une Académie, et j'ai quatre objections à lui opposer.

1° Vous avez jugé sur des faits, à la vérité, mais ces faits n'ont pas été vérifiés par vous; ils ne vous appartiennent pas; c'est donc un jugement fondé sur la simple notoriété publique. Or, une semblable base ne suffit pas pour un arrêt aussi absolu. Je ne blâme point ici la commission d'avoir omis la vérification de ces faits; j'ai dit moi-même que cela lui était impossible, qu'il fallait laisser cette tâche à tous les médecins; mais encore est-ce là une raison pour ne point engager l'avenir.

2° Mais cette vérification impossible, elle n'était pas nécessaire pour le but que vous vous proposiez; il suffisait que le système fût chose litigieuse, pour motiver votre refus.

3° Je prie l'Académie de fixer son attention sur ce point : il est pénible de présenter à l'autorité, comme funeste et homicide, une doctrine soutenue par des médecins; il en résultera de la déconsidération pour l'art. (Oh! oh! Violens murmures.)

4° Enfin, en disant plus qu'il n'est besoin de dire, nous exerçons sur nos confrères un pouvoir disciplinaire en matière de doctrine. (Nouveaux murmures.) En voici la preuve. Qu'un médecin d'hôpital veuille tenter de nouveaux essais sur l'homœopathie, l'administration des hôpitaux, fondée sur votre décision, pourra et devra même le lui défendre. Qu'un homœopathe soit poursuivi devant les tribunaux pour un mauvais succès arrivé dans sa pratique, pourrez-vous dire qu'il a eu le droit de pratiquer suivant les principes d'une doctrine que vous déclarez meurtrière? Je vote donc pour le premier projet de la commission, avec les modifications indiquées.

M. Adelon donne lecture de sa lettre amendée.

M. Emery. La commission ne me paraît pas avoir complètement rempli sa mission : elle aurait dû lire les ouvrages d'Hahnemann, pour en extraire le dogme; elle aurait dû ensuite rappeler les faits avancés par les homœopathes; son jugement, ainsi éclairé, eût sans aucun doute été plus sévère. Sans même parcourir ces volumineux ouvrages, il eût suffi d'ouvrir l'abrégé que vient de publier M. Vernois; et je demande la permission de lire seulement quelques-uns des phénomènes qu'Hahnemann attribue à la belladone.

M. Emery lit une énumération de phénomènes insignifians ou bizarres qui doivent, selon les homœopathes, résulter de l'action de la belladone. Cette lecture est fréquemment interrompue par des rires.

Enfin, ajoute l'orateur, j'ai voulu expérimenter sur moi-même ces médicamens à doses homœopathiques, je n'ai ressenti aucun des effets annoncés. Je vote donc pour la réponse qui contient le refus le plus énergique.

M. Andral fils. Je ne m'attendais pas au reproche de M. Émery, et je pense que l'Académie nous accordera bien que nous avions lu les ouvrages d'Hahnemann, et que nous connaissions la doctrine et les faits avant d'expérimenter. Au sujet de la lettre de M. Adelon, il m'a paru, en entendant la lecture, qu'elle dit absolument les mêmes choses que celle de M. Double; toute la différence est dans la forme littéraire qui est plus douce, et peut-être plus académique. C'est donc une pure question de forme qui nous sépare; et si la commission a préféré

(1) Cette idée nous paraît juste; mais elle n'est pas nouvelle. Voici en effet ce qu'on lit dans la thèse de concours de M. Lisfranc, *sur les diverses méthodes et les différens procédés pour l'oblitération des artères dans le traitement des anévrismes*, page 39.

« C'est le plus ordinairement en favorisant la formation des caillots, soit dans l'artère, soit dans le sac, que l'on procure l'oblitération (par la compression). Cela étant posé, n'est-ce pas une précaution toute rationnelle, avant de placer la compression supérieure, d'en établir une autre d'abord, soit au-dessous de la tumeur, soit au-dessus, de manière à retenir dans une assez grande étendue de l'artère une quantité de sang qui la remplit et qui puisse se transformer en caillots? M. Malgaigne, qui a émis le premier cette idée, avait songé à la poursuivre par des expériences, etc. »

des conclusions plus durement exprimées, c'est qu'elle est convaincue que la doctrine homœopathique est contraire à tous les principes admis jusqu'à présent en médecine, que les faits la condamnent sans restriction, et qu'ainsi il y aurait péril à la laisser émettre et pratiquer dans des établissemens publics.

M. Louis. Je pense que cette doctrine aurait dû être écartée simplement par une fin de non-recevoir, et que MM. Andral et Bailly lui ont fait trop d'honneur en la soumettant à des expériences. Comment, en effet, doit-on procéder en médecine? Par des faits bien établis, bien avoués; or, l'homœopathie n'en apporte aucun; on peut dire de ce système qu'il a été inventé plutôt que prouvé. C'est une doctrine qui s'affirme tout gratuitement; il fallait la rejeter de même. L'Académie n'est pas seulement instituée pour répondre à une question du gouvernement; elle a des devoirs à remplir envers la science, et le premier est sans doute de conserver le dépôt de la saine méthode, d'enseigner aux médecins à procéder toujours par les faits. Je suis donc d'avis d'infliger à l'homœopathie un blâme très-sévère, et je vote pour la lettre de M. Double.

M. Bouillaud blâme les expériences même qui ont été tentées, et il pense que leurs auteurs ont rendu un mauvais service à la science; il fallait avoir en soi assez de force de résistance pour refuser d'expérimenter. Il parcourt ensuite les objections rassemblées par M. Adelon sous ses *quatre points cardinaux* (on rit). La plus grave est celle qui accuse l'Académie d'exercer un pouvoir disciplinaire; mais elle tombe devant ce simple fait, que l'Académie ne juge qu'une question de science, et n'est point un conseil de discipline. On craint qu'une décision sévère empêche à l'avenir les expériences homœopathiques dans les hôpitaux. Tant mieux, s'écrie l'orateur, et ce sera beaucoup gagner que d'atteindre ce résultat; car de telles expériences sont homicides. Du reste, je suis flatté de voir que l'homœopathie compte dans M. Adelon un si chaud défenseur; ce sera un grand motif de consolation pour les homœopathes; ils pourront dire avec le poète:

Victrix causa Diis placuit, sed victa Catoni. (On rit.)

M. Lodibert se plaint que la commission ait adopté la lettre de M. Double en entier; le vœu de l'Académie était que l'on fondît ensemble les deux projets. (Non! non!)

M. Delens. Nous avons déjà dit que nous avions modifié ce nouveau projet en plusieurs points.

M. Marc. Je crois, contre l'avis du préopinant, que l'Académie et le monde médical doivent des remercîmens à MM. Andral et Bailly pour avoir opposé des faits à une doctrine qui n'a pas le sens commun. Pour nous, nous n'avions pas besoin de ces faits; mais ils étaient nécessaires pour le public, qui aurait pu penser que notre intérêt seul avait dicté notre jugement. Je vote pour le projet de M. Double; mais toutefois avec une modification. Le projet porte: « *Après les dispensaires pour le mesmérisme, le brownisme*, etc., *on en demande pour l'homœopathie;* » or, il n'y a jamais eu de dispensaires pour le brownisme ni le mesmérisme.

M. Andral. La correction avait été faite dans la commission, l'heure avancée seule n'a pas permis de la transcrire. Il faut lire: « *Après les dispensaires pour l'homœopathie, on en demandera pour le magnétisme animal*, etc., etc. »

M. Desgenettes trouve que la discussion est suffisamment éclairée et demande qu'on aille aux voix. (Appuyé.)

M. Adelon se défend du reproche qui a été fait par M. Emery à la commission, et rappelle qu'il a consacré cinq pages de son rapport à l'analyse des idées d'Hahnemann. Il rejette l'analogie que M. Andral a voulu établir entre son projet de réponse et celui de M. Double. Il y a entre eux cette différence capitale, que M. Double conclut à toujours, et que M. Adelon ne conclut qu'après les faits connus, et ainsi n'engage pas l'avenir.

La clôture est demandée et prononcée. La réponse de M. Double, amendée par la commission, est ensuite mise aux voix et adoptée à la presque unanimité. M. Adelon et M. Husson ont seuls voté contre.

Voici le texte de cette réponse.

Monsieur le ministre,

L'homœopathie, qui se présente à vous en ce moment comme une nouveauté, et qui voudrait en revêtir les prestiges, n'est point du tout chose nouvelle, ni pour la science, ni pour l'art. Depuis plus de vingt-cinq ans, ce système erre çà et là, d'abord en Allemagne, ensuite en Prusse, plus tard en Italie, aujourd'hui en France, cherchant partout, et partout en vain, à s'introduire dans la médecine. L'Académie en a été plusieurs fois, et même assez longuement, entretenue. De plus, il est à peine quelques-uns de ses membres qui n'aient pris à devoir plus ou moins sérieux, d'en approfondir les bases, la marche, les procédés, les effets.

Chez nous, comme ailleurs, l'homœopathie a été soumise en premier lieu aux rigoureuses méthodes de la logique, et tout d'abord la logique a signalé dans le système une foule de ces oppositions formelles avec les vérités les mieux établies, un grand nombre de ces contradictions choquantes, beaucoup de ces absurdités palpables qui ruinent inévitablement tous les faux systèmes aux yeux des hommes éclairés, mais qui ne sont pas toujours un obstacle suffisant à la crédulité de la multitude.

Chez nous, comme ailleurs, l'homœopathie a subi aussi l'épreuve de l'investigation des faits; elle a passé au creuset de l'expérience; et chez nous, comme ailleurs, l'observation, fidèlement interrogée, a fourni les réponses les plus catégoriques, les plus sévères; car si l'on préconise quelques exemples de guérison pendant les traitemens homœopathiques, on sait de reste que les préoccupations d'une imagination facile, d'une part, et d'autre part les forces médicatrices de l'organisme, en revendiquent, à juste titre, le succès. Par contre, l'observation a constaté les dangers mortels de pareils procédés dans les cas fréquents et graves de notre art, où le médecin peut faire autant de mal et causer non moins de dommage en n'agissant point du tout qu'en agissant à contresens.

La raison et l'expérience sont donc réunies pour repousser de toutes les forces de l'intelligence un pareil système, et pour donner le conseil de le livrer à lui-même, de le laisser à ses propres moyens.

C'est dans l'intérêt de la vérité, c'est aussi pour leur propre avantage, que les systèmes, en fait de médecine surtout, ne veulent être ni attaqués, ni défendus, ni persécutés, ni protégés par le pouvoir. Une saine logique en est la plus sûre expertise; leurs juges naturels, ce sont les faits; leur infaillible pierre de touche, c'est l'expérience. Force est donc de les abandonner à la libre action du temps. Arbitre souverain de ces matières, seul il fait justice des vaines théories, seul il asseoit avec stabilité dans la science les vérités qui doivent en constituer le domaine.

Ajoutons que la prévoyance, qui est aussi la sagesse de toute administration publique, commande impérieusement une semblable détermination.

Chacun connaît assez, de nos jours, l'empire des précédens; essayons d'en prévoir et d'en calculer les suites dans l'espèce.

« Après les dispensaires et les hôpitaux pour le mesmérisme; après les dispensaires et les hôpitaux pour le brownisme; après les dispensaires et les hôpitaux pour le magnétisme animal, nous aurions les dispensaires et les hôpitaux pour l'homœopathie (1); » et ainsi pour toutes les conceptions de l'esprit humain! L'administration appréciera comme nous les conséquences d'une pareille conduite.

Par ces considérations et par ces motifs, l'Académie estime que le gouvernement doit refuser de faire droit à la demande qui lui est adressée en faveur de l'homœopathie.

— M. Piédagnel obtient un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire *sur le traitement des fièvres typhoïdes par les purgatifs*. On se rappelle que le ministre a invité l'Académie à nommer une commission pour lui rendre compte de cette méthode, proposée par M. Delaroque; quelques-uns des commissaires sachant que M. Piédagnel avait fait de nombreux essais sur cette médication, l'ont invité à les communiquer à l'Académie. Après une courte discussion sur la convenance des tours de faveur, qui demeure sans conclusion, M. Piédagnel lit son mémoire qui est écouté avec une attention soutenue. Nous en donnerons un extrait dans ce numéro.

Ce mémoire est renvoyé à la commission de M. Delaroque. M. Bouillaud demande à en faire partie, comme ayant à communiquer des faits de fièvres typhoïdes encore inédits et que M. Piédagnel n'a pu par conséquent connaître. — Adopté.

M. le président annonce que la commission chargée d'organiser la séance publique invite les membres qui auraient des lectures à faire à s'adresser au conseil d'administration.

— M. Louis communique un fait très-remarquable d'oblitération de l'aorte ventrale, sans gangrène des membres inférieurs, bien qu'on n'ait pu reconnaître d'artères collatérales notablement développées. Nous donnerons cette belle observation dans notre prochain numéro.

Séance levée à 5 heures.

— *P. S.* M. le docteur Laurent a eu l'obligeance de nous communiquer une note qu'il comptait lire à la dernière séance de l'Académie, à l'occasion de la discussion sur l'homœopathie. Cette note renferme des faits curieux qui auraient beaucoup contribué à affermir la décision que l'Académie a si sagement adoptée.

NOTE DE M. LAURENT SUR QUELQUES EXPÉRIENCES HOMOEOPATHIQUES.

Voici ce qui vient de se passer récemment à Versailles. M. le docteur D., retenu pendant trois années sur un lit de douleur, par une maladie des plus graves, qui avait été inutilement combattue par tous les moyens connus, et qui l'avait forcé à renoncer à la pratique de la médecine, fut trouver Hahneman à Coethen, et se trouva si bien du traitement homœopathique, que cinq mois suffirent pour le débarrasser de ses vives souffrances. Plein de reconnaissance pour la nouvelle doctrine, M. D. ne crut pas pouvoir se dispenser de l'étudier, et de se familiariser avec la loi des semblables et la nouvelle pharmacopée homœopathique. « En avril 1834, dit ce médecin dans une brochure qu'il vient de publier sur l'efficacité du suc de persil dans le traitement de l'uréthrite aiguë, je commençai à recevoir quelques malades dans la ville de Versailles, où le hasard m'avait conduit, et des succès aussi brillans qu'inespérés ne tardèrent pas à me convaincre de la supériorité de cette médecine, et à me donner une espèce de célébrité dans le petit cercle où mes cures avaient eu lieu.

» Un médecin de l'hôpital militaire, M. le docteur Laburthe, chargé du service des vénériens et des galeux, désespéré de ne pouvoir guérir quelques-uns des malades confiés à ses soins, désira chercher dans l'homœopathie des moyens curatifs que toutes les anciennes méthodes lui refusaient. Il vint me trouver, m'exposa son désir, et me fit connaître quelques-uns des cas contre lesquels toutes ses tentatives avaient échoué. Je m'empressai de mettre à sa disposition tout ce que j'avais appris, soit en Allemagne, soit depuis mon retour en France. Les résultats de cette association furent des plus heureux, comme on pourra s'en convaincre par les observations que nous publions aujourd'hui. »

La publication de cette brochure nous étonne d'autant plus que le traitement homœopathique fut appliqué à l'insu des chefs de service de l'établissement, et sans aucun contrôle de leur part. M. le docteur Paradis, chirurgien en chef de l'hôpital, crut devoir, dans l'intérêt de la vérité, faire toutes les recherches pour la découvrir. Il écrivit à tous les chirurgiens majors des régimens auxquels appartenaient les hommes qui sont désignés dans les observations, et voici le premier document qu'il a reçu.

« Monsieur et très-estimé confrère,

» Malgré tout l'empressement que j'ai mis à recueillir les renseignemens que vous désirez, je n'ai pu avoir le plaisir de vous les faire connaître plutôt, parce

(1) Nous plaçons entre des guillemets cette phrase, qui devra être changée dans le sens indiqué par la discussion, la rédaction de la phrase nouvelle ayant été renvoyée à la commission.

que toutes les compagnies ayant, à l'inspection générale, changé de numéro, et beaucoup de bataillon, ce n'a pas été chose facile de découvrir les sujets désignés dans l'état que vous m'avez envoyé. Voici, au surplus, quel a été le résultat de mes recherches.

1° Deux de ces hommes sont inconnus au régiment.

2° Sur les dix-huit autres, cinq sont absens du corps depuis plusieurs mois.

3° Parmi les treize présens, il n'en est qu'un seul dont la cure puisse être attribuée à la méthode homœopathique, encore il est à remarquer que son urétrite était récente et sans phénomène inflammatoire. Tous les autres, après avoir pris une ou plusieurs doses de suc de persil sans co éprouver, comme ils le disent, *ni bien ni mal*, ont fait usage du baume de copahu ou d'injections astringentes que des complaisans leur ont apportés du dehors, et c'est à ces derniers moyens thérapeutiques qu'ils ont dû leur guérison.

Signé MEALE, docteur et chirurgien-major au 43e régiment de ligne. »

Cette lettre était accompagnée d'un état nominatif des hommes qui avaient été soumis au prétendu traitement homœopathique, avec indication des doses de copahu qu'ils avaient prises pendant leur séjour à l'hôpital.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLE SÉRIE D'OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DES PÉRIPNEUMONIES PAR L'OXIDE BLANC D'ANTIMOINE, par M. Aimé MICHEL, D.-M. P. à Semur.

Depuis la fin de l'année 1833, époque à laquelle j'eus l'honneur de vous faire part des résultats que j'avais obtenus, dans les cas de péripneumonies, par l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine, des occasions assez nombreuses de son application se sont rencontrées dans ma pratique, et c'est des nouveaux résultats obtenus que je désire vous parler aujourd'hui. Ces cas nouveaux sont au nombre de 32. La majeure partie (coviron les trois quarts) doit être reportée aux mois qui ont précédé celui d'octobre dernier; car, bien que la constitution atmosphérique des mois de novembre, décembre et janvier derniers n'ait pas semblé différer essentiellement de celle ordinaire à cette époque, le nombre des maladies n'a pas offert tout-à-fait la même proportion; et l'on se fera une idée de cette différence quand on saura que, dans une localité comme celle de Semur, qui compte près de deux mille habitans, il n'y a pas eu de décès depuis le 30 octobre 1834 jusqu'à ce jour, 16 février.

Sur ces 32 sujets se trouvent 7 femmes et 25 hommes. Trois malades étaient au-dessous de 8 ans, 5 au-dessus de 60; 24 appartenaient à l'âge intermédiaire. Sur ces 32 malades, 10 eurent les deux poumons affectés. 4 succombèrent, 3 appartenant à la section sexagénaire, 1 à la section intermédiaire.

Des 3 individus de la première section, 2 enfans furent vus au 2e jour de l'invasion de la maladie, Bachelet, âgé de 3 ans, Guichard, âgé de 6 ans, tous deux de Semur; la péripneumonie était encore au premier degré. La maladie passa chez le second au deuxième degré le quatrième jour. L'un et l'autre étaient convalescens le sixième et le huitième jour. L'antimoine fut administré, dose moyenne, à 8 et 10 grains. Bolery, de Ligny, âgé de 7 ans, vue au quatrième jour; la maladie se prolongea jusqu'au neuvième, après avoir passé par le deuxième degré. Antimoine administré à la dose moyenne de 10 grains.

Des 24 malades de la deuxième section, 7 avaient une péripneumonie double. Quatre femmes (Fontercy, de Saint-Julien; deux femmes Bachelet, de Semur; Duverney, de la Baisse); toutes quatre ont guéri. Antimoine administré à la dose moyenne de 25 grains. Trois hommes (Bachelet d'Hauteval, Prévot de Ligny, Rousset de Semur). Les deux premiers ont guéri; Prévot au cinquième jour, après avoir été en proie à un délire violent, et à tous les accidens graves de la péripneumonie, fut convalescent le dixième jour; Bachelet le douzième jour seulement.

Le troisième est mort sans avoir offert d'autre symptôme vraiment grave qu'une accélération excessive de la circulation, phénomène peu commun pendant le traitement antimonial, mais qu'on pourra peut-être s'expliquer quand on saura, comme je l'appris ensuite, qu'on lui administrait secrètement et concurremment du vin chaud autant qu'il en désirait. Antimoine administré à la dose moyenne de 30 grains. Des sangsues avaient été appliquées chez ces 3 sujets.

Les 17 autres malades de la deuxième section ont été atteints de péripneumonies d'un seul côté. Six se sont présentés avec des symptômes graves: fièvre des plus intenses, délire, etc. (Raquin de Saint-Julien, Raquin de Mailly, Gaillard de Ligny, Berry d'Heurgues, femme Berry de Sainte Foy, Raquin, domestique, à Semur). Traitement commencé les deuxième, troisième et quatrième jours de la péripneumonie. Dose moyenne d'antimoine, 30 grains. Guérison, terme moyen, vers le neuvième jour. Une ou deux applications de sangsues avaient eu lieu.

Les 11 autres, traités dès les premiers jours de la maladie, ont également tous guéri. (Rey de Sainte-Foy, Melon de Briand, N..., garçon maréchal-ferrant à Semur, Nignet, domestique à Jonzy, Guichard aîné, de Semur, Fontaimpe de Semur, Delorme de Fleury, Dessertines de Jonzy, Bonnefoy, ouvrier charpentier à Semur, femmes Bachelet de Saint-Julien, Ducar de Saint-Bonnet.) La maladie a présenté chez tous au plus haut degré, ainsi que chez les deux premiers enfans de la première section, l'effet propre aux préparations antimoniales: diminution rapide de l'énergie du centre circulatoire, et chez 5 l'éruption propre à ce genre de médication. Presque tous offrirent un état de moiteur de la peau qui persista pendant tout le cours de la maladie. Trois ou quatre ne le présentèrent toutefois que pendant la période décroissante et au déclin de celle-ci. Dose moyenne d'antimoine, de 25 à 30 grains; durée moyenne de la maladie, 8 jours; chez quelques-uns la maladie, enrayée dès les premières vingt-quatre heures du traitement, était entièrement résolue le sixième jour.

Des cinq malades appartenant à la troisième section, trois ont succombé ayant une péripneumonie double, deux ont guéri. Tous les cinq étaient en proie, concurremment, à un catarrhe chronique, affection très-commune chez les vieillards, surtout dans nos pays élevés, et ordinairement très-grave lorsqu'il survient une semblable complication. Parmi les trois premiers, la femme Charpin, morte le neuvième jour, Faivre, mort le onzième jour, offraient, la première la veille, le second quatre jours auparavant, une amélioration notable des symptômes de la péripneumonie; mais il survint tout à coup un engorgement des bronches purement muqueux, bientôt l'impossibilité d'expectorer, et enfin une véritable mort par asphyxie. Le troisième (Laplesse de Semur), fut enlevé le septième jour, les symptômes du catarrhe et de la péripneumonie ayant marché les uns et les autres avec une intensité extraordinaire. Des écarts de régime grave ont été commis par ce malade. Les deux autres, MM. R... et Ch... de Semur, guérirent l'un le dixième, l'autre le douzième jour de la maladie, offrant une semblable complication, et ayant pris comme les autres, la dose moyenne de 25 grains d'antimoine.

Ces diverses observations peuvent donner lieu à quelques considérations très-importantes; elles m'ont semblé confirmatives des observations recueillies par les premiers médecins qui ont déterminé et régularisé l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine, sous le rapport des résultats physiologiques généraux, du ralentissement notable de la circulation, et de la diminution de l'énergie des battemens du cœur; puis par ordre de fréquence, des phénomènes de diaphorèse, si remarquables chez un grand nombre; enfin de l'éruption pustuleuse qui s'est également montrée chez un certain nombre de nos malades. Il est bien naturel de penser que ces divers états, créés par ce genre de médication, ont la plus heureuse influence sur la marche de la maladie elle-même; néanmoins, comme plusieurs malades traités ainsi guérissent parfaitement sans offrir rien de semblable, et que d'autre part on en voit succomber après avoir offert ces phénomènes au plus haut degré, il est rationnel, je pense, de reconnaître dans le mode d'action de cette substance une modification vraiment locale dans les organes pulmonaires, dans leur circulation, leur nutrition, leurs sécrétions propres, circonstance qui doit dès-lors la faire ranger parmi les substances précieuses décorées du nom de spécifiques.

J'ai remarqué l'exactitude de ce qui a été dit déjà plusieurs fois, savoir, que c'est surtout chez les sujets à énergique circulation, à organes pulmonaires bien développés, que l'antimoine jouit d'une efficacité remarquable. Les enfans doivent être rangés dans cette catégorie; chez eux les heureux effets de l'antimoine sont des plus marqués. Je dois ajouter que, quand la respiration est accélérée d'une manière notable, elle est anxieuse, avec un point de côté douloureux; qu'il existe une céphalalgie intense et un mouvement fébrile des plus prononcés. Une application de sangsues sur les parois de la poitrine facilite singulièrement l'expectoration et l'action du médicament. Aucune saignée générale n'a été pratiquée chez ces 32 malades.

Les résultats ne sont pas toujours aussi heureux chez les sujets âgés présentant une complication de catarrhe chronique. Chez eux, la modification imprimée au système nerveux par l'antimoine n'est point aussi avantageuse, et j'ai remarqué que cet affaissement particulier qui en résulte peut coïncider avec la suppression de l'expectoration et l'apparition de symptômes plus ou moins graves, qu'il faut chercher à combattre par d'autres moyens. Les saignées ne réussissent guère mieux dans

les cas de ce genre, qui tous offrent, du reste, la plus grande gravité, et entraînent le plus ordinairement la mort des malades. J'emploie dans ces circonstances les révulsifs énergiques, d'une part ; de l'autre, l'administration intérieure du sous-hydro-sulfate d'antimoine, et quelques boissons légèrement excitantes. Je pourrais citer plusieurs observations à ce sujet, où ce traitement a été employé avec succès, seul, ou en y ajoutant, suivant des indications spéciales, quelques évacuations sanguines locales.

Je dirai, en terminant, que les péripneumonies que j'ai observées depuis le mois de novembre dernier, et qui font partie du résumé que je viens de présenter, m'ont presque toutes offert des phénomènes particuliers tenant sans doute aux circonstances atmosphériques du moment; c'était la coïncidence de symptômes bilieux, caractérisés par la présence d'un ictère général, d'expectoration abondante jaune-verdâtre ; symptômes qui ne paraissaient avoir aucune influence sur la marche et l'heureuse terminaison de la maladie.

J'ai omis de dire que, chez tous ces malades, la diète a été sévère pendant les premiers jours, mais que je ne tardais pas à permettre l'usage de quelques bouillons légers.

OBSERVATION SUR UN ABCÈS A LA PARTIE INFÉRIEURE, ANTÉRIEURE ET INTERNE DE LA CUISSE GAUCHE, avec un anévrisme de l'artère fémorale, par M. Salmade, membre de l'Académie royale de médecine.

La maladie qui fait le sujet de cette observation était très obscure ; aussi le diagnostic a-t-il été très difficile ; la grande habitude de voir des malades, et ce qu'on peut appeler le tact médical, n'ont pu contribuer à la faire reconnaître d'une manière bien exacte. L'histoire que je vais en présenter fournira de nouveau la preuve que la science des signes est la plus nécessaire à étudier, et confirme l'assertion du célèbre Sabatier, qui disait que dans beaucoup de cas il n'était pas facile de décider si une tumeur était anévrismale ou de toute autre nature.

Obs. — M. S..., Anglais, âgé de 75 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin et bilieux, avait contracté de bonne heure, dans les pays chauds, l'habitude immodérée du vin et des liqueurs fortes. Pendant son séjour en France, il se livra à son goût et n'en fut jamais incommodé, quoiqu'il bût journellement quatre ou cinq bouteilles de vin et quelques petits verres de liqueurs spiritueuses. Il faisait de plus beaucoup d'exercices violens ; il était tourmenté par des désirs vénériens souvent reitérés. Il s'était surtout livré dans sa jeunesse à l'équitation.

Il me fit appeler pour une douleur vive qu'il éprouvait depuis quelques jours à la partie inférieure, antérieure et interne de la cuisse gauche. Je l'attribuai à une affection rhumatisante, dont le malade se plaignait quelquefois.

Je fis appliquer sur la partie douloureuse, qui était déjà tuméfiée, des sangsues et des cataplasmes émolliens. Je le mis à l'usage des boissons adoucissantes. Il garda le plus grand repos. Ces moyens parurent diminuer les souffrances ; mais le gonflement prit de l'accroissement.

Le lendemain, malgré une nouvelle application de sangsues, les douleurs, loin de diminuer, allèrent en augmentant ; et le malade ne pouvait mouvoir l'extrémité affectée sans qu'elles ne devinssent insupportables. La tumeur acquit bientôt de la dureté, et une grande sensibilité qui au moindre mouvement se prolongeait vers la hanche et le pli de l'aine ; elle s'accrut graduellement ; la couleur de la peau qui la couvrait ne s'altéra pas ; mais on sentait une fluctuation profonde qui indiquait une congestion dont il n'était pas facile de déterminer la nature. La cuisse malade était déjà d'un volume considérable, ce qui ajoutait encore à l'incertitude du diagnostic.

M. Dupuytren fut consulté. En examinant cet engorgement, il porta principalement son attention sur le trajet de l'artère fémorale. Nous essayâmes de la comprimer, et nous ne reconnûmes rien qui pût faire soupçonner une lésion des gros vaisseaux de la cuisse. Point de mouvement, point de bruit ; les pulsations étaient très-obscures.

Des boissons légèrement acidulées furent prescrites. On abandonna les émolliens. Un cataplasme maturatif fut appliqué. Les douleurs devinrent plus vives ; le mal fit des progrès rapides. Dans l'espace de deux jours, un engourdissement se manifesta plus particulièrement au gros orteil, qui devint froid. L'extrémité malade était comme paralysée. Le refroidissement gagna tout le pied, et une grande partie de la jambe participait de cet état ; il y avait privation de la sensibilité et de tout mouvement ; la chaleur s'éteignait peu à peu. Le malade disait qu'il croyait avoir une jambe de bois.

Quelques jours après, nous trouvâmes l'extrémité inférieure de la cuisse énormément tuméfiée. La tumeur offrait une fluctuation obscure, mais sans laisser reconnaître aucune espèce de pulsations ni de frémissemens. L'articulation du genou était très-douloureuse ; la jambe était d'un rouge érysipélateux, et la peau de cette partie paraissait menacée de gangrène.

D'après la nature des accidens et des phénomènes, nous soupçonnâmes un épanchement de sang artériel.

Nous fîmes faire avec un mélange d'eau-de-vie camphrée et de décoction de quinquina, des frictions douces sur la jambe, pour y exciter l'action vitale presque éteinte. La journée et la nuit furent assez tranquilles.

M. Larrey fut appelé : après un examen attentif, il donna l'avis suivant :

« La tumeur est ou un abcès, ou un anévrisme ; peut-être est-elle l'un et l'autre ; plus probablement encore un anévrisme. Pour reconnaître la maladie, une ponction exploratrice est nécessaire. S'il sort du pus de la tumeur, la maladie est simple et guérira ; mais si, comme tout porte à le croire, il y a anévrisme, l'amputation de la cuisse est maintenant le seul remède utile, car la ligature de l'artère ne changerait rien à la marche des accidens. »

Ces moyens étant proposés au malade, il rejeta l'amputation, en consentant à se soumettre à toute autre tentative.

Un troisième chirurgien, M. Marjolin, fut prié de donner son avis : voici le jugement qu'il porta.

« La maladie est un épanchement de sang artériel ou veineux, ou un abcès. Le seul remède serait l'amputation, après toutefois qu'on aurait essayé une ponction exploratrice ; mais l'amputation ne me paraît pas susceptible d'être faite avec succès, d'après l'âge avancé du sujet, la hauteur du lieu où il faudrait la faire, l'état de maladie de l'artère, qui peut se prolonger plus haut qu'on ne le suppose, et la ferme volonté du malade, qui est décidé à ne point se laisser amputer. »

Il fallut donc nous borner à continuer sur la tumeur l'application des cataplasmes de farine de graine de lin et de quinquina en poudre. Au bout de quatre ou cinq jours la jambe prit une teinte violacée, se couvrit de phlyctènes. La fluctuation devint de plus en plus apparente. Des phlyctènes se formèrent aussi dans le creux du jarret ; et fournirent un suintement séreux-sanguinolent assez abondant et fétide. L'épiderme se soulève en quelques points ; le genou restait très-douloureux ; la jambe se parsema de taches brunes violettes ; on l'entoura d'un linge enduit de styrax et de poudre de quina, et par des lotions souvent répétées de chlorure de sodium, on dissipa l'odeur qui s'exhalait de cette mortification.

Malgré tous ces désordres, le pouls se soutenait, la connaissance était entière ; mais bientôt le malade, qui auparavant allait peu à la selle, fut pris d'une diarrhée considérable ; elle se réunit à la fièvre, qui était continue et plus marquée le soir. La langue devint sèche et fort brûlante ; les urines étaient noires et rares ; le pouls s'affaiblit ; il devint filiforme. Point de sommeil. On donna pour boisson la décoction blanche de Sydenham, des potions opiacées. Les forces, déjà très-diminuées, se détruisirent avec rapidité ; des sueurs froides et visqueuses se déclarèrent ; la respiration devint gênée, la face hippocratique ; les idées étaient confuses, et le malade succomba le quatorzième jour de la maladie.

Vingt-quatre heures après nous examinâmes, avec MM. Fiévée et Leroy, l'état des parties, pour tâcher de découvrir la nature des altérations.

Une incision fut faite sur le trajet de l'artère crurale, depuis le pli de l'aine jusque vers la division de cette artère dans les muscles de la jambe : voici ce que nous remarquâmes.

La tumeur ayant été disséquée couche par couche présenta une collection purulente assez abondante. Cette collection semblait circonscrite à la partie inférieure, antérieure et interne de la cuisse ; mais elle communiquait avec l'articulation par le côté interne et supérieur du genou. Le pus était inodore et blanc. Tout le tissu cellulaire et les muscles étaient plus ou moins altérés. Dans le creux du jarret, et à la partie inférieure, postérieure et interne de la cuisse, se trouvait un vaste foyer sanguin, correspondant directement avec l'artère, qui était ouverte et déchirée dans une étendue de plus d'un pouce, mais sans perte de substance, un peu avant son passage à travers le troisième adducteur. Au-dessous, son tissu était rouge, enflammé, mais sans altération.

En résumant ce que nous avons observé dans la tumeur, nous assurons qu'il n'existait pas de sac anévrismal contenant le fluide épanché dans cette partie de la cuisse. En effet du pus entremêlé de quelques caillots de sang se trouvait d'abord autour de cette vaste collection. Ensuite on remarquait une masse considérable de sang noir coagulé. Plus profondément, on voyait une grande quantité de sang fluide et vermeil, formant le centre de la tumeur et entourant la portion correspondante de l'artère fémorale, ouverte un peu avant son passage à travers le troisième adducteur. Cette artère avait acquis une grande épaisseur, et son ouverture, qui avait les bords frangés et comme déchirés, était de l'étendue d'environ quinze lignes. Il est à remarquer que le pus qui entourait la tumeur était blanc, pur, inodore, et se prolongeait en descendant jusqu'à l'articulation du genou dans laquelle il pénétrait.

Ce fait m'a paru mériter d'être rapporté. Je laisse à d'autres le soin d'expliquer la cause qui a déterminé cet anévrisme, son mode de développement et son espèce, ainsi que la formation de l'abcès.

Cette observation prouve de plus en plus qu'on peut prendre des tumeurs d'anévrisme pour des tumeurs de toute autre nature, parce qu'il y a une similitude de phénomènes qui les fait souvent confondre. Il n'est que trop certain que l'anévrisme fémoral a été la cause de beaucoup de méprises funestes pour les malades, et l'on ne saurait trop rappeler que son diagnostic présente les plus grandes difficultés.

TUMEUR CARCINOMATEUSE ULCÉRÉE, OCCUPANT LA MOITIÉ ANTÉRIEURE DE LA LANGUE, ENLEVÉE AVEC SUCCÈS A L'AIDE DE LA LIGATURE, par M. LISFRANC ; communiquée par M. PAULY, interne à la Pitié.

OBS. — Le nommé Vieil, âgé de 40 ans, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Antoine, n° 14, le 4 janvier 1835, pour y être traité d'une dégénérescence carcinomateuse de la moitié antérieure de la langue.

Cette affection résultait d'un aphthe, développé six mois avant sur la pointe de cet organe. Attaqué par des irritans, cet aphthe dégénéra en ulcère avait déterminé l'induration des parties environnantes, et par des progrès successifs le mal était arrivé à l'état suivant : la langue à son extrémité libre offrait une espèce de masse fongueuse, bosselée, parsemée d'ulcérations plus ou moins profondes, étendue d'avant en arrière d'environ un pouce, et paraissant occuper toute l'épaisseur de la langue. Au delà les tissus à leur volume normal paraissaient sains et sans induration. Des douleurs lancinantes sillonnaient cette tumeur; un liquide âcre et séro-purulent découlait de la bouche du malade et répandait une odeur très-fétide. La parole était presque inintelligible et les mouvemens de la déglutition fort difficiles.

La nature de l'affection ne paraissait pas douteuse; une opération était indispensable; M. Lisfranc se décida pour la ligature serrée à l'aide du tourniquet-cabestan de M. Mayor de Lausanne.

Le 20 janvier, la partie dégénérée fut étreinte dans une anse de fil d'argent, qu'on serra modérément jusqu'à ce que la tumeur fût devenue bleue et livide. Le malade souffrit peu de cette ligature. La douleur cessa après quelques minutes pour laisser dans la tumeur un engourdissement assez gênant, mais ne déterminant aucune souffrance.

Le lendemain, le moignon est triplé de volume. Une grande quantité de salive et de matière de sécrétion s'est écoulée de la bouche. Le malade, quoique ne souffrant pas, n'a pas dormi. Déjà la surface de la tumeur est parsemée d'escarres isolées, plus spécialement développées sur les points fongueux et les plus éloignés du centre. La mortification a paru ainsi tout d'abord dans les tissus où la vitalité était moins active. M. Lisfranc augmente la constriction du lien en faisant exécuter à l'instrument deux tours de torsion.

Chaque matin l'appareil est serré graduellement ; l'étendue des escarres augmente à proportion, et le troisième jour la tumeur est recouverte d'une calotte noire et mortifiée.

Chaque nouvelle pression était toujours suivie d'une faible douleur, qui ne durait que quelques minutes. A part la première nuit, le malade retrouva le sommeil. Il se gargarisait fréquemment pour entraîner les matières sécrétées par la tumeur.

Le dixième jour, le champignon carcinomateux tomba, ne laissant au point de séparation qu'une plaie de bonne nature. Cette plaie marcha franchement vers la guérison ; on cautérisa de temps en temps, à l'aide du nitrate d'argent, quelques bourgeons charnus trop développés ; et le malade sortit de l'hôpital le 24 février.

On a pu s'assurer que ce malade parle aussi distinctement que si l'organe de la parole n'avait éprouvé aucune déperdition de substance. La déglutition s'exécute comme à l'ordinaire. La perception des saveurs est la même qu'avant la maladie et l'opération.

M. Lisfranc ne donne pas cette ablation de la moitié de la langue comme un fait nouveau, mais bien comme une observation qui constate que les chirurgiens redoutent à tort l'emploi de la ligature, dans la crainte de trop faire souffrir les malades. Cette opération, surtout à l'aide du tourniquet de M. Mayor, est extrêmement simple et facile; elle peut donc être pratiquée par les chirurgiens les moins exercés. Pour la faire, il n'est pas besoin d'avoir des aides-chirurgiens à sa disposition; et aucune hémorrhagie n'étant à craindre, il est inutile de surveiller de près les opérés, circonstances qui toutes doivent être prises en grande considération quand on exerce loin des grandes villes.

LUXATION INCOMPLÈTE DU FÉMUR EN BAS, par M. ROBERT.

Paris, 19 mars 1835.

Mon cher confrère,

Je vous envoie une note sur un cas de luxation incomplète du fémur en bas et en arrière sur la base de l'ischion, que j'ai présenté à l'Académie à la fin de sa dernière séance.

Ce fait a été observé par moi à l'hôpital Cochin, le 6 février 1835, sur un ouvrier des carrières de Montrouge, dont le corps fut renversé en avant et sur la cuisse gauche par la chute d'un bloc de pierre du poids de 300 livres.

La cuisse était placée dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans; il y avait allongement de 7 ou 8 lignes. La fesse était arrondie et très-saillante à sa partie inférieure; on sentait, en cet endroit, au-dessus et en arrière de la tubérosité de l'ischion, une tumeur arrondie et dure formée par la tête du fémur.

La réduction fut facile; l'extension dut être pratiquée sur la partie inférieure de la cuisse, et ce membre porté fortement dans la flexion sur le bassin.

Après la réduction, il ne survint aucun accident dans l'articulation; mais le malade succomba le seizième jour aux suites d'une pleuro-pneumonie causée par une fracture de côtes.

A l'autopsie, l'on trouva les muscles voisins de l'articulation sains, à l'exception du carré crural, déchiré en travers à sa moitié supérieure; la capsule orbiculaire largement ouverte à sa partie inférieure et postérieure; le ligament inter-articulaire rompu vers son milieu : le bourrelet cotyloïdien détaché de son insertion à l'os iliaque et déchiré sur sa longueur.

On pouvait facilement reproduire sur le cadavre la luxation en portant la cuisse dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Dans cette nouvelle situation, la partie interne de la tête du fémur, devenue postérieure et externe, reposait sur le segment inférieur et postérieur du contour de la cavité cotyloïde et sur la partie voisine de la base de l'ischion.

Je me propose de publier avec tous ses détails ce fait qui me paraît important pour l'histoire des luxations de la cuisse.

Agréez, etc.

ROBERT,
Chirurgien du bureau central d'admission des hôpitaux.

DU TRAITEMENT DES CHUTES DE MATRICE PAR LE RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN; par M. Romain GIRARDIN.

La GAZETTE MÉDICALE de Paris du 21 de ce mois, dans sa Revue des journaux anglais, rapporte un succès que M. Ireland a obtenu dans le traitement des chutes de matrice par le rétrécissement du vagin.

Il y a 13 ans, monsieur le rédacteur, que j'ai fait un mémoire sur la cure radicale des chutes de matrice et de celles du vagin, chez les femmes parvenues au terme de la menstruation, par l'occlusion partielle ou complète du vagin.

Mon procédé opératoire est absolument le même que celui de M. Ireland.

M. le professeur Velpeau, auquel j'ai communiqué mon projet de cure radicale, possède également les pièces qui prouvent que, vers la fin de 1823, la Société de médecine de Metz avait pris lecture de mon mémoire.

Veuillez, monsieur le rédacteur, insérer ma réclamation dans un des premiers numéros de votre journal, et agréez, etc.

R. GIRARDIN.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI HISTORIQUE SUR DUPUYTREN, par M. VIDAL (de Cassis), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux, etc.; orné du portait de Dupuytren (1).

La mort de Dupuytren a été presqu'un événement politique. Pendant trois jours, nos grands journaux ont rempli leurs colonnes de détails sur cet homme célèbre, sur sa vie, sur sa mort, sur la grande manifestation scientifique qui accompagna le convoi mortuaire. Puis peu à peu tout ce bruit s'éteignit; ses cendres se refroidirent en silence; comme tous les événemens qui ont trois jours de date, la mort de Dupuytren devint un fait oublié. Il y avait mieux à faire cependant pour la mémoire de ce grand chirurgien que de ces articles d'un jour, qui, inspirés par la circonstance, en gardent toujours le reflet, et se sentent à la fois de la précipitation et de la douleur qui les a inspirés. Nous

(1) In-8° de 60 pages, prix 1 fr. 75 c. — Chez Just-Rouvier et E. Lebouvier, libraires, rue de l'École-de-Médecine.

avons à la vérité l'espoir de deux ou trois oraisons funèbres, tribut obligé de toute Académie; mais l'oraison funèbre est louangeuse de sa nature, et cache volontiers la vérité qui déparerait son héros. M. Vidal a entrepris de nous montrer Dupuytren tout entier dans une simple notice, sans prétention à un titre plus brillant que celui d'essai, mais où l'homme est peint avec une verve spirituelle, et le chirurgien jugé avec une critique éclairée qui en font une œuvre pleine d'intérêt.

On sait que Dupuytren fut amené à Paris, bien jeune encore, par un officier de cavalerie qui lut, dit-on, sur sa figure une partie au moins de son avenir. Déjà à l'âge de trois ans une riche voyageuse l'avait également enlevé à sa famille; mais le père avait réclamé son fils, qui lui avait été rendu à regret.

Dupuytren à Paris fut bientôt deviné par des hommes capables de le juger. Saint-Simon le philosophe, celui-là même « dont on a fait un Dieu faute d'autres, » monta un jour dans la mansarde de l'étudiant. Le froid était vif et Dupuytren travaillait dans son lit. Saint-Simon s'assied sur un poêle glacé, cause un instant et sort en laissant sur ce poêle une somme de deux cents francs. Dupuytren trouva l'argent, courut trouver Saint-Simon et lui dit : Monsieur, voici ce que vous avez oublié chez moi. — *C'est vrai*, dit Saint-Simon en reprenant la somme.

M. Vidal suit Dupuytren dans sa rapide carrière, le montre à l'Hôtel-Dieu, sévère avec les élèves, ferme jusqu'à la brusquerie avec les malades, bon et doux avec les petits enfans. Puis il cherche à analyser le génie du chirurgien, soit qu'un cas difficile lui offrît l'occasion de mettre en lumière cette puissance de diagnostic qui était chez lui « *un sens surajouté*, » soit que l'amphithéâtre attentif attendît sa parole comme un oracle, ou que dans une opération il consentît à s'effacer, pour ainsi dire, pour mieux laisser voir aux spectateurs tous les détails du manuel opératoire. Dans toutes ces appréciations, l'auteur fait preuve d'un excellent jugement et d'un talent exercé; mais nous ne saurions adopter aussi complétement son opinion quand il refuse à Dupuytren le mérite de l'innovation, « si l'on entend par là faire ce que Paré, Franco, J. Hunter, Pott et J.-L. Petit ont fait. » Cette sentence est grave, venant d'un homme qu'on ne peut taxer d'injustice envers Dupuytren, et nous devons dire qu'elle a été également émise par un journal recommandable, les *Archives de médecine*. La question est cependant aisée à résoudre. Qu'on mette en regard les découvertes, ou ce qu'on appellera de ce nom, dont chacun des grands chirurgiens cités a enrichi la science; et nous croyons pouvoir avancer que Dupuytren ne rencontrera pas de supérieur. Ce n'est pas dans un article bibliographique que nous pouvons nous livrer à cette étude comparative, et d'ailleurs il faudrait savoir avant tout ce que l'on entend sous le mot de *découvertes*. Nous établirons seulement ici les titres de Dupuytren, en suivant l'intéressante notice qu'en a donnée M. Vidal.

Dupuytren a publié en chirurgie :

1°. Un *Mémoire sur les anus contre-nature*;

Un *Mémoire sur la ligature des artères, substituée à l'amputation des membres dans les cas de fractures compliquées d'anévrismes*;

Un *Mémoire sur la ligature des principaux troncs artériels*;

Un *Mémoire sur la fracture du péroné et sur les accidens qui en sont la conséquence*;

Un *Mémoire sur les luxations congéniales du fémur*.

Nous pourrions ajouter à cette liste plusieurs autres travaux : un *Mémoire sur les luxations des vertèbres*, etc. Mais on sait que les plus beaux travaux de Dupuytren ont presque tous été livrés à la publicité de l'amphithéâtre, où ses idées étaient recueillies à l'envi par les élèves et par les journaux. Dupuytren écrivait peu; ses *Leçons orales* ont été à peine revues par lui; son *Traité des plaies d'armes de guerre* doit beaucoup à MM. Marx et Paillard; son *Mémoire sur la taille bilatérale* est resté inachevé. Toutefois, on sait à qui rapporter l'amputation du corps de la mâchoire, le traitement de la fistule lacrymale par la canule, de la grenouillette par le bouton à deux têtes, le procédé pour la chute du rectum, l'excision des polypes utérins, l'amputation du col de la matrice, le traitement des fractures par le plan incliné, le traitement de la rétraction des doigts, celui de la gangrène sénile, l'histoire des fractures du radius substituées aux prétendues luxations du poignet; une foule de procédés opératoires, et d'indications thérapeutiques, qui, pour avoir été entrevues par quelque autre, n'en appartiennent pas moins à Dupuytren, parce que lui seul les a introduites dans la pratique. Il faut sans doute porter respect à tous les droits, et surtout au droit de priorité, qui, en fait de science, est presque la seule récompense de l'inventeur. Mais quand cette invention était tombée dans un complet oubli, celui qui la retrouve a bien aussi son droit incontestable, le même droit qu'avait Molière dans une autre carrière, de reprendre son bien où on le retrouve.

En fait d'anatomie pathologique, les recherches sur le cal ont éclipsé et presque fait oublier les autres travaux de Dupuytren; il en compte cependant un bon nombre, ainsi qu'en anatomie normale et en physiologie. Nous renvoyons pour ces indications au travail de M. Vidal; et nous ne terminerons pas cette analyse sans donner quelque éloge au portrait de Dupuytren, qu'il y a joint. C'est Dupuytren un peu flatté, un peu rajeuni sans doute, mais toujours reconnaissable, même pour ceux qui ne l'ont vu qu'affaissé déjà par la maladie qui devait nous le ravir.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE M. THOURET-NOROY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE BORDEAUX.

Bordeaux, 5 mars 1835.

Monsieur,

La Société médicale d'émulation de Bordeaux, composée de MM. Fasleau, Cazenave, Dufaure, Gachet, Desmartis, Lacoste, Arthaud, Bermond, Bonché de Vitray, Gué, Dupouy, Blondeau, Chandru, à laquelle se sont joints MM. Moulinié, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Pujos (Corantin), Brochot, médecin à Boyan, Peyran, chirurgien à Listrac, Dulan, médecin à Caudrot, a souscrit la somme de 93 francs, qu'elle me charge de vous adresser, en vous priant de les offrir à notre estimable confrère, M. Thouret-Noroy, comme un bien faible témoignage des sentimens d'indignation et de mépris que lui a inspirés l'arrêt inique dont l'a frappé le tribunal d'Évreux.

Cette modeste offrande est réduite par les droits de poste à la somme de 87 fr. 45 cent., représentée par le mandat ci joint.

La Société regrette que des motifs d'une petitesse incommensurable, véritable lèpre qui ronge nos pauvres provinces, aient rendu sourds à son généreux appel la plupart de nos confrères; elle aurait désiré transmettre à M. Noroy un tribut plus digne de la noble cause qu'il s'est voué à défendre.

Veuillez agréer, etc.,

CHANDRU, D.-M.-P.

Souscription faite par ÉMILE GAULIN, *membre de la Société royale de médecine de Bordeaux, en faveur de M. le docteur Thouret-Noroy.*

M. Bonnet, 5 fr.; M. Burguet, 5 fr.; M. Gintrac, 5 fr.; M. Guérin, 5 fr.; M. Dégrange-Bonnet, 5 fr.; M. Soulé, 5 fr.; M. Chaumet, 5 fr.; M. Abeille, 5 fr.; M. Dupuy, 5 fr.; M. D'Oliveyra, 5 fr.; M. Péreyra, 5 fr.; M. Revolot père et fils, 5 fr.; M. Dupuch Lapointe, 5 fr.; M. Faget, 5 fr.; Gaubric (Emile), 5 fr. Total, 75 fr.

Angoulême, 24 février 1835.

Monsieur le Rédacteur,

Ce n'est que par des circonstances bien indépendantes de leur volonté que les médecins d'Angoulême n'ont pas répondu plus tôt à votre si honorable appel en faveur du courageux et digne docteur M. Thouret-Noroy, comme le prouve la souscription déjà ancienne ouverte par moi au bureau du *Journal de la Charente*.

La cause de notre malheureux confrère est celle de tous les docteurs en médecine et en chirurgie; car dans le cas où la Cour régulatrice ne repousserait pas le jugement et l'arrêt confirmatif rendus contre lui, il pourrait en être fait de notre antique considération, des progrès de l'art de guérir et de notre sécurité dans son exercice. A ce triste prix, nous serions exposés à tout perdre, et dans beaucoup de circonstances la prudence devrait nous rendre sourds aux cris de l'humanité souffrante. Posséder un diplôme et n'obéir qu'à notre conscience; voilà toute la responsabilité raisonnable qui puisse être exigée de nous.

Rassemblés pour offrir au courage malheureux jusque-là une preuve de notre vive sympathie, plutôt morale que matérielle, la somme recueillie s'est élevée à *quatre-vingt-cinq francs*, que j'ai été chargé, à titre de doyen d'âge, de vous faire passer.

Les médecins, ceux de province surtout, ne sont pas riches, quoi qu'on ait pu dire dans la chambre des députés; et comment le seraient-ils avec la patente d'un côté et la prescription de l'autre? Mais l'honneur devant être leur unique mobile, selon le noble conseil du vieillard de Cos, ils ne demanderont jamais mieux que de pouvoir continuer à se dévouer, et feront tous leurs efforts pour le conserver intact, seul moyen de se consoler, quelle que soit l'infortune.

J'ai l'honneur, etc.,

BROU-CHASSAIGNAC,

Ancien médecin en chef des hospices d'Angoulême.

Voici la liste des souscripteurs :

M. Tourette, D.-M., 5 fr.; M. Besnard, id., 5 fr.; M. Bouniceau, id., 5 f.; M. Brun, id., 5 fr.; M. Labrousse, id., 5 fr.; M. Clauzure, id., 5 fr.; M. Hirvoix, id., 5 fr.; M. Levallois, id., 5 fr.; M. Jamn, id., 5 fr.; M. Barbot, id.,

5 fr.; M. Vigneron, id., 5 fr.; M. Eyriaud; id., 5 fr.; M. Brou-Chassaignac, id., 10 fr.; M. Gignac fils, id., de Champeriers, 5 fr.; M. Vacquier, id., d'Etriac, 5 fr.; M. Lamceullière, id., de Roullet, 5 fr. Total, 85 fr.

Niort, le 14 février 1835.

Monsieur et honoré confrère,

En vous adressant la souscription faite par la Société de médecine de Niort, en faveur de M. Thouret-Noroy, je vous annonçais qu'un appel avait été fait, dans le même but, aux médecins du département des Deux-Sèvres. Plusieurs vous ont déjà adressé directement leur offrande; d'autres me chargent de vous la transmettre. Tous partagent les sentimens que je vous ai exprimés dans ma dernière lettre: vous en êtes trop pénétré pour que j'aie besoin de vous les répéter.

Agréez, etc.

F. Vernhes fils, D.-M. P.,
Chirurgien en chef de l'hospice de Niort.

Suivent les noms et la résidence des confrères, dont l'offrande l'élève à 95 fr.

MM. Bourdon, de Manzé; Proust, Bourillon, de Champdeniers; Audouin, de Beauvoir; Plassiard, de Coulonges; Castel, de la Rochelle; Lamontagne, de Fontenay; Palnstre, de Prahecq; Leclercq, Bienvenu, de Bressuire; Lesvêque, de Saint-Maixent; Fribault, d'Airvault; Buanes, d'Argentan-le-Château; Perreau père et fils, Belliard, Gimon, Joquet, Audebert, de Thouars; Neven, de Saint-Varent.

Nous avons reçu pour la même souscription de MM. Petit, 5 fr.; Miquel Guyot à Amboise, 5 fr.

VARIÉTÉS.

NOUVEAU RÉGLEMENT DES HÔPITAUX.

Le conseil d'administration des hôpitaux vient d'adopter le nouveau réglement présenté par M. Orfila. Les dispositions de ce réglement méritent d'obtenir l'assentiment du public médical; elles répondent en tout point aux objections que l'on avait adressées au précédent réglement, en remplissant les lacunes que l'expérience y avait signalées.

Voici les principales de ces dispositions:

Élèves. Ils pourront se présenter au concours de l'externat pourvu qu'ils aient accompli leur dix-huitième année. Après trois années d'externat, s'ils n'ont pas été reçus internes, ils pourront concourir de nouveau pour l'externat et auront encore trois autres années pour arriver à l'internat. Total, six ans.

Les externes auront la faculté de pratiquer les saignées sous la direction et la responsabilité des internes.

Ceux-ci (les internes) sont tenus, à la fin de la deuxième année d'internat, de concourir pour les prix des hôpitaux. Faute par eux de se conformer à cette disposition, ils perdent leurs places.

La principale épreuve du concours consiste en une série d'observations recueillies et rédigées par eux, offrant *un résumé* raisonné qui comprendra la marche, le traitement, les causes, etc. Une épreuve orale et une épreuve écrite viendront confirmer ou infirmer le jugement qu'auraient pu faire porter les observations.

Bureau central. Médecine. Désormais il suffira d'être reçu docteur de la veille pour se présenter au concours, pourvu que l'on soit âgé de 30 ans, et de 23 ans si l'on a fait quatre années d'internat. Les épreuves du concours consisteront en deux leçons cliniques, après visite de plusieurs malades, et en une composition écrite sur un sujet déterminé par le jury.

Chirurgie. On n'exige plus un temps quelconque de doctorat. Il suffit d'être âgé de 27 ans pour concourir, et de 25 si l'on a été interne des hôpitaux pendant quatre ans. Les épreuves du concours sont: 1° Deux leçons cliniques, après visite de plusieurs malades; 2° une composition écrite; 3° une ou plusieurs opérations sur le cadavre; 4° une dissection relative à un point d'anatomie chirurgicale.

Toutefois les quatre places qui vont être données cette année (deux de médecine et deux de chirurgie) ne le seront pas d'après les bases du nouveau réglement, parce qu'il est difficile que l'autorité supérieure ait statué en temps opportun.

Médecins et chirurgiens. On pourra devenir médecin d'hôpital à 35 ans, et à 33 si l'on a été interne pendant quatre ans. Les chirurgiens pourront être nommés à 33 ans, et à 31 ans s'ils ont été internes.

Les médecins des hôpitaux, au lieu de ne plus être rééligibles à 60 ans, le seront jusqu'à 65, et les chirurgiens jusqu'à 60, au lieu de 55. Il pourra donc arriver que les uns exercent leurs fonctions jusqu'à 67, 68 ou 69 ans, et les autres jusqu'à 62, 63 ou 64 ans.

Pour l'exécution de l'art. 18 du réglement, de cet article qui ordonne tous les ans une convocation des médecins, des chirurgiens et des pharmaciens, il a été introduit une modification importante, savoir, que la commission *médicale*, avant de faire son rapport au conseil, s'entendra avec une commission composée de trois *membres du conseil* et des membres de la commission administrative. Cette disposition, en établissant des rapports entre les médecins et les membres du conseil, donnera plus d'importance au corps médical, qui jusqu'à présent a été tenu un peu trop loin du conseil. Déjà, il est vrai, depuis deux ans les réunions annuelles et les rapports des commissions médicales de 1834 et de 1835 avaient rendu les communications plus fréquentes, et assigné aux médecins le poste honorable qu'ils sont appelés à occuper dans l'administration.

Pharmaciens. Plusieurs articles relatifs aux pharmaciens ont été heureusement modifiés; ceux du réglement actuel étant souvent inexécutables, et d'autres étant de nature à blesser l'amour-propre de ces chefs de service.

Enfin, nous croyons savoir que M. Orfila s'occupe sérieusement, conjointement avec M. Serres, d'établir à Clamart un superbe muséum d'anatomie pathologique, qui rivalisera pour le moins avec celui de la Faculté, même lorsqu'il portera le nom de Muséum-Dupuytren. Des fonds seront demandés pour cet objet au conseil municipal, qui sans doute les accordera.

NOTE SUR LES PRÉPARATIONS MERCURIELLES DE M. LE DOCTEUR OLLIVIER.

N'ayant pu donner une analyse détaillée du rapport que l'Académie de médecine a fait sur les préparations mercurielles de M. Ollivier à l'époque où la commission fit part de ses expériences, nous allons reproduire les principaux résultats où elle est arrivée; plusieurs de nos abonnés qui nous ont demandé des renseignemens sur ces médicamens, trouveront dans la note suivante les détails qui peuvent les intéresser.

La commission de l'Académie avait à déterminer par des expériences chimiques et des observations médicales, l'état chimique du mercure dans les préparations pharmaceutiques de M. le docteur Ollivier, et leurs effets sur l'économie animale.

Sans relater les expériences faites par la commission pour reconnaître quelle était la quantité de mercure et le degré d'oxigénation de ce corps, uni à la matière animale, dans les préparations de M. Ollivier, nous nous bornerons à rapporter les conclusions qu'elle en a tirées. Les commissaires ont déclaré, qu'il était hors de doute que le mercure était à l'état de proto-chlorure dans ces préparations où M. Ollivier introduit le deuto-chlorure, mais qu'il ne faut pas juger par là de son action médicale, car le mercure uni à la matière animale éminemment absorbable se trouve par cette raison facilement introduit dans l'économie vivante. Cette conclusion favorable, sous le rapport pharmaceutique, est d'accord avec celles émises lors de la première analyse de ces médicamens chloro-mercuriels, puisqu'il avait été établi qu'ils étaient exempts de toute saveur de sublimé, qu'ils contenaient une grande quantité de mercure représentant exactement, pour chacun, la dose qui y a été introduite, qu'ils étaient d'une composition constante et d'une préparation aussi parfaite que possible.

Il résulte du parallèle que la commission a fait des médicamens déjà connus et de ceux de M. Ollivier, que ceux-ci fournissent de nouveaux moyens d'administrer le mercure, plus parfaits que ceux employés jusqu'ici, puisqu'ils réunissent les avantages de l'extrême division et de la facile absorption du deuto-chlorure de mercure, sans agir chimiquement comme lui sur la muqueuse gastrique; qu'ils sont sous ce point de vue aussi inoffensifs que le calomel, et sont susceptibles d'une division infinie, d'une solubilité même, dont celui-ci est dépourvu.

Ces avantages ont été confirmés par les observations thérapeutiques recueillies à l'Hospice du Midi par la commission médicale. La plupart des malades affectés de syphilis et soumis au traitement du docteur Ollivier ont été guéris. Les épreuves ont duré pendant dix mois, et les commissaires de l'Académie ont pu comparer sous le rapport thérapeutique les médicamens de M. Ollivier avec les préparations mercurielles les plus usitées.

Tous les praticiens savent qu'un des effets les plus constans du mercure est l'irritation de la membrane muqueuse de la bouche, du pharynx et des glandes salivaires. Les préparations de M. Ollivier n'ont pas toujours été exemptes de la produire. Elle s'est manifestée, chez un cinquième des malades, par un peu de rougeur et de gonflement au bord libre des gencives, et a cessé en diminuant la dose, ou suspendant pour quelques jours le traitement qu'on a pu reprendre ensuite.

La salivation a été observée chez deux malades qui ont offert des circonstances particulières qui l'ont favorisée.

Ces préparations n'ont pas produit d'une manière sensible les céphalées, les douleurs vagues dans les différentes parties du corps, les tremblemens et l'angoisse que les malades expriment difficilement, et qui indiquent une action directe sur les centres nerveux, effets auxquels le deuto-chlorure de mercure donne lieu, même à faible dose, chez les sujets très-excitables.

On sait que le deuto-chlorure de mercure administré, soit en solution, soit en pilules, ne peut être supporté par certains malades. Il détermine plus ou moins chez presque tous un sentiment pénible qu'ils comparent à un pincement, surtout lorsque l'estomac est vide. L'irritation peut être portée jusqu'à l'inflammation au plus haut degré, lorsqu'on ne suspend pas son usage. Les commissaires ont au contraire pu observer que l'action des préparations mercurielles de M. Ollivier sur la muqueuse gastrique est à peu près nulle; mais dans le commencement du traitement, elles déterminent plus fréquemment que le deuto-chlorure de mercure, une légère purgation qui oblige très-rarement à suspendre le traitement. Cet effet laxatif est moins marqué et moins sujet à récidiver que celui qu'occasionne le calomel.

L'usage prolongé ou l'administration imprudente du sublimé cause chez certains sujets, notamment chez les femmes, des irritations, soit immédiates, soit consécutives, des organes de la respiration; les préparations de M. Ollivier n'ont pas paru agir sur les organes pulmonaires.

La commission termine son rapport en affirmant d'après ses propres observations, faites pendant dix mois que les expériences ont duré, que les symptômes de la syphilis traités par la méthode de M. Ollivier, ont suivi la même marche que par les autres traitemens, qu'il a fallu autant de temps pour obtenir la guérison; que les accidens observés trop souvent pendant l'usage du mercure ne se sont pas montrés, pour la plupart; que ceux qui ont eu lieu ont été faibles; que la salivation a été plus rare. Elle a déclaré que les médicamens mercuriels de M. Ollivier sont surtout très utiles aux enfans en bas âge, et même en allaitement, aux nourrices, aux femmes enceintes, aux hémoptisiques, et en général à tous les individus de constitution délicate qui ne peuvent supporter le sublimé corrosif, et que ces médicamens peuvent par conséquent rendre de grands services à l'humanité.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DES MAUX DE GORGE ET DE QUELQUES INFLAMMATIONS DES AUTRES MEMBRANES MUQUEUSES, PAR LE SULFATE D'ALUMINE ET DE POTASSE; mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 16 mars 1835, par M. Velpeau.

Témoin des succès obtenus, à l'aide de certaines substances cathérétiques, par M. Bretonneau, dans plusieurs épidémies d'angines graves, j'ai voulu voir si les mêmes moyens n'auraient pas la même efficacité dans les maux de gorge purement inflammatoires. L'acide hydrochlorique affaibli, le nitrate d'argent et l'alun ont donc été employés par moi dans l'angine aiguë simple comme ils l'avaient été dans le croup et l'angine maligne par M. Bretonneau, comme ils l'ont été dans diverses espèces d'angine chronique par d'autres praticiens. J'essayai ainsi la pierre infernale dès l'année 1819 à Tours (1). L'alun m'avait assez bien réussi dans plusieurs circonstances, notamment à l'hôpital Saint-Antoine, en 1828 et 1829, pour m'autoriser à en indiquer le mode d'emploi dans la Gazette médicale de janvier 1830. Alors je n'hésitai point à dire que « ce qui doit encourager à généraliser de pareils moyens, c'est qu'ils ne sont peut-être pas moins applicables à beaucoup d'autres inflammations, d'autres angines en particulier, et à la diphtérite (2). Je m'appuyais en outre sur l'expérience d'un médecin distingué de Nantes, de M. Laënnec, qui ne craint pas d'avancer dans un compte-rendu de sa clinique « que pour les angines tonsillaires simples les insufflations d'alun, outre qu'elles font cesser la tuméfaction avec une grande rapidité, ont l'avantage de prévenir cette tendance aux récidives, si commune lorsque l'angine a été traitée par les seuls antiphlogistiques. » Enfin, j'étais enhardi par MM. Toirac et Guillon, qui m'avaient déjà fait part en 1826 et 1827 de leurs tentatives avec le nitrate d'argent dans des cas semblables.

Depuis cette époque, cependant, on a continué de traiter les maux de gorge par les saignées, les sangsues, les émolliens, les vomitifs ou les purgatifs. Différens mémoires, publiés dans les journaux de médecine, sont venus confirmer la pratique de M. Bretonneau. Bennati vous a lu un travail sur l'efficacité des gargarismes alumineux dans quelques affections chroniques du gosier; mais personne ne paraît en avoir adopté l'usage pour les angines aiguës franchement inflammatoi-

(1) Anatomie des régions, t. 1, p. 154. Paris, 1835.

(2) Gazette médicale, t. 1, p. 3.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° II.

Il n'est pas de vérité plus connue et pourtant plus oubliée que celle-ci, l'expérience des pères est perdue pour les enfans, quand on voit quelques jeunes gens à légères et blondes moustaches, à costume élégant, rêver délicieusement entre les plaisirs de la veille et ceux du lendemain, à de nouveaux bouleversemens, s'impatienter que le monde reste encore comme il est, on ne peut s'empêcher de sourire et d'assurer qu'il n'ont pas la moindre idée positive de ce qu'ils veulent. Quant aux hommes qui ont vécu sur la fin du dernier siècle, dont la barbe a blanchi au vent des tempêtes publiques, dont la tête s'est courbée sous la pique du sans-culotte, la hache du niveleur, le sabre du despotisme, il n'appartient qu'à eux de bien concevoir la grande et terrible acception de ce mot, une révolution. Que nous soyons à une époque critique, ou à une époque organique, je l'ignore; mais ce qui frappe nos regards depuis quelques années, n'est assurément que la pâle contre-épreuve des violentes secousses d'autrefois. Quoi qu'ils en disent, les hommes ont substitué aux véritables passions politiques, l'égoïsme dans toute sa froide et plate nullité; d'où il résulte que les partis ont peu d'avenir, parce que leurs doctrines se composent au fond d'intérêts matériels et non de principes, ce qui est parfois très-différent. Ont-ils tort, ont-ils raison? Ce n'est ni le moment, ni le lieu de chercher à résoudre une pareille question. Mais en 89 et les années qui suivirent, une révolution complète eut lieu, c'est-à-dire que non-seulement la forme du gouvernement fut changée, mais que le fait et le droit, les mœurs, les lois, les coutumes, furent brusquement et violemment intervertis et modifiées. Alors dans les profondeurs de la société ainsi qu'à sa surface, se manifestait un mouvement continuel de fermentation et de trouble inexprimable. Tout s'ébranlait, tout craquait à la fois de la base au sommet de l'édifice, dans l'ensemble et le détail de chaque partie. Or, tant que dura cet état général de perturbation, Cette espèce de *transfusion du sang social*, comme dit un grand écrivain, les passions furent d'autant plus excitées et poussées à leur extrême limite, que chacun mettait sa fortune et sa tête pour enjeu. Les commotions politiques entretenues par des événemens, par des crimes, des conspirations, des massacres, des émeutes, des mouvemens tumultueux sans cesse renaissans, ne laissaient à qui que ce soit, une ombre de paix et de repos. On vivait dans une sorte de fièvre et de

res. En cherchant la raison de cet oubli, je n'en ai trouvé d'autre que le peu de danger de la maladie elle-même et l'idée, encore très-répandue parmi les médecins, que les remèdes connus sous le titre d'irritans sont très-nuisibles dans les inflammations aiguës.

Sans être mortels, les maux de gorge ordinaires ne laissent pas cependant d'offrir parfois une certaine gravité. La fièvre, les menaces de suffocation qui les accompagnent, les abcès qui les terminent souvent, la difficulté d'en arrêter la marche, la faiblesse qu'entraîne la médication antiphlogistique, en font une affection assez sérieuse pour mériter toute l'attention du praticien. D'un autre côté, les évacuations sanguines en préviennent si rarement la suppuration, en abrégent si peu la durée naturelle, qu'il est bien permis de les soumettre à de nouvelles médications.

Une autre question se rattache d'ailleurs à celle-ci et en rehausse considérablement l'importance. Beaucoup de médecins, en effet, éprouvent une difficulté réelle quand ils veulent appliquer au croup ou à l'angine couenneuse le traitement de M. Bretonneau, et cela parce qu'il n'est pas toujours facile de distinguer dans les premiers temps l'angine maligne de l'angine simple. Or, cet embarras cessera d'exister si l'on parvient à démontrer que le même traitement réussit également bien dans les deux cas; que l'angine variolique, scarlatineuse, que toute angine non spécifique s'arrête sous l'influence des applications d'alun, et que celles même dont la suppuration est déjà formée, sont avantageusement modifiées par ce remède.

Si les expériences que j'ai faites récemment ne sont pas assez nombreuses encore pour résoudre complétement le problème, elles me paraissent au moins assez concluantes pour engager les médecins à les répéter. Vingt-cinq personnes y ont été soumises: chez toutes le résultat a été le même, c'est-à-dire que, dans tous les cas, l'inflammation a été arrêtée presque sur-le-champ. Un seul malade, un étudiant en médecine, qui s'était mis une grande quantité d'alun le soir, souffrant un peu plus le lendemain matin, ne voulut pas continuer; mais l'affection ne s'en éteignit pas moins au bout de quelques jours. Chez tous l'angine était accompagnée de fièvre, et le mal s'était déclaré brusquement. La plupart ont commencé le traitement dès le deuxième jour, lorsque la tuméfaction des amygdales était encore modérée. Dans ces cas toutefois, il y avait rougeur vive de tout le gosier, douleur et difficulté d'avaler, avec langue chargée et tous les autres symptômes de la première période des angines tonsillaires aiguës. Plusieurs en étaient au cinquième, au sixième, au septième et même au huitième jour, avec fièvre violente, rougeur et tuméfaction du visage, gonflement considérable des amygdales, et fermeture presque complète de l'isthme du gosier, difficulté de respirer, impossibilité d'avaler, soif, chaleur, etc. Dans deux cas la suppuration était imminente.

La médication a été la même pour tous: c'est le sulfate d'alumine et de potasse en poudre fine ou en gargarisme, que j'ai employé. Je me suis servi du doigt indicateur pour porter la poudre. Après l'avoir mouillé de salive ou d'eau, on le roule dans l'alun de manière à en enlever une couche épaisse, qu'il dirige très-bien dans le pharynx, pendant qu'avec l'indicateur de l'autre main, ou le manche d'une cuiller, on tient la langue abaissée. Un pinceau de charpie ou de linge fin, un morceau d'éponge, fixés à l'extrémité d'un manche, l'insufflation à l'aide d'un tube quelconque, rempliraient sans doute aussi bien le but, seraient probablement même préférables dans certains cas; mais le doigt offre l'avantage d'exiger moins d'apprêts et de moins effrayer les malades pusillanimes. Il permet en outre, en se courbant à la volonté du chirurgien, de conduire mieux le médicament partout où on le désire, d'en faire pénétrer dans les anfractuosités, dans les excavations des glandes malades et des parties voisines, dans tout le pharynx, derrière le voile du palais, et même jusqu'à l'entrée du larynx, en le tournant par en bas; il donne la facilité d'appuyer plus ou moins, de frotter en quelque sorte les parties enflammées, en proportion de l'effet qu'on a l'intention de produire, d'agir jusqu'à un certain point, malgré le malade, une fois qu'il est introduit dans la bouche, et de sentir assez exactement ce que l'on fait. A son aide, enfin, un adulte pourrait à la rigueur se médicamenter lui-même, ainsi que plusieurs de ceux dont j'ai recueilli l'histoire m'en ont donné la preuve.

La première dose étant placée, on retire le doigt, pour le charger d'une nouvelle quantité de poudre et le reporter sur d'autres points, de manière que toutes les portions puissent subir le contact de l'alun. Du reste, il est bon que le malade se lave la bouche auparavant, afin d'en enlever les mucosités épaissies. On recommence le soir de la même façon, ou même trois fois par jour si les accidens semblent le réclamer. Dans l'intervalle le malade se gargarise avec une solution chargée d'alun (de 2 à 4 gros pour 4 onces d'eau d'orge miellée).

L'opération détermine habituellement des nausées, de la toux et quelques efforts douloureux du pharynx; mais tout ceci n'est que momentané, et dépend entièrement de l'action mécanique du doigt au fond de la gorge. L'âpreté causée par l'alun, d'abord fort désagréable, ne tarde pas elle-même à disparaître.

La douleur et la fièvre manquent rarement de diminuer sensiblement après la première ou la seconde application. L'amélioration va ensuite en augmentant par degrés, de telle sorte que le troisième ou le quatrième jour, quelquefois même dès le lendemain, une convalescence franche et complète se décide. L'effet le plus remarquable de ce traitement est la cessation presque subite de la fièvre et le changement qui s'opère dans le timbre de la voix. Il semblerait qu'un principe délétère introduit dans l'organisme vient d'être neutralisé tout à coup, et on mal se réduit aussitôt aux difficultés mécaniques en rapport avec l'excès de volume des parties.

Si l'angine est légère et que la gorge soit simplement rouge sans être encore gonflée, le gargarisme peut suffire, ainsi que je l'ai vu sur quatre maledes; il a même complétement réussi dans un cas beaucoup plus avancé, chez un homme qui ne pouvait ouvrir la bouche par suite d'une maladie de la mâchoire inférieure. Cependant je crois qu'on aurait tort de s'en contenter dès que l'inflammation prend une marche rapide et menace de devenir un peu grave.

Une remarque qu'il importe encore de signaler et qui n'a point échappé à M. Laënnec, c'est qu'après l'usage de l'alun, les angines semblent avoir moins de tendance à se reproduire qu'à la suite des autres médications. J'ajouterai qu'avec ce traitement il est inutile de retenir les malades au lit, et qu'on peut leur accorder des alimens aussitôt qu'ils se sentent de l'appétit.

Des 25 observations que j'ai annoncées au commencement de cet article, treize ont été recueillies à la Pitié. Je n'en donnerai ici que quelques-unes, aimant mieux reproduire celles que plusieurs étudians en médecine ont prises sur eux-mêmes ou sur leurs camarades traités d'après les indications précédentes. J'y joindrai les six faits que m'a fait remet-

crise perpétuelle; car partout il y avait du fracas, du sang et des ruines; partout on respirait une atmosphère à chaque instant bouleversée et enflammée. Voilà ce que nous avons vu, ce que nous avons éprouvé, mais ce que nul peintre, poète ou historien ne rendra jamais, quelle que soit d'ailleurs l'éclat de son génie. Il est en effet des choses qu'aucun langage, aucun symbole humain ne peuvent exprimer dans leur réalité.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans ces temps de dissolution, de désorganisation organisée, pour ainsi dire, on ne parlait que d'amour des hommes, de liberte, d'union, de fraternité; et c'est là le caractère distinctif de cette orageuse époque. Livres, journaux, discours, pamphlets, conversations, ne retentissaient que de la très-prochaine félicité de notre espèce. Les theories de bonheur public les plus folles, les utopies les moins réalisables, étaient alors très-communes. Selon le dire de quelques-uns, il fallait supporter un peu de mal pour arriver à un bien immense, et les massacres journaliers étaient autant de sacrifices humains sur l'autel de la philantropie. Au bruit de la massue populaire brisant les fondemens de l'antique édifice social, se mêlaient des voix qui ne parlaient que de concorde et d'harmonie. Les échafauds étaient en permanence, un niveau sanglant passait et repassait incessamment sur les têtes, lorsque Héraut de Sechelles fit demander en communication, au Conservateur de la Bibliothèque nationale, le Recueil des lois de Minos, pour servir à la rédaction de la constitution de 93. Et remarquez que cette espèce de philanthropisme-cosmopolite, devant produire le bonheur et le rapprochement universel des peuples, n'était pas, comme on l'a cru, le fait de quelques sophistes démagogues. Cette illusion appartenait au plus grand nombre. Tandis que les rhéteurs des grandes assemblées s'exerçaient sans fin sur ce texte, même avec conviction et bonne foi, au moins chez quelques-uns, qu'Anacharsis Clootz ne voulait pas moins que faire de Paris le chef-lieu du globe, des orateurs de carrefour, esprits bornés, mais vehémens, passionnés, véritable matière electro-révolutionnaire, ne parlaient que de l'indicible bien-être qui nous attendait tous. Mettant à part toute métaphore, toute interpretation logomachique, ces orateurs en plein vent allaient droit au but et le frappaient avec force. Quoique bien jeune encore, je me souviens de la singulière et vive allocution faite par un de ces tribuns en carmagnole à la populace qui l'entourait: « Comprenez-vous, leur disait-il, citoyens, frères et amis, ce que c'est que la révolution? Eh bien! je m'en vais vous le dire: la révolution, c'est le pain à un sou, le vin à deux, la viande à quatre et le loyer par dessus le marche; or, je vous demande, si ce n'est pas le cas de chanter: *Çà ira.* Alors on entonnait en chœur, *ça ira*, et d'autres chansons patriotiques; puis venaient les tonnerres d'applaudissemens, les trepignemens de joie, les frenetiques ululations, les cris de fureur et de menaces contre les aristocrates, les piques en l'air, le bonnet rouge promené en adoration, les cocardes tricolores placées sur le cœur, les sermens de vaincre ou de mourir, etc. Malheur aux ames couardes et pusillamines qui, dans ce *vortex* de passions ardentes et féroces, tâchaient de s'isoler du foyer de conflagation, la foudre révolutionnaire les atteignait souvent de préférence aux autres.

Telle est, jeunes gens, l'éducation qu'ont reçue vos pères; et croyez-moi, il n'en est pas de plus hâtive, de plus puissante et de plus austère que celle donnée par de semblables événemens. La tête mûrit vite sous le soleil d'une révolution. L'experience qu'on acquiert ainsi devance de beaucoup les années; car l'impression qui doit rester aux contemporains de cet âge titanique, est d'autant plus profonde que personne ne restait étranger à ce grand

tre M. le docteur Joannin, qui pratique depuis longues années à Vanvres, où l'angine tonsillaire est extrêmement fréquente. Le mal ayant à peu près la même marche, et le remède ayant produit des effets à peu près semblables chez tous les sujets, il serait d'ailleurs superflu de rapporter en détail un plus grand nombre de faits à l'appui de ce que j'ai avancé.

Obs. I. (1) — Lapeyrac Jean, âgé de 30 ans, charpentier, garçon, très-brun, d'un tempérament sanguin, d'une santé habituellement bonne, n'ayant jamais eu de maux de gorge, éprouve dans la nuit du 8 octobre 1833, sans avoir fait d'excès, sans avoir éprouvé de refroidissement, en un mot sans cause appréciable, une douleur au gosier qui, s'accompagna d'un léger frisson, suivi d'un mouvement fébrile assez marqué. Depuis lors la déglutition est restée difficile, le malade s'est abstenu de nourriture, et toute sa médication s'est bornée à de la tisane d'orge.

Il entre, le 11, à l'hôpital de la Piété, salle St.-Gabriel, n° 5.

Le 12, la fièvre persiste; les deux amygdales sont énormément tuméfiées, à tel point qu'elles se touchent et empêchent la déglutition. La gauche est plus volumineuse que la droite; du reste, toutes deux présentent une surface rouge, bosselée, couverte de taches blanchâtres dues à du mucus concret. La luette est rouge et relevée en arrière.

A l'aide du doigt indicateur mouillé, M. Velpeau porte sur l'une et sur l'autre une forte quantité d'alun en poudre.

Le 13, dès hier soir le malade se sentait de la fièvre: il demande à manger et dit avaler beaucoup plus facilement que la veille. Les deux amygdales ont tellement diminué que loin de se toucher elles sont distantes d'environ trois à quatre lignes. L'enduit blanchâtre continue à les recouvrir. Nouvelle application d'alun matin et soir; deux soupes.

Le 14, le malade a mangé facilement et avec appétit: Le mieux continue. Gargarisme aluminé. A'un matin et soir.

Le 15, le gonflement continue à diminuer, les bosselures des amygdales disparaissent, et il n'y a plus d'enduit blanchâtre.

Le 16, le malade sort pour reprendre ses occupations. Le peu de gonflement qui reste gêne à peine la déglutition.

Obs. II (2) — Marguerite Antoine, fille, âgée de 22 ans, d'une constitution robuste, cuisinière, entre le 15 octobre 1833, à l'hôpital de la Pitié, salle St.Jean, n° 15. Elle soufre depuis trois jours et dit avoir éprouvé trois fois le même mal, qui se termine ordinairement par un abcès et débute par une fièvre intense.

Le 16, la tuméfaction des amygdales est considérable; elles sont bosselées et d'un rouge très-vif. Toute la membrane muqueuse du pharynx présente le même degré d'inflammation; la fièvre est forte, l'anxiété assez grande, à cause de la difficulté de la déglutition. On porte une forte dose d'alun à l'aide du doigt dans la gorge. Cette application est répétée le soir.

Le 17, la malade se sent mieux; le mouvement fébrile a diminué, mais il en reste encore un peu. Alun matin et soir.

Le 18, la malade a de la gaieté; la déglutition est possible; plus de mouvement fébrile. Bouillon.

Le 21, elle prend du pain. L'amygdale droite est moins tuméfiée que la gauche.

Le 23, état saburral. Purgatif.

Elle sort guérie le 26, ayant à peine de la tuméfaction aux amygdales.

Obs. III. (3) — Le nommé Nicolas est entré, à l'hôpital de la Pitié, salle St.-Gabriel, n° 25, le 6 novembre 1833, pour un mal de gorge datant de huit jours.

Ne rattachant son affection à aucune cause, il continua son travail et ne changea rien à son régime ordinaire. Chaque soir il fut pris d'un redoublement de fièvre. La déglutition de la salive se faisait avec difficulté et douleurs. Les symptômes s'aggravant, au point de gêner la respiration. Le malade prit le parti d'entrer à l'hôpital.

A la visite du 8, on observe une rougeur vive de la muqueuse buccale, et un engorgement des deux amygdales tellement considérable qu'elles comprimaient la luette. Au centre de l'amygdale gauche on remarque un point jaunâtre. Le doigt porté dans l'arrière-bouche sent une résistance et une apparence de fluctuation. Une petite ponction est pratiquée. Il n'en sort qu'un peu de sang, et l'amygdale ne diminue pas de volume. Pendant le jour la fièvre se maintient, ainsi que la difficulté de respirer. Un gargarisme fait avec deux gros de sulfate d'alumine pour quatre onces d'eau fut ordonné. Le malade en usa cinq fois. Le soir la rougeur est moins vive, et les mouvemens de déglutition moins douloureux.

Le 9, on ordonna le même gargarisme.

Le 10, les symptômes sont encore plus affaiblis.

Le 11, on ajoute 1 gros d'alun de plus au gargarisme.

Le 12, la rougeur est presque complètement disparue; les amygdales sont diminuées de volume; la respiration est plus libre, et la déglutition moins douloureuse; plus de fièvre; mieux général.

Le 13, même traitement.

Le 15, l'amélioration est encore plus marquée; le malade dit avaler sans aucune douleur, et n'ayant pris jusqu'ici que des potages, on lui accorde le quart.

Le 16, même traitement.

Le 17, les amygdales conservent encore un peu de gonflement; mais la rougeur et la tension ont disparu, et le malade demande sa sortie.

Obs. IV. (1) — M. Boullet (Maximilien), étudiant en médecine, eut le 16 octobre 1833, à la suite d'un refroidissement aux pieds à l'amphithéâtre, quelques légers frissons, puis de la fièvre le soir et pendant toute la nuit.

Le 17, douleur vive à la gorge, déglutition difficile; amygdales gonflées, surtout la droite, qui présente un point déprimé rempli de matière blanchâtre. A 8 heures M. Velpeau me met de l'alun sur les parties enflammées. Malgré le mouvement fébrile et des lassitudes des membres; je ne changeai rien à mon régime ni à mes occupations (dissections). Je m'appliquai moi-même de l'alun le soir.

Le 18, le mieux est sensible; cependant la déglutition est encore difficile et fréquemment sollicitée, quoique moins douloureuse.

Le mouvement fébrile a cessé. A 9 heures, je remets de l'alun. Les amygdales restent rouges et gonflées, la droite surtout. Pas de tisane; rien de changé à ma vie habituelle. Le soir, je sens la déglutition plus facile. Je mets moi-même de l'alun.

Le 19, la déglutition n'est ni douloureuse, ni sollicitée comme précédamment. J'ai disséqué hier soir, 5 heures, au froid et à l'humidité. Je continue mon régime échauffant.

Le 20, l'amygdale gauche est presque à son état normal. La droite est encore un peu tuméfiée, sans que rien m'en donne la conscience.

Obs. V. (2) — N° 24, salle Saint-Jean, se trouve une femme qui, après un séjour de peu de durée à l'hôpital de la Pitié, fut prise d'un mal de gorge dont elle ne se plaignit que le cinquième jour. A l'inspection de la cavité buccale, on remarque sur les amygdales et les parois de cette cavité plusieurs plaques couenneuses et une rougeur vive de toute la muqueuse. La déglutition est difficile et douloureuse; il y a de la fièvre et beaucoup de chaleur à la peau. On envoya chercher à la pharmacie du sulfate d'alumine, et M. Velpeau en porta lui-même, avec l'indicateur, sur toutes les parties malades, avec prière à l'élève de semaine d'en remettre le soir.

Le lendemain les plaques avaient perdu leur aspect jaunâtre, et la rougeur de la muqueuse était sensiblement diminuée; la déglutition était un peu moins douloureuse. Le même jour, on porta encore de l'alun sur les amygdales, et un gargarisme aluminé fut prescrit pour la journée. A la visite du troisième jour, cette femme n'accusait presque plus de douleur, et la rougeur de la muqueuse n'était plus que marbrée. On continua le traitement encore quatre jours, et la malade sortit guérie le sixième.

(1) Recueillie par M. Boullet.

(2) Recueillie par M. Boullet.

(3) Recueillie par M. Lebatard.

(1) Recueillie par le malade.

(2) Recueillie par M. A. Lebatard.

---

drame de la société. Nous autres enfans, nous partagions le délire commun; tout en balbutiant du grec et du latin, le dialecte révolutionnaire ne nous était point étranger. La liberté vivifiait notre jeunesse; et quoique sa divine image fût alors voilée d'un crêpe sanglant, nos jeunes cœurs ne se trompaient nullement sur sa réalité et l'avenir qui nous était promis. Cependant, il faut l'avouer, la discipline scolastique était gravement altérée de nos préoccupations, surtout quand la tempête politique mugissait avec un redoublement de fureur et de retentissement. Un jour, Chaumette, ce terrible procureur de la commune, vint à notre collége. Après nous avoir harangués, il nous déclara que nous étions l'espérance de la patrie, en ajoutant que l'usage abominable du fouet était aboli. Comme il était, en effet, de la dernière inconvenance de donner le fouet à l'espérance de la patrie, l'abolition de ce châtiment fut reçue avec transport. Dès le soir même, nous cassâmes les vitres de trois professeurs mal notés parmi nos camarades; leurs caricatures furent dessinées sur tous les murs, puis sur nos cahiers et nos livres, nous inscrivîmes nos noms en gros caractères, avec l'épithète d'écolier de la république et de bon sans-culotte.

Ainsi, grands et petits, riches et pauvres, enfans, hommes faits et vieillards, tout le monde participait à cet immense mouvement social, les uns pour faire avancer le char de la révolution, dût-il les broyer dans sa course rapide, les autres pour en arrêter, en entraver la marche. Toutefois, parmi les professions qui prirent une part très-active à la révolution, on distingua surtout celle des avocats et celle des médecins. Leur instruction et leur position dans le monde, expliquent facilement cette coïncidence. Et quoique les médecins n'aient pas eu la même influence que les avocats, on trouva pourtant que leur rôle fut remarquable dans une foule de circonstances (1). Comme à cette époque la classe bourgeoise tendait à s'élever, et qu'au hasard d'y perdre la vie, voir son nom voguer sur les flots de l'océan populaire, était la source du pouvoir, beaucoup de médecins se lançaient dans cette périlleuse carrière. Les uns sont devenus célèbres, et leurs noms restent enregistrés sur les tables d'airain de l'histoire. Les autres se sont perdus dans l'obscurité des travaux des comités, des directoires, commissions, etc. Nous trouvons parmi les premiers, quoiqu'à des degrés et avec des principes très-différens, Marat, Guillotin, Chambon de Montaux, Barthez, le Hardy, Lanthenas, Guiton-Morveaux, Cabanis, Baudot, Bo, Bousquet du Gers, Cledel, Dubouchet, Thery, Fourcroy, Levasseur, Pelissier, Plaichard-Chottière, Taillefer, etc.

Qui est-ce qui ignore ce qu'était et ce que devint Jean Paul Marat? Qui ne sait qu'égorgé dans son bain, rue du Paon, par une jeune et belle fille, son cadavre fut porté en triomphe au Panthéon, puis, qu'à la réaction thermidorienne, on jeta ses restes à la voirie; que son effigie ayant été brûlée en public, les cendres du mannequin furent déposées dans un pot de chambre qu'on précipita ensuite dans l'égoût Montmartre? Mais, ce qu'on sait à peine, c'est que Marat, avant que les idées révolutionnaires eussent violemment fermenté dans sa tête, était d'un caractère assez paisible. Il s'occupa beaucoup de sciences, et l'on a de lui dix à douze ouvrages qui ne sont pas sans mérite, notamment un Traité de

(1) Les recherches que j'ai faites sur *la médecine et les médecins pendant la révolution*, prouveront, je l'espère, qu'à certaines exceptions près, l'influence des médecins a toujours été favorable à l'humanité dans les temps orageux dont il s'agit.

ANGINE BUCCO-PHARYNGIENNE.

Obs. VI (1). — M. A. G..., inspecteur des travaux du Panthéon, exposé chaque jour au froid et à l'humidité, fut pris, dans le courant du mois de décembre 1833, d'un mal de gorge qui s'annonça par une gêne de la déglutition, une tension du voile du palais, une rougeur vive de toute la cavité buccale et de l'arrière-bouche un gonflement des amygdales et un accès de fièvre. Contraint de suspendre ses travaux, M. G... me fit appeler. J'appris de lui que cette angine avait commencé depuis trois jours. J'examinai sa gorge, et je distinguai quelques plaques jaunâtres disséminées sur les parois de la cavité buccale et des tonsilles, qui étaient fort rouges et gonflées.

Je prescrivis un gargarisme avec 2 gros de sulfate d'alumine et de potasse pour 4 onces d'eau.

Le lendemain la rougeur était moins vive, la déglutition un peu plus facile, et le gonflement des tonsilles moins considérable. La luette semblait avoir un peu perdu de l'allongement anormal qu'elle présentait la veille. J'engageai le malade à continuer.

Le troisième jour il se sentait beaucoup mieux; la nuit avait été calme; la fièvre s'était dissipée; il n'avait plus de chaleur ni d'agitation, et les douleurs qu'il ressentait la veille en avalant un liquide, étaient complétement disparues. La rougeur était beaucoup moins vive; les plaques avaient perdu leur apparence jaunâtre, et n'étaient plus distinctes. M. G... continua encore quatre jours ce même traitement, et le cinquième il put reprendre ses travaux.

Obs. VII (2). — M. Pédélaborde, étudiant en médecine, âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, est sujet depuis fort long-temps aux angines tonsillaires. Le traitement antiphlogistique qu'il a constamment employé pour dissiper cette inflammation, n'a jamais pu prévenir sa terminaison par la suppuration. Ayant été pris de nouveau d'une angine intense avec céphalalgie violente et fièvre, il saupoudra ses amygdales d'alun calciné, et usa dans l'intervalle d'un gargarisme d'alun concentré. Après 24 heures de l'emploi de ce médicament, les douleurs vives furent presque complétement dissipées: la déglutition, qui était devenue impossible, s'opéra sans difficulté; l'engorgement des amygdales ne se dissipa pas aussi rapidement, mais du reste les accidens disparurent comme par enchantement. Le malade, qui jusqu'alors avait gardé le lit pendant plus de huit jours dans les angines précédentes, et avait vu constamment un abcès terminer cette amygdalite, en fut quitte cette fois avant le troisième jour. Quelques jours après, l'angine reparut en partie à la suite d'un excès. Le même traitement amena le même résultat. Depuis plus de quatre mois le jeune homme n'a pas ressenti la moindre douleur du côté des amygdales.

Obs. VIII (3). — M. R., architecte, était affecté depuis plusieurs jours d'une inflammation assez vive des amygdales et des parties voisines. Il y avait fièvre, tuméfaction des glandes et difficulté assez prononcée dans la déglutition.

Le traitement antiphlogistique auquel le malade avait été soumis, resta sans effet appréciable. L'usage d'un gargarisme d'alun très concentré triompha au contraire des accidens, et dès le troisième jour les symptômes étaient entièrement dissipés. J'ai prescrit depuis le même traitement dans la même affection, avec le même succès.

Obs. IX (4). — M. D., étudiant en médecine, est pris d'angine tonsillaire, avec fièvre et céphalalgie. Les symptômes augmentent rapidement.

Le troisième jour, la difficulté de la déglutition est considérable, et la voix fortement altérée. Le malade se saupoudra lui-même avec de l'alun les amygdales, qui étaient tuméfiées, ainsi que les parties voisines, qui étaient rouges et vivement enflammées.

Le troisième jour, tout avait disparu, et la convalescence n'éprouva aucune entrave.

(1) Recueillie par M. Lebatard.

(2) Recueillie par le malade lui-même.

(3) Recueillie par M. Pedélaborde.

(4) Recueillie par M. Pedélaborde.

Je dois ajouter qu'en moins d'une année, j'ai vu M. Pédélaborde quatre fois en proie à l'angine tonsillaire dont il parle, et qu'une saignée du bras accompagnée chaque fois d'une ou de deux applications de sangsues au cou, ne l'ont point empêchée de se terminer en effet par un abcès.

OBSERVATIONS D'ANGINE TRAITÉES AU MOYEN DE L'ALUN, par M. JOANNIN.

Obs. X. — Madame Duchesne, âgée de 50 ans, blanchisseuse, est prise tout-à-coup d'un violent mal de gorge. Appelé près d'elle le lendemain, je la trouve avec de la fièvre et de la céphalalgie. La déglutition était très-pénible. Les amygdales étaient rouges et tuméfiées. Il y avait en un mot tous les symptômes d'une angine assez intense. Je portai immédiatement de l'alun sur toutes les parties rouges ou malades. J'en fis autant matin et soir pendant deux jours. Le jour suivant les symptômes inflammatoires étaient en grande partie dissipés; au point que je cessai l'administration de l'alun. La guérison complète a suivi de très-près.

Obs. XI. — Mademoiselle Burleau, âgée de 17 ans, blanchisseuse, m'offrit les mêmes symptômes que le sujet de la précédente observation. Elle fut soumise à l'emploi de l'alun dès le lendemain de l'invasion. Je lui en saupoudrai les amygdales le matin et le soir, et le troisième jour elle se dit guérie.

Obs. XII. — M. Berton, étant affecté d'inflammation à l'amygdale droite, vint me consulter. La déglutition était très-pénible. Il y avait de la fièvre et de la céphalalgie. Je lui portai de l'alun trois fois au fond de la gorge. Le malade se sentant beaucoup mieux ne voulut plus de traitement; mais, deux jours après, l'amygdale gauche se prend à son tour. Je le soumis à l'alun comme la première fois, et après la première administration les symptômes ont été arrêtés. La guérison était complète le surlendemain.

Obs. XIII. — M. Cornu, bijoutier, était affecté depuis trois jours d'inflammation à la gorge; il offrait tous les symptômes d'une angine intense. Il a suffi de le soumettre à l'usage de l'alun pour les voir disparaître après lui en avoir saupoudré les amygdales cinq fois, à deux fois par jour.

Obs. XIV. — M. Chevallier, âgé de 60 ans, propriétaire, est atteint des symptômes d'une angine commençante. Il n'eut besoin que d'une seule application d'alun. Les progrès de l'affection ont été subitement arrêtés, et le malade ne s'en est plus ressenti. Il fut traité le lendemain de l'invasion du mal.

Obs. XV. — Mademoiselle Siochon, âgée de 18 ans, blanchisseuse, éprouvant tous les symptômes d'une inflammation aux amygdales, me fait appeler le second jour. Je lui saupoudre sur-le-champ la gorge d'alun, et cette seule fois suffit pour dissiper les accidens.

Tous ces malades ont été soumis en même temps à des fumigations de fleur de sureau par la bouche.

Si de pareils succès venaient à se vérifier, à se multiplier, le traitement des angines par l'alun serait d'une importance extrême dans les épidémies. Tous les médecins, en effet, à quelque doctrine qu'ils appartiennent, pourraient l'employer. Ceux qui croient que l'angine maligne et le croup ne sont que le plus haut degré d'une inflammation simple n'auraient aucune raison de le négliger dans le commencement du mal; ceux qui regardent la diphtérite comme une maladie spécifique ou spéciale, ne craignant plus de se méprendre, dans le principe, sur la nature de l'affection, en useraient sans hésiter à l'apparition des premiers symptômes. Le public n'ayant rien à redouter d'un semblable remède, pourrait le mettre lui-même en pratique, en attendant le médecin, au fond des provinces, et partout où il est impossible de consulter d'abord un homme de l'art. L'alun étant une substance très-commune et d'un très-bas prix, il serait permis à tout le monde d'en avoir chez

l'homme, malgré ce qu'en a dit Voltaire, qui fit bien de mourir à propos. Quoique né près de Neufchâtel en Suisse, Marat exerçait sa profession à Paris; on trouve son nom inscrit sur l'État de la Faculté de médecine, pour l'année 1785. Il demeurait alors rue de Bourgogne, et fut attaché quelque temps aux gardes du corps d'Artois, depuis Charles X. Marat était un petit homme trapu à figure ignoble, travaillée par les inquiétudes de l'envie et de l'orgueil, physionomie qui annonçait une basse férocité, et qui tenait parole; d'ailleurs d'une tournure commune et de manières sans élégance. Toutefois, son langage, son style contrastaient singulièrement avec ce qu'il avait toujours été. Comment deviner, en effet, le même homme dans l'auteur du Traité de l'électricité médicale, et de l'affreux journal *l'Ami du peuple?* Evidemment Marat était aliéné; le vieux puritain de la Montagne s'était enivré à l'odeur du sang.

Bien différent de ce fougueux démagogue, était Joseph-Ignace Guillotin, député de Saintes. Doux, bienveillant, véritable ami des hommes, il ne chercha qu'à leur être utile, même dans l'invention du fatal instrument qui porte encore son nom. Lorsque l'assemblée législative eut décidé qu'il n'y aurait plus qu'un genre de supplice, et que ce serait la décapitation, Guillotin s'occupa sans relâche des moyens de rendre ce supplice moins cruel, en l'a régeant le plus possible. On a dit que la machine qu'il proposait était employée depuis long temps à la Chine, rien de moins prouvé. Mais une chose certaine, c'est qu'en Italie on se servait, au 16e siècle, d'un instrument analogue pour faire les amputations des membres. On fut obligé d'y renoncer à cause de l'ébranlement et du fracas des os, produits par le jeu même de l'instrument. Quoi qu'il en soit, Guillotin pensa qu'une pareille machine, modifiée avec soin et selon la circonstance, pourrait très-bien atteindre le but qu'il avait en vue. Il était même tellement ravi de cette idée, qu'il

répétait sans cesse à ses amis et à ses collègues: « Avec ma machine, je vous fais sauter la tête en un clin d'œil, et vous ne souffrez pas le moins du monde. » Cet enthousiasme lui attira même plus d'une épigramme, et notamment le couplet suivant, dont voici le commencement, sur l'air du menuet d'Exaudet:

Guillotin,
Médecin
Politique,
Invente un beau matin
Que pendre est inhumain
Et peu patriotique, etc.

Tout récemment on vient de publier la correspondance de M. Rœderer, alors procureur-syndic de la commune, relative au mode de décollation proposé par Guillotin. Ces lettres offrent peu d'intérêt; ce qu'on présenterait bien davantage, ce serait le rapport de Guillotin lui-même sur sa machine et les tentatives qu'il fit pour l'éprouver avant de la proposer définitivement; puis le rapport et la correspondance de Louis, secrétaire-général de l'Académie de chirurgie sur le même sujet. On essaya la machine de Guillotin sur cinq cadavres, à Bicêtre, et le succès parut d'abord complet, toutefois quand on l'employa réellement, pour la première fois, la décollation n'eut lieu qu'imparfaitement. Ce fut au point que, sous la force armée, le peuple aurait brisé l'instrument, indépendamment que l'usage du panier destiné à recevoir la tête n'étant pas connu, des flots de sang inondaient l'échafaud. Louis, consulté de nouveau, répondit que la section du col serait parfaite, si au lieu de faire le couteau de la loi, comme on disait alors, horizontal, on lui donnait une direction oblique, par la raison que tous les in-

soi. Enfin dans les campagnes, les médecins pourraient, à l'instar de M. Joannin, en porter constamment sur eux à la moindre menace d'une épidémie croupale, et les bienfaits possibles de cette médication deviendraient ainsi presque incalculables.

II. Inflammation buccale par pincement de la membrane muqueuse contre les dents molaires.

Plusieurs inflammations de la bouche cèdent également bien au sulfate d'alumine et de potasse. J'en ai souvent fait l'expérience sur celle qui se manifeste chez beaucoup de jeunes sujets, et même dans l'âge adulte, entre les dernières dents molaires, et à la face interne des joues. Il est peu de personnes qui n'aient éprouvé cette indisposition. Quand les dents dites de sagesse sont peu saillantes, on observe parfois que la portion la plus reculée de la gencive, arrêtée par l'apophyse coronoïde, s'avance un peu sur celle d'en bas, de manière à être mâchée ou pincée pendant la mastication. La même chose a lieu pour la joue, et le gonflement qui en est la suite favorise le renouvellement du même accident. Or, cette phlegmasie, ordinairement accompagnée d'une certaine fétidité et de douleurs vives, d'une teinte grise et d'un état fongueux, saignant, des parties qui ont été en contact avec les dents, disparaît presque subitement sous l'influence des applications d'alun. Seulement, il faut que la poudre stiptique soit portée sur tous les points de la surface malade, glissée par exemple sous le lambeau, l'espèce de repli qui tend à recouvrir la dernière molaire d'arrière en avant, de même qu'entre le liséré gengival et le collet des antres dents partout où il est affecté. Le tout ici dépend de la personne qui applique le médicament. Comme les malades alors n'ouvrent pas toujours la bouche sans difficulté, il arrive quelquefois qu'une partie de la couche affectée échappe à l'alun. Aussi peut-il devenir utile dans certains cas de remplacer le doigt par un petit pinceau qui permet d'aller avec la poudre jusqu'au fond de la rainure enflammée. Pour la joue, le pansement n'a rien d'embarrassant, et rien ne s'oppose à ce que les malades le fassent eux-mêmes.

A l'aide de telles précautions, une amélioration marquée est obtenue dès le premier jour, et la guérison se complète ordinairement du troisième au sixième. L'exsudation couenneuse s'efface par degrés. La douleur, la fétidité de la bouche, diminuent en même proportion, ainsi que l'engorgement sous-maxillaire, s'il existe. Le mouvement de la mâchoire devient plus facile, et la mastication de moins en moins pénible. Les parties perdent ensuite de leur mollesse, de leur aptitude à répandre du sang, se rétractent, reprennent enfin leur état naturel, et cessent bientôt d'exiger aucun soin particulier.

Si le pansement est mal fait, au contraire, les accidens se maintenant, le malade en accuse presque toujours le traitement, qu'il refuse souvent alors de continuer. C'est ce que j'ai vu plusieurs fois. Le fils du portier de l'hôpital de la Faculté, était affecté de la phlegmasie dont il s'agit, vint me consulter. Je lui prescrivis la poudre d'alun, et montrai à sa sœur la manière de l'appliquer. Il me dit le quatrième jour ne point éprouver de mieux. Je pris le parti de le panser moi-même, et en trois jours il fut guéri. Sa sœur et lui convinrent que le remède n'avait pas été porté par eux jusqu'au fond de la bouche. J'ai eu l'occasion de faire la même remarque à l'hôpital Saint-Antoine et à la Pitié, lorsque je m'en rapportais à un élève qui ne s'était pas fait une idée nette du mal ou de l'action du médicament. Ceux qui l'emploieront avec le désir d'en tirer parti doivent donc se le tenir pour dit: le succès de cette médication dépend de la manière dont on l'emploie, bien plus que de l'étendue du mal. Je l'ai maintenant essayée plus de vingt fois, et je l'ai trouvée d'une efficacité si constante, que je me croirais coupable de ne pas en faire part aux praticiens.

Ce mémoire est rédigé depuis le mois de décembre 1833. Si je le donne tel qu'il était alors, c'est que l'expérience a confirmé de plus en plus l'exactitude des assertions qu'il renferme sans que j'aie a en supprimer une seule remarque. Les observations que j'aurais pu y ajouter sont nombreuses, mais elles ne diffèrent en rien de celles qui s'y trouvent consignées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Le cahier de janvier 1835 contient: 1° un *mémoire sur la lithotripsie, avec l'histoire d'une opération lithotriptique pratiquée heureusement par l'auteur*, par C. Colleix de Turin, docteur en chirurgie; 2° *compte-rendu de la clinique de l'Institut d'obstétrique de Pavie pendant l'année* 1832-33, par Trezzi; 3° *observation de glossoraphie*, par Branca; 4° *histoire d'un emprostotonos suivi d'un opisthotonos mortel, pour venir à l'appui de la doctrine de Bellingeri*, par Morotti.

Compte-rendu de la clinique de l'institut d'obstétrique de Pavie, dirigé par le professeur Th. Lovati, pour l'année scolaire 1832-33; par le docteur Ant. Trezzi, assistant à cette clinique.

Ce compte-rendu n'occupe pas moins de 54 pages des Annales; mais la majeure partie est consacrée au récit d'observations qui n'offrent pas un assez grand intérêt pour les reproduire. Nous nous bornerons aux faits qui nous ont paru avoir une importance réelle.

Il est entré à la clinique dans le cours de l'année 1832-33, 86 femmes dont 45 primipares, toutes avec une vraie grosse utérine; 80 ont acconché à terme, 4 avant terme spontanément; chez les deux autres l'accouchement a été avancé par les secours de l'art. Dans 13 cas, le bassin était vicié par étroitesse; toutefois dans cinq cas seulement il fut besoin d'employer les ressources de l'art. Une femme qui offrait un rétrécissement d'un pouce pour tous les diamètres du bassin, accoucha cependant naturellement; la tête du fœtus était moindre à la vérité que de coutume; mais surtout elle se prêta à un tel degré de réduction que le diamètre bi-parietal qui, au moment de l'accouchement, n'offrait que trois pouces, quelques heures après présentait trois pouces un quart.

La viciation par ampleur n'eut pas les conséquences que lui attribuent les auteurs. Chez trois femmes, le bassin offrait un excès d'ampleur d'un pouce pour tous ses diamètres; toutefois l'accouchement se

---

strumens tranchans ne coupent qu'en sciant. On suivit cette indication, et l'on sait avec quelle effroyable facilité la machine a fonctionné depuis. Ce succès fut tel sur-le-champ, qu'on proposa même d'appeler cet instrument *louisette*, pour faire honneur, disait-on, au grand chirurgien qui l'avait perfectionné; mais le premier nom resta dans la mémoire du peuple. A ce sujet, il faut convenir, comme on en a fait la remarque, qu'il y a de la fatalité pour certains hommes. Christophe Colomb ne put attacher son nom à sa découverte, et Guillotin ne put détacher le sien de son invention. Ce médecin vécut encore long-temps après l'époque dont nous parlons; rien ne lui causait plus de douleur que de lui parler de l'instrument de mort qui portait son nom, surtout quand quelque imprudent ou quelque sot s'écriait: Mon Dieu, docteur, quoi! vous avez échappé au supplice que vous savez? Horribles souvenirs, qui faisaient frissonner ce bon vieillard. Guillotin est mort en 1814, d'un énorme anthrax qui se développa sur l'épaule gauche. Bourru, son confrère, fit son éloge funèbre; c'est précisément ce même Bourru qui en 93 débaptisa ses deux fils et les appela: l'un Hippocrate et l'autre Galien.

Barthez, assez mécontent de quelques grands seigneurs, et notamment du duc d'Orléans, dont il avait été le médecin, adopta les idées de la révolution. Ce fut toutefois avec beaucoup de modération. A l'ouverture des états-généraux, il publia un pamphlet dont voici le titre: *Libre discours sur la prérogative que doit avoir la noblesse dans la constitution et dans les états-généraux de la France*. Mais cet écrit pensa lui être fatal; car la populace vint peu de temps après briser les fenêtres du médecin aristocrate. Barthez, dont la patience n'était pas le faible, comme on sait, devint furieux, et leur cria: « Vous pouvez briser mes fenêtres, mais je vous défie d'en faire autant de mes argumens. » Puis il s'évada prudemment et quitta même Paris pour retourner à Montpellier. Quant au médecin Le Hardy, c'était un excellent Breton, qui embrassa avec ardeur la cause de la révolution, mais en détestant les excès, bien qu'il eût adopté le vieux dogme presbytérien de la justiciabilité des rois devant les peuples. Il prit le parti des Girondins et périt avec eux. On sait que Le Hardy, ayant examiné le corps de Valazé qui s'était poignardé pendant l'audience, dit: Le coup a pénétré le cœur, et il est mort. Alors, docteur, répliqua Vergniaud, *sacrifiez un coq à Esculape; voilà déjà un de vos malades guéri*. Le médecin Lanthenas, compris aussi dans la même proscription, fut plus heureux que Le Hardy, car Marat le fit effacer de la liste comme *pauvre d'esprit*.

On voit que les médecins n'étaient pas plus épargnés que les autres. Même dans les petites choses, on ne se faisait grâce sur rien. Les officiers de santé de l'hôpital militaire d'une ville du nord, ayant négligé de se rendre à la société populaire, le représentant du peuple Lebon leur enjoignit d'y venir en leur écrivant une lettre dont voici le gracieux protocole: « Citoyens purgons, citoyens bistouris, et vous canules, vous êtes invités, etc. » Un pharmacien de Paris avait pris pour devise: *Ventre libre ou mourir*, avec deux seringues en sautoir. Mais cette plaisanterie pensa lui coûter cher; il fut mis en jugement, et l'on voulait absolument le faire regarder par le *vasistas* de la guillotine, comme on disait alors, car la raillerie se mêla toujours à nos fureurs.

Ces petites disgrâces n'empêchaient pas certains médecins de se distinguer dans le mouvement révolutionnaire; si quelques-uns à la Convention se tinrent constamment sur la *crête de la montagne*, d'autres plus timides se contentaient d'un rang bien inférieur. Parmi ces derniers, beaucoup s'occupaient des résultats du décret de l'assemblée nationale qui avait supprimé toutes les Facultés et corporations. Détruire était aisé, reconstruire ne l'était pas; ce fut toujours là l'obstacle, la barrière d'airain à franchir. D'ailleurs, comme on avait pris le parti

fit sans aucun inconvénient, à raison de la résistance modérée qu'opposèrent les parties molles.

Il n'y eut que deux grossesses doubles; total 87 enfans, dont 46 garçons et 41 filles. Trois seulement étaient morts en naissant; 9 en état d'apoplexie sur lesquels 4 succombèrent; 4 en état d'asphyxie sur lesquels 3 seulement purent être rappelés à la vie; 75 vivans et bien portans. Le poids de ces enfans varia entre trois livres cinq onces de Vienne, et neuf livres sept onces; leur longueur entre 14 pouces 9 lignes et 20 pouces.

Quant aux placentas, leur plus grande circonférence fut de 30 pouces; la moindre de 13 pouces; leur poids varia entre 9 onces et deux livres. Le cordon ombilical le plus court était de 12 pouces et le plus long de 34.

Dans les deux cas de grossesse double, les poches étaient complétement séparées, bien qu'avec un placenta unique; et une injection faite avec soin ne put démontrer aucune trace de communication entre les deux cordons.

Pour ces 87 enfans, on reconnut les positions suivantes:

Occiput.	1re position.	54.
	2e —	27.
	4e —	1.
Fesses.	1re position.	1.
	4e —	1.
Face.	2e position cardinale.	1.
Epaule droite.	2e position.	1.

Enfin un fœtus présenta à la fois la tête en position droite, les pieds en position gauche et le bras droit sorti.

Le professeur Lovati a fait depuis 1826, une série d'expériences pour constater la valeur du seigle ergoté pour procurer l'accouchement prématuré. Dans un cas où il avait résolu de pratiquer la ponction des membranes, il administra dans l'espace de trois jours 54 grains de seigle ergoté, sans déterminer le moindre effet sur la matrice, ni le moindre inconvénient pour l'estomac. En 1827, il reprit cet essai sur deux femmes auxquelles il donna, dans l'espace de trois jours, 90 grains de cette substance, sans en obtenir davantage. Il en avait conclu que le seigle ergoté a bien la faculté de raviver les contractions affaiblies de l'utérus, mais non point de les déterminer dans le cours de la grossesse.

Un dernier fait recueilli en août 1833 a jeté quelque doute sur la seconde partie de cette proposition.

Obs. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, ayant le bassin rétréci d'un pouce dans tous ses diamètres. Déjà en 1831, étant enceinte pour la première fois, on avait provoqué l'accouchement prematuré à l'aide de quatre morceaux d'éponge préparée, introduits successivement dans le col de l'utérus; l'enfant, bien qu'au huitième mois, était venu vivant. Enceinte pour la seconde fois, elle se hâta de venir à la clinique. Le 9 août au matin, la grossesse datant de 7 mois et quelques jours, on l'examina attentivement; le col utérin était long, résistant; son orifice externe légèrement ouvert, l'interne complétement fermé; nul indice d'un travail prochain. Comme on voulait procurer l'accouchement prématuré, on prescrivit 30 grains de seigle ergoté en six doses, dans l'espace de 28 heures.

Le 10 août à midi le travail se déclara; à onze heures trois quarts du soir l'enfant était sorti dans un état apoplectique dont on ne put le tirer Il pesait 5 livres 12 onces. La mère succomba le 19 à une phlébite utérine compliquée de péritonite. L'examen du bassin fit reconnaître qu'on avait bien estimé sa capacité; le diamètre sacro-pubien n'avait que 2 pouces 10 lignes.

Admettra-t-on que le seigle ergoté a été l'unique moteur de cet accouchement? M. Lovati ne le pense pas, soit à cause des insuccès déjà cités, soit à raison de la petite dose de la substance employée; il est possible que l'accouchement ait dû se faire spontanément à cette époque, et que l'administration du seigle ergoté ait été une simple coïncidence. Mais quant à la propriété du seigle ergoté de réveiller les contractions utérines, M. Lovati la tient pour certaine, et cette année a fourni plus d'une occasion de la constater de nouveau.

On n'a compté que cinq accouchemens non naturels, deux qui ont exigé le secours de la main à raison de la mauvaise position du fœtus, trois qui ont réclamé les instrumens pour cause d'étroitesse du bassin. Mais il est essentiel ici, pour éviter toute erreur, de signaler la distinction établie par l'école de Pavie entre les accouchemens *naturels difficiles* et les accouchemens *non-naturels*. C'est pour n'avoir pas connu cette distinction que M. Velpeau a écrit, page 154 de son *Traité élémentaire de l'art des accouchemens*: « Il existe de grandes différences.... entre les résultats obtenus à Londres et ceux qu'on observe à la Maternité de Paris; entre ceux que mentionne Boër, et ceux de la clinique de Pavie; puisque, d'après M. Lovati, sur 67 accouchemens il en est 22 qui ont exigé des secours.... tandis que dans le résumé de Boër, sur un total de 9590, 102 seulement ont exigé la version, l'emploi du forceps, ou la perforation du crâne. » Cette dernière phrase explique la différence signalée dans la première; et qui résulte de la différence des simples secours, tels qu'une saignée, l'administration de moyens propres à réveiller l'énergie utérine, la rupture artificielle des membranes, etc., et les graves opérations pratiquées 102 fois par Boër. Le professeur Lovati avait déjà établi cette distinction dans son Compte-rendu de l'année 1822-23, inséré dans le cahier de janvier 1824 des *Annales*.

Des deux accouchemens manuels, l'un nous offre un nouvel exemple d'accouchement provoqué; et comme cette matière est encore neuve en France, nous reproduirons l'observation avec quelques détails.

Obs.— Thérésa M., âgée de 34 ans, de petite taille, mais sans aucune trace de rachitisme, avait le bassin tellement vicié, que, au pelvimètre seul (1), il ne donnait que 5 pouces 9 lignes pour le diamètre antéro-postérieur, et 8 pouces pour les diamètres obliques. En juin 1827, arrivée à la fin du huitième mois d'une première grossesse, le travail s'était déclaré spontanément, mais l'accouchement n'avait pu être terminé qu'avec le forceps. Le professeur Lovati l'avait donc avertie, en cas d'une nouvelle grossesse, de se présenter dès le septième mois. Elle revint en effet à la clinique le 2 décembre 1832, grosse de sept mois presque révolus. L'étroitesse du bassin de nouveau vérifiée au pelvimètre, le professeur se décida à employer l'éponge préparée qui lui avait si heureusement réussi en 1831 et 1832 (2).

En conséquence, du 10 au 13 décembre, on appliqua cinq morceaux d'éponge préparée, dont on augmentait les dimensions à mesure que l'orifice utérin se dilatait davantage. Ces applications donnèrent lieu à des douleurs plus ou moins fortes, qui, du col de l'utérus, se propageaient aux autres régions de ce viscère, et allaient se perdre dans les lombes. Dans les nuits du 12 et du 13 eurent lieu quelques vraies contractions de courte durée, mais non assez caractérisées pour indiquer un commencement de travail. Lorsqu'on appliqua la quatrième éponge, le col utérin était presque disparu, le segment inférieur mou, et la dilatation de l'orifice telle, qu'un accoucheur qui n'aurait pas su par quels moyens on l'avait obtenue, aurait cru le travail à sa troisième période. Mais la cinquième éponge,

(1) C'est-à-dire mesuré à l'extérieur, et sans déduction pour les parois du bassin, ce qui réduit le diamètre antero-postérieur à moins de 3 pouces.

(2) Voyez ces observations, Gazette médicale, 1833, page 36.

« d'ajourner les principes pour les sauver, » selon l'idiome de toutes les révolutions possibles, les élémens d'union manquaient absolument pour refaire l'édifice médical, car il était manifeste qu'on avait fait trop large place à l'ignorance et au charlatanisme. Alors parut un petit ouvrage sur ce sujet, par Launay, chirurgien-juré; en voici le titre: *Médecine sans le médecin*, ou *la destruction presque totale de toute médecine intellectuelle et doctorale* Paris, l'an II de la république une et indivisible. Si par hasard le lecteur trouve comme moi, cette brochure parmi les rebuts des bouquinistes, ou sur les quais, avec l'infamant écriteau, à cinq sous, je lui conseille de se hâter de l'acheter, car rien de plus singulier, de plus curieux, de plus étrange que ce petit écrit. C'est un vrai trésor pour quiconque veut bien connaître l'esprit du temps, surtout en ce qui concerne notre profession. Idées, principes, opinions, style, fond et forme, tout est dans le plus parfait rapport avec l'époque de cette publication. Certainement, Henri Launay, chirurgien-juré, ne vise point à la gloriole d'auteur. Etranger aux finesses de l'escrime oratoire, le miel attique ne découle pas de sa plume. Phraseur emphatique, dialecticien sans portée, et lui même médecin sans médecine, on trouve dans cette production bien peu d'étoffe quand il s'agit de science véritable. Mais il y a du nerf et de la verve dans le style; l'expression, parfois originale et pénétrante, ne manque ni de force ni de précision. On remarque surtout une grande inflexibilité dans les moyens d'atteindre le but. Notre chirurgien-juré n'hésite sur rien; vrai caractère trempé dans la lave du volcan révolutionnaire, alors en pleine éruption. Cependant, pour bien comprendre l'écrit dont je parle, il faut savoir que quand il parut, mœurs, costumes, calendrier, tout était changé en France. Le langage même le plus ordinaire, était bizarrement modifié. Chacun se tutoyait; on s'écrivait mon cher concitoyen ou mon cher égal; on ne se saluait que de la main, attendu qu'un républicain ne doit jamais se courber; un domestique était un *associé*, le médecin un *ministre de santé*, et sur la porte des bureaux on voyait écrit: « Ici on s'honore du titre de citoyen et on fume. » Au reste, comme beaucoup de personnes n'auront pas la bonne fortune de trouver la brochure de Henri Launay, nous allons en extraire quelques morceaux; ils suffiront pour donner une idée des vues et du faire de l'auteur. Voici le début: « Il n'y a qu'une médecine, et je connais trois êtres opposés qui entreprennent de guérir: l'intelligence, le médecin et le génie. Les deux premiers sont la source originelle des maux, des crimes et des extravagances. Le dernier, partout répandu, est cet être invisible, impalpable, animant, seul immortel, la seule force toujours jeune de la nature. » Par intelligence, notre auteur comprend le raisonnement appliqué à la science médicale; lui ne reconnait pour guide que l'instinct des malades, le pur autocratisme de la nature. Aussi se moque-t-il à chaque instant de l'individu *vulgairement nommé docteur*, et des drogues que celui-ci prescrit. Selon lui, « un médecin présente-t-il un remède fort composé, où il dit qu'il a fait entrer des hépatiques, des spléniques, des céphaliques, des sudorifiques, des purgatifs, des rafraichissans; l'intelligence voit aussitôt avec le médecin chacune de ces substances se séparer dans l'estomac qu'on doit regarder alors comme le vestibule du logis, et aller tout droit dans leurs différens departemens; celles qui sont destinées pour le foie, y accourir, l'aider, le désengouer, en pressant par-derrière; les amies de la rate s'acheminer vers elle, lui porter du renfort, sans daigner même regarder en passant les autres parties; celles qui ne se mêlent que des affaires de la tête se glisser de ce côté, en chasser les perturbateurs et manier les rênes des esprits animaux; celles qui sont pour faire suer, rôder dans tous les recoins, dans tous les carrefours, fouetter en galopant tout ce qu'elles y rencontrent de mauvais; celles qui purgent râclent et balayent tout ce qu'il y a de gras et de bourbeux dans le corridor ou la

au lieu d'exciter la contraction des segmens supérieurs de l'utérus, irrita le segment inférieur au point que l'orifice se rétrécit et devint chaud et douloureux. Cet accident dura peu et disparut en quelques heures moyennant des injections d'huile tiède dans le vagin. Mais la femme ayant été examinée 24 heures après, on reconnut avec surprise que la partie inférieure de l'utérus était revenue au même état que dans la matinée du 10, avant l'introduction d'aucune éponge.

Ce moyen dut donc être abandonné; et le 16 au matin on procéda à la ponction des membranes, à l'aide de la sonde à dard. Vingt heures après le travail se déclara; et le 17, vers midi, les douleurs étant devenues continuelles, et l'utérus un peu sensible au toucher, on tira du bras quelques onces de sang; après quoi les douleurs suivirent une marche régulière. A une heure après midi l'orifice offrit une dilatation médiocre; et il en était sorti une anse du cordon ombilical dont on sentait parfaitement les pulsations. On reconnaissait en avant et à gauche le pied droit du fœtus, en arrière la main droite; et la tête appuyée sur la fosse iliaque droite. Le cordon fut reporté dans l'utérus, et maintenu réduit avec un morceau d'éponge. A cinq heures du soir la dilatation étant augmentée, on put mieux préciser le diagnostic. La partie la plus avancée était la main droite qui se trouvait en arrière le long de la ligne médiane; plus haut on sentait les deux pieds dont les talons étaient tournés vers le côté gauche du bassin de la mère; la tête était à droite, l'occiput appuyé sur la fosse iliaque droite, le bregma considérablement abaissé; et du centre de toutes ces parties pendait une anse volumineuse du cordon ombilical.

Quel diagnostic pouvait-on porter sur ces apparences? Y avait-il là deux fœtus présentant l'un les pieds, l'autre la tête, ou n'y avait-il qu'un fœtus courbé sur le dos, présentation bizarre, mais qui s'est déjà offerte une autre fois à cette clinique? Dans tous les cas il fallait aider la nature; on repoussa la tête et on amena l'enfant par les pieds. C'était une fille d'une longueur de 16 pouces 9 lignes, que les apparences faisaient juger du milieu du huitième mois; elle était dans un état d'asphyxie tel qu'on ne put la sauver.

La mère eut à la suite de cet accouchement une légère métrite, vaincue par quatre saignées; mais sur le déclin de la maladie, une nuit qu'elle était en sueur, elle sortit du lit pour se promener par la chambre, sous prétexte d'essayer si les saignées ne l'avaient point affaiblie. Il en résulta une pleuro-pneumonie grave, dont on vint à bout cependant par un traitement antiphlogistique énergique; et la femme sortit parfaitement rétablie 20 jours après être accouchée.

De cette observation on peut déduire deux conséquences importantes. 1° L'emploi de l'éponge n'est pas un moyen toujours efficace d'exciter les contractions utérines, et la ponction des membranes jouit seule à cet égard d'une constante efficacité. Toutefois l'éponge mérite d'être essayée dans tous les cas où l'on veut provoquer le travail, d'abord parce qu'elle n'entraîne aucun inconvénient, même quand elle ne réussit pas; et que si elle réussit, elle a ce grand avantage de produire toutes les conditions de l'accouchement naturel, et de rendre moins périlleux le passage du fœtus à travers le bassin. 2° Il y a lieu de s'étonner comment le segment inférieur de l'utérus, dans un si court espace de temps et après des changemens si remarquables, a pu retourner à son premier état. Cette tendance de la matrice à rentrer dans le repos, quand le stimulus qui déterminait ses contractions a cessé d'agir, avait déjà été notée par Baudelocque, dans la section de son ouvrage qui regarde l'accouchement prématuré proposé pour éviter l'opération césarienne.

Cette opération redoutable fut pratiquée une fois; et laissant de côté les deux autres cas d'accouchemens non-naturels qui furent terminés à l'aide du forceps, c'est par cette observation que nous terminerons nos emprunts à cette revue.

OBS. Angiola G..., âgée de 25 ans, atteinte du rachitis à l'âge de 6 ans, et déformée par cette affection d'une manière étrange, entra à la clinique le 3 février 1833. Un examen attentif donna les résultats suivans.

Cette femme était haute de 3 pieds, 9 pouces, 5 lignes; la colonne vertébrale courbée en S sur les côtes, offrait une gibbosité au dos et à la poitrine; le bassin fort incliné, petit, aplati d'avant en arrière, donnait au pelvimètre 4 pouces 11 lignes pour le diamètre droit; 6 pouces 10 lignes pour le diamètre oblique gauche; 7 pouces 4 lignes pour l'oblique droit. Le ventre était très-volumineux; le fond de l'utérus occupait la partie la plus élevée de la région épigastrique, et s'inclinait légèrement à droite; à raison de la petitesse et de la forte inclinaison du bassin, les parois abdominales étaient prodigieusement distendues, et formaient avec l'utérus un globe qui pendait au-devant des cuisses; l'ombilic était par suite tellement tiré en bas qu'il demeurait caché sous la partie inférieure du ventre, où l'on sentait un corps dur, saillant, constitué par la tête du fœtus. L'exploration intérieure était très-difficile, les doigts ne pouvant être convenablement écartés, tant à cause du volume du ventre qu'à cause de l'inclinaison du bassin. Le vagin contournait la symphyse des pubis pour joindre le col utérin qui était hors du bassin et en avant de cette symphyse; en sorte que le doigt explorateur sentait le le segment inférieur de la matrice plutôt avec l'ongle qu'avec la pulpe, et était pour cela obligé de se plier sur lui-même.

Le 9 mars, à trois heures du matin, après quelques douleurs légères séparées par de longs intervalles, les eaux s'écoulèrent en totalité. Toutefois la journée fut calme; ce ne fut que le 10 au matin que les contractions acquérant de la force, le segment inférieur de l'utérus alla en s'amincissant, et l'orifice dilaté permit de sentir une portion de la tête qui appuyait sur la symphyse des pubis. A deux heures après midi, la dilatation était comme à la fin de la seconde période du travail, et le contour de l'orifice mou et disposé à céder. Il n'y avait aucun doute sur le parti à prendre, et le moment semblait être le plus opportun. Tel fut l'avis des professeurs Cairoli, Panizza, Platner et Scarenzio, assemblés en consultation par M. Lovati. On procéda donc à trois heures à la gastro-hystérotomie.

Les parois abdominales divisées, bien qu'on eût corrigé l'obliquité, la trompe de Fallope du côté gauche se présenta à la plaie, et ceci à raison du mouvement de rotation qu'exécute la matrice sur elle-même lorsqu'elle se rend oblique, mouvement qui est toujours dirigé vers le côté de l'abdomen où incline le fond de l'utérus. On ramena cet organe le plus possible à sa position normale, et on divisa sa paroi antérieure; aussitôt se présentèrent les fesses du fœtus; on en fit l'extraction, puis on ôta également le placenta, et l'utérus se contracta sur lui-même. Quelques points de suture entrecoupée, des bandelettes agglutinatives, des plumaceaux et un bandage de corps constituèrent l'appareil. Il s'écoula peu de sang durant l'opération; mais il est à noter que dès que le bistouri pénétra dans l'abdomen, il en sortit une médiocre quantité de sérosité sanguinolente.

Une heure et demie après l'opération se manifestèrent tous les signes d'une hémorrhagie interne, qu'on arrêta par l'administration de 10 grains de seigle ergoté. Mais il survint des symptômes de péritonite très-graves, et la malade succomba le 15 mars, à trois heures et demie du matin.

A l'autopsie, on trouva les bords de la plaie abdominale adhérant en grande partie par une lymphe plastique aux viscères sous-jacens, c'est-à-dire en haut, à l'épiploon, en bas à l'intestin grêle, dont une anse faisait saillie au centre de la plaie et offrait une tache noirâtre d'un pouce et demi de circonférence. Cette tache était limitée à la tunique séreuse. L'utérus offrait un volume tel que son diamètre longitudinal n'avait pas moins de 7 pouces 2 lignes; le transversal, 5 pouces 6 lignes; sa plus grande circonférence, 12 pouces. La plaie de cet organe, longue de 3 pouces, large de 2 dans sa plus grande largeur, offrait des bords renversés, gonflés, noirâtres; elle occupait la paroi antérieure et se dirigeait de gauche à droite. Le bassin était incliné de telle sorte que le diamètre droit du détroit supérieur figurait une ligne perpendiculaire à l'horizon; il était peu altéré dans sa forme; seulement la paroi cotyloïdienne gauche saillait à l'intérieur de manière à ne laisser entre elle et le centre du promontoire du sacrum qu'un intervalle de 2 pouces 1 ligne.

Nous témoignerons ici tout notre regret qu'une observation, si pleine de détails sous d'autres rapports que nous en avons négligé plusieurs, en soit si dépourvue pour tout ce qui touche à l'opération même. On n'indique pas même le procédé qui a été suivi; quelques mots de l'autopsie nous permettent tout au plus de le présumer. Ce reproche ne s'adresse pas seulement à ce fait, mais à presque tous ceux qu'on nous a transmis sur la même matière; si bien que l'histoire de l'opération césarienne dans les ouvrages les plus récens et les plus estimés, semble avoir été imaginée dans le cabinet plutôt que tracée d'après nature. A

grande allée; celles qui rafraîchissent se promènent partout, serpentent dans les humeurs et y lèchent toute matière qui a la qualité chaude. Ainsi, toute substance illustrée du nom de remède par l'intelligence, universalisée, devient comme une personne active, qui a aussi alors de la raison, de l'intelligence. » On voit par cette citation que les argumens et les plaisanteries du physiologisme sont loin d'être une nouveauté. Après cette vigoureuse sortie contre la médecine ordinaire, le chirurgien-juré apostrophe ainsi les médecins et les apothicaires. « Oui, c'est de vous seuls, citoyens, que la Convention nationale attend la découverte et le rapport des rapports immanquable entre notre système physiologique et les végétaux, puis les végétaux et les maladies; c'est à vous à lui apprendre si nos grands pères doivent craindre de s'être nourris quatre-vingt-dix ans, un siècle même, avec des alimens qui ne leur convenaient pas; c'est à vous seuls à détruire l'ignorance et à faire le triage des destins; à proclamer le code sacré des nourritures et des drogues nationales; à placer enfin la nature comme le tyran des Français. » Dans cette conviction, notre auteur désire qu'on ne consulte uniquement que la nature, se moquant du régime conseillé par les médecins et de leur défense de manger des crudités. « Tout est relatif, dit-il; ce que chacun broie et triture avec passion lui convient... Mais ce que tu écrases dans tes mortiers, ce que tu échauffes, ce que tu tortures, agréges, combines dans tes appareils n'a subi cette préparation par aucun corps vivant; or, cela ne convient aussi à aucun corps vivant. Si le médecin avoue que les alimens des sans-culottes sont naturels et bons, je m'en vais avec six grains d'émétique les faire rendre, et il les trouvera décomposés, altérés. Dira-t-il que ce sont des alimens crus et grossiers? Soit. Je fais vomir sa muscadine(1) immédiatement après son café pris, et elle trouvera une grande différence. »

(1) Est-il besoin de dire qu'on appelait muscadins et muscadines les personnes d'une mise tant soit peu élégante et recherchée.

Partisan outré de la pure nature médicatrice, notre chirurgien-juré va jusqu'à blâmer Sydenham d'avoir donné des drogues à une jeune et belle femme, et d'avoir ainsi contribué à sa mort au mois de floréal 1665; remarquez bien cette date. D'ailleurs, sa colère s'exhale aussi contre le charlatanisme. A ce sujet, il s'écrie : « Joignez, hommes francs, joignez, je vous conjure, vos efforts efficaces à mes faibles efforts pour abattre ce mancenilier; écraser, s'il se peut, ce reptile fier, cet agent de la mort, qui ne tremble jamais et qui perce partout. » Puis il ajoute, après quelques observations particulières : « On voit, par le peu de drogues à employer pour se délivrer de ces maladies à l'hôpital national, le peu de cas que l'on doit faire du chirurgien à boutique et du médecin droguant, qui n'ont l'un et l'autre que la facilité à faire des dupes pour être ce qu'ils sont... Je proteste devant Dieu de la bonne foi avec laquelle je crois très dangereux de pareils hommes. » Il est aisé de présumer la conclusion que tire l'auteur de ses raisonnemens. Il ne veut plus ni corporations, ni Facultés, ni médecins à diplôme. Cependant, malgré cette opinion, alors très-répandue; malgré cette critique âpre et nivelleuse, on sentit bientôt la nécessité d'instituer des écoles de santé, et plus tard la loi organique de l'an XI, qui régit maintenant l'enseignement et l'exercice de la médecine. Il y a plus; c'est que l'expérience prouve chaque jour l'insuffisance de cette loi, et combien peu elle répond à l'état actuel de la société. De là le besoin de nouvelles institutions médicales, toujours promises et toujours ajournées. Elles s'établiront pourtant infailliblement, car les hommes et les choses sont tôt ou tard emportés par le courant des idées et des opinions. Savoir s'y conformer à propos et dans une juste mesure, est tout à la fois prudent et sage. Croyons-en un grand poète d'Allemagne, nous ne sommes pas seulement les citoyens de notre pays, nous sommes encore les *citoyens de notre temps*.

R.-P.

peine deux ou trois observations échappent au blâme général que nous venons d'émettre; ce sont celles-là que devront consulter et méditer les auteurs de médecine opératoire qui voudront donner à leurs lecteurs quelques idées plus précises sur cet important sujet.

OBSERVATION DE GLOSSOGRAPHIE, par le docteur DOMENICO BRANCA.

La suture de la langue, soit après une opération, soit dans les cas de plaies accidentelles de cet organe, est en général une opération peu difficile; toutefois il peut se rencontrer des circonstances qui la rendent plus délicate à exécuter, et où le procédé très-simple imaginé par le docteur Branca présentera une réelle utilité.

OBS. — Sur la fin de septembre dernier, dit l'auteur, on m'amena une petite fille de 13 mois, qui, étant tombée sur le menton au moment où elle tirait la langue, avait en cet organe divisé transversalement avec les dents dans les deux tiers de sa largeur et dans toute son épaisseur, à environ 6 lignes de sa pointe. Il en résultait un lambeau qui pendait hors de la bouche d'une manière difforme, et empêchait l'enfant d'avaler aucun aliment. L'accident datait seulement de quatre ou cinq heures, en sorte que je conçus l'espoir d'obtenir la réunion du lambeau à l'aide d'un point de suture.

Ayant enfilé une aiguille d'un fil assez gros et ciré, je voulais l'enfoncer dans la face dorsale du lambeau, à 2 lignes du bord de la division; mais je n'aurais pu tenir assez fermement ce lambeau avec les doigts de la main gauche, soit parce qu'il était trop glissant, soit parce qu'un mouvement de tête de l'enfant aurait suffi pour le séparer complétement du reste de la langue. Je me souvins du procédé employé par les orfévres pour percer le lobule de l'oreille; et ayant placé un morceau de liége sous la face inférieure du lambeau, je traversai celui-ci avec l'aiguille, qui s'enfonça du même coup de quelques lignes dans l'épaisseur du liége; puis, dégageant le liége, je soutins le lambeau à l'aide d'une pince à anneaux dont les branches étaient écartées d'environ une ligne; et dans cet écartement j'enfonçai l'aiguille et la retirai avec le fil dont elle était armée. Dans le point correspondant de l'autre lèvre de la division, je fis repasser l'aiguille de bas en haut, la concavité en avant; et après avoir laissé un peu respirer l'enfant, j'affrontai les bords de la division, et les maintins en serrant le point de suture.

Je recommandai de ne pas donner le sein à l'enfant, et de le nourrir avec des bouillons, des panades et des œufs. Trois ou quatre jours après on aurait dit que les lèvres de la plaie n'étaient plus en contact; mais c'était une fausse apparence provenant de leur tuméfaction. Au bout de dix jours la réunion était parfaite et tellement régulière, que rien n'indiquait que la langue eût souffert une aussi grave lésion.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

OBSERVATION DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, par FR. PETRUNTI, professeur de clinique chirurgicale à l'université royale des Études, etc.

Les fastes de la science ne manquent pas d'histoires de grossesses extra-utérines terminées sans danger de mort pour la femme; mais celle-ci présente quelques circonstances intéressantes, et d'ailleurs les réflexions qu'y a jointes M. Petrunti, l'un des plus célèbres représentans de la chirurgie napolitaine, nous ont paru dignes de fixer l'attention de nos lecteurs.

OBS. — Thérésa Monaco, âgée de 36 ans, mère de cinq enfans, éprouva en août 1833 une suspension de règles avec tous les symptômes qu'elle avait ressentis dans ses grossesses précédentes, et des douleurs qui firent croire à une hystéralgie. Trois mois après, une tumeur dure, circonscrite, incliuant du côté droit, se montrait au-dessus des pubis; et comme la continuité des douleurs avait fait révoquer en doute la réalité d'une grossesse, cette tumeur fut prise pour un engorgement scrophuleux de l'ovaire droit, et traitée en conséquence par tous les remèdes anti-scrophuleux, mais sans aucun fruit.

En novembre, la femme ressentit dans la tumeur de légers et obscurs mouvemens comme ceux d'un fœtus, qu'elle fit constater également par le docteur de Marinis. Dès-lors la grossesse était hors de doute; les seins commencèrent aussi à rendre un peu de sérum et de colostrum. Les douleurs continuaient toujours; la constipation était opiniâtre; en sorte que quelques médecins, persistant dans leur premier diagnostic, et attribuant les mouvemens ressentis à l'accumulation du sang des menstrues dans la cavité utérine, proposèrent le seigle ergoté pour l'évacuer. Le seigle ergoté fit en effet écouler de l'utérus un peu de sang dissous, avec un caillot sanguin et une petite poche qu'on prit pour un faux germe. Les douleurs s'accrurent, la constipation ne céda t pas même aux drastiques les plus énergiques; mais les mouvemens du fœtus ne se sentirent plus. On était alors dans le courant du sixième mois.

Elle vécut ainsi encore un mois, tourmentée par le besoin d'aller à la selle; et enfin le ténesme devint si violent, qu'elle ne put s'empêcher de s'introduire l'indicateur dans le rectum, afin d'en extraire les matières dures qu'elle pensait y séjourner. Elle n'en trouva aucune; mais portant le doigt à une certaine hauteur, elle rencontra un corps dur et piquant dont la présence l'effraya. Cependant, quelques jours après, elle répéta cette tentative avec deux doigts, et parvint à tirer au dehors le corps étranger, qui fut reconnu pour une portion d'un os maxillaire supérieur appartenant à un fœtus de quelques mois. Il fut manifeste alors pour tout le monde qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, et la femme fut conduite à Naples.

Quand je la vis, elle ne paraissait pas pouvoir vivre long-temps; elle avait de la fièvre, l'abdomen chaud et tuméfié, des douleurs spécialement dans la région hypogastrique; les urines étaient bilieuses; à la constipation avait succédé une diarrhée de matières corrompues, très-fétides, véritablement cadavériques. Je prescrivis des bains, un régime rafraîchissant; et le lendemain je procédai à l'extraction du fœtus.

Je portai dans le rectum l'indicateur gauche; et ayant découvert la petite ouverture communiquant avec le sac amniotique, je parvins à y pénétrer; puis je me servis du doigt pour y diriger une tenette à polype, avec laquelle je retirai un os. Cette manœuvre fut répétée tant que la femme eut la force de la supporter. Après avoir ainsi extrait les os du crâne et toute la colonne épinière, je fis des injections émollientes et remis l'opération au lendemain. Il fallut quatre jours consécutifs pour retirer tous les os avec les chairs; le sac amniotique fut abandonné à la nature; seulement on continua les injections détersives ou astringentes jusqu'à ce que la cavité se rétrécit, et que l'ouverture de communication fût oblitérée. La malade reprit des forces dès ce moment; au bout de deux semaines elle était retournée en bon état dans sa famille; et aujourd'hui elle jouit encore de la meilleure santé.

Les réflexions que ce fait peut suggérer se rattachent à plusieurs chefs.

1° La chirurgie possède-t-elle quelque moyen de remédier à cette déviation de la conception? Nous le croyons très-difficile, dit M. Petrunti, mais non pas impossible. Par exemple, si l'on était parvenu à préciser le lieu qu'occupe le fœtus, et l'époque de son développement, l'opération césarienne ne serait-elle point praticable? Une première tentative a été faite à Paris en 1802, dans un cas analogue; une autre fois, Brewer l'a essayée à Leipsick; malheureusement les journaux n'ont point dit quel en fut le succès. Mais ces premiers essais autorisent à en faire de nouveaux.

2° On professe généralement que l'œuf fécondé est transporté dans l'utérus. Si, dans le trajet de l'ovaire à la trompe, il échappe et tombe dans l'abdomen, on bien il y est dissous et perdu, ou bien, comme une plante parasite, il s'attache à la surface de quelque viscère, en reçoit sa nourriture sans l'appauvrir; loin de là, il y détermine un développement et une vie plus considérables. Ceci est démontré par l'anatomie pathologique.

3° L'œuf s'attache indifféremment à toute surface. On l'a trouvé attaché aux trompes, au diaphragme, au foie, à la rate, aux intestins, au mésentère, etc. La face interne de l'utérus ne jouit donc d'aucun privilége à cet égard.

4° Le fœtus, partout où il se développe, étant toujours une plante parasite, il est peu étonnant qu'il cause de si étranges souffrances à la mère. Si ces souffrances existent même dans la grossesse naturelle, que doit-ce être dans la grossesse extra-utérine, où un viscère quelconque est obligé de remplir une fonction qui lui est étrangère!

5° Le développement et l'accroissement du fœtus doivent toujours être en rapport avec la vascularité du viscère auquel il est attaché, de son volume, de sa sensibilité, etc. Delà aussi de la variété dans les symptômes éprouvés par la mère.

6° Il en résulte aussi que, dans la grossesse extra-utérine, jamais le fœtus ne peut arriver à sa maturité, soit par faute de nourriture, soit par étroitesse de la poche qui le reçoit, ou enfin parce que aucun viscère ne peut remplir les fonctions de l'utérus durant neuf mois entiers. Il périra donc après un temps déterminé. C'est au médecin à fixer l'époque passé laquelle il ne peut vivre, pour recourir auparavant à un moyen, même violent, de sauver à la fois la mère et l'enfant.

7° Il est probable que, dans notre observation, l'œuf était attaché à la face externe de l'intestin rectum ou à quelque partie voisine, ce qui expliquerait la constipation opiniâtre et les autres symptômes. Le fœtus renfermé dans le petit bassin a cessé de vivre quand cette cavité ne lui a plus permis de se développer davantage; et la poche amniotique se sera ouvert par ulcération une communication avec l'intestin rectum.

8° Le seigle ergoté a-t-il déterminé ici la mort du fœtus? Il est certain que de semblables grossesses ont duré beaucoup plus de six mois; que quelques-unes même ont été jusqu'à terme (Haller, Simon, Galli, Baudelocque, etc.). Il est certain même que les fœtus ont pu prendre un développement suffisant et même plus grand que dans l'utérus. (*Dict. des sciences médicales.*) (1).

9° On a vu dans ces grossesses survenir tous les phénomènes qui annoncent la grossesse naturelle : nausées, vomissemens, goût dépravé, etc.; on a vu même les seins se gonfler et sécréter du lait. Toutes ces sympathies n'appartiennent donc pas exclusivement à l'utérus; peut-être sont-elles un accompagnement nécessaire de la génération, en quelque lieu et de quelque façon que se développe le nouvel être.

(1) Cette remarque n'est-elle pas en contradiction avec le paragraphe 6?
(Note du rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE.)

10° On a vu que le seigle ergoté avait expulsé de l'utérus du sang et une sorte de poche membraneuse. Bertrandi, William et Galli ont vu des faits analogues. Qui expliquera pourquoi l'utérus vide participe à l'irritation que le développement de l'œuf détermine ailleurs, et entre dans une action morbide qui le soumet à l'influence du seigle ergoté? Pourquoi aussi, comme cela a été vu, la matrice ouvre-t-elle son orifice et se contracte-t-elle dans son fond de la même manière que si elle avait un fœtus à expulser?

11° Ce qui est incompréhensible pour moi, c'est que, quand le fœtus extra-utério est arrivé à sa maturité, ou qu'avant cette époque la nature veuille s'en débarrasser, les douleurs de l'enfantement se fassent sentir dans le kyste même qui contient le fœtus, et très-peu dans l'utérus. Ce kyste accidentel est-il donc susceptible de contractions? Baudelocque paraît l'avoir observé. Maintenant se contracte-t-il de la même manière que l'utérus? Je laisse ce problème à résoudre aux physiologistes.

12° La femme qui porte une semblable grossesse peut se regarder comme perdue, elle et son enfant. Les cas où le fœtus mort s'est fait jour à travers quelque point des parois abdominales sont rares. Bien plus rares encore sont ceux où le fœtus mort s'est desséché et comme pétrifié dans son kyste. Morand a réuni beaucoup de faits curieux de fœtus qui ont séjourné dans l'abdomen ou dans l'utérus de la mère pendant 25, 30, 40 et 50 ans. On en trouve d'autres dans Walther et dans A. Petit. Mais ordinairement le fœtus mort se corrompt, le kyste se rompt sous les vains efforts de la mère, et les matières épanchées dans le péritoine sont une cause certaine de mort. Est-il possible d'éviter cette triste fin de la mère et de l'enfant? Parmi les chirurgiens, les uns, Sabatier et Levret à leur tête, veulent qu'on attende tout de la nature, sous prétexte des dangers de l'opération césarienne. Mais le plus grand nombre préfèrent une médecine plus active, et ils se fondent sur des raisons plus puissantes. La gastrotomie assure certainement la vie de l'enfant, et ne met en danger que celle de la mère; une vaine expectation met en danger toutes les deux. Quelques cas plus heureux ne doivent point servir de règle. Combien de femmes ont péri parce qu'on les avait ainsi abandonnées à la nature!

Nous sommes donc d'avis, dit le professeur en terminant, qu'il convient de pratiquer l'opération avant que la nature s'épuise en inutiles efforts; on reconnaîtra qu'il est temps aux douleurs qui simulent celles de l'enfantement. A différer plus tard, on s'expose à voir le fœtus mourir, le kyste se crever, et la mère succomber elle-même.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS DE TAILLE pratiquées dans l'automne de 1834 à l'hôpital des Incurables et à Sainte-Marie de Lorette, par M. SALVATORE DE RENZI.

Nous avons dit ailleurs que, pour les opérations de taille, les chirurgiens de Naples préfèrent, comme temps d'élection, le printemps et l'automne. L'article suivant comprend donc toutes les opérations faites dans le dernier trimestre de 1834.

A l'hôpital des Incurables, on a opéré 26 individus sur lesquels 8 avaient moins de dix ans, 7 avaient de onze à vingt ans, 7 de vingt à trente ans. Des quatre autres, l'un était âgé de quarante ans, deux de cinquante, et le dernier de soixante-huit. Les uns souffraient de la pierre depuis fort long-temps; l'un même depuis vingt ans; les autres seulement depuis quelques mois. Tous étaient opérés pour la première fois. Tous appartenaient à des familles pauvres, et plusieurs étaient dans un état de santé peu florissant. Nous omettons quelques autres renseignemens qui sont trop vagues pour permettre d'en tirer aucune induction.

Le procédé employé fut la taille latérale et oblique en has, au col de la vessie. Sur les 26 opérés, on ne compta que quatre morts. Le premier fut un enfant de deux ans, opéré par un jeune chirurgien qui, croyant être entré dans la vessie, manœuvrait avec les tenettes entre la vessie et le rectum. Enfin, s'apercevant de son erreur, il ouvrit la vessie, mais le mal était fait; l'enfant mourut le lendemain dans les convulsions, et on trouva des traces de cystite et de péritonite. Le second avait 26 ans; à l'autopsie on trouva des traces d'une péritonite abdominale et intestinale étendue, des gaz dans les intestins; la plaie était gangrenée, etc. L'auteur attribue cette mort au peu de délicatesse apportée par l'opérateur, qui était un jeune homme, dans l'extraction de la pierre; cependant le calcul était médiocre et la muqueuse vésicale fut trouvée saine.

Un troisième était un homme de 27 ans; arrivé au dixième jour de l'opération, il eut une hémorrhagie; puis tout semblait aller pour le mieux, quand il survint une fièvre périodique qui, malgré le sulfate de quinine, enleva le malade le 26e jour. Le cadavre ne fut point ouvert. Enfin le quatrième, âgé de 18 ans, souffrait de la pierre depuis son enfance; il succomba au 8e jour de l'opération; à l'autopsie on trouva une suppuration dans le rein gauche, une hypérémie inflammatoire du rein droit et des intestins, et une dilatation des uretères.

Les autres guérirent plus ou moins promptement, quelques-uns en seize jours, d'autres en un mois et demi; la moyenne du temps nécessaire à la cicatrisation fut donc d'un mois. Il faut en excepter un malade qui est resté à l'hôpital avec une fistule, mais dont on espère obtenir la guérison. Il paraît qu'il y a eu en outre une femme opérée qui a également guéri.

A l'hôpital de Sainte-Marie de Lorette, cinq malades furent opérés par M. Petrunti, et tous avec succès. Deux guérirent en 14 jours, deux en moins de 20 jours. De ces cinq malades, trois n'avaient que 10 ans, un en avait 15, l'autre 58.

Le tableau suivant présente un résumé de toutes les opérations faites depuis quatorze ans dans les hôpitaux de Naples.

	Hommes.	Femm.	Enf.	Adultes.	Vieill.	Guéris.	Morts.
De 1821 à 1833.	389	12	185	174	42	341	60
Printemps 1834.	6	1	6	»	1	6	1
Antomme 1834.	31	1	12	16	4	28	4
Total.	426	14	203	190	47	375	65

Ainsi la proportion générale des morts est d'un peu plus d'un sur sept, résultat bien remarquable encore en comparaison de ce qu'on obtient dans les hôpitaux de Paris. Admettra-t-on comme causes de ces succès l'habileté plus grande des opérateurs? Cela n'est point admissible. La beauté du climat? Peut-être. Le choix du procédé opératoire? Nous ne le croyons pas. Mais il faut par-dessus tout mettre en ligne de compte la proportion énorme des enfans et des adultes comparés aux vieillards. D'après le tableau ci-joint, il paraît que l'on ne range parmi les enfans que les calculeux qui ne dépassent pas 15 ans; les adultes sont compris entre 15 et 40. Or, si nous en jugeons par la statistique des 31 derniers opérés, on en comptait 19 âgés de moins de 20 ans; 26 au-dessous de l'âge de 30 ans. Des proportions analogues ne se sont guère rencontrées que dans l'ancien hôpital de Lunéville, où, sous un climat beaucoup moins favorable aux opérés, Saucerotte obtenait cependant des résultats bien plus prodigieux encore, puisque sur près de 1,400 opérés la mortalité était d'environ 1 sur 19. Cela ne prouvait rien en faveur du procédé opératoire; et, en effet, le procédé dont se servait Saucerotte est aujourd'hui à peu près universellement rejeté.

III. OSSERVATORE MEDICO.

L'EXTRAIT ALCOOLIQUE DE NOIX VOMIQUE convient-il dans les irritations ou dans les asthénies de la moelle épinière et du cerveau? Par LUIGI MARCHESANI, médecin de l'hôpital des Incurables, etc.

Il est bien difficile pour un praticien de déterminer d'une manière précise les cas dans lesquels convient l'extrait alcoolique de noix vomique. D'une part on a écrit en termes généraux qu'il guérissait la paralysie; mais à combien de causes ne peut pas se rapporter cette forme de maladie? Sans sortir du cerveau et de la moelle spinale, on la voit produite par la compression, la désorganisation, la simple débilité de ces centres vitaux; et on la range également parmi les symptômes de la myélite. D'autre part, les auteurs qui ont écrit sur la *matière médicale*, sont loin de s'entendre sur les propriétés de l'extrait de noix vomique; les uns le donnent comme un débilitant du système nerveux; d'autres, comme M. Magendie, le rangent parmi les excitans. La science a donc besoin de faits nouveaux et précis pour décider ce point de doctrine et de pratique.

OBS. — Un enfant de 4 ans, de conformation régulière, mais de médiocre constitution organique, remplissant ses fonctions nutritives avec une suffisante vigueur, offrait dans les fonctions de relation les altérations suivantes. Strabisme; surdité incomplète; mutité; développement de l'intelligence proportionné à son âge et aux symptômes précédens. Presque toutes les régions du corps auxquelles sont destinés des muscles soumis à l'empire de la volonté étaient dans un mouvement de tremblotement continuel, c'est-à-dire que chaque partie exécutait successivement, et d'une manière morbide, tous les mouvemens que pouvaient lui imprimer ses divers muscles. Ainsi les paupières clignotaient continuellement; les globes oculaires roulaient d'un côté et de l'autre, allant même en divergeant; la mâchoire inférieure s'abaissait en s'inclinant du côté droit, puis se relevait et, sans presser contre la supérieure, ne faisait qu'en raser les dents et se portait à gauche, pour recommencer ensuite cette sorte de mouvement orbiculaire; en sorte que l'enfant semblait ruminer des deux côtés de la mâchoire. La tête avec les vertèbres cervicales exécutait de perpétuels mouvemens de circumduction tremblotante, de manière à décrire des cônes à sommet inférieur. Les bras tremblans et vacillans se portaient vers tous les joujous qu'on présentait à l'enfant, mais ne suivaient pas la direction dans laquelle ils auraient pu les atteindre. Ega-

lement incapable de marcher, s'il voulait aller d'un lieu dans un autre, ou il tombait, ou il y parvenait en s'agitant de mille manières et s'accrochant à tous les objets qu'il rencontrait dans le chemin. La station sur les pieds était impossible; il tremblait et finissait par tomber. Quand il était assis, si le dos n'était point appuyé, tout le tronc exécutait sur les cuisses une demi-circumduction vacillante en avant. Cette agitation incessante de tout le corps était telle, qu'elle donnait des vertiges à ceux qui l'observaient attentivement; elle augmentait quand l'en fant avait la fièvre, ce qui n'était point rare, et ne cessait complètement que durant le sommeil.

D'où provenait cette singulière affection? Ces mouvemens désordonnés étaient-ils volontaires, dus seulement à une vicieuse habitude, ou étaient-ils involontaires? S'ils étaient involontaires, devait-on les rapporter au tremblement convulsif ou au tremblement paralytique? De la solution de ces questions dépendait le traitement à suivre; les considérations suivantes servirent à les décider.

1° L'enfant était né en bon état de santé, et il avait rempli toutes ses fonctions régulièrement, lorsque, étant encore au maillot, il était tombé la tête contre terre; la chute avait porté sur un os pariétal, et le contrecoup avait fracturé le pariétal de l'autre côté; et le tremblement avait commencé à se manifester après la guérison de la fracture. La maladie étant due à une violence extérieure et les mouvemens étant plutôt instinctifs que volontaires, il y avait donc là une cause morbide plutôt qu'une vicieuse habitude.

2° Si l'on soutenait la tête, le tronc, les bras, les membres inférieurs, la partie soutenue restait immobile; et pour la mouvoir, il ne fallait que l'effort nécessaire pour vaincre la résistance du poids de la partie. On sait au contraire quelle force il faut employer pour arrêter le tremblement convulsif. De plus la direction des mouvemens était réglée par la volonté.

3° Le tremblement convulsif ne discontinue point pendant le sommeil comme le tremblement paralytique. Il est vrai que dans l'hypothèse de ce dernier cas, en n'exécutant aucun mouvement pendant la veille, le tremblement aurait dû cesser; mais l'enfant avait une telle vivacité qu'il ne pouvait se tenir en repos un seul instant, et lorsqu'il était couché, il remuait encore les yeux et la mâchoire. Le sommeil seul faisait cesser tout mouvement.

4° La plupart de ces mouvemens se faisaient en *circumduction*, ce qui paraît convenir plutôt à la débilité qu'à la convulsion musculaire, puisque dans le premier cas tous les muscles concourent au mouvemeot, et tous imparfaitement, et en vacillant, ce qui atteste leur faiblesse.

5° Enfin l'accroissement du tremblement durant les accès fébriles s'expliquait par le délire qui survenait en même temps.

Par toutes ces considérations, l'auteur arriva à cette conclusion: qu'il ne s'agissait ici ni de tarentisme, ni de danse de Saint-Guy, ni d'aucune autre espèce d'affection convulsive; mais que la maladie était *une paralysie incomplète de presque tous les muscles soumis à la volonté, avec une anesthésie imparfaite du nerf acoustique*.

L'apoplexie, ajoute-il, laisse fréquemment après elle la paralysie des membres, rarement un état opposé, savoir: la contraction permanente des muscles fléchisseurs de quelque membre. Le grand hôpital des Incurables auquel je suis attaché, m'a fourni très-souvent l'occasion d'observer que la paralysie sans la moindre complication d'irritation dans l'axe cérébro-spinal, cédait à l'extrait alcoolique de noix vomique, tandis qu'au contraire la contraction musculaire permanente cédait aux émissions sanguines, aux remèdes relâchans, aux légers évacuans, et en général aux controstimulans; et quand le traitement qui convient à l'un de ces cas est appliqué à l'autre, on n'en retire aucun avantage, mais plutôt des inconvéniens. Ces observations jointes aux réflexions que m'avait suggérées la lecture de plusieurs ouvrages de médecine, m'avaient porté à ranger l'extrait de noix vomique parmi les excitans de l'axe cérébro-spinal; ce moyen devait donc me paraître tout approprié pour l'affection chronique de cet enfant.

Je me décidai à l'administrer, et en solution dans l'alcool édulcoré avec le sirop de cannelle pour en masquer l'amertume, et par la méthode endermique. Il serait superflu de rapporter ici jour par jour les détails de l'observation. Je me bornerai à dire qu'en moins de deux mois ce tremblement paralytique avait complétement disparu; l'enfant pouvait se tenir debout et marcher sans aucun appui; mais il n'avait rien gagné du côté de l'ouïe. Le traitement devait être continué; mais la négligence et un motif d'économie de la part du père de l'enfant me privèrent de la satisfaction d'achever cette belle cure.

De tout ce que je viens d'exposer je crois pouvoir conclure: « Que » l'affaiblissement de cette faculté de l'axe cérébro-spinal, par laquelle » la volonté détermine la contraction des muscles qui lui sont soumis, » ou la paralysie proprement dite, réclame directement l'emploi de » l'extrait alcoolique de noix vomique. »

IV. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

NOUVELLE MÉTHODE POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CLAVICULE, par le docteur Francesco Papini.

Après ce grand nombre d'appareils imaginés pour la fracture de la clavicule, et qui pour la plupart semblent calqués les uns sur les autres, celui-ci aura au moins le mérite de la nouveauté. L'auteur n'a pas découvert d'indications nouvelles; mais il a cherché à remplir les indications connues mieux qu'on ne l'avait fait avant lui.

La réduction se fait selon les règles posées par Desault, en portant l'extrémité supérieure de l'humérus correspondant en haut, en arrière et en dehors. La coaptation étant ainsi obtenue, on place sur les côtés de la clavicule quelques compresses longuettes, principalement sur les points où le déplacement tend le plus à s'effectuer, et on maintient le tout par un spica ordinaire. Cette première partie de l'appareil servira de point d'appui aux autres pièces, qui ont pour but de prévenir tout dérangement des deux fragmens.

La première pièce est une courroie ou ceinture de cuir qui entourera le tronc à sa partie supérieure, immédiatement sous les aisselles, en fixant l'une des extrémités au corps même de la ceinture à l'aide d'une boucle, au niveau du sternum; l'extrémité qui reste libre doit avoir une longueur d'environ cinq palmes, pour l'usage que nous indiquerons tout à l'heure. Un scapulaire ordinaire, fait de toile solide, soutiendra cette ceinture le plus haut possible; en sorte que chez les femmes elle n'exerce aucune pression incommode sur les mamelles, et qu'en général elle ne cause point une trop grande gêne de la respiration, ce qui aurait infailliblement lieu si la ceinture descendait un peu bas, puisque c'est par le bas que se fait la plus grande ampliation de la cavité thoracique.

Une seconde pièce est une sorte de petite brassière faite d'un large morceau de cuir, destinée à recouvrir la partie supérieure du bras du côté lésé, en s'étendant de l'apophyse acromion jusque vers l'angle inférieur du deltoïde. Cette brassière sera assujétie à la ceinture au-dessous de l'aisselle à l'aide de points de suture, et son bord supérieur sera également fixé au bord correspondant du scapulaire pour plus de solidité.

Tout ceci étant disposé, on appliquera sur la face antérieure de la brassière une compresse repliée plusieurs fois sur elle-même; et une autre toute pareille sera adossée à la ceinture de cuir dans le point occupé par la boucle à peu près vis-à-vis du sternum. Chacune de ces compresses sera maintenue dans sa position respective par deux liens formés de plusieurs fils enfilés à une aiguille courbe, à l'aide desquels on les fixera aux parties sous-jacentes de l'appareil, en les traversant à leur centre pour faire ressortir l'aiguille à une courte distance, et prenant soin de ne pas entamer la peau du malade.

Les bouts des liens ainsi passés devront être assez longs pour lier solidement les extrémités d'une forte attelle de bois, qui s'étendra d'une compresse à l'autre, et remplacera la clavicule dans la fonction de soutenir l'épaule correspondante. Il s'ensuit que cette épaule, qui, faute de son soutien naturel, était incessamment attirée vers la poitrine, en sera écartée par cette attelle contre laquelle les muscles adducteurs épuiseront leurs efforts. A la vérité, cette attelle appuyant elle-même sur la compresse fixée à la ceinture, rien n'empêche celle-ci de reculer du côté opposé, et d'annuler ainsi tout l'effet qu'on attend de l'appareil. Pour obvier à ce danger, on reprend l'extrémité demeurée libre de la ceinture, on la passe sous l'aisselle du côté lésé, puis derrière le dos, puis sur l'épaule opposée, et on l'attache enfin au bandage scapulaire. Il faudra avoir soin que ce bout de la ceinture soit modérément tendu dans le commencement du traitement, c'est-à-dire jusqu'au quinzième jour environ de la fracture, époque où la nature affermit d'ordinaire la consolidation osseuse connue sous le nom de cal. A partir de cette époque, il faudra la serrer davantage afin d'en obtenir de meilleurs effets. Cette précaution est de la plus haute importance, attendu que, quand même le malade serait fort docile, il ne pourrait soutenir une égale constriction durant tout le cours du traitement, tandis qu'en la ménageant de cette façon, elle sera beaucoup plus supportable.

Une autre précaution fort utile est de placer le bras correspondant dans une écharpe, et même, suivant l'exigence des cas, de le fixer au tronc à l'aide d'un bandage circulaire, pour prévenir tout mouvement préjudiciable; on aura soin également de munir de plumasseaux les points où la pression serait trop forte.

Tout l'appareil étant appliqué, le patient devra se tenir couché dans une position oblique, sur un plan horizontal, légèrement incliné sur le côté opposé à la fracture, et pour le faire rester en cette posture on placera un

oreiller sous le côté qui doit rester soulevé. Le régime ne diffère pas de celui qu'on suit en toute autre méthode; seulement le chirurgien devra examiner chaque jour si les fragmens conservent leurs rapports normaux, et dans le cas contraire remédier au déplacement, soit en introduisant des plumasseaux sous le spica dans les points qui paraissent en exiger, soit de toute autre manière.

L'auteur dit avoir déjà essayé ce procédé dans six cas de fractures de la clavicule, et toujours avec un heureux succès.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 mars.

M. Chevreul, dans la précédente séance, avait déclaré, comme nous l'avons dit, que M. Julia de Fontcoelle avait pu, d'après les expressions de M. Darcet, se croire délégué par la commission de la gélatine pour faire des expériences. M. Darcet écrit à ce sujet que lui, président de ladite commission, a été en effet chargé de s'entendre avec M. Julia relativement aux expériences proposées; qu'il a soumis à cette commission le programme d'expériences qu'il avait rédigé, de concert avec M. Julia, et le lui a remis avec les observations auxquelles ce projet avait donné lieu de la part des commissaires.

Établissement de la classe des mollusques en 1784, par Schneider.

M. de Férussac adresse, sur ce sujet, une lettre dont nous donnons l'extrait suivant :

« Quatre ans avant la publication de la dernière édition du *Systema naturæ* de Linnée, a paru un travail spécial sur les céphalopodes, dû à un savant célèbre à la fois comme naturaliste et comme helléniste; travail remarquable, fort en avant de l'époque où il a été publié, et dont, par une singularité inexplicable, personne n'a tenu compte. Ce travail est une dissertation de Schneider, le traducteur d'Aristote, qui, dès 1784, long-temps par conséquent avant notre illustre Cuvier, y propose une grande division qu'il appelle *famille* ou *race*, pour tous les céphalopodes nus ou testacés. Il donne à cette grande division le nom d'*octopedia*, considérant, avec beaucoup de justesse, les deux bras des décapodes comme des organes d'une autre nature que les huit pieds communs à tous nos acétabulifères.

Schneider montre combien est peu naturel le principe sur lequel Linnée s'est appuyé pour séparer les vers mollusques des vers testacés, le corps protecteur n'affectant point assez l'organisation pour autoriser une semblable classification. Il cite entre autres l'argonaute comme ne pouvant être séparé des poulpes et les limaces des hélices. Ainsi le principe fondamental des méthodes modernes se trouve déjà indiqué et mis en pratique par Schneider dès 1784.

Il divise les octopedia en deux classes circonscrites avec une rare sagacité. La première classe, *pedes octoni breves, promuscide binæ; venter pinnatus, ossiculum dorsi*, comprend les genres *sepia*, *loligo*, *teuthis* et *sepiola*; la seconde, *pedes octoni longi, basi palmati, absque promuscidibus, pinnis et osse dorsuli*, comprend les genres *polypus*, *moschites*, *nautilus* et *pompilus*.

Ainsi Schneider avait, dès cette époque, proposé la classe des céphalopodes, établie en 1798 par Cuvier; rétabli les genres d'Aristote mieux que ne l'a fait Lamarck en 1799; formé les deux divisions proposées en 1817 par le docteur Leach, sous les noms d'octopodes et de décapodes; établi les genres *sepiola* et *eledone* (celui-ci sous le nom de *moschites*), proposés en 1817 par Leac; caractérisé le genre *nautile*, sous le nom de *pompile*, avec plus de netteté qu'on ne l'a fait depuis lui : *pedibus lobatis seu digitatis, absque acetabulis*.

La dissertation de Schneider fait partie d'un volume intitulé : *Sammlung*, etc., c'est-à-dire *Recueil de diverses dissertations pour servir à la zoologie et à l'histoire du commerce*. In 8°, fig. Berlin, 1784.

M. Férussac demande comment un travail aussi important a pu rester inconnu aux naturalistes. Il est probable que lui-même ne le connait que depuis peu de temps, puisqu'il ne l'a pas signalé plus tôt à l'attention des savans. Au reste, on pourrait citer plusieurs cas tout semblables, dans lesquels des recherches intéressantes, écrites en français et insérées dans des ouvrages journellement cités, sont restées comme non avenues pendant trente ou quarante ans; la découverte faite par le premier auteur a été souvent reproduite morcelée.

Cela tient à ce que l'on manque encore en histoire naturelle d'un ouvrage qui permette à l'homme qui entreprend une série de recherches de savoir en peu de temps ce qui s'est fait sur le même sujet. Un simple catalogue, même rangé par ordre des matières, ne suffit pas, et ainsi rien ne pouvait faire soupçonner que dans le recueil de Schneider : *Dissertations pour servir à la zoologie et à l'histoire du commerce*, il y eût un travail tendant à réformer la classification des vers de Linnée. M. Cuvier, qui avait lu beaucoup plus que presque tous les naturalistes de notre époque, et qui était doué d'une puissante mémoire, sentait bien cependant le besoin d'un ouvrage tel que celui que nous venons d'indiquer. D'après les conseils de l'illustre naturaliste, une personne à qui sa position donnait des facilités pour ce travail avait commencé, il y a plusieurs années, à s'en occuper, et s'y livre encore avec persévérance, malgré les obstacles qu'elle prévoit pour la publication. L'Académie des sciences, qui en mainte occasion a soutenu des entreprises utiles, et qui n'auraient pu prospérer sans son appui, jugera, nous l'espérons, que celle-ci est de nature à mériter sa protection.

Thermo-électricité.

A l'occasion de la communication faite dans la précédente séance par M. Becquerel, relativement à une application nouvelle des couples thermo-électriques, M. Peltier fait connaître à l'Académie un autre résultat qu'il a obtenu en employant ce précieux instrument.

J'ai fait, dit M. Peltier, un couple thermo-électrique de deux fils, fer et cuivre, longs de 42 mètres chacun. Une des soudures plonge dans un puits profond, l'autre est dans mon cabinet; un multiplicateur intercallé dans le circuit indique le courant dominant. Pour connaître la température du puits, j'abaisse ou j'élève celle du liquide dans lequel plonge la soudure supérieure. Lorsque l'aiguille du multiplicateur est ramenée à zéro, c'est que les deux soudures sont à la même température; un thermomètre plongé dans ce liquide m'en donne le degré, qui est nécessairement celui du puits.

Par le moyen d'un autre couple, ayant une de ses soudures au-dessus des cheminées de la maison, j'interroge la température de l'atmosphère à 23 mètres du sol. J'ai le projet de la mesurer beaucoup plus haut à l'aide d'un petit ballon.

Ce mode d'investigation, dit M. Peltier, peut être très utilement employé pour connaître la température des courans sous-marins, des mines et des couches profondes des puits forés; mais il faut beaucoup de précautions pour se préserver des courans secondaires qui viennent compliquer l'expérience.

C'est par le moyen des couples thermo-électriques, poursuit l'auteur, que je suis parvenu à des résultats précis sur la conductibilité des métaux pour la chaleur, résultats que je soumettrai prochainement à l'Académie. Je n'ai point établi mon appareil pour la seule mesure de la température des milieux éloignés, mais aussi pour étudier les échanges électriques entre le globe et l'atmosphère. Il y a trop peu de temps que mon appareil est monté pour que j'aie pu vérifier toutes les circonstances concomitantes de ce phénomène; je dirai seulement aujourd'hui qu'un fil métallique plongeant d'un bout dans un puits à 12 mètres au-dessous du sol, et l'autre élevé au-dessus de 24 mètres, *sans circuit fermé*, sont traversés par un courant négatif, descendant lorsque la chaleur est plus grande dans l'atmosphère, et ascendant lorsque la chaleur y est moindre. »

M. Biot rappelle, à l'occasion du dernier paragraphe de la lettre de M. Peltier, que dans l'ascension en ballon que lui et M. Gay-Lussac ont faite ensemble, ils avaient de même établi une communication électrique par le moyen d'un fil d'or, entre la couche d'air où se trouvait leur nacelle et une couche d'air placée à 50 mètres au dessous, ce qui, à raison de la charge inégale des deux couches, leur donnait des étincelles sensibles au condensateur.

M. Becquerel dit qu'il s'est depuis long-temps occupé d'appliquer les couples thermo-électriques à des recherches semblables à celles dont il est question dans la lettre de M. Peltier, et qu'il a notamment trouvé le moyen de déterminer la température de la mer jusqu'à une profondeur de mille pieds.

Revenant sur sa précédente communication, il dit, ce qui n'était pas énoncé dans la note qu'il avait déposée, que ses recherches, faites de concert avec M. Breschet, ont eu pour résultat de montrer qu'il existe une différence de 2° et demi environ entre la température du tissu cellulaire et celle des muscles dans l'homme.

La température des muscles, celle du poumon, du foie, de l'abdomen, du cerveau, dans le chien, est la même, ou, s'il y a une différence, il est probable qu'elle est moindre d'un demi-degré.

On procède à l'élection d'un vice-président pour remplir la place laissée vacante par la démission de M. Biot.

Le nombre des votans est de 50; au premier tour de scrutin, M. Dupin réunit 39 suffrages; MM. Ampère et Poinsot en obtiennent chacun 3; MM. Freycinet et Navier, 2; M. Savart, 1.

M. Dupin est élu vice-président.

Avant de quitter le fauteuil, M. Biot remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui avait fait de le nommer, et déclare que rien au monde n'aurait pu l'obliger à y renoncer, si sa mauvaise santé ne l'avait mis dans l'impossibilité complète de s'acquitter de cette tâche.

M. Geoffroy dépose un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur l'essence de la lumière*, son principe originel, son analyse, l'étendue ou l'universalité de ses services, et sur les causes de sa disparution dans les phénomènes d'interférence, disparution causée par un effet de la loi d'attraction de soi à soi.

M. Arago, après avoir donné lecture du titre de ce mémoire, ajoute : M. Geoffroy a craint qu'on ne vît dans ce mémoire un ouvrage de circonstance, une attaque dirigée contre moi, l'auteur y combattant quelques-uns des résultats auxquels je suis arrivé; je déclare en conséquence que non-seulement je n'y puis voir rien qui ressemble à une attaque personnelle, mais encore rien qui soit de circonstance, puisqu'il y a plus d'un an que M. Geoffroy m'a fait part du dessein qu'il avait de s'occuper de cette question.

Nous rapporterons ici une note de M. Dumas, qui appartient à la séance précédente.

Note sur la composition de quelques substances organiques, par M. Dumas.

1° La racine d'iris de Florence, soumise à la distillation avec de l'eau, donne un produit nacré, cristallin et lamelleux, insoluble dans l'eau et susceptible d'être recueilli en filtrant l'eau distillée. Ce produit renferme :

Carbone,	67,2	Formule, C8 H8 O.
Hydrogène,	11,5	
Oxigène,	21,3	

La formule de ce corps, dit M. Dumas, est fort remarquable. On se rappelle, en effet, que, dans l'essence de roses, il existe un produit cristallin dont la formule est la même que celle de l'hydrogène bi-carboné. La matière de l'iris de Florence pourrait donc être un oxide de la matière de l'essence de roses; mais la petite quantité obtenue jusqu'ici n'a permis aucune expérience propre à vérifier cette conjecture.

2° La racine d'Aunée (*Inula helenium*) renferme aussi un principe volatil et cristallisable. Il y est même, en certains cas, visible à l'œil nu, et occupe, sous forme de mamelons cristallins, l'intérieur de petites cavités faciles à découvrir.

On peut l'extraire par simple dissolution, au moyen de l'alcool, on bien par distillation avec l'eau. La matière obtenue par ce second procédé renferme :

Carbone,	76,9	Formule, C14 H9 O.
Hydrogène,	8,8	
Oxigène,	14,3	

3° Le poivre noir, soumis à la distillation, a fourni une huile légère, incolore, qui possède la composition suivante :

Carbone,	87,9	Formule, C10 H8.
Hydrogène,	11,7	

Elle paraît analogue à l'essence de térébenthine, dont elle possède la composition.

4° Le genièvre fournit également une huile volatile dans laquelle M. Dumas a trouvé :

Carbone,	87,7	Formule, C10 H8.
Hydrogène,	11,4	

Elle paraît également analogue à l'essence de térébenthine.

5° La sabine donne aussi une huile essentielle qui bout entre 155 et 161°, et possède la composition suivante :

Carbone.	88,6	Formule, C10 H8.
Hydrogène,	11,6	

Ce qui lui donne une grande analogie avec l'essence de térébenthine.

Ces trois huiles, dit M. Dumas, peuvent être simplement isomériques avec l'essence de térébenthine, mais je n'ai fait aucune expérience dans le but de le constater.

6° L'huile de cédrat a offert la composition suivante :

Carbone,	88,15	Formule, C10 H8.
Hydrogène,	11,48	

7° L'huile de linette a été trouvée composée de :

Carbone,	87,6	Formule, C10 H8.
Hydrogène,	12,4	

8° M. Bonastre a fait connaître depuis long-temps un corps cristallisé qu'il a extrait de la résine de l'arbre à brai, et qu'il désigne sous le nom de sous-résine de l'arbre à brai. M. Dumas a analysé divers échantillons de ce corps, qui renferme :

Carbone,	85,3	Formule, C72 H60 O.
Hydrogène,	11,7	
Oxigène,	3,0	

Cette substance est remarquable en ce qu'elle possède la même formule que la cholesterine, ou matière nacrée des calculs biliaires, déjà analysée par M. Chevreul.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mars. — Présidence de M. Lisfranc.

La correspondance officielle comprend deux communications assez intéressantes.

1° M. Sanson, rue de Rivoli, n° 4, adresse par l'intermédiaire du ministre l'échantillon et l'extrait d'une plante apportée de l'Inde par un voyageur qui affirme avoir vu les naturels faire avec succès usage de la liqueur pour la guérison des morsures des serpens, des reptiles et des insectes vénéneux. Ce spécifique passe aussi dans le pays pour très-efficace contre la rage. M. Sanson pense être en mesure de produire une plus grande quantité de cette substance d'ici à quelques mois.

Le bureau propose le renvoi à la commission des remèdes secrets.

Une discussion s'élève à ce sujet. Plusieurs membres pensent qu'il faut renvoyer cette communication à la commission nommée pour la rage.

A l'occasion d'une digression sur l'énergie des divers venins, M. Breschet demande la parole.

M. Breschet. Le venin des serpens exotiques ou indigènes est susceptible de se conserver très long-temps. Ainsi j'ai reçu de M. Lamare-Picquot de petites poches contenant du venin de divers serpens de l'Inde, desséché depuis long-temps; j'en ai également à ma disposition de ces venins dissous et conservés dans l'alcool. Nous avons fait, M. Pravaz et moi, des expériences nombreuses sur les effets de ces poisons, et nous nous sommes convaincus qu'ils jouissent d'une activité aussi énergique qu'à l'état frais. Je n'omettrai pas de mentionner un fait bien important démontré par ces expériences. M. Pravaz avait imaginé de décomposer le virus dans la plaie même, à l'aide de décharges galvaniques : ce moyen a parfaitement réussi. Ainsi nous avons inoculé la même quantité d'un même venin à deux animaux de même force et de même taille : l'un d'eux, abandonné à lui-même, a succombé promptement; le second, traité par les décharges galvaniques, n'a pas ressenti les effets du poison, et en définitive, a survécu. M. Pravaz fera part à l'Académie de tous les détails de ces expériences.

M. H. Cloquet. Mais s'il est impossible de se procurer plus tard le médicament qui vous est soumis, il est fort inutile d'en expérimenter la valeur.

M. Virey. Il sera toujours possible de le reconnaître, soit à l'aide du nom indien, soit à l'aide du nom botanique; car une plante aussi importante par ses propriétés n'aura probablement pas échappé à tous les botanistes; et on en trouvera la description quelque part. Je demande que, pour faire ces recherches, un botaniste ou un pharmacologiste soit joint à la commission.

M. Pariset. C'est un remède secret, qui doit conséquemment être renvoyé à la commission spéciale instituée pour ces remèdes. Si cette commission reconnaît le besoin de s'adjoindre d'autres membres, elle en fera la proposition à l'Académie.

Renvoyé à la commission des remèdes secrets.

2° Le consul de France à Tanger, en faisant connaître l'année dernière les ravages causés par une épidémie cholériforme dans le Maroc, avait élevé des doutes sur l'identité de cette maladie avec le choléra-morbus asiatique, et avait annoncé que la méthode de traitement recommandée par les médecins de Cadix, avait été employée avec succès. Le docteur de Espagna, professeur de médecine à Cadix, a rédigé, à la demande du consul français de cette ville, une notice qui ne laisse aucun doute sur le véritable caractère de l'épidémie cholérique, et qui contient des renseignemens sur la méthode suivie à Tanger et à Cadix.

Les symptômes principaux étaient : diarrhée séreuse et blanche, vomissemens du même genre, pouls faible ou nul, diminution considérable ou absence de la chaleur de la peau, suppression des urines, yeux caves et cernés d'un cercle livide, couleur terne et bleuâtre aux extrémités des doigts du pied et de la main, crampes qui commencent dans ces parties et gagnent le tronc.

La méthode curative consiste à tâcher de rétablir la chaleur sur la surface du corps, au moyen de vomissemens abondans provoqués par l'huile d'olive; on emploie des moyens mécaniques quand cette substance ne produit pas d'évacuations, qu'on doit faciliter encore par une grande quantité d'eau tiède.

— M. Serres, de Montpellier, adresse une lettre sur un nouveau procédé de chéiloplastie qu'il a imaginé. Nous publierons cette lettre dans notre prochain numéro.

M. Sanson fait remarquer que le procédé de M. Serres a été employé par M. Dieffenbach, à qui en revient la priorité. A la vérité M. Dieffenbach ne l'a point proposé pour les mêmes cas que M. Serres, mais seulement pour agrandir l'orifice buccal oblitéré.

— M. le président annonce que la commission nommée pour examiner le travail de M. Pravaz sur les luxations congéniales a renvoyé le mémoire; en conséquence, il a été nommé une commission nouvelle, composée de MM. Mérat, Sanson et Velpeau.

M. Gimelle a la parole pour plusieurs rapports.

1° Le premier a trait à un mémoire sur la prophylactique de la syphilis, présenté par un docteur en médecine qui a gardé l'anonyme. (V. la séance du 17 février.) Le moyen proposé consiste dans des lotions faites avec l'eau simple ou même avec l'urine.

La commission a cru devoir s'abstenir de toute réflexion, tant sur le manuscrit de M. X. que sur le moyen qu'il préconise. Elle a même laissé intacte l'enveloppe qui renferme le nom de l'auteur, « désirant augmenter, s'il était possible, l'obscurité de l'anonyme, afin d'épargner à un médecin reconnu pour honorable par le président de l'Académie, le ridicule qu'un tel écrit déverserait nécessairement sur son nom et sur son caractère. »

Ces conclusions sont adoptées.

2° Le second rapport a pour objet un mémoire du sieur Bertean, qui demande un brevet d'invention pour une liqueur également présentée comme prophylactique de la syphilis. Cette liqueur est une décoction et macération de substances végétales peu usitées en médecine, à laquelle on ajoute un peu de camphre, un peu d'alcool, et un peu de potasse caustique. L'auteur regarde le virus vénérien comme corrosif, et son but est d'en détruire le mordant avant que son acide puisse pénétrer à l'intérieur. La commission conclut que ce moyen ne mérite aucune confiance. — Adopté.

3° Le troisième, plus long et plus important a pour objet le mémoire suivant :

MÉMOIRE SUR UN CAS DE LUXATION COMPLÈTE DU TIBIA EN ARRIÈRE, par M. Blanchard, D.-M. à Reims. — Rapport par M. Gimelle.

Obs. — Le 30 août 1833, dit M. Blanchard, je fus appelé près de la femme Menu, âgée de 35 ans, brune, de forte constitution, qui venait d'éprouver l'accident que je vais rapporter. Elle poussait une voiture à bras qui était tirée en avant par une autre personne, lorsqu'une diligence, venant en sens inverse, heurta la petite voiture et la fit reculer. La femme se jeta en arrière, et voulant se réfugier dans une maison voisine, son pied se plaça sous un décrottoir co fer assez élevé, contre lequel le tibia vint s'arrêter. La jambe ainsi fixée, l'extrémité inférieure du fémur fut poussée en avant par la voiture à bras, qui continuait à reculer; et le tibia se luxa complètement sur le fémur.

Je vis la malade une demi-heure après l'accident. Elle avait d'abord accusé beaucoup de douleur qu'elle rapportait au genou; mais à mon arrivée, elle ne sentait plus qu'un engourdissement dans toute la jambe. Le genou était très-déformé. A travers la peau distendue, on reconnaissait toutes les saillies osseuses articulaires; en avant l'extrémité inférieure du fémur, au-dessous de laquelle la rotule fortement tirée en arrière offrait son bord supérieur, devenu antérieur et saillant; plus bas, un enfoncement où l'on ne sentait rien; en arrière, l'extrémité supérieure du tibia occupant le creux du jarret. La jambe était diminuée de longueur, et dirigée obliquement d'arrière en avant; à sa partie antérieure et moyenne étaient des traces de la contusion. Je regrette de n'avoir pas constaté l'état de l'artère poplitée.

La luxation du tibia en arrière était manifeste; je procédai aussitôt à la réduction. Un essuie-main appliqué sur le bas de la jambe et sur le pied, fut tiré modérément et d'une manière continue par deux aides (un seul aurait suffi). Un autre se chargea de la contr'extension en se plaçant en dehors, le bras droit étendu le long de la face interne de la cuisse, et ses deux mains embrassant le membre à quelque distance de la luxation. Je fis tirer directement sur la jambe, prêt à faire la coaptation; mais à peine le tibia eut-il dépassé le niveau des condyles du fémur, qu'il se replaça de lui-même brusquement et avec bruit. Les mouvemens de flexion purent dès-lors s'exécuter. La malade reportée chez elle, on appliqua sur les côtes du genou 25 sangsues qui saignèrent abondamment.

La nuit fut sans sommeil, moins à cause de la douleur que par l'effet de l'émotion et des craintes qui agitaient la malade. Le lendemain le pouls est à 75 pulsa-

tions, le genou un peu tuméfié; large ecchymose de tout le jarret; douleur nulle, mais fourmillemens jusque dans le pied. (Prescr. : diète, catapl. émoll., potion anodine le soir.)

Le sommeil revint dès la seconde nuit. Le 3 septembre, le gonflement du genou paraissant en partie œdémateux, on arrosa le cataplasme d'eau végéto-minérale. Les fourmillemens avaient cessé depuis la veille; la femme ne souffrait nullement, excepté au côté interne où la douleur, sans être vive, persista encore huit jours. Le membre était placé sur des coussins disposés de manière que la jambe fût horizontale, la cuisse légèrement inclinée, et son extrémité inférieure plus élevée que la supérieure. Passé le cinquième jour, on se contenta de recouvrir le genou de compresses imbibées d'eau de Goulard, et plus tard d'eau-de-vie. Il n'y eut pas d'autre accident que la formation de pus sur les piqûres de sangsues, et la réunion de trois de ces piqûres en une plaie par la chute d'une petite escarre gangréneuse.

Le 22 septembre, le genou et la jambe étant complètement indolores, je fis exécuter quelques mouvemens bornés de flexion et d'extension, qu'on augmenta les jours suivans. Enfin le 30, un mois après l'accident, la malade se leva et fit quelques pas, mais sans oser encore appuyer la jambe malade. L'assurance lui vint peu à peu; et trois semaines après, sept semaines en tout à partir de l'accident, elle fit un voyage de dix lieues et revint à pied le lendemain, sans que cette imprudence amenât ni douleur ni gêne dans l'articulation. Toutefois le gonflement persista encore plus de deux mois avant de disparaître tout-à-fait.

Je dois noter que, pendant tout le temps que la malade passa au lit, le ligament rotulien parut soulevé comme si un corps quelconque avait été placé entre lui et le tibia. La pression sur ce ligament ne l'affaissait pas et ne produisait aucune douleur, non plus que la pression exercée de chaque côté.

M. Richerand regarde comme impossibles les luxations complètes du genou. Boyer, qui les considère comme extrêmement rares en général, ajoute que la luxation complète du tibia en arrière est impossible. Mais tous ces raisonnemens sont fondés sur cette hypothèse, que cette luxation se produirait dans un mouvement forcé de flexion, ce qui en effet ne se conçoit pas. Mais on conçoit fort bien comment, sans flexion aucune, la luxation peut se faire, la jambe étant fixée et le fémur poussé par une force énorme qui l'en sépare. Le ligament rotulien et les ligamens latéraux ont pu permettre ce déplacement sans rupture; les ligamens croisés et postérieurs ont dû seuls être nécessairement rompus. En effet, ajoute l'auteur, j'ai coupé ces ligamens sur le cadavre, et cela a suffi pour rendre très-facile la luxation en arrière; et j'ai vu le ligament rotulien et la rotule se porter horizontalement sous le fémur, les ligamens latéraux décrire un quart de cercle et prendre une direction horizontale d'un point d'insertion à l'autre. L'un d'eux a été plus tendu que l'autre, ce qui pourrait expliquer la douleur latérale que nous avons observée. Enfin les surfaces articulaires du fémur et du tibia n'avaient pas un seul point de contact, ce qui constitue bien la luxation complète.

L'engourdissement et les fourmillemens étaient l'effet du tiraillement et de la contusion du nerf sciatique. Mais le soulèvement du ligament rotulien était-il dû à la maladie de la synoviale déchirée?

Boyer supposant la luxation produite dans la flexion, a dû supposer aussi des signes différens de ceux que j'ai observés. Ainsi il dit que la jambe est fléchie à angle très-aigu et ne peut être étendue; tandis que j'ai vu l'extension forcée et la flexion impossibles. Suivant lui, on peut sentir le ligament rotulien allongé et tendu dans l'enfoncement qui existe au-dessous du fémur; et ici on ne le sentait pas.

Il porte aussi un pronostic fâcheux qui ne s'est cependant réalisé ni dans le cas cité par Heister, ni dans celui de Lamotte, ni dans le mien. J'ai attendu qu'une année entière fût écoulée afin d'acquérir la certitude qu'il ne surviendrait aucun accident; et le membre que je viens d'examiner encore est tout-à-fait sain. Il semble donc que ce genre de luxation est moins dangereux qu'on ne pourrait le supposer.

A l'appui de cette opinion, je pourrais encore citer le cas de luxation incomplète observée par Boyer lui-même, et enfin un cas de fracture du condyle externe du fémur. Cette fracture avait lieu dans le sens de la longueur de l'os et s'élevait à plus de deux pouces au dessus du condyle. Ce condyle n'offrant plus de point d'appui au tibia, il s'ensuivit une déformation assez semblable à celle qui existe dans la luxation incomplète en dehors. La femme qui portait cette fracture était âgée de 76 ans; on appliqua 20 sangsues; et l'écoulement de sang fut si abondant que la malade s'évanouit, et ne put être rappelée à la connaissance qu'après un long temps. Cette femme faisait facilement des mouvemens de flexion et d'extension au bout de trois mois. Elle n'avait eu aucun abcès et ne ressentait aucune douleur. Depuis je n'ai pas eu occasion de la revoir.

Tel est le mémoire de M. Blanchard.

Les exemples de luxation complète du tibia en arrière, dit M. le rapporteur, sont très-rares; les fastes de la science n'en mentionnent que trois, encore avec trop peu de détails pour qu'on puisse en déduire les symptômes d'une manière positive. L'un de ces faits est rapporté par Heister; le second par Walshman, *Surgical essays*, 2e partie, page 74; le troisième est dû à M. Sanson, *Nouveaux élémens de pathologie médico-chirurgicale*.

Tous les auteurs ont regardé la flexion forcée comme la cause déterminante de cette luxation. Cependant il est anatomiquement impossible que le tibia se luxe dans cette position; en en effet, la jambe ou le talon seront arrêtés par les parties molles de la cuisse ou de la fesse, avant que les cavités du tibia aient abandonné les poulies du fémur. Il faut, pour que la luxation se fasse, que la cuisse soit portée violemment en avant lorsque la jambe est tendue et arrêtée par un corps solide; ou bien que l'individu fasse une chute violente sur l'épine du tibia, le genou portant à faux. On conçoit alors que l'extrémité supérieure du tibia puisse être poussée derrière la partie recourbée des condyles, dans le creux du jarret. Dans le premier cas la jambe sera raccourcie, droite; la flexion sera impossible; c'est le cas de la femme Menu. A. Cooper avait bien décrit ce signe de la luxation, mais sans le démontrer par des faits. Dans le second cas, la jambe sera fléchie et l'extension impossible; c'est celui qui a été décrit par les auteurs et qui a été observé par M. Sanson.

Contrairement à l'assertion de M. Blanchard, il est très-difficile de produire la luxation du tibia en arrière, et constamment, lorsqu'elle a lieu, elle est suivie de lésions graves dans les parties qui unissent les deux os. Six fois nous avons produit cette luxation après avoir détruit les ligamens croisés (quatre fois par la partie antérieure de l'articulation, deux fois par la partie postérieure); dans tous les cas la rotule et ses ligamens ont conservé leur intégrité. Mais toujours les fibres postérieures du ligament latéral interne ont été en partie déchirées; une fois le péroné a été luxé sur le tibia; une fois le ligament latéral externe a été rompu; quatre fois la portion de la tête du péroné sur laquelle s'insèrent les fibres du ligament a été arrachée dans une épaisseur de une à trois lignes; constamment le ligament postérieur a été détruit. Dans aucun cas, les vaisseaux et les nerfs poplités n'ont éprouvé de lésion. Les sujets sur lesquels ces expériences ont été faites étaient âgés de 22 à 27 ans.

D'après ces expériences, il sera facile de se convaincre que la luxation complète du tibia en arrière ne peut avoir lieu sans qu'il existe en même temps rupture des ligamens croisés, d'une portion des fibres du ligament latéral interne, luxation du péroné sur le tibia, ou rupture du ligament latéral externe; ou ce qui doit être beaucoup plus commun, arrachement d'une partie de la tête de cet os; et toujours rupture du ligament postérieur.

Heureusement ces luxations sont fort rares; et il est consolant de penser que, dans tous les cas de ce genre rapportés par les auteurs, la réduction a été faite sans beaucoup d'accidens, et que les malades ont pu marcher dans un espace de temps beaucoup plus court que la nature de la lésion ne permettait de l'espérer. Ces faits prouvent que les accidens consécutifs ne sont pas toujours en rapport avec l'étendue du déplacement, et ils contribueront à faire établir en principe que, toutes les fois que les surfaces articulaires ne seront pas mises à découvert, il sera convenable de remettre les parties dans leur rapport naturel, et de ne recourir à une opération qu'autant que la gravité des accidens en démontrerait la nécessité.

La commission propose : 1° d'adresser des remercîmens à M. Blanchard; 2° de renvoyer son observation au comité de publication; 3° d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats aux places de correspondans régnicoles.

M. Louyer-Willermay rappelle qu'il a consigné dans la Gazette médicale un fait analogue observé sur Benjamin Constant. (1834, p. 728.) Il préfère d'ailleurs le nom de *luxation du genou à celui de luxation du tibia*. En effet, si le tibia est luxé, le fémur l'est également.

M. Gimelle fait remarquer que, chez Benjamin Constant, le tibia n'était point luxé en arrière.

M. Larrey annonce qu'il a vu un cas de luxation du genou beaucoup plus grave que ceux qu'on vient de citer, puisqu'il s'est terminé par la mort. Il se propose de le communiquer à l'Académie dans la prochaine séance, et il y joindra ses réflexions.

M. Londe. Je saisis volontiers cette occasion d'appeler l'attention de l'Académie sur un cas de luxation bien singulière du genou, dont j'ai moi-même été le sujet. Il y a environ trois semaines que, durant la nuit, sans cause appréciable, je ressentis dans le genou une douleur violente : elle persista jusqu'au matin, et alors elle disparut spontanément. Quelques jours après, étant encore couché, et me retournant sur le côté gauche, la jambe étant un peu fléchie et le genou conséquemment se portant en dehors avant le pied, la même douleur reparut; il me fut impossible d'étendre la jambe, et je fus ainsi forcé de garder le lit trois à quatre jours. Plusieurs chirurgiens de mérite, la plupart anciens internes en chirurgie dans les hôpitaux de Paris, examinèrent mon genou. Les uns me conseillèrent une application de sangsues, d'autres un vésicatoire; on me proposa même un traitement homœopathique (on rit). La douleur était venue si brusquement, que je ne pensais pas que ces divers moyens pussent valoir grand'chose; bref, je ne fis rien. Le quatrième ou cinquième jour, m'étant levé et marchant à cloche-pied par la chambre, je me baissai assez fortement pour ramasser un objet tombé à terre. En me relevant, je sentis la douleur disparaître; j'étais guéri. Mais j'ai éprouvé encore de nouvelles récidives, et je ne savais à quoi attribuer ce singulier phénomène, lorsque, en ayant parlé à MM. Sanson et Marjolin, M. Marjolin me dit qu'il connaissait cette affection; en effet, il me décrivit parfaitement les symptômes que j'avais éprouvés; c'était, disait-il, le cartilage semi-lunaire qui s'était retroussé. Comment ce retroussement s'était-il opéré? Il ne le concevait pas plus que moi; mais il me renvoya au Traité d'A. Cooper, où j'ai en effet trouvé cette affection fort bien décrite sous le nom de *luxation des cartilages semi-lunaires*. Je voudrais savoir maintenant si quelque membre de cette Académie connaît un moyen d'en empêcher la récidive. (Bruit général. Une voix : c'est une consultation.)

M. Gimelle. Je crois pouvoir répondre à M. Londe; et d'abord je ne pense pas qu'il y ait là aucune espèce de luxation. J'ai vu un cas tout semblable à celui de notre honorable confrère; le malade avait aussi éprouvé des récidives brusques de la douleur; un examen attentif fit découvrir dans l'articulation un corps fibreux qui fut extrait par M. Larrey. (Rires d'approbation.) Depuis, deux ou trois autres cas tout pareils se sont encore présentés à moi, et dans aucun il n'y avait certainement de luxation.

M. Itard, tout en louant les recherches consciencieuses et les expériences faites par la commission, fait remarquer qu'il ne serait pas logique de conclure au vivant de ce qui a lieu sur le cadavre. Ainsi, sur le vivant les tendons se rompent plus facilement que les muscles; sur le cadavre, au contraire, rien de plus facile que de rompre un muscle, tandis que la rupture des tendons est presque impossible. Il propose d'ailleurs le renvoi du rapport au comité de publication.

M. Amussat. J'ai essayé plusieurs fois d'effectuer cette luxation sur le cadavre; je n'ai jamais pu y parvenir. A la vérité, M. le rapporteur dit qu'il a divisé préalablement les ligamens croisés; j'avais eu l'idée d'en faire autant; mais j'ai été retenu par cette considération que dès-lors il n'est plus possible d'apprécier les dégâts que la luxation peut produire. Je désirerais donc savoir comment M. Gimelle a opéré cette division, par où il fait pénétrer l'instrument, et par quel mécanisme il a produit la luxation.

M. Gimelle. J'ai ouvert quatre fois l'articulation par son côté interne et antérieur; et les deux autres fois par sa face postérieure. Les ligamens croisés étant coupés, je plaçais la cuisse sur une table, la jambe pendante au bord de cette table; et un coup brusque et violent asséné avec un lourd morceau de bois sur la partie antérieure et supérieure de la jambe, vis-à-vis la tubérosité du tibia, suffisait pour produire la luxation.

M. Villeneuve relève cette assertion de l'auteur de l'observation, que si la violence du choc eût été portée un peu plus loin, elle aurait pu produire l'arra-

-chement du membre. Jamais l'arrachement d'un membre n'a eu lieu à la suite de violences de ce genre.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et le rapport renvoyé au comité de publication.

RAPPORT SUR LE PAIN DE RIZ DE M. ARNAL, par M. MÉRAT. — DISCUSSION.

M. MÉRAT lit sur le pain de riz de M. Arnal un rapport assez étendu, terminé par des considérations très-favorables. Nous regrettons de n'avoir pas eu ce rapport à notre disposition pour en donner une exacte analyse; mais la discussion suppléera en partie à cet inconvénient.

M. NACQUART. J'avais emporté chez moi un morceau assez considérable de ce pain de riz. Je l'ai essayé de trois manières, avec le bouillon, avec la viande, avec les légumes. Je dois déclarer qu'il est admirable à voir, mais détestable à manger; difficile à mâcher et à avaler, aride au goût, en un mot fort mauvais.

M. MÉRAT. Trente à quarante personnes en ont goûté ici; nous ne pouvons qu'en appeler à leur témoignage.

M. CHERVIN déclare qu'il l'a trouvé fort bon.

M. NACQUART. En avez-vous mangé chez vous, à vos repas? (M. Chervin répond négativement.) Alors l'expérience est incomplète; moi aussi, après en avoir mangé une bouchée ici je le trouvais excellent; mais il y a une telle différence entre ce pain mangé seul en petite quantité, ou pris avec le repas, que j'en ai été stupéfait moi-même; et que je regarde comme très-important que la commission vérifie ce que j'avance.

M. MÉRAT. Nous en avons mangé durant huit jours; bien plus nous avons essayé comparativement le pain de riz et le pain ordinaire de boulanger, datant chacun de quatre jours; le premier avait gardé tout son goût; le second était complètement insipide.

M. MOREAU. Je n'ai point fait ces expériences, et m'en rapporte volontiers sur ce point à la commission. Mais ce qui n'a pas assez attiré son attention peut-être, c'est la haute question d'économie politique qu'elle tranche par ses conclusions. La France est un pays essentiellement agricole, et où la production des céréales dépasse déjà la consommation. Si l'on change le mode d'alimentation, de deux choses l'une; ou bien on introduira parmi nous la culture du riz; et nous aurons à subir toute l'insalubrité des rizières; ou bien nous nous rendrons tributaires des pays d'où nous tirerons le riz. Voilà un premier point; en voici un autre. Le poids du pain avec cette farine augmente; c'est donc un moyen de fraude que vous indiquez aux boulangers. Enfin, sous le rapport de la nutrition et de la digestibilité, qu'il me soit permis de dire que quelques essais faits durant huit jours sur des citadins d'ailleurs bien nourris, et dépensant peu par le travail, ne sauraient constituer une démonstration. Il aurait fallu donner de ce pain à des soldats, à des maçons, à des terrassiers, qui ont à réparer leurs forces épuisées par de lourds travaux; on aurait vu au bout d'un certain temps si leur estomac supportait aussi bien ce pain que l'autre, s'il les restaurait également; en un mot si avec un égal poids de pain de riz ils se portaient aussi bien et supportaient autant la fatigue qu'avec le pain de froment. Je pense donc qu'à cet égard les expériences sont incomplètes; et que les conclusions doivent être plus réservées.

M. MÉRAT. Quant au danger de fraude, si le pain de riz est aussi bon que l'autre, le danger disparaît. Quant aux expériences à tenter sur des soldats, des ouvriers, etc., nous n'avons pas prétendu que le pain de riz pût rivaliser avec le pain de munition; il ne faut le comparer qu'avec le pain blanc.

M. MOREAU. Vous ne parliez pas seulement du pain blanc, quand vous disiez que le pain de riz amènerait une économie de tant de millions pour Paris, et de tant pour la France.

M. MÉRAT. Le prix de ce pain est fort inférieur à l'autre; et le préfet de police a déjà autorisé la compagnie formée pour son exploitation à en vendre sur les places publiques, à la seule condition d'acquérir un fonds de boulanger. Je résume en peu de mots les objections de M. Moreau. Les qualités nutritives et la digestibilité de ce pain sont pour nous choses constatées. La question économique regarde le gouvernement, qui ne nous a pas consultés à cet égard.

M. LODIBERT. J'ai aussi goûté ce pain, et l'ai trouvé de fort bon goût; cependant je n'approuve pas dans toute leur étendue les conclusions du rapport. Le pain de riz ne saurait être aussi lié que le pain de froment, attendu qu'il contient moins de gluten; il doit donc s'émietter plus facilement, et surtout il doit être manifestement inférieur en qualités nutritives. J'ai vu souvent aux armées substituer le riz au pain, dans de longues marches pour lesquelles le riz offre cet avantage de donner plus de substances nutritives sous un moindre volume. Après un usage prolongé de cet aliment, la santé générale du soldat était toujours affaiblie; et je conçois pourquoi les Indiens, qui font du riz leur principale nourriture, ont moins de vigueur et d'énergie que les Européens. Je ne blâme pas cependant le pain de riz; s'il n'est pas égal au pain de froment, il n'a rien de nuisible en lui-même; s'en nourrira qui voudra. On peut donc, à mon avis, en autoriser la fabrication. Je ne suis pas ému de la question d'économie politique soulevée par M. Moreau; si l'usage du riz se répand, pourquoi ne le cultiverait-on pas en France avec le même succès que dans le Piémont? Autrefois le riz était cultivé dans plusieurs de nos provinces; il est vrai de dire que les rizières sont insalubres et déterminent dans le pays voisin des fièvres intermittentes; et c'est là sans doute ce qui les a fait abandonner. Mais nous ne manquons pas de marais à dessécher, qu'on pourrait convertir en rizières, surtout si l'on trouvait le moyen d'y renouveler l'eau; et je ne pense pas que des rizières soient plus insalubres que des marais. J'approuve donc les conclusions du rapport, seulement modifiées dans un sens un peu moins favorable.

M. MÉRAT. M. Desgenettes nous a dit avoir vu en Egypte les soldats nourris presque exclusivement avec du riz; leur santé n'en avait nullement souffert. Voilà donc un fait tout contraire à celui qu'a avancé M. Lodibert. Et, supposé que ce pain soit moins nutritif que l'autre, on peut s'en rapporter alors à l'intérêt particulier. Ceux qu'il nourrira moins n'en achèteront plus.

M. ADELON. La question qui nous occupe est d'une très-haute importance, et n'a pas été, ce me semble, suffisamment considérée sous toutes ses faces. Je réclame donc un peu d'attention.

Il faut dire avant tout quels sont les réglemens qui régissent la boulangerie à Paris. Il n'y a aujourd'hui dans la capitale que 600 boulangers; ce nombre ne peut être dépassé. Les boulangers ne doivent mettre en vente que du pain de froment, et ils ne peuvent ajouter au froment d'autres substances, à moins d'en avoir obtenu l'autorisation spéciale, et sous peine de très-fortes amendes.

Maintenant il y a dans la question qui nous occupe trois choses à étudier, le rendement, les propriétés nutritives du pain nouveau, et sa digestibilité.

On appelle *rendement* la proportion de pain obtenue avec une quantité donnée de farine. Le pain est composé de farine et d'eau; dans le pain de froment ordinaire, il entre environ 3 quarts de farine et 1 quart d'eau; on pour poser des chiffres exacts, 325 liv. de farine de froment donnent 402 pains de 4 liv.; telle est la règle qui fait loi pour les boulangers. On comprend que toutes les propriétés nutritives du pain résident dans la farine; que tout mélange qui a pour effet d'y retenir une plus grande quantité d'eau, augmente son poids aux dépens des propriétés nutritives; aussi est-ce là ce qu'ont toujours cherché les boulangers, le moyen de retenir plus d'eau dans le pain, pour y mettre moins de farine. Voici que l'on nous propose un mélange qui rend davantage, dit-on, que la farine ordinaire. Si je prends les bases posées dans le rapport, je trouve qu'avec 2 livres de farine de riz, 12 livres de farine de froment, et 13 livres d'eau, on obtient 24 livres et un quart de pain. Oui, tout d'abord ceci parait un avantage majeur; mais pour qui? pour le boulanger, qui, au lieu de mettre trois quarts de farine dans son pain, n'en met que moitié; si bien qu'à poids égal, votre pain de riz offre en réalité un tiers de moins de substance nutritive que le pain ordinaire. Ceci, comme vous voyez, est important, Messieurs. Le mélange rend davantage; c'est-à-dire seulement qu'il permettra de vendre aux consommateurs un quart d'eau en plus, qu'ils paieront comme de la farine. Et, comme on n'oserait avancer que l'eau soit aussi nutritive que la farine, la question des qualités nutritives du pain nouveau se trouve déjà jugée *à priori*.

Il y a une autre précaution essentielle pour apprécier le rendement, que je regrette que la commission n'ait pas prise. Plus un pain contient d'eau, plus il pèse; moins il est cuit, plus il contient d'eau. Donc pour comparer deux espèces de pains sous ce rapport, il est essentiel d'agir sur des quantités assez notables pour que la différence s'apprécie bien; puis de mettre les pains dans le même four, au même instant, et de les retirer en même temps. Ce n'est qu'à cuisson égale qu'on peut comparer le rendement; c'est aussi ce que nous avons eu soin d'observer dans un essai tenté, il n'y a pas plus de huit jours, sur l'invitation de l'autorité; et c'est ainsi que je me suis convaincu des proportions que je viens de donner; savoir que pour le pain ordinaire, 90 livres de farine mêlées à 60 livres d'eau, font 150 livres de pâte, réduite par la cuisson à 120 livres de pain; ce qui ne laisse d'eau que dans la proportion d'un quart.

Les propriétés nutritives du pain de riz, doivent donc, *à priori*, être plus faibles que celles du pain ordinaire. Mais je trouve dans le rapport cette assertion, que le riz sec, à poids égal, est trois fois plus nourrissant que le froment. J'avoue que je ne comprends pas bien. A-t-on voulu dire qu'il contient à poids égal trois fois plus de substance nutritive? Mais où est la preuve?

M. MÉRAT. Il est avéré que huit livres de riz peuvent remplacer 24 livres de froment.

M. ADELON. Qu'est-ce qui le prouve?

M. MÉRAT. Les faits avancés par M. Arnal; ceux que M. Desgenettes a observés; et enfin une expérience faite en grand dans la révolution, où l'on remplaçait une quantité donnée de pain par une proportion donnée de riz.

M. ADELON. Tout ceci est bien vague pour en déduire des conclusions aussi graves; au moins ces expériences devraient-elles être de nouveau vérifiées. Je sais que le riz contient plus de fécule; mais comptez-vous pour rien le gluten, qui est un aliment azoté et qui se trouve en plus grande proportion dans le blé?

M. MÉRAT. Le gluten est utile à la panification, mais ne sert en rien à la nutrition, au moins d'après les expériences des chimistes les plus modernes.

M. ADELON. J'aurais eu encore à traiter la question de la digestibilité; mais ce qu'en a dit M. Moreau ne me laisse rien à ajouter.

Maintenant on fait un éloge aux inventeurs de ce pain de le livrer à un prix moindre que l'autre; mais ils ne peuvent faire autrement; le prix du pain de toute qualité est réglé tous les quinze jours par le préfet de police, d'après le prix des farines aux derniers marchés et la proportion du rendement; le pain nouveau ne saurait échapper à cette taxe.

D'après tout ce que je viens de dire, il est évident que les expériences de la commission sont incomplètes sur plusieurs points; que ses conclusions ne sauraient conséquemment, quant à présent, être admises. Et si elles étaient admises, voici, messieurs, un danger grave, un danger réel. Si vous décidez que ce pain nouveau est aussi bon que l'ancien, tous les boulangers vont demander au préfet de police l'autorisation de mélanger la fécule de riz à la farine de froment: et il n'aura nulle raison de les refuser. Il en résultera qu'on vendra au peuple un pain prétendu de même qualité, et qui contiendra cependant un quart d'eau de plus en place de substance nutritive. Je demande que le rapport soit renvoyé à la commission pour le modifier. (Appuyé! — Cette improvisation a produit la plus grande sensation sur l'Académie.)

M. MÉRAT. La commission ne peut faire plus qu'elle n'a fait; il est donc inutile de lui renvoyer le rapport.

Plusieurs membres demandent la parole. M. Nacquart réclame la continuation de la discussion à la séance prochaine. Cette proposition, vivement appuyée, est adoptée.

TUMEURS VARIQUEUSES MULTIPLES CHEZ UNE PETITE FILLE.

M. LISFRANC présente une tumeur érectile qu'il a enlevée et qui occupait toute l'étendue du sein d'une petite fille âgée de 2 ans. Cette enfant était affectée de sept tumeurs variqueuses. M. Lisfranc en a opéré trois avec succès à des époques différentes; il en reste quatre qui heureusement sont peu volumineuses; tout fait espérer qu'à l'aide de deux autres opérations une guérison complète sera obtenue.

CANCER MÉLANÉ ENKYSTÉ.

M. LISFRANC dépose sur le bureau une tumeur cancéreuse mélanée du volume d'un œuf de pigeon. Le cancer, non ulcéré, siégeait entre la paupière inférieure

et la membrane muqueuse qui tapisse sa face postérieure. Il semblait s'implanter assez profondément dans l'intérieur de l'orbite ; une incision d'un demi-pouce, pratiquée sur la commissure externe des paupières et sur les parties situées en dehors, permit d'attirer la tumeur en avant et fit voir qu'elle n'avait aucune adhérence dans la cavité orbitaire. La membrane muqueuse qui recouvrait le cancer, incisée supérieurement et dans toute l'étendue de son diamètre transversal, on vit qu'il formait une espèce de kyste non adhérent au tissu qui l'enveloppait ; il fut facile alors de s'assurer que la tumeur était fixée sur la partie inférieure et postérieure de la paupière par un pédicule mince, transversal, de la longueur d'environ un pouce ; un seul coup de ciseau suffit pour l'en détacher ; puis les lambeaux flottans de la membrane muqueuse furent reséqués. Cette observation offre un exemple de cancer mélané enkysté.

Séance levée à cinq heures et quart.

Samedi prochain, à 3 heures, séance extraordinaire consacrée à la lecture des mémoires présentés à l'Académie.

P. S. Nous avons omis, dans le compte-rendu de la dernière séance, de reproduire l'explication donnée par M. Breschet sur ce qu'il avait dit dans une des séances précédentes au sujet d'un malade opéré d'un varicocèle par le professeur Delpech, chez lequel la maladie avait récidivé et nécessité l'emploi de la méthode de M. Breschet. M. Breschet, en parlant de ce malade, avait dit que M. Delpech lui avait présenté Demptos pour encourager ce dernier à l'opération. Quelques personnes ont compris (et quelques journaux ont reproduit cette erreur) que M. Breschet avait été consulté par Demptos depuis que Delpech l'avait opéré. Ce fait est complètement erroné ; M. Breschet n'a jamais vu ni connu Demptos, et n'a pu par conséquent lui donner aucune espèce d'avis.

BIBLIOGRAPHIE.

CHEMISTRY, METEOROLOGY, AND THE FUNCTION OF DIGESTION, considered with reference to natural theology. — Considérations sur la chimie, la météorologie et la digestion, etc. ; par William Prout, membre du collége royal des médecins de Londres. — Londres, 1834. Un vol. in-8°.

C'est une idée assez bizarre que celle de réunir dans le même volume des considérations sur la chimie, la météorologie et la digestion. L'étonnement augmente lorsqu'à la lecture de cet ouvrage, qui est d'ailleurs écrit avec talent, et dont l'auteur jouit d'une juste célébrité, on voit que les deux premières parties sont traitées de manière à n'intéresser le médecin que très-indirectement. Laissant donc de côté les deux premières divisions de l'ouvrage du docteur Prout, nous arrivons tout de suite à la troisième. Les idées émises par cet auteur sur le travail de la digestion (*process of digestion*), si elles ne sont pas de nature à entraîner la conviction d'un physiologiste rigoureux, sont du moins assez originales et assez ingénieuses pour que nous croyions de voir les mettre sous les yeux de nos lecteurs.

1° L'estomac a la faculté de dissoudre les substances alimentaires, ou au moins de les réduire à un état demi-liquide. Cette opération semble toute chimique. Le docteur Prout l'appelle *action atténuante* (reducing) ou *dissolvante de l'estomac.*

2° L'estomac possède, dans certaines limites, la faculté de changer l'un dans l'autre les principes alimentaires simples. Cette propriété est indispensable pour expliquer l'homogénéité du chyle, homogénéité sans laquelle l'existence des animaux ne pourrait être entretenue. Cette opération paraît, comme la précédente, toute chimique.

3° L'estomac doit avoir, dans certaines limites, la faculté d'*organiser* et de *vitaliser* les différentes substances alimentaires, c'est-à-dire de les rendre propres à entrer plus intimement en union avec le corps vivant, qu'elles ne pourraient le faire sans cette dernière transformation. Cette *vitalisation* ne peut être le résultat d'une opération chimique ; elle est le produit d'une action *vitale* dont la nature est complètement inconnue.

§ I. Pour faire comprendre la première opération de l'estomac dans l'acte de la digestion, le docteur Prout prend l'exemple suivant. Si un liquide albumineux, comme du blanc d'œuf ou du lait, est introduit dans l'estomac d'un animal, il devient à l'instant même solide, ou, comme on dit, coagulé. Cette coagulation est sans doute un acte purement chimique, puisque le même changement s'effectue hors de l'estomac dans des circonstances analogues. Ainsi, que l'on mêle du blanc d'œuf ou du lait avec un liquide plus ou moins acide, comme c'est celui qui agit sur les alimens pendant la digestion stomacale, ils se coaguleront. La raison de cette coagulation est probablement que l'estomac ne peut agir que sur des substances solides. En effet, la gélatine, autre principe alimentaire qui se rapproche beaucoup dans sa composition de l'albumine, ne subit point une solidification semblable dans les mêmes circonstances. L'albumine, après avoir été amenée à l'état solide, éprouve bientôt une nouvelle altération, principalement dans les points qui sont en contact immédiat avec la membrane de l'estomac. La masse caillebotée prend une apparence gélatineuse ; elle se ramollit de plus en plus, devient presque liquide ; et, après quelques autres modifications, passe à l'état de chyme. Au milieu de toutes ces métamorphoses apparentes, l'albumine n'a éprouvé aucun changement réel. L'albumine introduite dans l'estomac se retrouve dans le chyme ; du moins tel est le résultat auquel sont arrivés les chimistes. Toutefois cette albumine jouit de propriétés bien différentes. L'albumine de l'œuf, hors de l'estomac, peut être coagulée par la chaleur et former un corps solide et élastique. L'albumine du chyme est à la vérité coagulable par la chaleur ; mais son caillot, privé de cohésion, s'éloigne complètement du précédent. Qu'est-il donc arrivé à cette albumine dans l'estomac ? Elle a été chimiquement combinée avec une certaine quantité d'eau, et par cette combinaison elle a perdu la cohésion qui en faisait un corps solide. Tel est l'effet de l'action dissolvante ou *atténuante* de l'estomac.

Toutes les opérations de l'art du cuisinier ont un effet analogue et peuvent être considérées comme préparatoires à l'action dissolvante de l'estomac. Ce sont ces préparations culinaires qui permettent à l'homme d'être omnivore ; sans elles, un grand nombre de substances que l'on emploie comme alimens seraient complètement réfractaires aux forces digestives. La fibre ligneuse elle-même peut être convertie en une sorte de pulpe amylacée, avec laquelle on peut faire du pain.

Une considération qui fait ressortir toute l'importance d'un judicieux emploi des préparations culinaires, c'est que le pouvoir dissolvant de l'estomac est sujet à de grandes altérations. Chez quelques personnes, il est si faible, que leur estomac ne peut dissoudre les alimens solides les plus simples. Dans une telle condition de l'estomac, la chair des animaux à son état de fermeté, et les autres substances d'égale densité, peuvent être considérées presque comme des poisons, tandis qu'elles seront parfaitement saines si on les réduit préalablement à l'état pulpeux. D'un autre côté, la faculté dissolvante de l'estomac peut être portée à un degré excessif, comme cela a lieu dans la maladie appelée *diabète*. Dans ce cas, les alimens sont dissous et absorbés presque aussitôt qu'ils sont ingérés. Il faut alors un régime et un mode de préparation des alimens entièrement opposés à ceux qui conviennent plus haut. On doit choisir les alimens qui réunissent à beaucoup de fermeté des propriétés nutritives très-prononcées.

Quant au procédé par lequel les substances alimentaires se combinent avec un liquide aqueux dans l'estomac, nous ne possédons sur ce point que des connaissances incomplètes. Cette combinaison paraît être due principalement à un liquide sécrété par l'estomac ; les glandes qui le forment sont beaucoup plus nombreuses vers le pylore que dans les autres points du viscère. Les alimens ayant été préalablement brisés par la mastication, et mêlés à la salive et à d'autres liquides, sont mis en contact avec le liquide sécrété par l'estomac. Le chlore entre dans la formation de ce liquide dans un état de combinaison quelconque ; sa présence semble y être nécessaire, car, dans l'état sain, on en trouve toujours plus ou moins. L'action puissante de ce principe élémentaire semble contribuer surtout à l'union intime de l'eau avec les alimens. Peut-être joue-t-il le rôle le plus important dans les désordres qui ont lieu du côté de l'assimilation alimentaire. Il arrive souvent qu'au lieu de chlore ou d'une petite quantité d'acide hydrochlorique libre, ce dernier est sécrété en grande quantité. Cet acide non-seulement cause un trouble secondaire, mais encore il retarde plus ou moins la *réduction* immédiate des substances alimentaires. La source de ce chlore ou de cet acide hydrochlorique doit être le sel commun qui existe dans le sang, et l'agent capable de le séparer d'un liquide aussi hétérogène que le sang, est l'électricité. La soude reste dans le sang ; une partie de ce corps est sans doute nécessaire pour conserver l'état alcalin indispensable à la fluidité de ce liquide. Mais la plus grande partie de cette soude est probablement portée au foie, et est sécrétée avec la bile dans le duodénum, où elle se trouve de nouveau réunie à l'acide qui avait été séparé du sang par l'estomac. Ces considérations, qui font ressortir l'importance du sel commun dans l'économie animale, expliquent d'une manière satisfaisante l'avidité instinctive que montrent tous les animaux pour cette substance.

Si nous admettons que la décomposition du sel contenu dans le sang est due à l'action immédiate du galvanisme, nous voyons que les organes digestifs représentent une espèce d'appareil galvanique. La membrane muqueuse de l'estomac, et peut-être de tout le canal intestinal, peut être considérée comme le pôle acide ou positif, tandis que le système hépatique constitue le pôle alcalin ou négatif.

Quoi qu'il en soit, il y a de fortes raisons pour croire que la faculté dissolvante de l'estomac, ou une faculté qui a beaucoup d'analogie avec elle, existe dans tous les points de l'économie. Chez tous les animaux on trouve de petits canaux appelés *absorbans*, qui naissent de toutes les parties de leur corps, se réunissent enfin et viennent aboutir dans le système sanguin avec les vaisseaux chylifères. Ces canaux ont pour fonction de charrier toutes les particules de substances animales qui, après avoir accompli leurs fonctions, doivent être rejetées. Il est clair que ces parties solides ont besoin d'être dissoutes, véritablement *digérées*, pour être emportées par cette voie; la solution en est effectuée probablement dans beaucoup de cas, comme dans la digestion stomacale, par leur combinaison avec l'eau. Cette analogie entre l'action dissolvante de l'estomac et cette série d'actions qui s'exécutent dans toute l'économie, reçoit une forte confirmation de la similitude de structure et de fonctions qui existe entre les vaisseaux lactés et les absorbans : ces vaisseaux ne font en réalité qu'un seul système.

§ II. Nous avons vu plus haut que l'estomac a pour seconde propriété celle de changer l'un dans l'autre les principes alimentaires dans certaines limites. En effet, bien que les proportions des divers principes constituans du chyle soient sujettes à varier suivant la nature des alimens, cependant, quelle que soit l'alimentation, la composition générale du chyle et son caractère propre sont toujours identiques. L'estomac doit donc posséder la faculté d'agir sur tous les matériaux qui sont soumis à son action, de manière à assurer cette uniformité de composition du chyle. Deux des principaux matériaux d'où dérivent le chyle, les principes albumineux et oléagineux, peuvent, il est vrai, être considérés comme à peu près propres déjà à l'assimilation, et n'ont pas besoin de subir de changemens essentiels dans leur composition. Mais tous les alimens à base saccharine, qui constituent une très-grande partie des alimens de tous les animaux, à l'exception de ceux qui se nourrissent exclusivement de chair, sont loin d'être propres à une prompte assimilation. Des changemens profonds doivent s'effectuer dans les alimens saccharins avant qu'ils se convertissent en principes albumineux ou oléagineux. Très-probablement, dans les circonstances ordinaires, ces transformations sont toutes chimiques; c'est-à-dire que ces transformations sont les mêmes que celles qui auraient lieu si, hors de l'estomac, ces substances étaient soumises aux mêmes actions chimiques. Ainsi, le principe saccharin devient spontanément de l'alcool, qui n'est autre chose qu'un corps oléagineux affaibli. De même, lorsque le sucre, dans l'estomac, doit être converti en huile, il est probable qu'il passe exactement par la même série de transformations qu'il aurait suivie hors de l'estomac dans sa conversion en alcool. Nous ne pouvons apprécier la transformation du sucre en principe albumineux, parce que nous ne connaissons ni la composition relative de ces deux substances, ni les lois qui président à leurs transformations. La source de l'azote contenu dans l'albumine nous est également inconnue; dans les circonstances ordinaires, il semble provenir de quelque source située au dehors de l'économie. Les principes oléagineux peuvent être convertis dans toutes les substances nécessaires à l'entretien des corps animaux; ce qui le prouve, c'est que la vie peut être soutenue pendant long-temps par l'absorption de la matière oléagineuse contenue dans le corps même de l'animal.

Ce n'est point sans intention que ces mots : *dans les circonstances ordinaires*, viennent d'être employés ci-dessus. Quand l'alimentation d'un animal est précisément celle qui convient à son organisation, il se développe en lui une série régulière de transformations, et les substances alimentaires sont converties en chyle. Telles sont les *circonstances ordinaires*. Mais un des caractères des êtres organisés, c'est de pouvoir, dans certaines limites et pour un certain temps, changer leurs habitudes et se plier aux circonstances. Dans ces circonstances *extraordinaires*, il doit se produire et il se produit en effet des transformations extraordinaires. Dans quelques cas, ces transformations, en dehors des phénomènes ordinaires, sont étonnantes et déroutent tous nos calculs. Les organes de l'assimilation semblent décomposer des corps qui jusqu'à présent ont été considérés comme élémentaires, et même former de l'azote et du carbone. De sorte qu'il est impossible de déterminer d'avance ce que les organes peuvent opérer dans les circonstances exceptionnelles. Mais ces opérations constituent des exceptions, celles qui sont effectuées dans les cas ordinaires, et qui doivent être considérées comme la règle générale, sont les plus simples.

§ III. On pourra peut-être un jour connaître et expliquer tous les changemens essentiels que subissent les substances alimentaires; mais au-delà nous ne pourrons jamais dissiper l'obscurité qui enveloppe la fonction de l'assimilation. Maintenant, bien que nous connaissions jusqu'à un certain point les transformations chimiques des alimens, nous ne savons absolument rien de l'influence qui les vitalise. Il y a toute raison de croire que la vitalité leur est départie par une action provenant de l'animal lui-même; car, bien que les substances alimentaires, par leur composition, soient jusqu'à un certain point appropriées aux phénomènes de l'économie animale, cependant elles sont inaptes à s'unir intimement aux tissus vivans; et l'assimilation sera incomplète, si l'économie animale ne fournit sa part d'élaboration.

Après ces considérations sur la digestion stomacale, le docteur Prout poursuit les alimens dans le duodénum, où ils subissent des altérations non moins importantes, mais beaucoup moins connues que celles que l'estomac leur imprime; de là, dans le reste du tube digestif; puis, après avoir étudié le passage du chyle dans le système sanguin, et l'influence de la respiration, il donne quelques aperçus sur la nutrition générale. Dans toute sa narration, le docteur Prout fait un usage fréquent et heureux de ses vastes connaissances en chimie organique, ce qui rend la lecture de son livre fort intéressante, du moins pour la partie consacrée à la physiologie humaine.

R.

VARIÉTÉS.

— M. le ministre du commerce n'a pas accepté les offres d'expériences de M. Chervin, qui avait offert de s'inoculer la peste. M. Chervin a fait une réponse à la fin de non-recevoir du ministre, dans laquelle il détruit une à une toutes ses objections. La lettre de M. Chervin est pleine d'une haute raison qui méritait un meilleur succès

— Un concours s'ouvrira le 25 avril prochain au bureau central, pour deux places de chirurgiens. On peut s'inscrire jusqu'au 15.

— M. L. Royer-Collard vient d'être chargé, par la Faculté, de professer le cours d'hygiène durant le semestre d'été, comme suppléant de M. Desgenettes, à qui sa santé ne permet pas de s'en occuper.

— On lit dans une lettre écrite d'Égypte à M. Jomard par M. Clot :

Le Caire, 21 janvier.

Je viens d'obtenir qu'un amphithéâtre fût établi dans la mosquée même du Moristan. Un squelette et les pièces anatomiques du docteur Auzou servent à l'enseignement. Voilà donc aujourd'hui la science anatomique unie à la religion qui y était si opposée! N'est-ce pas là un progrès?

La peste continue à régner à Alexandrie; elle n'y fait pas de grands ravages; il y a au plus cinq ou six attaques par jour, et il est à remarquer que c'est presque toujours dans la classe pauvre et dans celle des Malais, qui sont les plus sales et les plus mal logés des habitans d'Alexandrie. Elle affecte aussi particulièrement certains lieux, ce qui me porte à croire que la maladie tient à des causes locales d'affection.

La circulation n'a pas cessé un instant d'être entièrement libre avec le reste du pays; cependant aucun accident n'a eu lieu hors d'Alexandrie, preuve évidente que la peste ne se propage pas par le simple contact des individus ni des choses. Du reste, je recueille les faits, et bientôt j'adresserai une longue lettre où je traiterai les principales questions qui se rattachent à cette maladie.

Clot-Bey.

— Nous avons reçu une réclamation de M. Leroy d'Étiolle en réponse à la note jointe à l'extrait de son mémoire dans la dernière séance de l'Académie des sciences. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer son insertion à notre prochain numéro.

— Traité de la médecine, par Celse; traduit en français avec le texte en regard, par Henri Ninnin, et revu par M. M. L..., docteur en médecine. Deux gros vol. in-12. Br., au lieu de 12 fr. 4 fr., et 6 fr. franc de port. — Librairie d'Auguste Delalain, rue des Mathurins-St-Jacques, n° 5.

— La *Némésis médicale* vient de publier une vigoureuse satire contre les homœopathes. Nous regrettons que l'espace nous manque aujourd'hui pour en transcrire quelques passages; nous y reviendrons plus tard. Les deux dernières livraisons, sur *la mort de Dupuytren* et sur *la patente des médecins*, ne sont pas moins remarquables, et nous louerons surtout l'auteur pour avoir prouvé que son talent pour la satire poétique peut se passer des personnalités que nous regrettions de voir si âcres et si nombreuses, dans ses premières livraisons.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, n° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix d'abonnement est pour Paris et les Departemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, *n°* 5, et dans les départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CLAVICULE, par M. Mayor de Lausanne.

Le diagnostic, l'étiologie et le pronostic des fractures de la clavicule sont dans tous les livres, et ont pour eux l'assentimeot assez unaoime des hommes de l'art. Il en est tout autrement de la partie la plus importante, c'est-à-dire du traitement de cette affection. Ici, tout paraît cocore si peu déterminé, que chaque jour voit surgir de nouvelles propositions et des procédés différens, dans le but d'assur r la marche du praticien et de répondre mieux aux besoins des malades

Si les hommes distingués qui ont successivement agité cette question, ne l'ont pas très-bien résolue encore, et si tous ont manqué le but, on doit à chacun d'eux cette justice, d'avoir au moins parfaitement signalé les imperfections inhérentes aux appareils de leurs devanciers. Mais en présentant d'autres moyens, ils n'ont guère fait que reculer la difficulté, et ouvrir à la critique un champ nouveau pour s'exercer incessamment à leurs dépens.

On peut en géoéral reprocher à tous les auteurs de n'avoir pas formulé assez nettement et en termes simples l'indication à remplir; d'avoir en conséquence mal conçu leurs moyens curatifs, et de s'être mis en frais d'appareils beaucoup trop compliqués et par là même difficiles à se procurer, à appliquer et à mainteoir en place.

En cherchant à me mettre à l'abri de ces accusations, j'espère éclairer mieux ce sujet, et le ramener à la fois à la portée des praticiens, des élèves et des malades.

Les iodications à remplir, lors d'une fracture de la clavicule, peuvent se résumer toutes en une seule : *la fixation du condyle interne de l'humérus sur un point donné du thorax.*

Pour faire bien saisir la valeur et la justesse de ce précepte, je dois rappeler les vérités pratiques ci-après.

1° Des deux fragmens de cette fracture, l'externe seul est mobile; le seul par conséquent sujet à se déplacer, le seul sur lequel on doit agir lorsqu'on veut le mettre au niveau de l'autre et le mainteoir en rapport avec lui.

2° On ne peut pas atteindre directement ce fragment externe, et ce n'est que par l'intermédiaire du moignon de l'épaule, auquel il est attaché, qu'il faut opérer.

3° Les mouvemens de ce fragment suivent en effet ceux qu'on im-

---

Feuilleton.

NÉCROLOGIE.

MORT ET ORAISON FUNÈBRE DE LA DOCTRINE PHYSIOLOGIQUE.

Nous annonçons au monde une fatale nouvelle. La médecine physiologique vient de mourir, après plusieurs années d'une lente et laborieuse agonie. Le numéro des *Annales de la médecine physiologique* du mois de décembre 1834, publié en mars 1835, c'est-à-dire quatre mois après sa véritable date, comme c'était la coutume de ce digne journal, sera le dernier. C'est le chef lui-même, M. Broussais, qui s'est imposé la douloureuse tâche de prononcer l'oraison funèbre. Cet événement, bien que prévu de tous, ne laisse pas que d'avoir une certaine importance historique; il nous donne le chiffre exact de la durée de la doctrine physiologique, qui, tout compte fait, a vécu dix-huit années à partir de 1816, époque de la publication de l'*Examen*, jusqu'au 30 décembre 1834, jour où elle a rendu le dernier soupir dans le dernier numero des *Annales*. Cette existence a été bien courte, sans doute, si on la rapproche des ambitieuses prédictions de son auteur, qui lui promettaient une jeunesse et une vie éternelles; mais elle a été assez longue si on réfléchit à l'instabilité naturelle des choses humaines et à la fragilité des systèmes. M. Broussais pourrait même s'enorgueillir à bon droit d'avoir tenu si long-temps le mouvement scientifique en échec; il devrait peut être se contenter de cette gloire, et abdiquer de bonne grâce, comme nous l'avons vu faire si souvent dans ce siècle à tant de puissances bien autrement imposantes. Mais une concession de ce genre n'est pas dans sa nature. M. Broussais est un de ces esprits qui peuvent rompre, mais qui ne plient pas. Forcé d'abandonner le champ de bataille, il ne se retire qu'en grondant, et l'acte de décès de sa doctrine, bien que signé de sa main, est encore un manifeste de menace. Jadis il prédisait que sa doctrine ferait, comme la cocarde tricolore, le tour du globe, et qu'elle ne mourrait pas; aujourd'hui, il annonce qu'elle est morte, mais qu'elle ressuscitera. Mais hélas! qui ne sait que les systèmes, non plus que les êtres vivans, n'ont le privilége ni de vivre toujours ni de ressusciter!

Rien n'est plus propre à nous montrer la faiblesse de l'esprit humain, que ces sortes d'illusions dont se bercent tant de prétendus réformateurs, tant de sectes et de partis. Les juifs attendent depuis cinq mille ans le Messie qui rebâtira le temple à Jérusalem, et ramènera les douze tribus dans leur ancienne patrie; et leur confiance croît en raison des faits qui devraient la détruire. M. Broussais, non moins inébranlable dans sa croyance, a beau voir l'esprit du temps se retirer

prime à l'épaule elle-même, de sorte qu'ils sont modifiés par l'action et la *position* de l'omoplate et de la tête de l'humérus.

4° La partie inférieure du bras (le coude) se présente sous l'aspect le plus avantageux pour agir sur le moignon de l'épaule, et par conséquent sur le fragment externe de la clavicule; de telle sorte qu'on peut diriger à volonté ce dernier, suivant qu'on porte le coude lui-même dans tel ou tel sens, et que la position de celui-ci détermine toujours celle du fragment acromial.

5° Le coude doit donc être envisagé comme un gouvernail sûr et commode pour diriger le bout externe de l'os, afin de l'affronter avec l'interne, et de les mettre ainsi en contact exact entre eux.

6° Le fragment acromial, ou, ce qui revient au même ici, le moignon de l'épaule, tend, dans toute fracture claviculaire, à se porter en bas, en avant et en dedans; et il suffit (§ 4 et 5), pour lui imprimer des directions différentes, de pousser le coude dans des sens également différens.

Le coude est donc un point ou un levier tellement essentiel pour agir sur le moignon de l'épaule et sur le fragment acromial, qu'on peut donner à ces dernières parties telle ou telle direction ou inclinaison, selon que l'on dirigera ou qu'on inclinera le coude lui-même *avec un certain degré de force*.

Si déjà cette influence de l'action du coude saute aux yeux alors que la clavicule est intacte, elle est bien autrement manifeste quand cet os est brisé ou scié, et qu'on a, par ce moyen, donné la facilité au moignon scapulaire et à la portion acromiale de la clavicule de céder mieux aux impulsions imprimées au coude, et de se porter plus librement dans les directions déterminées par ce dernier. Ainsi, lorsque vous serez près d'un cadavre auquel vous aurez scié la clavicule en travers, vous observerez constamment que l'épaule se rapprochera de la ligne médiane, s'en écartera, s'élèvera, s'abaissera et prendra des directions *mixtes*, suivant que vous porterez *fortement* le coude dans un sens ou dans un autre, et qu'elle restera immobile si celui-ci est lui-même maintenu fixe.

Si je me suis un peu étendu et répété sur ces données simples, c'est qu'elles indiquent tout le parti qu'on peut et qu'on doit tirer du coude dans le traitement qui nous occupe; que cette partie doit fixer tout particulièrement notre attention; que l'endroit où elle sera refoulée avec quelque force sera toujours en rapport avec celui qu'occupera l'articulation cléido-acromiale, et que sa situation réglera constamment celle de cette dernière (1).

(1) Il existe une très-grande analogie entre les fractures de la clavicule et celles du col du fémur sous le rapport pratique.

Ainsi, il n'est pas donné au chirurgien d'agir directement sur ces deux os. Lorsqu'ils sont atteints de fracture, il doit, pour l'un comme pour l'autre, avoir recours à la simple position. Ces deux fractures sont parfois méconnues, et se guérissent de même, sans appareil et avec assez peu de difformité. Le fragment interne est immobile dans toutes deux; et si pour l'une c'est le coude, pour l'autre c'est le *pied* qui règle la conduite du chirurgien, lui sert de guide et lui prête un point d'appui ou de mire. Aussi ce que nous venons de dire de l'influence des mouvemens du coude sur ceux du fragment acromial peut s'appliquer entièrement aux mouvemens du pied sur le fragment *externe* du col fémoral.

Ces rapprochemens ne sont pas seulement curieux; mais ils semblent faits pour avoir une portée pratique, et aider à formuler l'indication et à préciser la manière d'agir des moyens propres à la remplir dans l'une et l'autre fracture. Mais ce n'est pas ici le lieu d'en dire davantage.

Il résulte de ces données incontestables que, lors d'une fracture de la clavicule, on obtiendrait toujours une coaptation parfaite et une guérison exempte de difformité, s'il était possible de maintenir, pendant tout le temps nécessaire, une main convenablement appliquée vers le coude, et si cette main était placée de manière qu'elle ne permît plus à cette région de faire le plus léger mouvement.

C'est si bien cela, que le malade *lui-même* pourrait parfaitement réduire sa fracture et la maintenir réduite, aussi bien que le chirurgien, en repoussant et appuyant avec sa main le coude malade, lorsqu'il aurait été ramené dans une direction convenable.

La main constituerait donc incontestablement ici le meilleur des appareils, et c'est à remplacer *le mieux possible* cet instrument *intelligent* que le chirurgien doit tout particulièrement s'appliquer, s'il veut arriver heureusement à son but (1).

Il y parviendra et imitera assez bien l'action contentive de cette main de la manière suivante.

D'abord, pour procéder à la réduction, on fléchira l'avant-bras sur le bras; puis on dirigera la partie inférieure de ce dernier (le coude) en avant, en dedans et en haut, de manière à refouler obliquement le moignon de l'épaule en haut, en arrière et en dehors, et à mettre par cette manœuvre les fragmens de la clavicule bien en rapport entre eux.

Pour les maintenir invariablement dans cette position, il ne s'agira plus maintenant que de fixer le condyle interne de l'humérus d'une manière également invariable, à la place où il a dû être porté pour rendre à la clavicule sa forme normale.

Pour cet effet, le chirurgien confiera ce coude à un aide intelligent, qui sera chargé de l'appuyer solidement, pendant qu'il procédera à l'application de l'appareil.

Celui-ci ne consiste guère que dans une pièce *carrée* d'une étoffe quelconque, assez forte et d'une dimension telle, qu'on en puisse amplement entourer le thorax après qu'elle aura *été pliée en triangle* ou en *fichu*. Un mouchoir pourra donc le plus souvent suffire. Ce linge, rendu triangulaire, sera placé comme il suit. Sa base, tournée en haut, répondra au niveau du quart inférieur du bras, et sa double pointe, opposée à cette base, pendra au-devant et au-dessous de l'avant-bras. Les deux longues extrémités de ce fichu seront alors ramenées, l'une par-derrière et l'autre par-devant la poitrine, vers le côté opposé de cette cavité, afin d'y être croisées et serrées convenablement, puis arrêtées au moyen d'un nœud d'épingles ou de quelques points d'aiguille. Ce jet circulaire, que je désignerai sous le nom de lien *brachio-thoracique*, et qu'on peut appeler aussi *ceinture* ou *bandage de corps*, a pour but d'appliquer la partie inférieure du bras contre la poitrine,

(1) L'idée émise ici de figurer un appareil avec les mains est féconde en résultats pratiques, et m'a toujours servi avantageusement pour apprécier l'action de nos agens déligatoires, pour simplifier ceux-ci, et pour les faire mieux coïncider avec ce que le chirurgien peut obtenir avec ses mains. Ce mode d'investigation est la meilleure source où pourront puiser les réformateurs qui seront jaloux de remanier cette foule de bandages, d'appareils et de machines qui encombrent nos arsenaux de chirurgie, et de les remplacer par des moyens plus rationels, plus énergiques, et plus en rapport avec l'état actuel de nos connaissances. Aussi s'empresseront-ils, sans aucun doute, d'admettre cet axiôme en déligation, « que plus les moyens de pansement imiteront l'adresse et l'action simple et » commode de la main comme type, plus aussi ils se rapprocheront du degré de » perfection auquel nous pouvons espérer de les voir arriver. »

de lui, au point qu'il serait en peine de trouver un auditeur disposé à l'écouter discourir d'ontologie et de gastro-entérite; il n'en est pas moins persuadé que sa doctrine accomplira toutes les hautes destinées qu'il lui avait promises; et qu'un jour, on enseignera le physiologisme dans les écoles, comme on enseigne la géométrie de Bezout. Qu'a-t-il manqué pourtant à M. Broussais pour le détromper? d'abord les résistances du bon sens et de la vraie science, qui trouvent toujours une voix, même aux époques les plus obscurcies par les préoccupations de l'engouement; puis les défections d'abord rares, et ensuite de plus en plus nombreuses de ses partisans; les palinodies de ses sectateurs les plus orthodoxes, qui ont fini tous par faire amende honorable; puis enfin cette solitude autour de sa propre chaire. Il n'a même plus la consolation de rencontrer un adversaire avoué sur qui il puisse faire tomber sa colère; et nous-mêmes, qui, fidèles à nos engagemens, venons aujourd'hui nous présenter encore à lui dans ce moment suprême, peut-être sera-ce la dernière fois que nous aurons à remplir cette espèce de devoir. Eh bien! tout cela n'a servi à rien. M. Broussais, aujourd'hui seul, sans partisans, sans adversaires, abandonné des savans, de la jeunesse médicale, et du public, continue à parler en maître à une génération qui ne l'entend plus; et nous retrouvons dans son oraison funèbre ces airs d'autorité, ces manières de triomphateur, ces allures de conquérant qui marquèrent son début de l'*examen*. Il prêche, il enseigne, il conseille, il gourmande, il menace, il attaque et récrimine. C'est là un spectacle digne d'observation pour un moraliste, mais c'est un spectacle bien triste. Nous serions, en vérité, tentés de plaindre une si grande infortune, si celui qui en est le sujet ne trouvait, comme c'est très-probable, dans son illusion même, le remède à son mal. Cervantes a peint en traits profonds une de ces maladies de l'imagination; et beaucoup de systématiques, toute comparaison désobligeante à part, ont ressemblé à son héros. La phrénologie, qui explique tout dans ce moment, pourra peut-être nous résoudre ces problèmes de psychologie, que nous livrons à ses investigations.

Les derniers adieux de M. Broussais aux sept abonnés des *Annales de la médecine physiologique*, font suite à un assez long article destiné à prouver la *nécessité d'une théorie dans l'exercice de la médecine pratique*. Nous ne nous occuperons point de cette dissertation au moins inutile, car personne n'a jamais nié ni pu nier que la pratique de l'art médical ne dût être dirigée par des principes quelconques. Ce qu'on appelle l'empirisme est aussi une théorie, c'est-à-dire une règle de conduite fondée sur des raisonnemens plus ou moins justes, mais enfin sur des principes. L'essentiel est de savoir quelle est parmi les théories proposées ou proposables, la meilleure, la véritable. M. Broussais prétend que c'est la sienne; et pour le prouver, il nous renvoie à l'observation, aux faits, à l'expérience, à des guérisons, etc. Or, c'est précisément en vertu de toutes ces choses que nous la trouvons mauvaise, et tout le monde en est à peu près arrivé là aujourd'hui. Il n'y a donc pas moyen de sortir de ce cercle vicieux dans lequel il tourne depuis vingt ans, et qui consiste à vouloir légitimer sa pratique par sa théorie, et sa théorie par sa pratique. Sans doute la vérité médicale gît tout entière dans cet accord parfait du fait et du droit; mais c'est là un problème qui n'a pas plus été résolu dans la médecine que dans la politique; et de tous les systèmes que nous connaissons, et Dieu sait combien on en a fait depuis Hippocrate! il n'y en a pas un qui satisfasse moins à la difficulté que le système physiologique.

Permis encore à M. Broussais de se déchaîner pour la centmillième fois contre les propriétés antisyphilitiques du mercure, contre la vertu anti-fébrile et anti-périodique du quinquina, contre les fièvres *essentielles* ou maladies générales, con-

et d'empêcher le coude de s'écarter de cette dernière. Mais ce n'est là qu'un des points essentiels; car il faut aviser de plus à ce que ce coude ne glisse pas en bas et ne se porte ni en arrière ni en dehors; et il conviendra d'ailleurs de soutenir ce premier lien par un *scapulaire*, et l'avant-bras dans une *écharpe*.

On remplira aisément ces diverses indications en utilisant les pointes du triangle, qui, ainsi que nous l'avons dit, pendent au devant et au-dessous du codde et de l'avant-bras mi-fléchi. Pour cet objet, on ramènera les deux pointes derrière l'avant-bras, en les faisant remonter entre celui ci et la poitrine, de manière que le coude soit comme coiffé, et l'avant-bras presque entièrement entouré par cette partie du linge, et que ces pointes paraissent au-dessus du radius et dirigées en haut. On tirera alors séparément sur ces deux extrémités, afin d'emboîter bien les parties qu'elles recouvrent, tout en dirigeant en même temps l'une de ces pointes *obliquement* sur l'épaule saine, et l'autre *perpendiculairement* sur l'os fracturé.

Mais il arrivera le plus souvent, surtout s'il s'agit d'un adulte, que ces deux pointes du fichu ne seront pas assez longues pour le but ultérieur qu'on se propose, c'est-à-dire que ni l'une ni l'autre ne pourra arriver sur l'épaule correspondante, pour de là se fixer enfin derrière le dos au lien brachio-thoracique au bandage de corps. Dans ce cas, on coudra à chacun de ces bouts du triangle une bande, ou mieux encore, un bout de cravate d'environ un tiers d'aune de longueur sur trois ou quatre travers de doigt de largeur, afin de pouvoir en faire l'usage suivant et de compléter ainsi mon appareil contentif.

L'un de ces bouts de bande ou de cravate sera dirigé obliquement sur l'épaule saine, et ira s'attacher derrière le thorax, au bord supérieur de la ceinture brachio-thoracique. Son effet composé est évident; c'est d'empêcher que le coude ne puisse ni descendre, ni glisser en dehors et en arrière; car cet extrémité cubitale de l'humérus se trouve si bien emboîtée par le lien, qu'elle est obligée d'obéir à son action, et que celle-ci consiste à suspendre le coude et à le retenir immobile sur la partie latérale et plus ou moins antérieure de la poitrine.

L'autre bout de cravate est destiné à se porter perpendiculairement sur l'épaule malade et à se fixer derrière le dos, à l'instar du lien précédent; et sous ce rapport il concourt avec ce dernier à maintenir le coude au degré d'élévation convenable.

Mais il va remplir en même temps une autre indication importante, celle d'assujétir les remplissages divers et les moyens variés qu'on jugerait nécessaires ou utiles pour assurer mieux la parfaite coaptation.

Jusqu'ici, en effet, le siège du mal, la région claviculaire et le moignon de l'épaule, sont restés entièrement libres; aucune pièce de l'appareil ne les recouvre encore, et il est loisible à l'homme de l'art d'y faire toutes les applications qu'il croira convenables, sans nuire en aucune manière à l'action du moyen contentif. Ainsi, des sangsues, des cataplasmes, des résolutifs divers peuvent être largement mis en usage sans compromettre la marche de la guérison, et sans déranger le rapport des fragmens entr'eux; et ces divers agens pourront facilement être contenus par notre lien perpendiculaire.

Mais parmi ces derniers, il pourra y en avoir aussi qui seront jugés utiles pour mieux assujétir la fracture, et la mettre à l'abri de toute difformité. Je conseille, par exemple, de remplir convenablement les enfoncemens situés au-dessus et au-dessous de la clavicule avec du *coton bien imprégné de blanc d œufs*; d'appliquer sur ce coton une épaisse compresse également gommée; puis d'assujétir le tout avec le lien perpendiculaire de l'appareil.

Il sera encore facile à l'homme de l'art, au moyen de cette bande et d'une compresse graduée, *d'agir directement* sur celui des fragmens qui manifesterait une tendance à s'écarter, ou qui aurait besoin d'être ramené et pressé vers l'autre, comme cela se remarque surtout à l'égard du fragment interne.

En analysant cet appareil, on remarquera qu'il est d'une seule pièce, et qu'il peut se trouver partout; que son application est aussi prompte que facile, et qu'elle n'offre rien de pénible pour le malade.

Ce mouchoir, tout en se présentant comme un seul et même tout, offre cependant trois liens bien distincts (1), et qui sont assez indépendans les uns des autres. Le premier est *circulaire*, le second *oblique*, et le troisième *perpendiculaire*. Le circulaire est, comme on l'a vu, un bandage de corps, ou une ceinture qui agit avec tout l'avantage désirable sur l'extrémité du levier brachial seulement; qui laisse par conséquent libre la plus grande partie de la poitrine, du bras et de l'avant-bras; qui ne gêne pas la respiration, et qui, chez les femmes, ne sera jamais dans le cas de blesser les seins.

Le lien oblique est une innovation chirurgicale, et la base la plus solide qu'on puisse offrir au traitement des fractures de la clavicule. Cette pièce, en effet, maîtrise le coude avec tant d'avantages, qu'elle le force de rester immobile là où le chirurgien l'aura conduit, et où il sera déjà appuyé par le lien circulaire. Cette immobilité du coude résulte essentiellement de ce que cette partie est exactement emboîtée par le triangle, et qu'elle se trouve entièrement soutenue sur l'épaule saine. C'est cette épaule qui est chargée, en quelque sorte, de porter l'autre, de lui fournir un point d'appui, et d'empêcher par là le fragment externe de glisser en bas, en avant et en dedans.

La partie perpendiculaire de l'appareil a un effet trop évident pour avoir besoin d'ultérieures explications. Je dirai seulement qu'elle concourt, avec la précédente, à soutenir l'avant-bras et le lien brachio-thoracique, et à servir de cette manière en qualité de *scapulaire* à l'un, et *d'écharpe* à l'autre.

J'ajouterai que ces trois pièces d'un seul et même tout agissent cependant distinctement; qu'elles offrent la facilité d'être relâchées et serrées, chacune à part, sans déranger en aucune manière les deux autres; et que ces deux modifications, si elles sont jugées utiles et nécessaires, peuvent être confiées impunément à tout individu tant soit peu intelligent. Aussi ne fus-je pas très-surpris en m'apercevant un jour qu'une dame avait changé de chemise et de gilet à son enfant sans qu'il y parût, c'est-à-dire qu'elle avait ôté et rétabli l'appareil aussi bien que j'aurais pu le faire moi-même.

Ainsi donc, et pour récapituler encore une fois le mode d'agir de mon moyen contentif, je dirai que le lien circulaire ne tend qu'à empêcher le coude de s'écarter de la poitrine, mais nullement de glisser en bas, en avant et en dedans; que le lien oblique au contraire s'oppose efficacement à ce triple glissement, mais qu'il est inhabile à mettre obstacle au balancement du coude au devant du thorax; que le concours

(1) Dans mon nouveau système de déligation, j'ai proposé de remplacer le mot *bandage* par celui de *lien*, et j'ai indiqué les motifs de ce changement. On voit au moins que les expressions *bande* et *bandage* n'iraient point ici, tandis que celle de lien s'adapte très-bien, même pour désigner les diverses parties d'un appareil complexe.

---

tre la diathèse scrophuleuse, contre les spécifiques, etc. Sa colère contre ces antiques et inébranlables croyances médicales, prouve que la médecine physiologique a eu le temps de naître et de mourir sans les avoir entamées. Elles subsisteront toujours par l'autorité même qui manque aux principes *physiologiques*, l'expérience, l'observation et les faits. Il est même remarquable que par suite de la réaction qui succède toujours à un mouvement forcé, ces vieilles traditions ont repris depuis quelques années un ascendant peut-être exagéré dans la science et la pratique actuelles. L'humorisme et la spécificité se trouvent en ce moment au fond de toutes les recherches les plus récentes, et il n'y a pas une des thèses soutenues à l'Ecole, depuis bien long temps, qui ne trahisse cette nouvelle direction. Nous ne jugeons pas cette direction ni ce changement, nous les constatons. Quant à la médecine physiologique, nous serions fort en peine de citer un ouvrage de date récente, livre, thèse ou journal, inspiré par elle. Sa phraséologie est encore, il est vrai, répandue dans quelques écrits, par un reste d'habitude; mais il est facile de voir que les mêmes mots y représentent d'autres idées. Par toutes ces raisons, qui sautent aux yeux des moins clairvoyans, il reste démontré que toutes les idées fondamentales, les pratiques consacrées, contre lesquelles avait été dirigé le système physiologique, sont encore debout. On administre le mercure, le quinquina, les purgatifs, les toniques et en général les spécifiques comme on le faisait jadis, et à peu près dans les mêmes cas. Toutes les maladies rayées du cadre nosologique et reléguées dans le pays des chimères par M. Broussais, reparaissent dans les hôpitaux et dans la pratique civile; et la seule maladie inventée par la défunte école, la gastro-entérite, chassée successivement de partout, ne se trouve plus qu'au Val-de-Grâce; son berceau est devenu son dernier asile.

Ces considérations accablantes, M. Broussais ne les a pas entièrement méconnues. Il convient même, quoique non sans indignation, que les fièvres *essentielles* ont encore des sectateurs, ce qui est, dit-il, *la honte du siècle*; il convient qu'il y a des hommes assez pervers pour admettre des maladies humorales, et qu'enfin *les virus et les spécifiques ne sont pas définitivement jugés*. Ces motifs, dit-il, l'auraient engagé à continuer les *Annales*, s'il avait du loisir pour travailler à cette bonne œuvre. Mais d'autres occupations, au nombre desquelles il faut compter sans doute ses travaux métaphysiques, l'en empêchent. D'ailleurs, dit-il, depuis long-temps le public se persuade que nous négligeons ce journal, et même que nous l'avons abandonné. Ceci veut dire que ce journal depuis long temps n'avait plus de public, et qu'avec tout le zèle du monde on finit par se lasser de prêcher aux bancs. Cette observation ne sera peut-être pas prise pour un compliment par les collaborateurs de M. Broussais. Il semble en effet insinuer ici que sans lui les *Annales* ne méritaient guère d'être distinguées; et il trouve tout naturel que, lui absent ou seulement cru absent, le public s'en soit dégoûté. Du reste, c'est là le sort destiné à toute entreprise littéraire qui, au lieu de se consacrer aux intérêts généraux de la science, sera exclusivement rédigée au profit d'un système et d'une réputation. Les *Annales* (nous pouvons en parler aujourd'hui qu'elles ont cessé de paraître) n'ont jamais constitué un véritable journal scientifique et médical. La médecine dite physiologique étant, surtout depuis quelques années, toute concentrée et personnifiée en M. Broussais, les *Annales* pouvaient parfois piquer la curiosité par les saillies et les boutades de style de l'ex-chef d'école, mais elles étaient tout-à-fait de nul intérêt pour la science et pour l'art.

Quoi qu'il en soit, M. Broussais déclare aujourd'hui qu'il quitte la partie. Il sait bien que sa doctrine aurait encore besoin de sa puissante intervention, mais fatigué de porter des coups à vide, il se confie désormais à l'avenir et au temps, qui font toujours triompher la vérité. « Les vérités dont les *Annales* sont semées, dit-il, fructifieront assez par le zèle d'une nouvelle génération et des est

des deux liens est donc nécessaire pour rendre immobile la partie inférieure du bras; que le lien perpendiculaire est inutile pour la fixation de ce dernier, et que, rigoureusement parlant, on pourrait se passer de ce troisième lien, puisque la position du coude, si elle est fixe, doit généralement suffire au but qu'on se propose. Aussi, lorsque la présence de ce moyen sera jugée inutile ou sujette à quelque inconvénient, on n'y aura pas recours; et dans ce dernier cas, ou l'appareil ne se composera que d'un simple fichu, ou ses deux pointes seront réunies ensemble pour faire partie du lien oblique, au lieu de se porter en divergeant sur l'une et l'autre épaules.

Quant à l'écharpe proprement dite, elle n'existe pas; mais elle est très-bien remplacée par la réunion et l'action des trois liens vers la région du coude. Il y a même cet avantage ici sur l'écharpe ordinaire, que les deux tiers supérieurs de l'avant-bras sont seuls entourés par ces liens, tandis que le tiers inférieur et la main sont parfaitement libres, et que rien ne gêne les mouvemens divers de cette dernière; de sorte qu'on peut s'aider un peu avec ce membre, et même écrire assez facilement. Mais, afin que le malade n'abuse pas de cette facilité, on aura soin de faire passer le lien circulaire *au-dessus* de l'avant-bras fléchi, plutôt que par-dessous cette partie, attendu que, par ce moyen, l'avant-bras se trouvera bien mieux emboîté et plus solidement fixé.

Si jusqu'ici je n'ai pas fait mention du coussinet en forme de croix destiné à s'interposer sous l'aisselle, entre le bras et la poitrine, afin d'écarter l'une de l'autre ces deux parties, c'est que cette pièce est bien loin d'être constamment nécessaire ou même utile; qu'on s'en passe le plus souvent sans aucun inconvénient, et que, dans les cas où elle peut être requise, on pourra aisément la mettre de côté au bout d'assez peu de jours. On sait, en effet, que la fracture qui nous occupe est une de celles qui *marchent* le plus *vite* vers la guérison, et que sa consolidation ne se fait guère attendre. Aussi pourra-t-on enlever ce remplissage aussitôt que cette dernière aura fait quelques légers progrès. Du reste, cette adjonction sera bien moins gênante, si, pour la faire, on a recours au coton; si celui-ci forme un volume moins considérable qu'on ne l'emploie ordinairement; si, au lieu de faire arriver ce corps intermédiaire jusqu'à la moitié du bras, il n'occupe que sa partie *supérieure* et *antérieure*; si on pousse le coton successivement et par couches, *d'avant en arrière*, *entre le bras et les côtés, immédiatement sous le tendon du grand pectoral*, au lieu de placer un coussin sous le creux même de l'aisselle et sur le trajet des troncs nerveux et vasculaires; si enfin l'on se contente de fixer le coton avec une *bandelette agglutinative* dont le milieu sera passé par dessous, entre le bras et la poitrine, et dont les bouts remonteront par derrière et par devant, pour se croiser sur l'épaule. Ce coton pourra d'ailleurs être assujéti par le lien perpendiculaire, si du moins on sait mettre à profit ce moyen commode de compression. On reconnaîtra bien vite, au surplus, si l'addition du coton *est de rigueur* pour rejeter en dehors le fragment externe; car alors le moignon de l'épaule, ou, encore une fois, ce qui revient au même, le fragment acromial, tendra à se porter *en dedans*, et à produire le chevauchement, malgré les soins qu'on aura mis à assujétir le coude.

Dans ce cas, l'application du coton pourra avoir lieu, *lors même que l'appareil contentif aurait déjà été placé en entier*, puisqu'il suffirait de détacher le lien perpendiculaire pour avoir toute la facilité d'insinuer, vers l'endroit que nous avons désigné, autant de coton qu'il serait convenable pour atteindre le but qu'on se propose. Je dirai plus; c'est qu'on ne pourra juger bien de *l'utilité et de la nécessité de recourir à ce moyen accessoire* (le coton), *que lorsque les liens circulaires et obliques auront été appliqués*; et que c'est alors seulement qu'on pourra mieux apprécier la *quantité* de coton qu'il conviendra d'employer pour écarter le haut du bras, et pour repousser en dehors, par ce moyen, le fragment acromial; car tout dépend de l'effet qu'on devra produire avec ce corps répulsif de la tête de l'humérus, dans le but d'obtenir l'écartement convenable du fragment externe; mais en se dirigeant d'après les données précises que je viens d'indiquer, on n'emploiera jamais ni *trop* ni *trop peu* de coton pour le but qu'on se proposera; et même on pourra toujours facilement *en ôter* ou *en ajouter*, suivant que le besoin s'en fera bien sentir. Dans tous les cas, on ne sera jamais exposé, en maniant ainsi le coton, *à comprimer la région axillaire*, puisque le corps compressif ne dépassera guère le tendon du pectoral, et qu'il suffira qu'il agisse vers cette partie pour produire tout l'effet qu'on a droit d'en attendre.

Le coton trempé dans le blanc d'œuf, dont j'ai dit qu'on devait bien garnir les enfoncemens situés au-dessus et au-dessous de la clavicule, doit, s'il est convenablement pressé et contenu au moyen d'une forte compresse gommée et du lien perpendiculaire, se prendre en *masse solide* et se *mouler* en quelque sorte sur les parties. Il aidera donc à les contenir et à opposer de la résistance aux causes qui tendraient à déplacer les fragmens. S'il en était autrement, dans certains cas rares, difficiles, opiniâtres, et où la clavicule, à force d'être saillante, est comme *isolée* et sans appui, je n'hésiterais pas à recourir à un moyen assez analogue au coton gommé, mais plus efficace. Je veux parler du *plâtre moulé* sur la région claviculaire *tout entière*, soit qu'on coule ce plâtre immédiatement sur les tégumens eux-mêmes, soit qu'on le répande *sur une couche quelconque de ouate*, préalablement étendue sur la susdite région. Mais j'aurai soin, avec le plâtre tout comme avec le coton gommé, de redoubler d'attention, quant à la fracture, jusqu'à ce que le *moule* que je cherche à obtenir ait acquis *toute la consistance nécessaire.*

Il est une petite précaution que je ne manque jamais de prendre avant d'appliquer mon appareil, c'est de faire mettre au malade, non-seulement *sa chemise*, mais encore, au besoin, *un gilet à manches*, en rapport avec ses habitudes et la saison où l'on se trouve. C'est que ces pièces de vêtement ne peuvent point nuire à l'application ni au succès du moyen contentif, et que leur présence met le malade mieux à son aise s'il veut se lever, se promener ou se livrer à quelque occupation plus ou moins indispensable. Cette innovation, que réclament sans doute toutes les classes de la société, sourira aux hommes d'affaires, et particulièrement aux pauvres, qui sont accoutumés à sortir, et auxquels le séjour prolongé dans leurs tristes demeures est presque insupportable. Ils seront donc, grâce à ce moyen, *assimilés* aux individus atteints d'une *simple* fracture de l'avant-bras, et ils pourront être vêtus de même que ces derniers.

Il pourrait se faire que, chez des sujets maigres, le condyle de l'humérus, en pressant sur la poitrine, y produisît une impression plus ou moins douloureuse. On parerait à cet inconvénient par un coussinet de coton. Et si on craignait que le sommet du coude ne fût également blessé par l'action prolongée de l'appareil sur ce point saillant, on aurait aussi la ressource d'un petit matelas de coton, arrangé ou percé de manière à mettre l'extrémité de l'olécrâne à l'abri de toute pression.

---

prits justes. Les *obstacles qui retiennent les progrès de la médecine physiologique*, disparaîtront *lorsqu'elle sera bien connue*; et *la défense de faire connaissance avec elle ne pourra pas toujours durer.* Les jeunes gens finiront par l'embrasser, quand ils seront débarrassés des liens du sophisme et de l'*affiliation aux coteries.* »

Il résulterait de cette prédiction que la médecine physiologique *n'est pas bien connue.* C'est un résultat bien désolant et bien désespérant. Comment! depuis vingt ans que M. Broussais écrit, professe et pratique publiquement, il n'a pas pu parvenir encore à faire connaître sa doctrine! Ce serait là un phénomène sans exemple dans l'histoire de la science. La médecine physiologique est-elle donc d'une telle difficulté, ou les générations actuelles sont-elles si dépourvues d'intelligence, que vingt années de prédications et de travaux de tous genres n'aient pas suffi pour la mettre en lumière! C'est là sans doute un *lapsus linguæ* de M. Broussais. Combien de fois n'a-t-il pas dit lui-même le contraire? N'a-t-il pas annoncé dix fois que cette médecine avait eu plus d'influence sur la santé publique que la vaccine; que, depuis son apparition, on ne connaissait plus de fièvres graves, et qu'on guérissait vingt fois et cent fois plus de malades aujourd'hui, qu'au temps de barbarie de l'âge précédent? M. Casimir Broussais ne nous a-t-il pas dit, dans ses *tableaux synoptiques*, que le physiologisme régnait en Belgique, en Espagne et en Amérique? Disons plutôt que la médecine physiologique est connue, très-connue, et si connue que personne n'en veut plus, du moins en France; car pour la Belgique, l'Espagne et l'Amérique, nous attendrons d'avoir des preuves pour croire ou ne pas croire ce qu'on nous en rapporte.

Quant à la nature des obstacles que paraît rencontrer l'établissement de cette médecine, nous ne saurions adopter l'explication de M. Broussais. Il prétend qu'on a fait défense aux jeunes gens de faire connaissance avec elle; mais nous ne connaissons pas de loi ni de règlement qui contienne cette étrange interdiction. M. Broussais n'a-t-il pas un hôpital depuis vingt ans? ne lui a-t-on pas donné tout récemment une chaire à la Faculté? Son enseignement n'est-il pas devenu officiel, et peut-il se plaindre encore, comme par le passé, d'être repoussé par des intérêts d'école? A-t-on mis des gendarmes à la porte de son cours pour empêcher cette pauvre jeunesse studieuse d'entendre la parole physiologique? Toute cette jeune génération, qu'il invoque sans cesse, et qui lui manque toujours, est-elle donc tout entière affiliée aux coteries anti-physiologiques? et quel est d'ailleurs ce cabinet noir, cette abominable société secrète, dans laquelle s'ourdit depuis tant d'années une permanente conspiration contre la médecine de M. Broussais, sans que la police ait pu la découvrir? Sous la restauration, c'étaient les jésuites; depuis juillet, ce sont les doctrinaires. Nous croyons, nous, cette société bien plus nombreuse; car elle n'est autre que le public médical tout entier. Nous craignons que dans ces accusations M. Broussais ne soit la dupe de son imagination; il s'exagère tellement l'importance de ses idées et de sa personne, qu'il ne peut s'expliquer l'oubli où il est tombé que par des causes surnaturelles. Il n'y a pas long-temps, il lui vint dans l'esprit que la génération vivante pourrait bien avoir éprouvé quelque dérangement dans son organisation frontale; aujourd'hui il revient à son ancien Croque-Mitaine du cabinet noir. Respectons ces faiblesses : le génie même y est sujet. Rousseau est mort avec l'idée que tout le genre humain était ligué contre lui.

Nous terminerons ici cet article nécrologique. D'anciens engagemens ne nous permettaient pas de laisser inhumer à huis-clos la médecine physiologique. Nous avons dû, nous qui l'avons accueillie à son berceau, l'accompagner à sa tombe, et lui rendre les derniers devoirs. *Requiescat in pace.*

La même pièce pourra, du reste, très-bien servir pour protéger l'extrémité olécrânienne du cubitus, et pour mettre la poitrine à l'abri de la compression du condyle.

Je finirai ce mémoire par cette observation : c'est que la description de mon appareil ne sera pas un instant obscure ou difficile à saisir, si l'on veut bien faire appliquer le moyen au fur et à mesure que j'en indique la composition et le mécanisme. Un simple mouchoir suffira amplement pour faire prendre sur-le-champ une idée convenable de l'ensemble de l'appareil, de ses parties diverses, et des effets que celles-ci peuvent et doivent produire.

Quant aux personnes qui auront la facilité de se procurer un cadavre, je leur conseille de scier la clavicule et de lui appliquer mon appareil; mais afin qu'elles puissent bien l'apprécier, comparativement avec ce qui existe de mieux dans ce genre, je les prie de placer leur bandage de prédilection immédiatement avant ou après celui que je viens d'exposer, et de chercher tout particulièrement, pendant ces essais comparatifs, à déranger le fragment externe, en pressant çà et là sur le moignon de l'épaule, afin d'imiter l'action musculaire et celle des causes qui provoquent d'ordinaire les déplacemens et le chevauchement. En procédant de cette manière, la seule bonne en l'absence de fracture sur le vivant, j'ai toujours eu lieu de me féliciter de cet appareil; j'ai constamment reconnu sa supériorité, et je ne saurais assez le recommander à mes confrères. Il n'est, du reste, pas tout-à-fait nouveau, car j'en ai déjà fait la démonstration à Paris, en septembre 1833, dans une séance publique de l'Académie de médecine, ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié. Il se trouve d'ailleurs décrit dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de juin 1834.

Mais il a glissé presque comme inaperçu, soit que je n'aie pas eu le talent de me faire bien comprendre, soit que j'aie négligé de donner à mon sujet tout le développement qu'il comporte. Serai-je plus heureux aujourd'hui?

Il est au surplus inutile de faire observer que ce même appareil pourra servir avec un égal avantage dans les luxations de la clavicule, dans les fractures de l'humérus, au voisinage de la tête de cet os, et en général *dans toutes les affections où il importe d'obtenir la plus grande immobilité du bras et de l'épaule*. C'est que, lorsqu'un moyen a été trouvé bon contre un cas en apparence spécial, il est rare qu'il ne se montre pas également efficace dans plusieurs autres circonstances, et que celui qui nous occupe doit, je puis le dire, ses heureux résultats au grand principe que j'ai posé pour base à mon nouveau système de déligation.

Lausanne, 16 mars 1835.

MAYOR, D.-M.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier de février contient : 1° *une observation de péricardite obscure avec œdème du larynx*, etc., par Samuel Jackson; 2° *sur le mécanisme de quelques maladies du nerf grand sympathique*, par W. Waddel; 3° *compte-rendu des cas traités dans les salles de médecine de l'hôpital de Pennsylvanie, première partie, typhus et fièvres rémittentes*, par Gerhard; 4° *compte-rendu des cas de chirurgie traités dans le même hôpital*, par Kirkbride; 5° *remarques sur les propriétés médicales du prussiate de potasse*, par Burleigh Smart; 6° *observations d'accouchemens*, par John Harrison; 7° *observation sur la lèpre et le psoriasis*, par W. Pennock; 8° *sur l'influence de la vaccine pour empêcher les effets de la contagion de la petite vérole*, par William Browne; 9° *observation d'imperforation de l'anus, avec conformation anormale de l'intestin*, par John Steel; 10° *occlusion accidentelle du vagin, constituant un obstacle à l'accouchement*, par Hoillemin.

PÉRICARDITE OBSCURE; DILATATION DU COEUR; TUMEUR DANS LES VENTRICULES DROIT ET GAUCHE ET DANS L'OREILLETTE DROITE; OEDÈME DE LA GORGE, DU LARYNX ET DE LA GLOTTE; MORT PAR SUFFOCATION. Par Samuel JACKSON; avec une planche coloriée et deux vignettes.

Cette observation est encore un nouvel exemple de ces tumeurs polypiformes qui se développent dans les cavités du cœur, sous l'influence d'une cause le plus souvent inconnue, mais dont les effets sont des plus désastreux. Nous allons esquisser rapidement ce fait, qui offre encore un nouvel intérêt par l'accident auquel on peut attribuer la mort, et qui peut jusqu'à un certain point être rapporté à la lésion que nous signalons, c'est-à-dire aux polypes développés dans l'intérieur du cœur.

OBS. — M. ***, âgé de 54 ans, habitué à une grande activité et ayant eu des peines morales extrêmement vives, fut pris de dyspnée assez forte à la suite d'un voyage extrêmement fatigant de 1,200 milles, pendant lequel il avait beaucoup souffert du froid en traversant les montagnes. Bientôt il lui fut impossible de quitter le lit, et cependant il ne se plaignait que de l'oppression et de la toux. Sa figure était pâle; son pouls extrêmement petit et fréquent; la poitrine résonnait partout à la percussion; la respiration se faisait bien, quoique faible; l'action du cœur était rapide, les bruits très-faibles.

Bientôt la fréquence du pouls augmenta en même temps qu'il devint irrégulier.

Le 3 février, la dyspnée est portée au point de déterminer une syncope à la suite de laquelle il reste dans une faiblesse extrême, et il ne peut être soutenu que par des cordiaux et des stimulans actifs. La circulation veineuse est évidemment gênée; la figure et les mains prennent une couleur pourpre; toutes les veines superficielles sont distendues. Les syncopes se répètent presque toutes les nuits, pendant lesquelles la dyspnée est toujours plus considérable.

Dans la nuit du 10, il se plaignit d'un assez violent mal de gorge qui augmentait encore la gêne de la respiration et empêchait les mouvemens de la déglutition. A l'examen, on trouva toute la gorge gonflée, la luette épaissie; le voile du palais ressemblait à une vessie distendue; il y avait peu de rougeur; la peau était plus chaude, le pouls plus fort et plus plein. Des scarifications et l'application du nitrate d'argent liquide sur le voile du palais, amenèrent un peu de soulagement; mais au bout de quelques heures les accidens de suffocation reparurent, et ne cédèrent plus aux mêmes moyens. Le danger était excessivement pressant : on voulut tenter la trachéotomie; mais le liquide qui était infiltré dans tous les tissus du col, sortait en si grande abondance du bord de la plaie, qu'au moment où l'on pratiqua l'ouverture de la trachée, on ne put l'empêcher d'y pénétrer, et à l'instant même la suffocation fut complète. Le malade mourut quelques heures seulement après le développement de ce dernier accident.

Autopsie. Tous les tissus de la partie supérieure du tronc étaient infiltrés d'un fluide sanguinolent très-abondant. A l'intérieur l'œdème commençait en haut de la glotte, et s'étendait jusqu'au-dessous des cordes vocales, variant dans son épaisseur depuis une ligne jusqu'à six, et ayant évidemment fermé complètement le larynx à l'accès de l'air dans les derniers instans. Le péricarde, distendu par de la sérosité, était revêtu d'une fausse membrane très-épaisse et très-ferme, qui recouvrait également le cœur. Ce dernier était beaucoup plus gros que ne le comportait la stature du sujet, et toutes ses cavités étaient notablement dilatées. L'oreillette droite, le ventricule droit et le ventricule gauche contenaient des tumeurs assez nombreuses et qui avaient dû très-certainement gêner beaucoup l'action du cœur. Ces tumeurs variaient depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un gros pois ou même d'une noisette; elles avaient une forme globulaire, mais présentaient quelques facettes qui leur donnaient l'apparence de rides. Elles étaient attachées ou par un pédicule très-étroit, ou par plusieurs cordons; mais dans aucun cas elles ne reposaient sur la muqueuse par une large base. En les incisant, on trouvait qu'elles étaient composées d'abord d'une capsule blanchâtre un peu ferme, d'une demi-ligne d'épaisseur, remplie par une masse demi-fluide, rougeâtre, ressemblant très-bien à du sang désorganisé ou à de la lie de vin très-épaisse; elles se trouvaient toutes dans la partie la plus rapprochée de la base du cœur.

Cette observation offre beaucoup d'intérêt sous le rapport spécialement de ces tumeurs contenues dans le cœur, qu'on peut rapprocher d'une tumeur analogue trouvée par M. Bricheteau chez un sujet affecté d'une dilatation du cœur, et dont nous avons rapporté l'observation dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE. Nous terminerons par quelques observations que présente l'auteur sur l'origine de ces tumeurs. Peut-on reconnaître leur origine avec quelque certitude? elles ont l'aspect de caillots sanguins renfermés dans un kyste organisé, et partiellement organisés eux-mêmes; il est presque impossible de ne pas y reconnaître le principe de leur formation. Il est très-fréquent de trouver dans le cœur des concrétions polypiformes de sang. Dans les derniers instans de la vie, elles augmentent le trouble de la circulation et accélèrent la mort. Ces concrétions peuvent acquérir quelquefois un certain degré d'organisation, mais alors elles diffèrent notablement sous le rapport de la forme comme sous celui du caractère des végétations globulaires.

DU MÉCANISME DE QUELQUES MALADIES DU NERF GRAND SYMPATHIQUE, par le docteur WADDEL.

La physiologie et la pathologie du nerf sympathique sont si peu avancées que l'on doit recueillir avec empressement tous les faits qui peuvent jeter quelque jour sur le rôle que joue ce nerf, soit à l'état sain, soit à l'état de maladie. Tout le mémoire de M. Waddel repose sur un seul fait dans l'histoire duquel rien ne rappelle le grand sympathique ni les fonctions qu'on lui a attribuées. Cette observation est trop longue pour que nous la rapportions. Nous dirons seulement qu'il s'agit d'un cas de paraplégie développée lentement et terminée par la mort, mais dont l'examen nécropsique n'a pu expliquer la cause. La maladie

avait duré près de trois ans, et à l'autopsie on ne trouva pas la moindre altération dans la moelle à laquelle on pût l'attribuer.

L'auteur s'appuie sur l'absence d'altération de la moelle pour rapporter la maladie à une lésion du grand sympathique, et sur quelques circonstances qu'il a notées en rapportant l'observation. Ainsi, quelque temps avant la mort du sujet, quand on appuyait légèrement sur un cautère appliqué près de l'épine, à l'instant même le mouvement péristaltique de l'intestin était excité et l'on entendait manifestement le bruit que faisaient les gaz en passant d'une anse dans l'autre. L'auteur pense que, dans ce cas, la pression étant exercée sur les rameaux du grand sympathique malade, l'irritation qu'elle déterminait causait les phénomènes que nous venons d'indiquer. La maigreur des parties paralysées, qui était survenue dès le début de la maladie, est encore, suivant l'auteur, une preuve que le grand sympathique était l'organe lésé; car, dans les cas de paraplégie où la paralysie dépend de la moelle, l'amaigrissement des parties paralysées ne vient que graduellement et très-lentement.

REVUE DES CAS TRAITÉS DANS LES SALLES DE MÉDECINE DE L'HÔPITAL DE PENSYLVANIE, par le docteur GERHARD, médecin résidant.

Ce mémoire est consacré à la revue seulement des cas de fièvre typhoïde et de fièvre rémittente recueillis pendant les sept mois qui s'étaient écoulés depuis que M. Gerhard était attaché à l'hôpital de Pensylvanie. Ce travail offre un intérêt d'actualité puissant, et nous fournit le moyen de constater si ces fièvres, qui ont été désignées sous tant de noms divers, et qui aujourd'hui forment les fièvres typhoïdes des auteurs français, offrent dans l'autre hémisphère les mêmes caractères pathologiques et anatomiques que chez nous. Il n'y a pas longtemps qu'on prétendait que ces fièvres ne se rencontraient guère qu'en France, et qu'ailleurs elles étaient presque inconnues; mais quand les Anglais et les Allemands ont suivi la marche adoptée par nos pathologiste, on a bientôt reconnu que ces fièvres étaient aussi communes à Londres et Edimbourg, à Vienne et à Berlin qu'à Paris; et maintenant les recherches de M. Gerhard, élève de l'école de Paris, nous apprennent qu'à Philadelphie, et probablement aussi dans les autres villes de l'Union, les phénomènes pathologiques offerts par les sujets affectés de fièvre typhoïde ne diffèrent nullement de ce que nous observons chaque jour chez nous. Écoutons l'auteur, qui, familiarisé avec la méthode adoptée en France, et qu'il a apprise parmi nous, nous présente toutes les garanties que l'on peut désirer.

L'étude de la fièvre typhoïde aux États-Unis nous offre deux points importans à constater. D'abord nous devons chercher à connaître si la maladie est parfaitement identique avec celle qui a été décrite par les auteurs français, et ensuite si elle est entièrement distincte des fièvres automnales des États-Unis.

L'objet principal du mémoire de M. Gerhard est donc d'exposer les symptômes et les lésions propres à la fièvre typhoïde et aux fièvres d'automne, et de le comparer afin d'en tirer une conclusion sur leur identité ou leur différence. La fièvre typhoïde est assez connue parmi nous pour que nous nous croyions dispensés de reproduire ici ses caractères; il nous suffit de dire que les deux cas rapportés ici ne diffèrent en rien de ceux que nous observons parmi nous.

Deux cas de fièvres automnales suivis de l'autopsie sont mis en comparaison et diffèrent peu de ceux de fièvre typhoïde, au moins pour les phénomènes observés pendant la vie. Quant aux lésions anatomiques, elles sont à peu près les mêmes, à l'exception toutefois de la lésion des glandes de Peyer qui manquait dans les deux cas. La rate était augmentée de volume et ramollie. Sur sept cas de cette fièvre une fois seulement il y a eu de la diarrhée, et dans aucun cas on n'a observé l'éruption dite typhoïde. Une autre différence importante c'est une mortalité beaucoup moindre: ainsi sur treize malades deux seulement sont morts, tandis que sur quatorze cas de fièvre typhoïde recueillis à l'hôpital de Philadelphie, cinq se sont terminés d'une manière funeste.

Il nous est donc permis de conclure de ces recherches du docteur Gerhard, que la fièvre typhoïde se présente sous les mêmes caractères et avec les mêmes lésions dans le Nouveau-Monde que chez nous; que la mortalité est à peu près la même, et qu'à l'exemple de toutes les maladies excessivement graves et d'une nature toute-à-fait spéciale elle se reproduit sous tous les climats et dans toutes les circonstances, avec les mêmes caractères, bien qu'offrant souvent des diversités de forme qui ont pu la faire méconnaître ou la faire confondre avec d'autres affections aiguës. Quant à la fièvre automnale dont nous trouvons ici deux exemples seulement, ces faits sont trop peu nombreux pour que nous puissions en conclure avec quelque certitude avec l'auteur, que cette maladie est d'une nature différente. On a observé à Paris quelques cas de fièvre typhoïde sans altération des follicules intestinaux; mais ces cas sont bien rares; car l'auteur de cette analyse, qui, pendant cinq années, a suivi l'un des services les plus importans des hôpitaux de la capitale, et a toujours apporté beaucoup d'attention dans ces sortes de recherches, n'en a pas rencontré un seul cas; cependant il paraît incontestable que ces cas, bien que rares, se rencontrent quelquefois, et nous ne pourrions, ce fait une fois admis, trouver de différence entre les cas de fièvre automnale rapportés ici par M. Gerhard, et les fièvres typhoïdes sans altération des follicules intestinaux. Mais, encore une fois, ce point est peu important. Le fait que nous avons voulu signaler, sur lequel nous insistons le plus et que nous regardons comme un progrès dans l'étude des connaissances médicales, c'est l'existence constatée et mise hors de doute de la fièvre typhoïde en nos climats dans l'Amérique du Nord.

REMARQUES SUR LES PROPRIÉTÉS MÉDICINALES ET LES EFFETS DU PRUSSIATE OU DU FERRO-CYANATE DE POTASSE; par le docteur BURLEIGH-SMART de Kennebeck (Maine).

L'effet immédiat ou primitif de ce médicament paraît être la sédation ou une diminution de la sensibilité et de la contractilité, ce que l'on reconnaît à la diminution de l'action du cœur, au ralentissement de ses battemens, à l'affaiblissement et à la décroissance du volume et de la force du pouls. Une dose un peu forte de prussiate de potasse suffit ordinairement pour diminuer au bout de quelques minutes et chez une personne en bonne santé, le nombre de battemens de dix pulsations par minute.

Ces effets sédatifs sont encore plus appréciables chez un sujet chez lequel le système vasculaire est dans un état de surexcitation. Une femme affectée d'une bronchite aiguë avec un râle sibilant très-fort, une respiration accélérée et des sueurs colliquatives, et dont le pouls donnait 132 par minute, a vu son pouls tomber en vingt-quatre heures à 100 par minute, et en huit jours à 88, avec une amélioration analogue dans tous les autres symptômes. Les observations suivantes que l'auteur pourrait, dit-il, multiplier beaucoup, ne laisseront aucun doute sur l'efficacité de ce sel comme sédatif.

OBS. — Un enfant âgé de quatre ans, qui souffrait depuis trois semaines d'une bronchite aiguë compliquée aussi d'inflammation du tissu du poumon, avait considérablement maigri; la fièvre avait pris le caractère hectique; la dyspnée était considérable, la toux fréquente; une sueur colliquative, des vomissemens de temps en temps, de la diarrhée. La circulation veineuse intérieure était gênée; il y avait de l'œdème aux pieds, aux jambes et à la face. Le pouls battait 160. L'enfant semblait devoir mourir avant peu de jours.

Tous les moyens employés ordinairement, le calomel, l'ipécacuanha, l'éthiops minéral, le lobelia, les solutions alcalines, les fomentations émollientes, n'avaient rien produit. On prescrivit la potion suivante.

Prenez : Eau distillée, 1 once.
Prussiate de potasse, 1 gros.

dont le malade devait prendre dix gouttes trois fois par jour. En peu de jours le pouls tomba à 140, avec diminution de la toux, de l'expectoration, des sueurs et de la dyspnée. On continua le même traitement, et au bout de neuf semaines l'enfant était complétement rétabli.

On peut retirer de l'emploi de ce moyen des effets très-avantageux dans le traitement des affections inflammatoires en diminuant la réaction et la douleur lorsqu'elle est excessive. Dans plusieurs cas d'érysipèle épidémique où la maladie occupait la tête et la face, ce moyen a diminué considérablement la douleur de tête, qui était excessive. Dans l'observation suivante, son efficacité a été également manifeste.

OBS. — Mme L., trois jours après être accouchée, se plaint de douleurs dans les reins et l'abdomen, de violente céphalalgie et d'un sentiment de brûlure dans l'estomac et les intestins. Les lochies et le lait coulent bien. On lui ordonne 40 gouttes de prussiate de potasse toutes les quatre heures, et dans l'intervalle dix gouttes de teinture de lobelia et de vin d'antimoine, à parties égales. Son pouls donne 130.

Le lendemain, le pouls ne bat plus que 88; le prussiate de potasse a déterminé une diminution considérable du mal de tête, quelques minutes après la première dose.

Au bout de quelques jours elle s'expose au froid et éprouve une espèce de rechute; le pouls donne 120; elle prend les mêmes médicamens, et le lendemain le pouls ne donnait que 90, et le surlendemain 62. La céphalalgie et les douleurs avaient complétement disparu.

Ce médicament agit encore comme diaphorétique et astringent. Mais pour obtenir tous les effets que l'on peut en désirer, on doit l'administrer trois, quatre ou cinq fois en vingt-quatre heures, à doses aussi fortes que le malade pourra les supporter, sans diminuer notablement ses forces et sans embarrasser l'expectoration. Dans quelques cas de

leucorrhée, l'auteur dit en avoir obtenu les plus heureux résultats; mais c'est dans le traitement des douleurs névralgiques de la tête, de la face et des dents qu'il a le plus d'efficacité.

Si l'on continue ce médicament à doses élevées pendant quelque temps, on déterminera souvent le ptyalisme avec rougeur, gonflement, sensibilité des gencives et développement d'aphtes dans la bouche et la gorge; mais l'auteur dit n'avoir point observé dans ces cas de gonflement des glandes salivaires ni de fétidité de la bouche, d'où il est porté à penser que dans ces cas le ptyalisme n'est pas produit, comme on l'a dit, par le mélange accidentel du mercure avec la préparation.

C'est sous la forme de solution que M. Smart préfère l'employer, et la fait préparer ainsi qu'il suit.

Prenez : Eau pure, 1 once.
Prussiate de potasse, 2 gros.

Il donne cette solution à la dose de trente à soixante gouttes. Trente gouttes sont la moindre dose qu'il donne à des adultes lorsqu'elle doit être répétée; mais il pense qu'il ne serait pas prudent de la répéter lorsque l'économie est sous l'influence d'une dose de soixante gouttes. Quarante-cinq gouttes ou quinze grains sont la dose la plus élevée qu'il convienne de donner lorsqu'elle doit être administré toutes les quatre ou six heures.

La teinture aromatique est le moyen dont il a retiré le plus d'avantage lorsqu'une dose trop forte avait été administré par hasard.

II. NORTH AMERICAN ARCHIVES OF MEDICAL AND SURGICAL SCIENCE.

Tel est le nouveau titre sous lequel paraît l'ancien journal de Baltimore, après une année d'existence. Il a changé aussi son mode de publication, et de trimestriel il est devenu mensuel. Nous en avons reçu les deux premiers cahiers pour octobre et novembre 1834; les articles originaux qu'ils contiennent sont les suivans : 1° *Bulletin clinique de l'infirmerie de Baltimore*, par l'éditeur, M. Geddings; 2° *observations sur la staphyloraphie*, par N.-R. Smith; 3° *choix d'observations*, par M. Geddings; 4° *remarques sur le fongus hématode*, par N.-R. Smith; 5° *deux cas d'anémie*, par M. Geddings; 6° *observation d'intussusception*, par M. Baër; 7° *pommade pour calmer l'irritation des tumeurs hémorrhoïdales*, par M. Geddings; 8° *observations chirurgicales, avec des réflexions*, par M. Smith; 9° *observations pour servir à la pathologie du système nerveux*, par M. Geddings; 10° *observations de maladies des ovaires*, par divers médecins américains; 11° *note sur la dysenterie et sur l'emploi de la noix vomique dans le traitement de cette maladie*, par M. Geddings.

BULLETIN CLINIQUE DE L'INFIRMERIE DE BALTIMORE, par le docteur GEDDINGS.

Cet article dans lequel il n'est question que de la fièvre gastrique ou intestinale, pour nous servir de l'expression employée par l'auteur, peut être considéré comme le complément du mémoire qu'il a publié dans l'un des derniers numéros du *Baltimore medical and surgical journal*. La fièvre gastrique dont il est question ici n'est autre que l'entérite folliculeuse ou la fièvre typhoïde des auteurs français. Ici nous nous trouvons ramenés à la question que nous examinions à l'instant à l'occasion du travail de M. Jackson sur le même sujet, savoir sur l'existence de la fièvre typhoïde en Amérique, et sur son identité avec celle que nous observons en Europe. Eh bien! il ressort des travaux de M. Geddings ou plutôt de son compte-rendu des cas observés à la clinique de son hôpital, non-seulement que la fièvre typhoïde présente en Amérique les mêmes phénomènes morbides et les mêmes altérations pathologiques, comme il ressort déjà des travaux de M. Jackson, mais encore qu'elles y sont très-fréquentes et qu'elles s'y observent dans des circonstances analogues à celles où on les rencontre chez nous. Les pas ages suivans empruntés à M. Geddings vont nous en donner la preuve.

Près de quatre-vingts cas de cette maladie ont été reçus à l'infirmerie; la plupart des sujets venaient des chemins de fer ou des bords des canaux, et étaient presque tous des Irlandais, arrivés depuis peu de temps dans le pays, et exposés par la nature de leurs travaux à toute espèce de fatigue et de privations. Il y avait aussi plusieurs Allemands et quelques marins nouvellement arrivés à Baltimore.

Chez ceux qui ont succombé les glandes muqueuses et les follicules de l'iléon ont été trouvées constamment; à l'exception d'un seul cas, fortement enflammées et largement ulcérées. Ces lésions occupaient la partie inférieure de cet intestin près du cœcum où on les trouvait aussi quelquefois ainsi qu'à la fin du jéjunum.

Nous ne resterons pas plus long-temps sur cette question d'identité qui, à nos yeux, est complétement décidée, et nous citerons seulement le passage suivant comme propre à faire connaître les funestes effets de la médication mercurielle dans le traitement de cette maladie.

Un grand nombre de malades qui avaient été traités avant leur entrée arrivaient avec une salivation qui, au lieu d'écarter la fièvre, avait au contraire beaucoup aggravé les symptômes. La sensibilité abdominale, la sécheresse de la bouche, les fuliginosités labiales, la prostration générale, étaient bien plus prononcées; la période nerveuse se développait plus promptement, et la maladie était beaucoup plus grave et bien plus difficile à conduire. Beaucoup d'individus qui n'avaient pas été traités par le mercure jusqu'à la salivation, mais chez lesquels on avait employé avec une grande activité les émétiques et les purgatifs, et surtout le calomel et le jalap présentaient après leur admission presque la même gravité.

Nous devons cependant faire observer ici surtout pour ce qui concerne la dernière réflexion, celle relative aux purgatifs, que le docteur Geddings aux talens et à l'érudition duquel nous aimons à rendre justice, est peut-être trop porté à faire jouer le principal rôle dans cette maladie, à l'altération du tube digestif, et, à l'exemple des médecins physiologistes, il est peut-être un peu trop prévenu contre la médication purgative.

OBSERVATIONS SUR LA STAPHYLORAPHIE, par N.-R. SMITH, professeur de chirurgie à l'université de Maryland.

L'auteur, après avoir rendu hommage au talent du chirurgien français qui a introduit la staphyloraphie dans la pratique chirurgicale, fait remarquer cependant que le nombre d'instrumens employés par M. Roux constitue « un grand appareil, » bien propre à effrayer sur les dangers et les embarras de l'opération. Ceux qu'a récemment imaginés M. Hosack, de New-York, méritent le même reproche. Le point important serait donc de simplifier tout cet appareil instrumental.

« Ayant été deux fois appelé, dit M. Smith, à pratiquer la staphyloraphie sur des personnes du dehors, et qui ne pouvaient attendre que je me fusse procuré les instrumens ordinaires, je fus obligé de recourir à de plus simples moyens, et je m'en suis servi avec tant de facilité que je suis bien décidé à n'en jamais employer d'autres.

» Le seul instrument indispensable et qu'on ne trouve point dans la trousse ordinaire, est une aiguille tellement simple que je l'ai fabriquée moi-même en quelques minutes. C'est une tige d'acier montée sur un manche fixe, terminé par une pointe un peu plus large que les aiguilles ordinaires, et courbée, à partir de la pointe, en un demi-cercle d'environ un demi-pouce de rayon. Au lieu d'être percée d'un chas, elle porte seulement, à deux ou trois lignes de la pointe, une échancrure qui entame un de ses bords jusqu'au milieu de la lame, et se dirige obliquement en dedans et en arrière ou du côté du manche. La lame est plus large en avant qu'en arrière de cette échancrure; en sorte que quand l'aiguille traverse les parties molles, l'angle postérieur de l'échancrure ne lui oppose aucun obstacle. On engage dans cette échancrure le bout d'un fil d'une longueur convenable et ciré de manière à pouvoir y adhérer légèrement. L'aiguille ainsi armée, on s'en sert de la manière suivante.

» Le malade placé dans une position convenable, et les mâchoires maintenues largement écartées par l'insertion d'un bouchon entre les dents molaires, le chirurgien introduit l'aiguille dans la bouche et porte sa portion recourbée au-delà de la fissure palatine, en dirigeant sa pointe derrière le milieu de la luette. Il ramène alors l'instrument en avant, de manière à traverser la luette d'arrière en avant avec la pointe. Si la luette n'offre point assez de résistance pour permettre à l'aiguille de la traverser avec facilité, on peut l'assujétir en saisissant son extrémité avec de fines pinces à pansement. Aussitôt que la pointe de l'aiguille fait suffisamment saillie en avant, c'est-à-dire dès qu'on aperçoit le bout du fil engagé dans son échancrure, l'opérateur peut retirer l'aiguille avec un léger mouvement, et le fil s'échappe en général facilement de l'échancrure et demeure dans la plaie. Mais pour plus de certitude, on peut le saisir avec des pinces ou un petit crochet, et le dégager ainsi de l'échancrure.

» La première ligature ainsi posée d'un seul côté, on en place une seconde à un demi-pouce au dessus; et dans quelques cas on peut en ajouter une troisième à égale distance de la seconde; mais il vaut mieux s'en abstenir quand il est évident que cette troisième ligature exercerait une action trop forte pour mettre en contact les deux lèvres de la

division. Il en résulterait beaucoup d'irritation ; et non-seulement on n'atteindrait pas le but qu'on se proposerait avec la troisième suture, mais on nuirait et peut-être on mettrait un obstacle absolu au travail d'adhésion des parties comprises entre les deux autres points de suture.

» Le second temps de l'opération consiste à rafraîchir les bords de la division. J'y suis parvenu avec une grande facilité, en saisissant les deux bouts de la ligature placée sur la luette, et en attirant par leur moyen la luette en avant. On ramène ainsi cette portion du voile palatin à une direction presque horizontale, et l'opérateur peut aisément rafraîchir les bords de la fente avec des ciseaux droits ou légèrement courbes sur le côté. Si l'on voulait se servir d'un bistouri droit boutonné, il faudrait donner la ligature à tenir à un aide, et saisir soi-même, avec de fines pinces à pansement, le bord interne de la luette. On prendra soin, dans ce temps de l'opération, de ne pas couper les ligatures supérieures ; et il est facile de les éviter en les repoussant en arrière assez loin du voile du palais.

» Le chirurgien s'occupe alors de passer les ligatures à travers l'autre côté du voile, ce qui se fait de la manière déjà indiquée. Mais pour rafraîchir le bord correspondant de la division, il faut procéder un peu différemment. L'anse de la première ligature, qui se trouve en arrière du voile dont elle embrasse les deux côtés, doit être ramenée en avant et jusque hors de la bouche. L'opérateur saisit cette anse en même temps que l'extrémité du fil qui traverse le côté à rafraîchir. Alors il peut attirer ce côté en avant, et faire agir dessus les ciseaux ou le bistouri, comme il avait fait pour l'autre.

» Reste enfin à serrer les ligatures, ce qui est encore très-facile, en formant avec les deux bouts de chaque fil le nœud du chirurgien, en entortillant chacun d'eux autour du second doigt de chaque main, portant les deux indicateurs le long des fils jusqu'au fond de la bouche, et tirant les deux bouts en dehors de manière à serrer le nœud. Quand les nœuds sont tous formés, on coupe les bouts des ligatures tout près des points de suture. »

Les autres précautions sont connues ; seulement le chirurgien américain recommande de faire boire et manger le malade immédiatement avant l'opération.

Si la fissure divise avec les parties molles une portion de la voûte osseuse du palais, comme c'est le cas le plus commun, le chirurgien ne doit pas chercher de prime abord l'oblitération de la portion antérieure de la fissure ; c'est beaucoup s'il obtient une réunion ferme et solide même d'une partie seulement du voile du palais au voisinage de la luette. Il est facile ensuite d'erriver à une oblitération complète, par l'emploi d'un obturateur convenable. « Celui dont je me sers, dit M. Smith, est d'ivoire, et a été facilement confectionné par les tourneurs d'ivoire. Il consiste en deux boutons concaves appliqués l'un contre l'autre par leur convexité, et dont l'un est un peu plus large que l'autre. Il existe conséquemment entre leurs bords une gouttière de quelque profondeur et large d'environ deux lignes à la circonférence. Les faces concaves sont creusées, de manière que l'instrument est fort mince et fort léger. On l'insère dans l'ouverture qu'on veut oblitérer, de la même manière qu'on passe un bouton de chemise dans sa boutonnière, le bouton le moins large en haut ; et il est maintenu en place par les bords contractiles du voile palatin qui se logent dans sa gouttière.

» J'ai pratiqué deux fois la staphyloraphie. Dans le premier cas je n'ai pas obtenu un succès définitif, bien que l'adhésion existât à l'époque où les ligatures furent retirées. Mais il survint une violente inflammation de l'arrière-gorge, et le lendemain le palais fut divisé par une ulcération. Le malade ne voulut point se soumettre à un second essai. L'autre opération réussit sans difficulté. La portion réunie du voile palatin n'était pas cependant bien large, mais elle l'était assez pour me permettre de placer un obturateur de manière à rendre au palais son intégrité. Le malade parla immédiatement avec beaucoup plus de netteté qu'auparavant ; la pression de l'instrument ne lui occasionait qu'une gêne légère. Mais je ne puis dire s'il s'en est toujours servi avec le même avantage, n'en ayant eu aucune nouvelle depuis. »

EXTRAIT D'UN RECUEIL D'OBSERVATIONS, par M. GEDDINGS.

M. Geddings publie sous ce titre trois observations qui offrent toutes beaucoup d'intérêt.

La première a pour titre : *Suppression complète d'urine par suite de contusion, et oblitération de la partie membraneuse de l'urètre ; ponction de la vessie au-dessus du pubis ; opération pour le rétablissement de l'urètre ; guérison.* L'individu avait fait quelques semaines auparavant une chute dans laquelle le bord d'une planche avait heurté violemment le périnée et occasioné un obstacle temporaire à l'écoulement de l'urine. En peu de jours, l'émission urinaire s'était rétablie, moins libre cependant qu'auparavant ; et quand le malade s'offrit à M. Geddings, il n'avait pas uriné depuis quarante-huit heures. Tous les essais de cathétérisme furent inutiles ; le bain chaud, la saignée, le laudanum à hautes doses, rien n'y fit. Un obstacle dur et solide existait derrière le bulbe et paraissait occuper une étendue de plusieurs lignes. M. Geddings plongea un bistouri étroit au-dessus de la symphyse pubienne, et le long de la lame glissa jusque dans la vessie une sonde de femme ; ainsi fut procurée l'évacuation de l'urine. Le troisième jour, on fit une incision au périnée pour rétablir la continuité de l'urètre ; on réussit, et le malade fut renvoyé deux mois après son entrée parfaitement guéri.

Tout en rendant justice au talent et aux ressources déployées par l'opérateur, nous ne pouvons nous abstenir de quelques réflexions. C'est après quarante-huit heures de suppression d'urine que M. Geddings a jugé l'urètre *oblitéré*, et qu'il s'est déterminé à deux opérations assez graves. Le diagnostic pourrait sembler un peu prompt ; il n'est pas encore suffisamment établi dans la science que l'urètre soit quelquefois complétement oblitéré ; et surtout, pour admettre cette oblitération dans le cas cité, il faudrait d'autres preuves. Dans les cas de ce genre, les injections forcées de M. Amussat ont à la fois ce double avantage, de préciser le diagnostic et de forcer sans danger l'oblitération apparente. La ponction à l'aide du bistouri est un procédé que nous ne saurions approuver que dans le cas seulement où l'opérateur n'aurait pas un trocart à sa disposition. Enfin, la boutonnière pratiquée au périnée ne doit jamais être tentée que comme dernière ressource, et nous penchons à croire que les injections forcées auraient permis l'introduction de bougies, ce qui aurait singulièrement simplifié le traitement. Le succès ne suffit pas même pour le justifier ; on s'it tout ce qu'il faut rabattre de ces guérisons *parfaites* dans les rétrécissemens urétraux les plus simples ; et l'on peut affirmer que pour le malade dont il s'agit, la guérison demeurera toujours très-imparfaite. Elle l'eût été avec toute autre méthode de traitement ; mais peut-être le malade aurait-il eu plus de chances de sécurité si l'on était parvenu à dilater l'ancien urètre, qu'il n'en a avec son urètre tout artificiel, et creusé au milieu des tissus indurés.

Le second fait a rapport à une nécrose avec exostose de la diaphyse du fémur, à la suite d'une fracture comminutive ; l'opération habilement pratiquée fut suivie d'un succès complet. Enfin la dernière offre l'histoire d'une extirpation des trois premiers os du métatarse et des trois cunéiformes pour cause de nécrose, et en ménageant les orteils correspondans ; le malade guérit très-bien et la conservation de ces orteils lui fut d'une incontestable utilité pour la marche. Nous ne pouvons ici que louer la hardiesse du chirurgien dans ce cas tout nouveau ; car jamais, à notre connaissance, une semblable opération n'avait été tentée, et peut-être *à priori* aurait-on préjugé qu'elle ne devait pas l'être.

M. Geddings avance en terminant que ce cas est un de ceux où l'amputation de la jambe est jugée nécessaire. Nous savions déjà, par Sam. Cooper, combien peu, il y a quelques années, l'opération de Chopart était connue en Angleterre ; mais depuis qu'une longue paix et des communications incessantes propagent chaque jour d'un pays à l'autre les faits importans, les procédés nouveaux, les découvertes de tout genre, nous n'aurions pas cru qu'il fût nécessaire de rappeler que la chirurgie française a offert dans ces cas deux ressources capitales, l'amputation de Chopart et celle de M. Lisfranc.

REMARQUES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU FONGUS HÉMATODE, par le professeur N.-R. SMITH.

Les deux points de l'histoire du fongus hématode qui sont l'objet de ce travail présentent quelque chose de si nouveau et de si extraordinaire que, malgré toute l'autorité du savant professeur américain, nous désirerions les voir vérifier de nouveau avant d'admettre définitivement dans la science les conclusions qu'il en tire. Ce sont deux faits qui tendent à prouver : 1° que le fongus hématode peut quelquefois abandonner la partie qu'il a primitivement affectée, laquelle revient alors à sa condition saine et normale ; 2° que le fongus hématode à son début peut être réprimé, sans opération, par des moyens généraux et locaux. De semblables observations perdraient à être abrégées ; nous ne changerons donc rien au récit de l'auteur.

Obs. — En 1829 je fus consulté par mon ami le docteur Howland, au sujet d'une pauvre femme qui souffrait d'un fongus saignant situé dans le vagin, sur la cloison recto-vaginale. Tous les traits du fongus hématode étaient fortement dessinés. Il y avait un écoulement presque constant d'un liquide sanieux, extrême-

ment fétide; de temps à autre survenaient des hémorrhagies considérables; et quelquefois il s'échappait des masses de matière médullaire molle, mêlée aux caillots. On en retirait toujours en plus ou moins grande quantité lorsqu'on examinait la tumeur avec le doigt, et l'on faisait aussi revenir l'hémorrhagie.

Bien que le succès d'une opération ne fût rien moins que certain, la malade la désirait avec force. On tenta donc l'extirpation avec le bistouri; il fut nécessaire d'enlever une portion considérable de la cloison recto-vaginale; et les vaisseaux divisés versèrent une grande quantité de sang.

La malade fut bientôt rétablie des effets immédiats de l'opération; mais quelques semaines après, la maladie reparut dans les mêmes parties. Lorsque cette récidive fut bien constatée, le cas fut jugé désespéré, et l'on s'en tint à un traitement purement palliatif. Les glandes de l'aine ne tardèrent pas à s'affecter et à s'accroître beaucoup en volume.

Après m'être assuré de l'état de la maladie, je restai quelque temps sans revoir la femme; et lorsque enfin je revins la visiter, je trouvai à ma grande surprise que la maladie avait spontanément et presque complétement disparu de son siége primitif ainsi que des glandes de l'aine; en revanche plusieurs petites tumeurs s'étaient récemment développées dans les mamelles et dans leur voisinage, avec tous les caractères d'un fongus commençant. Elles offraient cette sensation d'une pulpe élastique, et ne s'accompagnaient que d'une légère irritation.

Il s'écoula de nouveau un temps considérable avant que je revisse la patiente. Mais à ce nouvel examen les tumeurs des mamelles avaient totalement disparu, et la maladie avait commencé à attaquer les ganglions de la région iliaque en dedans de l'abdomen. Elle continua à y faire des progrès jusqu'à ce qu'enfin la malade succomba. A l'autopsie, on trouva que l'affection avait envahi les glandes inguinales des deux côtés et s'était étendue fort loin à celles du mésentère. C'était bien manifestement un fongus médullaire. Je dois ajouter qu'avant la mort, elle avait recommencé ses ravages dans le vagin et avait même attaqué l'utérus.

On voit par les détails de ce fait que ce n'est pas le fongus hématode arrivé à l'état de fongus saignant qui a disparu, mais seulement les petites tumeurs commençantes des mamelles. Ce serait donc à ces cas de tumeurs commençantes qu'il faudrait restreindre cette proposition du professeur Smith; que « l'influence de la nutrition sur ces tumeurs étant reconnue plus grande qu'on ne la suppose généralement, on peut avoir l'espoir d'exciter et de diriger cette influence par des remèdes, de manière à obtenir fréquemment la disparition complète de la maladie.» L'observation suivante semble appuyer cette prévision.

Obs. — M. Wilkinson, ouvrier chapelier, âgé de 25 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, s'aperçut tout à coup d'une petite tumeur sphéroïdale développée immédiatement au-dessous de la partie la plus saillante de l'os de la pommette. Cette tumeur s'accrut lentement; et au bout de trois ou quatre semaines, lorsque le malade se présenta à nous, elle n'était pas plus grosse qu'une petite noix. Elle adhérait évidemment en un point au périoste, bien qu'elle fit saillie en partie dans les parties molles de la joue; et en plaçant un doigt dans la bouche on pouvait la saisir et la faire mouvoir avec quelque liberté. Les bords en étaient durs; le sommet présentait un aspect comme livide, et à la pression on y sentait manifestement la sensation de pulpe élastique qui caractérise si bien le fongus médullaire.

Vers ce même temps une semblable tumeur s'était montrée sur le centre de l'articulation sterno claviculaire, et semblait adhérer aux ligamens. Elle offrait les mêmes caractères que celle de la face, la base dure, le centre rouge, la sensation pulpeuse. Toutes deux s'accompagnaient d'un peu de douleur.

Je commençai par appliquer le traitement antiphlogistique. J'appliquai des sangsues, je prescrivis des lotions froides, des cathartiques, un régime sévère et le repos. Il ne s'en suivit aucun changement si ce n'est un accroissement lent des deux tumeurs. Celle du sternum sembla se propager le long du muscle sterno-mastoïdien, conservant toujours sa base dure et la consistance pulpeuse au centre.

Alors j'en vins à l'administration de la teinture d'iode à la dose de dix gouttes, trois fois par jour. J'ordonnai en même temps tous les soirs une pilule altérante et apéritive avec deux gros d'aloës, deux grains de masse bleue (*blue mass*) et un demi-grain d'ipéca. Les tumeurs furent constamment recouvertes d'emplâtre mercuriel. Ce traitement fut continué deux ou trois semaines sans aucun amendement; mais au bout de ce temps je vis avec satisfaction la base dure des deux tumeurs diminuer et devenir plus molle. Je regardai cette circonstance comme un signe favorable, ayant observé que la production de la substance dure précède invariablement celle de la substance pulpeuse, et la première paraissant être la matrice nécessaire de l'autre. L'amélioration fit des progrès, jusqu'à ce que toutes les portions dures des tumeurs eussent disparu à la longue. Alors, et seulement alors, la portion pulpeuse commença à être absorbée, et à la fin il ne resta plus aucun vestige de la maladie.

On sait que plusieurs anatomistes modernes professent l'opinion que le fongus médullaire et le squirrhe sont d'une nature identique, avec cette différence que le premier contient plus que l'autre de matière médullaire et moins de tissu fibreux. « J'avais d'abord adopté cette idée, dit M. Smith, mais je me suis convaincu par mon expérience personnelle, que ce sont deux affections spécifiquement différentes. Le véritable squirrhe se montre rarement, sinon jamais, chez les enfans; le fongus médullaire n'est nullement rare à cet âge. Le squirrhe attaque généralement les tissus glandulaires, la peau ou les surfaces muqueuses; le fongus a une prédilection particulière pour les tissus fibreux. » Ce parallèle aurait pu être poussé beaucoup plus loin; et nous pensons avec M. Smith qu'on s'est trompé en confondant l'une avec l'autre deux affections, qui sans doute offrent quelques points de contact, mais qui diffèrent d'ailleurs par des caractères nombreux et extrêmement tranchés.

Observations chirurgicales avec remarques, par M. N. R. Smith.

Ces observations sont au nombre de trois. La première concerne un gonflement du cordon spermatique causé par une infiltration de sérosité dans les tissus qui enveloppent ses vaisseaux. Le tout formait une tumeur dure, cylindrique. Quand le malade se présenta, il avait en outre tous les symptômes d'une hernie étranglée. L'opération fut faite; le malade succomba la nuit suivante, et l'autopsie démontra, avec la lésion du cordon indiqué, une inflammation très-aiguë du péritoine et des intestins. Ce fait mérite d'être pris en considération dans l'histoire des hernies étranglées.

Le second n'est pas moins intéressant. Il s'agit d'une extirpation de l'astragale pour une nécrose complète de cet os. Le malade guérit parfaitement bien; le membre resta plus court que l'autre, et le malade boitait beaucoup; mais il se tenait fermement sur cette jambe, marchait sans douleur, et il avait même gardé quelque mouvement dans l'articulation.

L'autre observation a trait à une excision des amygdales à l'aide d'un instrument nouveau, que l'auteur préconise également pour l'excision de la luette et des tumeurs hémorrhoïdales. C'est une paire de ciseaux dont les tranchans sont concaves et se regardent par leur concavité; deux crochets sont fixés sur une face de chaque lame, afin de s'implanter dans la portion de tumeur à réséquer, et d'empêcher ainsi l'instrument de glisser. L'invention ne nous paraît pas heureuse, et le professeur Smith n'a pas suivi en cette occasion les règles si sages sur la simplification des instrumens qu'il avait posées lui-même dans le mémoire sur la staphyloraphie, dont nous avons rendu compte plus haut.

Note sur la dysentérie, et sur l'emploi de la noix vomique dans le traitement de cette maladie; par le docteur Geddings.

L'auteur ayant rencontré fréquemment, surtout pendant l'automne, des cas de dysentérie qui restaient rebelles à tous les moyens que l'on emploie d'ordinaire dans le traitement de cette maladie, fut porté à essayer la noix vomique dans quelques cas qui, pour la plupart, avaient résisté à tous les autres moyens. Dans ces cas les accidens fébriles n'étaient pas très-développés, mais il y avait de fréquens besoins d'aller à la selle, un ténesme et une pesanteur considérable sur le rectum, et l'impossibilité de rendre autre chose que des mucosités sanguinolentes. Dans quelques-uns de ces cas, la noix vomique, bien qu'utile, n'a cependant pu suffire pour accomplir la guérison entièrement; dans d'autres, ses effets furent si avantageux que l'auteur croit devoir publier les résultats de ses observations.

Il commence par administrer la noix vomique en poudre à la dose de 7 grains, trois fois par jour, comme le recommande Vaux d'Ipswick. Chez un individu auquel ce médicament fut administré sous cette forme, les bons effets furent prompts; les coliques, le ténesme et les besoins fréquens d'aller à la garde-robe disparurent avec rapidité. Le même moyen réussit aussi dans d'autres cas, ainsi que l'extrait alcoolique de Pelletier, administré à la dose de 2 grains trois fois par jour, et la strychnine donnée sous forme d'acétate à la dose d'un sixième, à un douzième de grain. Les essais faits par l'auteur ne sont cependant pas assez nombreux pour qu'il puisse décider à laquelle de ces trois préparations on doit donner la préférence. Il pense qu'il serait utile, sous quelque forme qu'on l'administrât, d'y joindre une petite quantité d'opium.

Les bons effets de la noix vomique dans le traitement des affections de la membrane muqueuse, sont connus depuis long-temps; mais il est probable qu'on l'emploie moins fréquemment qu'on ne devrait le faire. Le Suédois Hagtrom est, nous pensons, le premier qui l'ait recommandée dans la dysentérie. Le célèbre Hufeland dit l'avoir employée avec avantage dans le traitement de la dysentérie épidémique. Thomann et Richter l'indiquent comme un moyen puissant pour calmer les coliques et les épreintes si douloureuses dans cette maladie. Voici la formule sur laquelle la prescrit ce dernier.

Prenez : Extrait de noix vomique,	2	scrupules.
Mucilage,	1	once.
Eau pure,	6	onces.
Sirop d'Althéa,	1	once.

M. S. D. A prendre deux cuillerées toutes les deux heures.

Most, écrivain récent, paraît avoir employé la noix vomique avec avantage dans ce qu'il appelle la dysentérie pituiteuse. Il recommande surtout la formule suivante, que l'on peut continuer pendant plusieurs jours, lorsque la maladie se prolonge.

Prenez : Noix vomique, 4 gros.

Faites bouillir pendant une demi-heure dans suffisante quantité d'eau, pour qu'elle se réduise à 6 onces, et ajoutez après l'avoir passée :

Teinture d'opium, 2 gros.

A prendre par cuillerée toutes les deux heures.

III. THE UNITED STATES MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Nous avons sous les yeux sept numéros de ce journal, qui paraît à New-York et à Philadelphie, par cahiers mensuels, depuis le mois d'août 1834. Nous en extrairons d'abord les articles suivans, nous réservant d'y revenir dans la prochaine revue.

OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES, par R. ARCHER, D.-M. à Monro (Virginie.)

Le sulfate de quinine est aussi efficace dans les pays nouvellement ouverts à la culture, que dans notre vieille Europe. Le docteur Archer croit même que l'on ne pourrait trouver un médicament dont l'action fût plus certaine toutes les fois que la fièvre intermittente est simple, c'est-à-dire toutes les fois qu'elle n'est point compliquée de trouble de quelque organe important. Aussi nous ne nous arrêterons pas sur la médication que conseille l'auteur, et qui ne diffère presque en rien de celle qui est généralement admise chez nous. Nous citerons seulement un passage de son article relatif aux modifications qu'éprouvent les maladies régnantes dans ces contrées nouvellement habitées. « Les affections bilieuses, dit-il, sont aujourd'hui beaucoup moins fréquentes et moins prononcées sur toute la côte méridionale de l'Océan atlantique, qu'elles ne l'étaient à une époque encore peu éloignée de nous, tandis que, dans les lieux un peu plus éloignés de la mer, ces maladies deviennent au contraire de plus en plus fréquentes. Il serait difficile de trouver la cause de ce changement, car l'aspect des lieux n'a pas été modifié assez notablement pour qu'on puisse l'attribuer à cette seule cause. Ainsi, il y a vingt ans, les fièvres intermittentes régnaient annuellement et avec une grande violence aux environs de Monro; et aujourd'hui les cas de cette maladie y sont extrêmement rares; et cependant les causes auxquelles on attribue ordinairement ces fièvres, sont les mêmes qu'à l'époque dont nous parlons. Ce sont les mêmes ruisseaux, les mêmes marais et la même indolence héréditaire de la part des habitans. La seule différence est dans l'extension de la culture et l'accroissement de la population. C'est donc à cette cause spécialement qu'il faut attribuer le changement que nous venons de signaler. »

OBSERVATION DE CATALEPSIE, par le docteur MC. COMB, de New-York.

Les cas de catalepsie sont très-rares; il est même beaucoup de praticiens qui n'en ont pas observé un seul cas tranché. Aussi, bien que le fait suivant laisse à désirer un grand nombre de détails importans, cependant nous le reproduisons tel qu'il est rapporté.

OBS. — Le 27 juillet 1831, je fus prié de visiter une petite fille de 7 ans. On m'apprit qu'étant à jouer et à sauter elle était tombée subitement, et qu'auparavant elle jouissait de la meilleure santé. Je la trouvai couchée sur le dos, les yeux en apparence fixés sur quelque objet particulier; elle ne répondait à aucune des questions que je lui adressais, et les personnes qui l'entouraient m'apprirent qu'elles avaient cherché en vain à se mettre en rapport avec elle. Sa respiration parais sait parfaitement naturelle. Je soulevai sa main et son bras pour examiner le pouls; il battait 90 et était un peu dur; et je voulus ensuite les laisser retomber ou les abaisser tout doucement; mais à mon grand étonnement je vis qu'ils restaient dans la position où je les avais placés. Je fis la même expérience avec le bras de l'autre côté et obtins le même résultat. J'inclinai ensuite sa tête sur sa poitrine et j'élevai ses jambes en donnant à toute sa personne presque la forme d'un cercle, et elle resta pendant dix minutes dans cette position que je lui fis quitter sur la demande de sa famille. J'abaissai l'une des paupières tandis que l'autre restait ouverte. Enfin dans quelque position que je la plaçasse, elle la conservait sans changement. Après ces expériences je lui pratiquai une saignée de 10 onces; je lui ordonnai un bain tiède et des injections stimulantes. Au bout d'une heure il n'y avait aucun changement, quand tout à coup elle revint à elle pendant l'administration d'un lavement. Comme elle était fortement constipée je lui prescrivis dix grains de calomel avec autant de rhubarbe, et depuis trois ans, que cet accident a eu lieu elle n'a éprouvé rien d'analogue.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LE CHOLÉRA ASIATIQUE et sur son apparition dans l'Amérique du nord; par le docteur YATES, de New-York.

Nous ne retracerons pas la partie historique de ce mémoire, qui ne nous offrirait sous ce rapport rien de bien neuf; nous rappellerons seulement que c'est au mois de juin 1832 que le choléra fut observé pour la première fois dans l'Amérique septentrionale. Développé d'abord à Québec, à la suite de l'arrivée d'un paquebot chargé d'émigrans et dont trente-neuf étaient morts pendant la traversée. Il y enleva, dans l'espace de trois mois, 2,248 personnes sur une population de 27,000. De là il se répandit rapidement dans les contrées voisines, où il visita toutes les cités importantes; s'arrêtant cependant, au rapport de l'auteur, seulement dans les endroits qui reposent sur un terrain d'alluvion, évitant au contraire ceux de formation primitive et secondaire. Cette observation, qui avait été faite déjà en Europe, où cependant on a observé, nous croyons, quelque exception à cette espèce de règle, nous semble assez importante pour que nous la signalions ici.

Cette maladie, dit le docteur Yates, a constamment suivi dans sa marche les villes et les cités qui se trouvent sur le bord des lacs et des rivières; son cours a toujours été borné aux terrains d'alluvion. Aussi la plupart des villes des États-Unis, situées sur les bords des lacs ou des rivières, ont souffert du choléra; tandis que les six états du sud, tels que la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, qui reposent presque entièrement sur des terrains de première ou de seconde formation, sont restés à l'abri de ses ravages. Le même auteur émet une autre opinion plus originale peut-être encore que la dernière, mais qu'il nous suffira d'exposer pour faire sentir combien elle est dénuée de fondement.

Suivant lui, l'altération du sang est le principal phénomène du choléra, et cette altération dépend de ce que ce fluide ne reçoit plus le chyle qui lui est indispensable pour sa réparation; mais en même temps que le chyle n'arrive plus dans le sang, le chyme, privé de la bile qui lui est nécessaire pour la formation du chyle, est rejeté par les selles sous la forme de ce fluide, semblable à de la décoction de riz qui est, on peut dire, caractéristique du choléra asiatique.

C'est donc le trouble de la sécrétion biliaire qui, dans cette explication, est le point de départ appréciable. L'altération qu'éprouvent le chyme et le chyle, leur évacuation presque immédiate par les garde-robes, et enfin l'altération du sang, ne sont que des résultats secondaires, mais presque nécessaires, de ce désordre de la sécrétion biliaire. Il resterait cependant encore une chose à démontrer, et qui est de quelque importance; c'est que les évacuations blanchâtres sont le produit d'une digestion intestinale imparfaite, tandis que leur abondance dans quelques cas et les circonstances dans lesquelles elles apparaissent le plus souvent ne permettent pas de douter qu'elles soient le produit d'une sécrétion tout-à-fait spéciale.

OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE ENDÉMIQUE, par le docteur A. COVENTRY, d'Utique.

Le traitement adopté par le docteur Coventry nous paraît être celui qu'emploient dans les mêmes circonstances la plupart des médecins des États-Unis; il ne sera donc pas sans importance de le faire connaître avec quelques détails.

S'il est appelé auprès d'un malade pendant la première période de la fièvre, il commence ordinairement par pratiquer une saignée jusqu'à la syncope, à moins que la faiblesse de la constitution, ou quelque autre circonstance l'empêchent d'avoir recours à la lancette. Aussitôt que le malade est revenu à lui, il lui fait prendre une forte dose de calomel ou de calomel et de jalap. Lorsque la saignée a suffisamment diminué l'éréthisme du système vasculaire et que le canal alimentaire a été abondamment évacué, alors il donne la poudre suivante :

Prenez : Nitrate de potasse, 5 gros.
Calomel, de 1 à 2 grains.
Tartrate antimonié de potasse, 1/4 de grain.

A prendre toutes les deux ou trois heures, jusqu'à ce que l'action du mercure sur l'économie commence à se manifester, soit par la respiration, soit sur les glandes salivaires. Alors il suspend l'administration du calomel; car il évite avec soin de déterminer une salivation abondante, pensant qu'il suffit que l'économie soit soumise à l'influence du mercure pour que le calomel produise tout ce que l'on peut en attendre. Si la maladie tourne vers l'adynamie, il substitue le muriate d'ammoniaque au nitre, et continue ou supprime le tartrate d'antimoine, suivant les circonstances, et pendant la convalescence, quelques infusions aromatiques ou amères, ou de légers toniques, sont destinés à relever les forces.

NOTE SUR L'EMPLOI A L'EXTÉRIEUR DU SEL décrit par le docteur CHARNING (hydrargirate de potasse ioduré); par le docteur Walton, chirurgien de l'institution des Aveugles de New-York.

Ayant voulu préparer, suivant la méthode indiquée par le docteur

Charning une petite quantité de ce sel, le docteur Walton dit qu'il trempa par hasard le bout des doigts dans la solution, en voulant enlever le plat qui la contenait. Quelques jours après il remarqua que les doigts qui avaient trempé dans la solution de ce sel, étaient moins gros, moins fermes, et semblaient amaigris, comme si la graisse sous-cutanée avait entièrement disparu. Cette remarque, jointe à la connaissance de la nature des principales substances dont ce sel est composé, et de sa grande solubilité, lui donnèrent l'idée d'en essayer l'emploi dans le traitement des tumeurs. Dans un cas d'ophthalmie du bord des paupières, où il avait essayé en vain de faire disparaître le gonflement des glandes de Meïbomius, par des frictions pratiquées avec l'onguent mercuriel, il employa le nouveau sel dans la proportion de dix grains pour une once d'axonge, chaque jour les paupières gonflées furent frictionnées pendant quinze minutes avec cette pommade. On avait soin d'éviter qu'elle portât sur la conjonctive; on continua en même temps de toucher les bords des paupières avec de la pommade faible de précipité rouge, et avec un collire très-faible de sublimé corrosif. Au bout de trois semaines le malade était guéri. Il a fait disparaître, par des frictions pratiquées avec la même pommade, plusieurs tumeurs qui avaient résisté à l'emploi de l'onguent mercuriel, et contre lesquelles il était décidé à employer le bistouri.

Cet onguent acquiert des propriétés très-irritantes, et même détermine la production d'une éruption herpétique particulière, lorsque le sel y est porté à la dose d'une drachme pour une once d'axonge. Cette préparation a le double avantage de produire une contre-irritation en même temps qu'elle excite l'absorption. Elle a parfaitement réussi dans quatre cas de ganglions du poignet, dans lesquels elle a été employée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 avril.

THERMO-ÉLECTRICITÉ.

M. Peltier adresse quelques renseignemens sur les précautions indispensables pour se garantir des courans secondaires, dans l'emploi des couples thermo-électriques à la mesure des températures des milieux éloignés.

Il y a, dit M. Peltier, trois causes principales d'erreur :

La première est dans le mode d'union du fil négatif du couple avec le fil galvanométrique. Si les fils sont hétérogènes, comme cela a lieu avec le fil negatif en platine, il faut que les extrémités en contact soient mises dans des tubes fermés et plongés dans un liquide qui les maintient à la même température. Ces précautions sont également urgentes entre la rosette et le laiton.

La deuxième est dans le courant qui traverse un fil vertical. Cette cause d'erreur, toujours faible et souvent nulle dans le sondage des eaux ou des mines, n'est préjudiciable que dans la mesure des regions atmosphériques dans les temps secs ou orageux. Comme on ne peut l'éviter, il faut en tenir compte. Pour cet effet, on unit l'un après l'autre chacun des fils à un des bouts du multiplicateur, tandis que l'on prolonge l'autre jusqu'au sol. Si les deux deviations obtenues sont égales, il n'y a pas à en tenir compte, chacun des courans neutralise l'action dynamique de l'autre dans le circuit fermé. Si celle du fil négatif est plus forte, on ajoute ou on retranche la différence à la déviation que l'on obtient ensuite dans la mesure de la température, selon que cette dernière déviation est contraire ou semblable.

La troisième et la plus grande cause d'erreur est celle qui, dans les sondages, provient de l'inégale action des eaux sur les fils metalliques; il s'établit un couple voltaïque qu'il faut absolument faire disparaître; les enduits gras ou résineux ne sont bons qu'à cette condition, qu'il n'y aura nulle part de denudation. C'est une condition trop éventuelle pour y donner son entière confiance; et, tout en l'admettant comme un préservatif utile, j'ai dû, dit M. Peltier, recourir à un autre moyen.

Pour obtenir le résultat cherché, j'ai rendu l'extérieur des fils identique à l'action du liquide, en les etamant l'un et l'autre dans toute leur longueur, sauf un bout aux extrémités soudées, mais enfermées hermétiquement dans des tubes de verre. Ces fils, recouverts de soie et goudronnes sont enroulés lâchement. Ainsi préparée, cette torsade thermoscopique peut être immergée dans toute espèce d'eau, sans que l'expérience en soit troublée. Si l'on n'a pas recouvert les fils de substances résineuses, il ne faut opérer qu'après quelques instans d'immersion; il s'établit alors un équilibre d'action sur les deux étamages, et l'aiguille du galvanomètre reste à 0 si les températures sont égales. Cependant, il est plus prudent de ne pas se priver du préservatif résineux.

— M. Aimé annonce qu'il est parvenu à produire, avec l'électricité ordinaire, la plupart des phénomènes d'induction volta électrique découverte par M. Faraday. Il demande des commissaires pour examiner son travail.

MM. Arago et Becquerel sont nommés commissaires.

— M. Double lit un rapport sur un mémoire de M. Labat touchant les heureux effets d'une atmosphère froide dans la fièvre jaune.

Le mémoire de M. Labat contient trois observations de fièvre jaune traitées et guéries à l'aide de l'air froid. Le rapporteur fait observer que rien ne prouve que ces trois guérisons soient dues à la méthode employée, méthode dont les avantages ne sont rien moins qu'apparens, et dont les inconvéniens sont, au contraire, très-nombreux et très graves. Le mémoire de M. Labat, dit M. Double en concluant, ne nous paraît donc mériter en aucune manière l'approbation de l'Académie.

ÉLECTION DE M. BRESCHET.

L'Académie procède à l'élection d'un membre pour la place devenue vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Dupuytren.

Les candidats presentés par la section sont : 1° M. Breschet; 2° M. Lisfranc; 3° MM. Velpeau et Sanson aîné, *ex æquo*. Le nombre des votans est de 55. Au premier tour de scrutin, M. Breschet obtient 41 suffrages; M. Civiale, 7; M. Lisfranc, 4; M. Velpeau, 3.

M. Breschet est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'acceptation du roi.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'ORCINE, par M. ROBIQUET.

L'auteur, après s'être livré à quelques considérations générales sur les matières colorantes, fait remarquer que deux d'entre elles ont été obtenues incolores, et il rappelle avoir démontré en 1829 que la matière colorante des orseilles ne préexiste pas dans les lichens qui servent à la fabrication de ce produit tinctorial, mais qu'il résulte de l'altération d'une matière sucrée incolore et cristallisable qu'il est parvenu à isoler. M. Robiquet a cherché à déterminer sous quelles influences précises cette métamorphose pouvait s'opérer, et il a reconnu qu'il fallait le concours simultané de l'ammoniaque, de l'oxigène et de l'eau; mais il a remarqué que ces deux derniers corps n'y intervenaient que pour une bien faible part, et que l'ammoniaque était reellement l'agent essentiel de cette réaction. M. Robiquet a ensuite établi par des experiences suivies que cette production de matière colorante n'est point le resultat d'une simple combinaison de l'ammoniaque avec l'orcine ou matière sucrée, mais que cet alcali n'intervient dans cette réaction que par ses élémens, pour produire, avec le concours de l'humidité et de l'oxigène, une matière colorante qui ne conserve avec la matière primitive aucune analogie de proprietés ou de composition.

Passant de ces données à ce que nous connaissons de l'indigo, et après avoir considéré : 1° qu'il se dégage nécessairement de l'ammoniaque dans les diverses manipulations auxquelles on a recours pour la fabrication de l'indigo; 2° que le concours de l'oxigène est nécessaire à la coloration de l'indigotine; M. Robiquet regarde comme probable que le radical indigotique ne passe également à l'état de matière colorante que sous l'influence de l'ammoniaque, de l'oxigène et de l'eau, et il présume que ce radical, tel qu'il existe dans la plante, ne doit pas être azoté. M. Robiquet pense en outre que ce radical, qu'on trouve naturellement en solution dans le suc acide de la plante, n'a rien de commun avec l'indigotine réduite de Berzélius, qui ne se dissout que dans les alcalis; et, selon toute apparence, ne diffère de l'indigo que par une certaine proportion d'oxigène.

OBSERVATIONS SUR LA FORME PRIMITIVE DES EMBRYONS VÉGÉTAUX, par M. DUTROCHET.

La première partie de ce mémoire, la seule que l'auteur ait fait connaître par extrait, est relative à l'embryon seminal du tame (*tamus communis*).

Dans le principe, l'embryon séminal du tame consiste en un simple globule sphérique; plus tard, il devient pyriforme. La partie renflee de cet embryon pyriforme est l'embryon globuleux primitif; la partie conique qui le surmonte est le cotylédon. Lors de la germination, le cotylédon se développe sans sortir de l'intérieur de la graine, où il est environné par le périsperme, dont il absorbe peu à peu la substance. L'embryon globuleux primitif que surmonte le cotylédon ne s'allonge point; il conserve sa forme sphéroïde, et son développement sous cette forme le porte hors des enveloppes de la graine; ainsi la graine du tame, nouvellement germée, ne produit au dehors que cet embryon globuleux considérablement accru en volume; il n'y a point du tout de radicule pivotante. Cet embryon est le premier mérithale tubéreux et sphérique qui conserve cette forme pendant deux années en continuant de s'accroître en grosseur, toujours sans produire de racine pivotante, et seulement en fournissant de petites racines latérales.

Dans la troisième année, le mérithale s'allonge en ellipsoïde; dans les années suivantes, il s'allonge de plus en plus, et toujours par son extrémité inférieure. Il s'accroît en même temps en grosseur, et cet accroissement le fait successivement passer de la forme sphérique à celle d'un ellipsoïde, puis à la forme cylindroïde. L'extrémite inférieure de ce corps a, au printemps, une blancheur et une mollesse qui le font ressembler à une grosse spongiole; cependant, ce n'est point une racine, comme on le reconnaît par l'examen de la substance intérieure. On voit au microscope que ce corps tubéreux possède une moelle centrale, composée de cellules irrégulièrement hexagonales, auxquelles font suite des rangées de cellules articulées tout-à-fait semblables à celles qui constituent les rayons médullaires des dicotyledons. « Mais ce qu'il y a de remarquable, dit l'auteur, c'est » que ces rayons sont dirigés concentriquement dans tous les sens du centre vers » la periphérie. » Les cellules composantes de ces rayons décroissent de grandeur du centre à la circonference; elles sont remplies d'une multitude de globules opaques, tandis que les globules elliptiques de l'écorce n'en contiennent pas.

Ce décroissement de grandeur des cellules articulées des rayons médullaires prouve, dit M. Dutrochet, que les plus jeunes cellules sont à la circonférence; ainsi, le système central du mérithale primordial tubéreux du tame s'accroît en diamètre par un rayonnement centrifuge. Si à la troisieme année où le tubercule est devenu de sphérique ovoïde, on enlève une branche mince sur la coupe centrale verticale de ce corps, on reconnaît que le passage d'une forme à l'autre est le résultat de l'allongement prédominant des rayons verticaux inferieurs de la sphère. Dans les années suivantes, l'allongement de ce corps tubéreux, par son extrémité inférieure, continue d'avoir lieu et toujours par le même mecanisme. Il se produit de nouveaux rayons dans le milieu de cette extrémité inférieure arrondie, lesquels s'intercalent aux anciens rayons. Ceux-ci, par le fait de cette intercalation, deviennent obliques, de verticaux qu'ils étaient. Les rayons qui étaient obliques deviennent alors horizontaux, en sorte que le corps tubéreux

étant devenu cylindroïde par le fait de son allongement progressif, ses rayons horizontaux multipliés se trouvent disposés concentriquement sur l'axe de ce cylindre.

On voit par ces observations que le méritbale primordial tubéreux du tame s'accroît en diamètre comme un végétal dicotylédone qui serait privé de fibres longitudinales ou verticales, et qui n'aurait que des rayons médullaires; c'est pour cela que son accroissement annuel en diamètre n'est point marqué par des couches distinctes.

La tige aérienne du tame, poursuit l'auteur, offre la structure générale des monocotylédones; et cependant on y remarque une analogie très marquée avec la structure des dicotylédones. Elle possède une véritable moelle: celui-ci est recouvert par une véritable écorce. Dans le corps ligneux se trouvent de larges lames tubuleuses dont les parois sont composées de petites cellules, ainsi que cela a généralement lieu chez les monocotylédones. Dans la coupe transversale de cette tige annuelle on remarque, lorsqu'elle est jeune, que les faisceaux ligneux sont isolés, ainsi que cela a lieu chez les monocotylédones; plus tard, il naît entre ces faisceaux isolés des faisceaux nouveaux et plus petits qui, par leur développement, se joignent aux faisceaux anciens dans les intervalles desquels ils ont apparu, et complètent ainsi un étui ligneux analogue à celui des jeunes dicotylédones.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE MENSUELLE DU 4 AVRIL.

M. Adelon occupe le fauteuil, où il est remplacé dans le cours de la séance par M. Louyer-Willermay.

M. Maingault a la parole pour la lecture du mémoire suivant.

DE L'INFLAMMATION DES COULISSES DES RADIAUX EXTERNES, PAR M. MAINGAULT.

Il s'agit de cette affection assez remarquable du poignet, que Boyer a décrite en passant à l'article des fractures du radius, et sur laquelle la GAZETTE MÉDICALE a récemment publié deux mémoires, l'un de M. Rognetta, l'autre de M.

M. Maingault, qui ne connaît encore sur ce sujet que les idées de Boyer, s'attache à démontrer que cette maladie n'a point son siége, comme le croyait ce célèbre chirurgien, *dans le tissu cellulaire qui environne les muscles court extenseur et long abducteur du pouce*, mais bien dans les coulisses des radiaux externes. Voici d'ailleurs ce qu'il a observé sur cette maladie.

Les sujets qui y sont le plus exposés sont ceux qui, dans l'exercice habituel de leur profession, appuient fortement les mains sur les objets qu'ils travaillent; mais surtout qui ajoutent à cette pression un mouvement de torsion du poignet sur l'avant-bras, « mouvement où la main et l'avant-bras sont portés dans la pronation forcée, et où le pouce, serrant avec force les objets saisis, les tord sur eux-mêmes de dehors en dedans et d'avant en arrière, en sorte que, dans ces efforts, les tendons extenseurs et abducteurs du pouce sont fortement tiraillés. » Tels sont les chapeliers, les corroyeurs, les bourreliers, mais surtout les teinturiers et les blanchisseuses. Les personnes qui écrivent long-temps éprouvent quelquefois un sentiment pénible, une fatigue dans le pouce qui n'est qu'un premier degré de cette maladie.

Cette fatigue, qui peut aller jusqu'à la douleur, cesse bientôt par le repos; mais si les causes agissantes se renouvellent sans cesse, il survient une douleur plus vive, un gonflement sur le bord externe de l'extrémité inférieure du radius, longeant le trajet des tendons de l'extenseur et de l'abducteur du pouce. Cette tuméfaction, du volume d'une très-grosse plume d'oie à sa partie moyenne, s'élargit et semble se bifurquer supérieurement, ce qui tient à la disposition des tendons affectés. En effet, le court extenseur et le long abducteur du pouce passent dans la même coulisse, tandis que le long extenseur est renfermé dans une autre coulisse qui l'éloigne des premiers. La peau ne change pas ordinairement de couleur; seulement, au plus haut degré de la maladie, il se manifeste une rougeur d'une nuance rosée, fugace, moins vive encore que celle de la goutte, qui n'affecte guère que la partie supérieure du gonflement, et plus spécialement le lieu où les deux tendons sont réunis. Les mouvements du poignet sont conservés; mais ceux de flexion et d'extension du pouce sont impossibles, à raison des vives douleurs qu'ils provoquent. La sensibilité est extrême au toucher, et enfin l'on obtient une sorte de crépitation plus ou moins prononcée, soit au toucher, soit en faisant exécuter au pouce quelques mouvements.

Cette crépitation pourrait être prise pour celle qui résulte d'une fracture du radius; mais cette fracture est toujours due à une cause brusque et violente, tandis que la première lésion provient d'efforts prolongés. Cette différence des causes ne permet pas de les confondre.

Il est une autre maladie qui pourrait en imposer davantage; c'est la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le radius, qui est produite par un mécanisme semblable, dans un mouvement forcé de pronation. Mais dans la luxation, il y a impossibilité des mouvements de pronation et de supination, changement de conformation, absence de crépitation, etc. L'erreur paraît donc impossible.

Quel est le siége de cette lésion? Elle ne peut attaquer que les tendons, les coulisses fibreuses, les synoviales de ces coulisses, ou le tissu cellulaire ambiant. M. Maingault, procédant par exclusion, conclut que c'est une inflammation des coulisses des radiaux externes; le tissu cellulaire ne se prend qu'au plus haut degré de la maladie.

En général, le repos et l'application d'un bandage roulé qui rend le pouce et le poignet immobiles, suffisent pour la guérison, qui arrive au bout de quelques jours lorsque l'affection est simple.

Cependant, en raison des tractions violentes exercées et de l'intensité de la maladie, il ne faut pas trop se hâter de faire reprendre aux malades leurs travaux; car la récidive paraît être facile, surtout si on négligeait l'emploi du bandage roulé. Dans les cas simples, et si la profession de l'individu n'est pas trop fatigante, on a vu quelquefois le malade reprendre ses occupations après avoir appliqué un bandage roulé ou une espèce de bracelet en flanelle, bien qu'en général le bandage convienne mieux.

Si l'inflammation et le gonflement étaient considérables, il serait plus rationnel, sans contredit, de n'employer le bandage roulé qu'après avoir combattu les accidens et les complications; et alors les saignées générales ou locales, les bains locaux, l'application des cataplasmes émolliens sont indiqués, et prolongés aussi suivant la constitution de l'individu. Mais toujours est-il qu'il faut le repos, la position, et au moins une écharpe ou un autre bandage contentif, en attendant qu'on puisse avoir recours au bandage roulé méthodiquement et comprenant le pouce et le poignet.

Sur la proposition de M. Bouillaud, ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

MÉMOIRE SUR LES ANASTOMOSES DES NERFS, CONSIDÉRÉES COMME SERVANT A COORDONNER LES MOUVEMENS INVOLONTAIRES A LA SENSIBILITÉ, DANS L'ACCOMPLISSEMENT DES FONCTIONS ORGANIQUES ET SENSORIALES; PAR M. LACROIX.

L'auteur s'appuie sur des données anatomiques et des considérations physiologiques, pour arriver aux conclusions suivantes:

« En résumant ces faits anatomiques et physiologiques, nous pensons donc que c'est une loi générale de l'organisation, que la sensibilité soit un excitateur direct de la contraction; que les anastomoses sont les voies de transmission de l'excitation, ménagées entre les nerfs de la sensibilité et du mouvement; et que par conséquent les muscles volontaires, par l'intermédiaire des nerfs qu'ils reçoivent, sous l'influence d'impressions perçues par les nerfs de la sensibilité, sont susceptibles d'exécuter, sans la participation des autres, des mouvemens involontaires concourant à l'accomplissement des fonctions organiques ou sensoriales. »

Commissaires: MM. Breschet, Duméril et Desportes.

EXPOSÉ DES PREMIÈRES DONNÉES FONDAMENTALES DE LA MÉDECINE ÉLECTROPATHIQUE, PAR M. COUDRET, D.-M. P.

L'auteur donne dans ce mémoire la description d'un instrument imaginé par M. Fozembas de Bordeaux, et qu'il appelle électro-moteur.

L'électro-moteur consiste en une boite, soit en verre, soit en toute autre substance isolante, de forme et d'étendue variables, suivant les effets que l'on veut produire et la configuration des surfaces qui doivent en recevoir l'application. Il présente intérieurement, dans sa partie la plus profonde, une double surface métallique continue, dont l'inférieure, qui est seule visible, est hérissée d'un grand nombre de pointes d'acier fort acérées. Une petite ouverture pratiquée à son sommet donne passage à un cordon conducteur long de plusieurs pieds, et destiné à faire communiquer la surface métallique supérieure avec le sol ou réservoir commun. La base, par laquelle il doit être en rapport avec les parties malades, fait une saillie un peu plus considérable que les pointes dont nous venons de parler, afin que la peau soit constamment à l'abri de l'action directe de ces mêmes pointes; et pour que cette protection soit encore plus parfaite, un petit réseau de soie très-clair est tendu entre les bords. Enfin tout se termine par un ou plusieurs bandeaux de soie propres à tenir l'instrument, simple ou composé, exactement appliqué sur les parties malades.

Cet instrument a été employé avec succès dans une foule de maladies, selon l'auteur, à Bordeaux et à Paris. Il est appliqué immédiatement sur les parties engorgées et douloureuses, soutenu par le malade au moyen d'une substance isolante, communiquant avec le sol à l'aide d'un conducteur métallique partant de sa base, sur laquelle sont implantées les pointes destinées à soustraire l'électricité.

Commissaires: MM. Thillaye, Bouillaud et Piorry.

Séance du 7 avril. — Présidence de M. Lisfranc.

La correspondance imprimée comprend une circulaire de la Société royale académique de Nantes à toutes les Sociétés de médecine, au sujet de la syphilis. Toutes les idées reçues sur cette maladie ont été controversées dans ces derniers temps; on a révoqué en doute l'existence du virus et l'utilité du mercure; on a considéré les inconvénients de ce médicament comme bien plus graves et bien plus fréquents qu'on ne l'avait cru; enfin on a avancé que le traitement antiphlogistique était le plus efficace. La Société royale de Nantes institue une enquête sur toutes ces questions; elle propose à toutes les sociétés de médecine de seconder ses vues, en soumettant ce sujet important à une discussion verbale ou écrite, et à recueillir ensuite sur l'ensemble la majorité numérique des opinions. Toutes les observations réunies seront insérées dans un numéro du journal de la Société.

Renvoyé à la commission de la syphilis.

NOUVELLE OPÉRATION POUR LA CURE RADICALE DES HERNIES DU VENTRE, PAR M. GERDY.

M. Gerdy adresse à l'Académie une lettre et un mémoire sur ce sujet. La nouvelle opération consiste 1° à pousser avec l'extrémité du doigt la peau, que l'on renverse et que l'on retourne comme un doigt de gant, en l'enfonçant dans l'ouverture et le canal herniaires; 2° à fixer à la paroi antérieure du canal herniaire, par trois, quatre ou cinq points de suture, le fond du prolongement sacciforme de la peau rentrée; 3° à enflammer la cavité du sac invaginé au moyen d'ammoniaque, pour établir une adhérence entre ses parois, et effacer sa cavité; 4° enfin, pour mieux assurer le succès de l'opération, à fermer encore, si l'on veut le faire, l'ouverture extérieure du prolongement sacciforme par quelques points de suture.

Cette opération, peu douloureuse, très-innocente, et que l'on peut faire sans pratiquer aucune incision, ferme par un bouchon solide et adhérent l'orifice et le canal herniaires. Sur un premier malade opéré le 12 mars, les adhérences ont été complètes dès le septième ou le huitième jour, et la hernie est actuellement guérie. Un second malade a été opéré le vendredi 27 mars, M. Gerdy en rendra compte prochainement à l'Académie.

Le mémoire joint à cette lettre contient l'histoire circonstanciée de la première opération, avec les réflexions de l'auteur. Nous en rendrons compte lorsque la commission aura fait son rapport. Commissaires, MM. Larrey, Roux et Amussat.

EFFICACITÉ DES FEUILLES DE NOYER CONTRE LA JAUNISSE.

M. SOUBERBIELLE adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il réclame pour Parmentier la priorité de la fabrication du pain de pomme-de-terre. Dès 1780, Parmentier en avait fait fabriquer à l'hôtel des Invalides, et il en donna à frère Côme, qui le fit distribuer aux Feuillans. Mais la partie essentielle de la lettre a trait à l'utilité des feuilles de noyer contre la jaunisse.

Le comte d'Espagnac, gouverneur de l'hôtel des Invalides, était depuis huit mois affecté d'un ictère qui avait résisté à tous les traitemens. Le frère Côme promit de le guérir s'il voulait faire usage d'une poudre qu'il lui indiquerait, et chargea M. Souberbielle de remettre dès le lendemain au malade des paquets contenant chacun un gros de feuilles de noyer séchées au four et pulvérisées. Le malade devait en faire infuser un du soir au matin dans un verre de vin blanc, et prendre cette infusion chaque jour à jeun. Douze doses suffirent pour faire disparaître la jaunisse et mettre le malade en voie de guérison.

« Un des cas les plus remarquables de ce genre dans le grand nombre de ceux dont j'ai été témoin, ajoute M. Souberbielle, est celui de M. Flocon, précepteur des enfans du consul Lebrun. Ce malade, après avoir pris deux émético-cathartiques qui lui avaient été conseillés, fut affecté d'une forte irritation intestinale et ensuite d'ictère. Un traitement approprié fut suivi sans succès, et le malade tomba dans un tel état d'épuisement, qu'on lui appliqua les vésicatoires aux jambes. Il était soigné par MM. Malouet, Bourdois de la Mothe, Sédillot et moi. Le premier de ces médecins proposa alors l'usage de la poudre de frère Côme, qui fut adoptée. Je n'en donnai d'abord qu'un demi-gros dans un demi-verre de vin blanc, vu l'état de grande faiblesse; après quelques jours le malade put en prendre un gros; et quinze ou seize prises suffirent pour le rétablir et faire disparaître la jaunisse.

» J'ai vu un tel nombre de faits de ce genre, que je regarde ce médicament comme une sorte de spécifique dans l'ictère qui n'est pas le résultat d'une lésion organique; et encore dans ce cas il soulage s'il ne guérit pas. »

Cette lettre sera déposée aux archives.

LETTRE SUR LES PROPRIÉTÉS NUTRITIVES DU RIZ. — Suite de la discussion sur le pain de M. Arnal.

M. JULIA FONTENELLE, dans une lettre qu'il écrit à l'Académie au sujet de la discussion sur le pain de riz, soutient que huit onces de riz nourrissent autant que vingt-quatre onces de pain. Dans un travail sur l'alimentation dont il s'occupe depuis cinq ans, il a annoncé qu'on devait tenir compte de la partie sèche que chaque aliment offre sous le même poids, afin de mieux établir leur degré de nutrition. Ainsi il est évident que les haricots, les pois, les lentilles, les fèves et le riz, qui ne perdent par leur dessiccation que de 8 et 1/2 à 9 pour 100, doivent contenir plus de matière alimentaire que les pommes de terre qui perdent de 65 à 70; les choux de 91 à 92; enfin que les betteraves qui perdent jusqu'à près de 97. En réduisant donc à siccité des portions égales de riz et de pain ordinaire, on trouve que 100 parties de riz se réduisent par la dessiccation à 91 ou 91,5; 100 parties de pain du jour à 77 à 77,5; de pain de la veille à 78,5 à 79. En prenant un terme moyen on arrive à ces résultats :

8 onces de riz desséché donnent de substance alimentaire *sèche*,	7,25
24 onces de pain *id.*	5,25

Ainsi l'opinion de MM. Mérat et Desgenettes n'offre aucune exagération, et ils auraient pu porter les proportions du pain encore bien au-delà de ce qu'ils ont fait.

Ces expériences expliquent également pourquoi certaines substances végétales qui rassasient d'abord, laissent éprouver peu après le repas la sensation de la faim; on dit vulgairement qu'elles ne tiennent pas l'estomac. C'est à raison du peu de substance sèche qu'elles contiennent; ainsi 8 onces de pommes de terre n'en contiennent qu'environ 2 onces; tandis que 8 onces de riz en contiennent 7,25. Les plantes fraîches potagères en ont bien moins encore, puisqu'elles perdent, terme moyen, de 84 à 85 pour 100. Il est évident qu'il faut environ quatre parties de pommes de terre ou 6 d'épinards pour tenir lieu d'une partie de haricots, de pois, de riz, etc. Si des substances solides nous passons aux liquides, nous y trouvons les mêmes résultats; ainsi le bouillon, à quantités égales, est moins nutritif que le lait; un litre de lait contient 94 à 95 grammes de beurre, fromage, matière sucrée, etc.; un litre de bouillon, 18 grammes de gélatine sèche.

Le bureau propose le dépôt de cette lettre aux archives.

La discussion est reprise sur le pain de riz de M. Arnal.

M. LOUYER-WILLERMAY déclare qu'il connaît plusieurs personnes qui usent du pain de riz et qui le trouvent très-bon; l'un des expérimentateurs en mange depuis huit jours, et en fait manger à ses ouvriers qui le trouvent très-bon et très-nourrissant. L'honorable membre adopte donc pleinement les conclusions de M. Mérat.

M. LOMBERT. Je combattrais M. Julia Fontenelle en le renvoyant aux Manuels qu'il a publiés lui-même sur l'art du meunier et du boulanger. Il y a reproduit les analyses faites par Vauquelin des diverses céréales; sans doute le riz contient plus de fécule que le froment; mais la proportion ne va pas à un tiers en sus, et cela ne démontre assurément pas que huit onces de riz équivalent comme nourriture à vingt-quatre onces de froment. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a proposé de panifier le riz, et je ne veux pas dire que ce pain soit nuisible; mais jamais on ne parviendra à me persuader qu'un pain qui contient moitié d'eau soit aussi nourrissant qu'un pain qui n'en contient qu'un quart. J'ai déjà parlé de l'effet que produisaient sur nos soldats les distributions de riz en place du pain; je peux citer le mot bien énergique qu'ils avaient trouvé pour exprimer les résultats de cette alimentation : *La soupe avec votre diable de riz se résout d'un côté en vent et de l'autre en pluie.* (Rire général.)

M. CHEVALLIER demande, si l'on recommence la discussion sur le pain de M. Arnal, que l'auteur ne demeure pas présent à la séance. (Oui! non! bruits en sens divers.) Puisqu'il y a opposition, dit M. Chevallier, je dirai nettement pourquoi j'ai fait cette proposition. M. Arnal a publié dans les journaux une lettre tout-à-fait inconvenante à l'égard de l'Académie. (Agitation; interruption.)

M. LONDE. M. Arnal se plaint uniquement que l'Académie ait laissé soulever des questions de haute économie politique qui ne la regardent pas; et je suis de cet avis : je n'ai rien vu d'insolent dans sa lettre.

M. CHEVALLIER. Je n'ai pas dit qu'elle fût insolente, mais inconvenante; et je persiste. Il me suffira d'en citer la dernière phrase : « Enfin pour terminer, je » rassurerai l'Académie sur les résultats possibles de sa décision, au point de vue » de la législation actuelle sur la boulangerie, dont elle n'a que faire. Quand elle » aura déclaré que le pain que je propose est bon ou mauvais, sa tâche sera rem» plie, et celle de l'administration commencera; le reste me regarde. » (Rumeurs en sens divers)

M. LE PRÉSIDENT. Il est d'ailleurs dans les usages académiques que l'auteur ne soit point présent à la discussion, afin que toute opinion puisse s'exprimer en liberté. (M. Arnal n'est pas dans la salle.) M. Mérat, rapporteur, a la parole.

M. MÉRAT commence par donner une courte analyse de son rapport; puis il relit les conclusions de la commission, et s'attache à combattre toutes les objections dirigées contre dans la dernière séance.

La principale objection, dit M. le rapporteur, a porté sur le rendement; on a avancé que si la farine de riz rend davantage, c'est que le pain conserve plus d'eau que le pain de froment ordinaire. A cette assertion j'ai trois réponses à faire : 1° Il n'est pas probable, pour qui voudra comparer la consistance des deux pains, que l'un contienne plus d'eau que l'autre; 2° L'eau que contient le pain de riz n'est pas pure; elle a bouilli avec le riz, et s'est chargée de principes nutritifs; 3° Enfin le riz contient à poids égal un tiers de fécule de plus que le froment; et cette fécule est plus intimement combinée à l'eau; en effet au microscope, quand le riz a bouilli et crevé dans l'eau, on ne retrouve plus que les débris des sacs féculaires, tandis que ces sacs demeurent entiers dans le pain de froment.

On objecte en second lieu que le riz ne contient pas de gluten. Mais, d'après les expériences les plus récentes, le gluten ne sert, dans la panification, qu'à favoriser la fermentation; il n'est nullement attaquable par la digestion, et on le retrouve même en substance dans les excremens. (Bruits en sens divers.)

On aurait voulu que la commission eût fait des expériences sur des ouvriers, des soldats, etc. Mais il fallait observer que le pain de riz n'est proposé que pour être substitué au pain blanc ordinaire, et qu'ainsi nous devions l'expérimenter dans les mêmes circonstances que le pain blanc.

Quatrième objection. A mesure que l'usage de ce pain se répandra, le prix du riz augmentera, et conséquemment le prix du nouveau pain; donc il n'aura plus cet avantage de se vendre moins cher que le pain ordinaire. Mais cette chance d'insuccès regarde entièrement la compagnie qui s'est chargée de le confectionner; et le pis-aller pour le consommateur sera d'en revenir au pain ordinaire.

Cinquièmement. Le commerce de la boulangerie en souffrira. Mais il n'est aucune invention qui n'ait préjudicié pour un temps aux choses établies.

Sixièmement, enfin on fait valoir de hautes raisons d'économie politique. Messieurs, ne soyons pas à cet égard plus sévères que l'autorité, qui a permis la vente de ce pain. L'économie politique ne nous regarde pas directement. Notre mission est de dire si ce pain est bon ou mauvais; or, la réponse ne saurait être douteuse; et la commission persiste dans ses conclusions.

M. LOISELEUR DELONGCHAMPS pense que la question politique est intimement unie à la question hygiénique. Le riz ne naît pas en France, et on ne peut espérer de l'y acclimater; il ne vient que dans des terrains inondés, et cause une telle insalubrité, qu'en Italie il a fallu éloigner beaucoup les rizières des villes; à Charlestown on les en a écartées de dix lieues. Enfin nous consommons annuellement pour 5 à 6 millions de riz; c'est une sorte de dépense de luxe; tandis que les céréales ne mettent pas en mouvement moins de 1,800 millions, et constituent une des principales richesses de la France, à laquelle il faut se garder de toucher.

Autre objection. Le riz est un aliment agréable. Mais est-ce à dire qu'il nourrit plus parce qu'il contient plus de fécule? Il faut bien distinguer dans les facultés nutritives d'un aliment deux choses, la substance nutritive et le lest. Ce qui fait la supériorité du pain bis des paysans sur le pain blanc, c'est précisément qu'il leste davantage. Mais le riz nourrit-il même autant que le pur froment? beaucoup d'auteurs en doutent. Gosse affirme que, dans son voyage dans la Caroline, où il se nourrissait exclusivement de riz, il sentait sa vigueur diminuer.

M. PLANCHE. En 1794, dans la première campagne d'Espagne, on fut obligé de remplacer le pain par le riz; la plupart des soldats ne pouvaient pas supporter l'usage de ce dernier aliment. On dit qu'il contient plus de fécule! Mais il resterait à démontrer si toutes les fécules sont semblables.

M. PELLETIER. Ce n'est que depuis peu, et en vertu d'expériences qui ne sont nullement péremptoires, qu'on a attribué à la fécule cette propriété essentiellement nutritive. On regardait généralement le gluten comme bien plus nutritif; le gluten est azoté et se rapproche ainsi de la viande. Je sais qu'on a prétendu avoir retrouvé le gluten tout entier dans les résidus de la digestion; mais d'après cette assertion même, je ne crois pas que de semblables expériences aient été faites; je ne crois pas à de pareils résultats. Enfin, quand même la question serait limitée à la fécule, est-il prouvé que toutes les fécules se ressemblent et se valent pour la nutrition? M. Braconnot a trouvé que dans la fermentation le riz donnait plus d'acide lactique que les autres fécules; voilà donc une différence caractéristique; et cependant nous irions décider que la fécule de riz peut être substituée à celle du froment? Qu'on dise que ce pain est bon, qu'il n'a rien de nuisible, à la bonne heure; mais qu'on le proclame égal ou même supérieur au pain de froment, voilà ce que je ne saurais admettre.

M. PIORRY. Nous sommes une assemblée de médecins, et nous n'avons point à nous occuper d'économie politique. Trois questions seulement sont de notre compétence : 1° Le pain est-il beau? Cela ne fait pas doute. 2° Est-il bon? Pour moi, je le trouve aussi agréable que le pain ordinaire; mais deux personnes de ma maison à qui j'en ai fait manger comparativement, sans dire en quoi différait

sa composition, l'ont trouvé sensiblement meilleur que le pain de boulanger. Cette seconde question est donc encore résolue. 3° Est il nourrissant? Ici on allègue et des expériences chimiques et des considérations physiologiques. Rappelons d'abord que le riz forme la nourriture presque exclusive de tout l'Indostan, de la côte de Coromandel, de la Chine, de Madagascar, d'une partie de l'Amérique. Ces peuples sont-ils moins vigoureux que nous? Mais les soldats de Tipoo-Saëb valaient les nôtres; et c'est parmi les Malais que se trouvent les jongleurs les plus renommés par leur force physique.

Mais le riz, dit-on, ne contient pas de gluten et conséquemment pas d'azote. M. Magendie, à la vérité, a essayé de nourrir des animaux avec des alimens non azotés, et ils sont morts au trente-deuxième jour. Était-ce faute d'azote? Nullement; et M. Magendie lui-même a reconnu que l'alimentation bornée à une substance unique aboutit au même résultat: des lapins exclusivement nourris avec du chou ont également succombé. (Une voix: On ne leur donnait pas à boire.) Ne nie-t-on pas aujourd'hui les propriétés nutritives de la gélatine, qui certes ne manque pas d'azote? L'objection est donc de nulle valeur; et quand même elle subsisterait, songez que ce pain n'est pas tout composé de riz; il n'en contient que pour un septième. Mais il y a plus; puisqu'une des conditions d'une bonne alimentation est le mélange de plusieurs substances, le pain nouveau devrait être meilleur que le pain ordinaire. Je ne vois donc aucun inconvénient à lui accorder l'approbation de l'Académie.

M. Lodibert. On sait que pour que la fécule nourrisse bien, il faut qu'elle soit délayée dans une certaine quantité d'eau; la farine en bouillie nourrit plus que la farine sèche. Mais il ne faut pas dépasser certaines proportions, et la question tout entière est de savoir si ce pain, contenant moitié de son poids d'eau, nourrira, à quantité égale, autant que le pain ordinaire, qui ne retient d'eau que pour un quart. Or, vous avez beau me dire que cette eau est combinée; je le veux croire; il reste à prouver que cette eau est devenue plus nutritive que la fécule même. J'ajouterai un mot à ce qu'on a dit du gluten. J'ai aussi recherché ce qu'il devenait dans la panification, et j'ai trouvé que la fermentation le décomposait. On ne saurait donc le retrouver dans les résidus de la digestion.

M. Adelon. On vous demande d'approuver un pain autrement composé que le pain ordinaire qui est garanti par l'administration, et on vous le présente comme aussi nourrissant, aussi bon et moins cher que le pain ordinaire. Si tout cela est, vous pouvez et vous devez le dire; mais avant de le dire, il faut scrupuleusement examiner si cela est. (Très-bien!)

L'orateur revient sur la question du rendement, démontre combien les expériences de la commission sont incomplètes, et conclut que le plus de rendement n'est dû qu'à l'eau conservée par le pain. Passant aux propriétés nutritives, il fait remarquer que la commission affirme seulement qu'il est égal au pain ordinaire, et que d'après les observations sur lesquelles elle se fonde, elle aurait dû conclure qu'il était bien supérieur. Qui l'a donc empêchée de tirer cette conséquence logique? C'est que les faits ne sont nullement démontrés, et le résultat de toute cette discussion est que nous ne savons rien de certain sur cette matière. Mais dès qu'il y a doute, n'est-ce pas pour l'Académie une obligation de s'abstenir? La question de la digestibilité est plus obscure encore.

M. Adelon traite ensuite fort au long la question d'administration, et il termine ainsi:

Les conclusions de la commission ne sauraient donc être admises sans modification. Elle affirme 1° que ce pain *est de bonne qualité*; je propose de dire seulement *qu'il a toutes les apparences extérieures du bon pain, la blancheur, la légèreté, l'aspect vésiculeux*, etc.; 2° *qu'il est aussi nourrissant que le pain ordinaire*; je ne crois pas que l'Académie en ait la preuve. (M. Mérat: Les commissaires l'ont! — Vives réclamations. Plusieurs voix: Non, ils ne l'ont pas!) Il faut donc remplacer cette assertion trop absolue par une formule dubitative. 3° *Qu'il n'a pas de propriétés nuisibles*; pour ceci, je l'accorde complétement. (Appuyé!)

M. Chevallier, membre de la commission. Messieurs, il devient très-difficile de représenter une commission devant l'Académie. Tout ce qu'elle a fait, on le regarde comme non avenu; ses recherches, on les nie; ses expériences, on les révoque en doute; ce qu'elle a démontré, on le remet en question. Et voyez sur quels argumens! On vient vous dire que le rendement plus considérable du pain de riz ne tient qu'à l'eau qu'il conserve; mais on oublie qu'à poids égal la farine de riz contient plus de substance sèche que celle de froment, qui contient toujours beaucoup plus d'eau. On vous vante les propriétés du gluten, qui se rapproche de la viande par sa composition azotée, mais la farine de froment ne contient pas plus de 9 à 11 pour 100 de gluten; voyez combien cela vous fait de cette prétendue viande pour un pain de quatre livres. (On rit.) Puis on nous accule à la question politique. Messieurs, cette question s'est aussi offerte à nous; mais nous n'avons pu la résoudre, par une raison fort simple: nous manquions de renseignemens. Et prendrez-vous pour des faits avérés les assertions apportées dans la discussion? On se récrie sur l'insalubrité des rizières; je doute fort qu'elles soient plus insalubres que des marais.

M. Esquirol. Elles le sont bien davantage.

M. Chevallier. Enfin on a fait valoir l'intérêt de la boulangerie. Eh! sans doute; dès que le pain sera à meilleur marché, quelques-uns n'auront qu'à y perdre; mais la masse y gagnera. En définitive, laissez au gouvernement la question d'économie politique, au préfet de police la question d'administration, et bornez-vous à dire ce qui est, que le pain est bon, que le lendemain il est moins sec et plus sapide que le pain ordinaire. Quant à ses propriétés nutritives, je n'en sais rien, et je consens volontiers qu'on amende sur ce point les conclusions de la commission.

M. Moreau. Depuis la dernière séance, j'ai pu goûter de ce pain; je l'ai trouvé bon, plus léger que le pain de froment, mais moins substantiel, et je pense aussi moins nourrissant. Je n'ai que quelques mots à ajouter. Je ne pense pas que l'Académie doive écarter les considérations d'économie politique, car toute l'importance de la question est là. Je ne pense pas non plus qu'il y ait doute sur les moindres propriétés nutritives du riz; les chirurgiens militaires savent, et je tiens de M. Ivan que, dans les villes assiégées, lorsqu'on est obligé de remplacer le pain par le riz, il devient nécessaire de faire trois distributions par jour; deux heures après avoir mangé sa ration de riz, le soldat sent renaître la faim.

Pour ce qui regarde le rendement, il y a une autre objection à faire aux essais de la commission. Toutes les farines de froment ne rendent pas également, ce qui dépend de l'eau de nutrition qu'elles conservent. Ainsi le sac de farine qui doit rendre 408 livres de pain, n'en rend quelquefois que 400 ou même 396. Il aurait donc fallu agir sur des farines de froment aussi desséchées que celle du riz. La forme du pain et le degré de cuisson influent aussi beaucoup. Si l'on fait avec d'égales quantités de pâte un pain de 4 livres très-long et un pain demi-long, le premier offre plus de croûte, mais aussi pèse moins que l'autre; et la différence, je m'en suis assuré, peut aller jusqu'à 4 onces. En résumé, qu'on dise que le pain est bon et n'a point de propriétés nuisibles; mais il ne faut pas aller au-delà.

M. Chevallier. Agir sur des farines desséchées, ce serait changer les conditions normales de l'expérience, puisque nous n'avons voulu comparer à la farine de riz que les farines du commerce. Mais parmi ces diverses farines, il y a une moyenne facile à prendre, et qui est même admise par l'autorité; en effet, on accorde par chaque pain de quatre livres une tolérance de deux onces qui peuvent se trouver en moins dans le poids.

M. Chervin réfute l'exemple tiré des Indous. S'ils sont plus faibles que les Européens, ce n'est pas seulement parce qu'ils se nourrissent de riz; c'est surtout parce que leur religion leur défend l'usage de la viande. La tribu des Chouras, qui vit de viande, est aussi plus remarquable par sa vigueur que les tribus environnantes. Quant à une autre assertion où on a fait mention de la Caroline, j'ai aussi visité ce pays, dit M. Chervin, et je n'ai vu en aucune manière que les habitans fussent moins robustes que leurs voisins.

M. Nacquart déclare, pour l'acquit de sa conscience, qu'il a goûté de nouveau le pain de riz et qu'il l'a trouvé assez bon. Il ne sait par quelle singularité il l'avait d'abord jugé si mauvais.

M. Andral. De tous ces débats il résulte que nous avons des doutes et point de certitude. Or, l'Académie ne saurait décider ce que la science présente comme indécis. Je ne vois donc que deux partis à prendre: ou bien faire une réponse dubitative, dire que le pain est bon, qu'il n'est pas nuisible, mais que c'est à l'expérience à prononcer sur sa valeur nutritive; ou bien, si l'on veut porter un jugement définitif, instituer d'abord de nouvelles séries d'expériences, et je proposerais de les suivre comparativement sur l'homme et sur les animaux.

M. Chevallier. J'appuie la première proposition, qui me paraît extrêmement sage. Des expériences ne nous mèneraient à rien. Voyez ce qui est arrivé pour la gélatine. Depuis tant de temps qu'on répète les expériences, on en accumule pour et contre, et la question reste pendante et indécise. Qui oserait affirmer d'ailleurs que des expériences ne seraient pas faites aujourd'hui sous l'empire de quelque préoccupation?

M. Mérat. On pourrait donc ainsi modifier les conclusions du rapport: Que le pain est bon (très-bien!), digestible (non! non! vous n'en savez rien!), et que tout porte à croire qu'il est aussi nourrissant que le pain de froment. (Réclamations de toutes parts.)

M. Adelon. Je propose la rédaction suivante. L'Académie conclut que ce pain a toutes les apparences extérieures d'un bon pain; que son usage n'a rien de nuisible; que très-probablement il est nourrissant, mais que c'est à l'expérience à décider s'il est aussi bon que le pain ordinaire. (Appuyé.)

M. Double. L'Académie, dans cette circonstance, n'est pas consultée par le gouvernement; elle n'est donc pas obligée de répondre à l'instant même. La question est quant à présent douteuse. Je propose donc l'ajournement qui ne préjuge rien, et qui ne nuit aucunement aux intérêts de l'inventeur. En conséquence, je demande que l'Académie adresse des remerciemens à sa commission, pour les lumières qu'elle a répandues sur ce sujet, et que la décision soit ajournée jusqu'à plus ample informé. (De toutes parts: Appuyé.)

M. Adelon déclare se rallier à la proposition de M. Double. M. Chevallier réclame contre, et demande qu'on nomme une nouvelle commission. Cette motion n'étant point appuyée, l'ajournement est mis aux voix et adopté à une immense majorité. Six mains seulement se sont levées à la contr'épreuve.

TUMEUR BLANCHE.

— M. Lisfranc dépose sur le bureau une pièce d'anatomie pathologique provenant d'un sujet auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse. Le malade était affecté d'une tumeur blanche, en partie osseuse, siégeant sur l'articulation tibio-fémorale, dans laquelle pénétrait une fistule.

On voit sur cette pièce une luxation spontanée incomplète de la rotule en dehors; cet os n'est en rapport qu'avec le condyle externe du fémur, dont l'extrémité inférieure ainsi que la partie supérieure du tibia ont doublé de volume. Sciés parallèlement à leur axe, ces os offrent des traces évidentes d'inflammation; leur tissu est extrêmement rouge et ramolli. La tumeur blanche était douloureuse, et la peau qui la recouvrait offrait une chaleur beaucoup plus forte que les autres points des tégumens.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEAUX PROCÉDÉS DE CHEILOPLASTIE.

Monsieur,

Occupé à la rédaction d'un travail assez étendu sur l'art de restaurer les difformités de la face, j'ai l'honneur de vous informer que je

viens de trouver à propos de la chéilpplastie la solution d'un problème que l'on avait, je crois, vainement ebercbé jusqu'ici.

Si jamais, a dit l'auteur de la Clinique chirurgicale de Montpellier, on parvient à doubler le lambeau pris aux dépens de la peau du bras ou de celle du cou, avec une *muqueuse*, alors seulement la nouvelle lèvre pourra bien simuler l'ancienne, et remplir, à peu de chose près, les mêmes fonctions. Or, c'est là ce que j'ai fait avec succès, il y a environ trois mois, à l'Hôtel-Dieu de Montpellier.

Ayant remarqué déjà sur un grand nombre de sujets que, dans les cancers de la lèvre inférieure, la membrane muqueuse était rarement affectée, si ce n'est sur le bord libre; j'ei eu l'idée de disséquer cette même muqueuse en dehors des parties malades, et de m'en servir pour *border* la nouvelle lèvre, en opérant d'ailleurs, en grande partie, selon le procédé de M. Roux de St.-Maximin.

J'ai pratiqué encore, depuis plus de trois ans, et dans le même hôpital, l'opération de la chéiloplastie, en formant le lambeau aux dépens de la joue correspondante, et en ramenant ensuite la *muqueuse buccale* sur le bord libre de la nouvelle lèvre, à l'aide de quelques points de suture, procédé que je n'ai vu indiqué nulle part.

Ces modifications que je me borne à indiquer pour le moment sont, ce me semble, de la plus haute importance, par rapport à l'histoire et aux progrès des entes animales, et ne s'appliquent pas seulement à la chéiloplastie. Aussi me serais-je abstenu d'en parler avant de publier mon travail, si, chargé d'un enseignement clinique, et me trouvant journellement en contact avec un grand nombre de personnes, je n'avais craint que quelqu'un ne s'emparât de mes idées, et ne les répandît dans le public, en se les attribuant.

Agréez, etc.

SERRE,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Montpellier, le 6 mars 1835.

RÉCLAMATION DE M. LEROY-D'ÉTIOLLE.

Nous avons reçu une réclamation de M. Leroy d'Étiolle, en réponse à la note dont nous avions accompagné le compte-rendu de son mémoire dans l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences.

M. Leroy revendique la priorité de l'idée de *la double compression des artères* par les raisons suivantes :

« 1° J'ai consigné cette idée, dit-il, dans un mémoire cacheté déposé dans les cartons de l'Académie des sciences en 1830; l'ouverture du paquet sera faite par les commissaires nommés pour examiner mon travail; 2° J'ai fait dès la même année 1830 des expériences à ce sujet; plusieurs ont eu pour témoin M. Defermon, qui faisait ensuite servir les animaux à d'autres observations; 3° j'ai proposé l'application de ce procédé à divers praticiens, tels que Dupuytren, MM. Græfe, Roux, etc., etc. Chaque fois que des anévrismes des membres se sont présentés à la Charité, j'en ai publiquement renouvelé la proposition. Je me rappelle, entre autres circonstances, qu'en novembre 1833 j'ai publiquement discuté les avantages de ce mode de traitement en présence de M. Jacobson de Copenhague, et d'une cinquantaine de médecins et élèves. Tout cela, comme vous voyez, est antérieur à la thèse de M. Lisfranc. »

Nous n'avons rien à objecter à ces faits, dont le premier surtout nous paraît de nature à assurer à M. Leroy la priorité qu'il réclame. Seulement, il convient de dire qu'à l'époque où fut soutenue la thèse de M. Lisfranc, M. Roux et Dupuytren étant parmi les juges, et depuis, l'idée de M. Leroy était si peu connue que les phrases que nous avons citées n'avaient donné lieu jusqu'à présent à aucune réclamation.

BIBLIOGRAPHIE.

A TREATISE ON TUBERCULAR PHTHISIS OR PULMONARY CONSUMPTION. (Traité de la phthisie tuberculeuse.) Par James CLARK, médecin ordinaire du roi et de la reine des Belges, etc. — In-8°. Londres, 1834.

Quoiqu'on ait beaucoup écrit sur la phthisie, quoiqu'il semble au premier abord qu'il n'y ait presque plus rien à en dire, cependant le docteur Clark a trouvé le moyen de faire un ouvrage extrêmement intéressant sur ce sujet. Ce qui caractérise son *Traité de la phthisie*, c'est une tendance qui peut être considérée jusqu'à un certain point comme nouvelle, qui se trouve d'ailleurs en harmonie avec les idées que notre époque voit s'établir peu à peu, et que la citation suivante fera connaître sur-le-champ : « ..... Enfin, dit notre auteur dans son introduction, Laënnec ayant découvert, dans ses vastes recherches sur les maladies pulmonaires, que les tubercules sont presque la seule cause de consomption, a proposé de restreindre la signification du mot *phthisie* à l'affection morbide qui est produite par le développement des tubercules dans les poumons, et depuis la publication de son ouvrage, en 1819, ce mot est employé en France dans cette acception. Les résultats obtenus par Laënnec ont été confirmés par les recherches de Louis et Andral, qui ont apporté dans ce sujet une précision et une clarté inconnues avant eux. Mais, quelques avantages qui aient découlé de cette manière d'envisager la phthisie pulmonaire, toujours est-il qu'elle a fait naître et régner l'idée que cette affection est une maladie locale, qui doit être rapportée à une cause locale. Ainsi le côté le plus important de la question, c'est-à-dire, *l'origine constitutionnelle* des tubercules, a été complètement négligé. Avant de nous flatter d'avoir des notions exactes sur la phthisie pulmonaire, nous devons porter nos recherches au-delà de ces lésions anatomiques qui caractérisent la maladie, mais qui ne sont que secondaires, que les effets d'une affection *constitutionnelle* préexistante, condition nécessaire pour la production de ces tubercules. »

Le docteur Clark pense que la connaissance imparfaite de la nature des tubercules et de l'état morbide du système qui les produit, a donné lieu à de graves erreurs sur la nature et les causes de la phthisie pulmonaire. Il s'élève ici contre le rôle que l'on a fait jouer à l'inflammation soit aiguë, soit chronique, des différens tissus du parenchyme pulmonaire dans la production des tubercules. Le principal objet de ce travail, ajoute-t-il, est de représenter la phthisie tuberculeuse comme tirant son origine d'un état morbide de tout l'organisme; de rechercher sa nature, sa source, et ses causes comme affection héréditaire; de faire ressortir les circonstances qui sont capables de la faire naître aux différentes époques de la vie; et de réduire à sa juste valeur l'influence de ces lésions pulmonaires qui sont considérées par quelques pathologistes comme des causes réelles de phthisie, mais par d'autres, et suivant moi à plus juste titre, comme de simples causes déterminantes, et souvent seulement comme des complications. »

D'après ce qui précède, le docteur Clark devait s'attacher à nous faire connaître cet état morbide de l'économie qui engendre la maladie tuberculeuse; en effet, son premier chapitre a pour titre : *De la constitution tuberculeuse et de la cachexie tuberculeuse*. « La constitution tuberculeuse, quand elle est héréditaire, se manifeste par un aspect tout particulier du visage, par la forme du corps et la manière dont il se développe, par la condition anormale des diverses fonctions qui tiennent le premier rang pour l'importance, et par une disposition spéciale à certains actes morbides.

« En général, l'existence de cette constitution est révélée d'une manière décisive par l'aspect du visage. Dans l'enfance, il est pâle, comme empâté; les joues sont le plus souvent pleines; la lèvre supérieure et les ailes du nez sont volumineuses. Si le sujet est brun, la couleur de la peau est ordinairement terne; s'il est blond, la peau offre une blancheur qui n'est pas naturelle, se rapprochant beaucoup plus de celle de la cire blanchie que de celle qui est compagne d'une constitution saine; les veines sont larges et très-visibles. Dans un âge plus avancé, les signes tirés du visage sont plus marqués. Les yeux sont grands; les pupilles surtout ont un diamètre considérable; les cils sont longs; l'expression de la figure est douce; souvent les traits sont d'une grande beauté, surtout chez les sujets blonds et vermeils. D'un autre côté, les traits sont ordinairement moins réguliers chez les sujets bruns, qui ont communément la peau épaisse et de couleur sombre et blême. Cette proposition souffre quelques exceptions.

» La forme du corps offre peu de chose à remarquer dans la première enfance; il est ordinairement volumineux, mais il manque de la fermeté qui annonce la santé. A mesure que l'enfant s'avance en âge, on s'aperçoit le plus communément que les diverses parties de son corps ne sont pas bien proportionnées et manquent de symétrie. Souvent la tête est grosse, le tronc petit, l'abdomen tuméfié; les membres sont tiformes; tantôt volumineux et grossièrement construits; tantôt très-grêles, avec des jointures énormes; mais ceci ne se trouve que dans les types les plus caractérisés de la constitution tuberculeuse. Le développement du corps se fait aussi d'une manière irrégulière; très-souvent il est lent et imparfait; il peut s'exécuter comme à l'ordinaire pendant

un certain temps, puis rester stationnaire pendant des années, et reprendre ensuite, principalement vers l'époque de la puberté, avec une rapidité extraordinaire. Cette rapidité de croissance des jeunes sujets en général, mais plus particulièrement des sujets tuberculeux, s'observe souvent après une affection fébrile aiguë.

« Les fonctions le plus évidemment troublées sont celles qui sont plus immédiatement liées à la nutrition, particulièrement celles des organes digestifs. La dyspepsie qui dépend de la constitution scrophuleuse a des caractères particuliers qui permettent en général de la reconnaître. Les fonctions intellectuelles ont souvent une activité extraordinaire. Cette circonstance doit être prise en considération lorsqu'il s'agit de régler l'éducation de tels sujets; mais, dans un grand nombre de cas, le contraire a lieu. Ainsi, pour le moral comme pour le physique, la constitution tuberculeuse présente deux formes opposées. Dans l'une, teint vermeil, peau fine et belle, impressionnabilité très-vive, sagacité remarquable; dans l'autre, teint brun, peau rude, fonctions organiques languissantes, facultés intellectuelles obtuses. Si nous examinons attentivement les troubles fonctionnels qui appartiennent à la constitution scrophuleuse, nous voyons que la digestion s'accomplit rarement bien; que les fonctions intestinales sont irrégulières, languissent souvent, et que les matières évacuées n'ont point l'aspect qu'elles présentent chez les sujets bien constitués. L'urine est souvent trouble; surtout quand il y a constipation. Les fonctions de la peau s'exécutent rarement d'une manière normale. Cette enveloppe est pâle, molle, flasque, ou bien sèche et dure; elle est souvent le siége d'éruptions. En général, la transpiration insensible manque, bien que les sueurs partielles ne soient pas rares. Ces dernières ont souvent pour siége les pieds, où elles ont communément une odeur fétide. Les forces du corps sont ordinairement médiocres; les membres, bien que charnus, n'ont ni les formes ni la fermeté de la santé. La circulation est peu énergique, ainsi qu'on le reconnaît à la faiblesse du pouls, à la basse température des extrémités, à l'impossibilité où est le sujet de supporter une grande fatigue de corps. Cet état du système circulatoire forme un élément essentiel de la constitution tuberculeuse; il existe presque constamment, et peut servir à expliquer plusieurs des phénomènes les plus importans de la maladie. Hâtons-nous de dire qu'un développement complet du corps, et une grande puissance musculaire, ne sont point incompatibles avec la constitution tuberculeuse. Plusieurs de nos plus célèbres boxeurs sont morts tuberculeux. Très-récemment, un d'entre eux est mort phthisique très-peu de temps après un combat opiniâtre qui fut fatal à son adversaire.

» Enfin la constitution tuberculeuse est encore caractérisée par une susceptibilité particulière à contracter certaines maladies qui affectent d'une manière spéciale les membranes muqueuses. Nous avons déjà signalé l'irritation des organes digestifs; il existe aussi, en général, une forte disposition aux affections catarrhales, qui chez les jeunes sujets, affectionnent communément les fosses nasales, sont souvent très-pénibles, et s'accompagnent parfois d'un écoulement opiniâtre d'un liquide muqueux, épais et jaune. Les épistaxis sont aussi assez communes chez les jeunes enfans qui présentent la constitution strumeuse. Les paupières et les oreilles sont sujettes aux inflammations chroniques, avec lesquelles coïncident souvent pour les dernières un écoulement purulent. L'inflammation et la congestion chronique de la muqueuse de l'arrière-bouche sont fréquentes, et se terminent souvent par l'augmentation de volume des amygdales. La muqueuse intestinale devient très-facilement le siége d'une sécrétion muqueuse très-abondante. De légers accès de fièvre sont également communs, et se lient ordinairement avec l'irritation des organes digestifs. On voit souvent des éruptions se former sur le cuir chevelu. Les ganglions lymphatiques superficiels s'engorgent fréquemment, par suite de légères irritations ayant leur siége dans les tissus muqueux voisins ou dans la peau, ou bien par suite de l'exposition au froid, etc. Chez les jeunes sujets du sexe féminin, les règles sont lentes à paraître, et irrégulières dans leurs retours.

« La *cachexie tuberculeuse* est cet état particulier de l'économie qui donne lieu à la formation des tubercules sous l'influence de certaines causes déterminantes qui ne produisent rien de semblable chez les sujets sains. Cet état peut exister dès la naissance; il peut s'acquérir à presque toutes les époques de la vie, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Quand il est acquis, ses signes caractéristiques sont moins marqués et plus difficiles à saisir que lorsqu'il est héréditaire ou enté sur une constitution tuberculeuse. Nous connaissons à peine les traits extérieurs et la forme qui caractérisent la cachexie tuberculeuse héréditaire. Mais, lors même qu'elle a été acquise après l'âge de la maturité, la condition morbide du malade est suffisamment indiquée par la teinte blême et terne de la peau et par l'état flétri et déprimé des traits. Chez les personnes brunes, la peau n'est pas seulement terne, elle est plombée; et la sclérotique a une couleur perlée obscure. Chez les personnes blondes et colorées, le visage est empâté, offrant tantôt la pâleur de la mort, tantôt une coloration pourpre livide; en général les joues sont comme marbrées de rouge et de blanc. A une époque plus avancée de la vie, la couleur terne et foncée de la figure, tirant sur le jaune, prédomine et annonce une maladie constitutionnelle établie lentement, mais profondément enracinée.»

Comme on le voit, le docteur Clark n'épargne rien pour attirer toute l'attention sur la condition générale de l'organisme qui constitue la maladie, dont le développement des tubercules n'est que l'effet secondaire. Toutefois, il ne nous semble pas avoir suffisamment distingué ce qu'il appelle *cachexie tuberculeuse* de la *constitution tuberculeuse*. On cherche en vain ce qui peut différencier de cette dernière la prétendue cachexie tuberculeuse qui existe dès l'enfance et qui est héréditaire.

Il serait trop long et peu utile de suivre le docteur Clark dans les détails intéressans qu'il donne sur la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la prophylaxie, le traitement, etc., de la phthisie. Toute cette partie est peu susceptible d'analyse; elle est elle-même un excellent résumé où figurent partout en première ligne les résultats obtenus par les pathologistes français. Nous recommandons vivement la lecture de cet ouvrage; mais avant de le quitter, nous extrairons quelques lignes d'un chapitre curieux, quoique incomplet, qui est consacré à l'étude des *Maladies tuberculeuses chez les animaux*. « La maladie tuberculeuse peut être produite chez tous les animaux par les mêmes causes qui la produisent chez l'homme, telles que l'influence du climat, l'air impur, la nutrition imparfaite, le défaut d'exercice, etc. On a observé des tubercules dans plusieurs ordres de mammifères carnivores et herbivores, chez les oiseaux et jusque chez les insectes. M. Newport, qui s'occupe avec succès de l'anatomie comparée, a vu dans la larve du *sphinx ligustri* ou teigne commune du Troëne (common privet moth), une matière particulière, disséminée en masses petites, irrégulières, réunies en grappe; cette matière est blanche, opaque, de la consistance du fromage; elle occupait toute la surface interne de l'insecte, située entre deux couches d'un tissu cellulaire très-fin. Ces masses étaient très-nombreuses entre les muscles, à l'extérieur du canal alimentaire, surtout de l'estomac, sur la glande qui sécrète la soie, dans les conduits biliaires et sur les nerfs. Chez le *carabus catenulatus* (ground beetle), et chez le *staphylinus olens*, qui tous deux se nourrissent de chair, il a remarqué de semblables masses, plus uniformes et plus petites, dans le tissu cellulaire et dans le parenchyme pulmonaire. Il a trouvé dans l'écrevisse commune des altérations semblables à celles observées dans le *sphinx ligustri*. Il est digne de remarque que le sphinx avait été nourri avec de vieilles feuilles de troëne pendant plusieurs jours avant qu'on l'examinât, parce qu'on ne put pas se procurer des feuilles fraîches. La même matière a été produite à volonté en nourrissant à dessein l'insecte avec des alimens vieux ou détériorés. »

VARIÉTÉS.

— Une scène affligeante pour les amis de la science vient d'avoir lieu à l'école de médecine à l'occasion de la reprise du cours d'hygiène. On sait, et nous avons annoncé que M. Royer-Collard, agrégé près de la Faculté, avait été désigné par le suffrage de la majorité des professeurs pour suppléer M. le professeur Desgenettes. La veille du jour où M. Royer-Collard devait commencer son cours, M. Desgenettes a changé de résolution par la raison que M. Rroussais fils, présenté par lui, n'avait pas été agréé par l'école. Cette collision, renforcée de quelques désappointemens de la part de ceux qui avaient brigué la suppléance accordée à M. Royer-Collard, renforcée des préventions occasionées par la position qu'occupe cet honorable médecin au ministère de l'instruction publique, a amené des désordres qui n'ont aucune excuse. M. Royer-Collard, étant venu pour assister à la première leçon de M. Desgenettes, a été accueilli par des sifflets et des huées. Cependant le médecin à qui ils s'adressaient n'avait rien fait pour provoquer une semblable opposition. M. Royer-Collard est agrégé par le concours, il a été choisi au scrutin des professeurs pour suppléer M. Desgenettes; il est aussi capable que qui que ce soit de faire un très-bon cours d'hygiène: de plus, M. Royer-Collard, en sa qualité de chef de division des sciences au ministère de l'instruction publique, a souvent rendu des services à la médecine; il est à regretter que des titres et des droits aussi incontestables aient été méconnus au point de susciter une opposition outrageante.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 16. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 18 AVRIL 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

SUR LE MÉCANISME DE L'EXCRÉTION DE LA BILE, par M. A. Judas, D.-M. P., médecin-adjoint de l'hôpital civil d'Aix (1).

Le 29 décembre 1695, Gérard Frentz écrivait à Fréd. Ruysch les paroles dont suit la traduction.

« Je désirerais surtout savoir si vous avez eu l'art de découvrir » quelque chose de plus solide touchant l'arrivée de la bile dans la » vésicule du fiel. Est-elle, par exemple, versée par des radicules » ouvertes dans le fond de la vésicule; ou par une substance glanduleuse de ce réservoir, ou peut-être par le canal cystique, comme » l'ont avancé Arnisœus et d'autres anatomistes? Dans mon temps, » lorsque j'étudiais à Liége, j'ai soutenu de chaudes discussions à ce » sujet, et aujourd'hui les princes de l'anatomie n'ont point satisfait » encore ma curiosité. Vous m'obligeriez infiniment et vous en obligeriez beaucoup d'autres, en déclarant si parmi vos découvertes, fruits » d'une rare habileté, vous avez trouvé la solution de ce pro» blème. »

La réponse de Ruysch, bien que très-intéressante, est un peu trop longue pour être textuellement rapportée. Il conclut en disant qu'à son avis, la bile est fournie à la vésicule du fiel en partie par des couloirs particuliers, nommés *canaux de Glisson*; en partie par les bouches exhalantes de glandules parsemées à la surface interne de cette poche; mais que la plus grande quantité est versée par le canal cystique.

En lisant attentivement l'argumentation qui précède cette conclusion, il serait facile de reconnaître que celle-ci n'exprime pas franchement la pensée de Ruysch, et que, dans son opinion, le canal cystique seul apporte de la bile à la vésicule. Mais il s'est borné à constater le fait; il ne l'a point expliqué théoriquement : là était le nœud de la question.

De nos jours, la difficulté gît encore dans les mêmes termes; comme l'auteur que je viens de citer, on a procédé seulement par voie d'élimination. Ainsi on ne croit plus à l'existence des conduits *hépato-cystiques*. On s'est convaincu avec Ruysch lui-même qu'on avait pris pour tels des ramuscules de l'artère et des veines cystiques. On connaît mieux aussi les usages des glandules qui existent dans l'épaisseur de la tunique interne de la cholécyste; depuis qu'on a étudié, d'une manière générale et comparative, les différens tissus animaux, et particulièrement le système des membranes mucipares, on sait pertinemment que

(1) Extrait des Mémoires de la société royale des sciences, de Lille.

Feuilleton.

SOUVENIRS DE LA FIN DU 18e SIÈCLE ET DU COMMENCEMENT DU 19e, OU MÉMOIRES DE R. D. G. (RENÉ DESGENETTES). T. 1.

Bien que ces mémoires ne soient pas adressés aux médecin, et ne soient pas rédigés dans un but médical (du moins le premier volume), le nom de l'auteur suffit pour les recommander à notre attention et à celle de nos confrères. M. Desgenettes ne se plaindra pas, nous l'espérons, de voir compléter les initiales dont il a signé son premier volume. Les libraires ont déjà violé dans leurs annonces cet *incognito*, qui du reste n'a rien de sérieux.

La France est le pays des *mémoires*. La vanité étant le caractère distinctif de l'esprit national, les étrangers ont charitablement expliqué nos richesses littéraires en ce genre, par cette unique raison. Il y en a peut-être d'autres, mais toujours est-il que celle-ci doit compter en première ligne. C'est à cette manie, fort innocente dans la plupart des cas, que nous sommes redevables de cette effrayante collection de *Mémoires*, parmi lesquels on peut citer à peine une demi-douzaine de productions échappées à l'oubli depuis l'origine de la monarchie. Tout le reste ne compte plus dans les bibliothèques que comme pouvant fournir quelques matériaux à l'histoire, matériaux d'ailleurs fort suspects et fort peu authentiques. L'intérêt de ces sortes d'ouvrages est naturellement proportionné à celui dont l'auteur est l'objet. La position du narrateur dans le monde, le rôle qu'il y a joué, les affaires plus ou moins importantes auxquelles il a pris part, son importance personnelle sous le rapport du génie, des talens et du caractère, et autres circonstances du même genre, peuvent donner plus ou moins d'intérêt à des *mémoires*. S'il s'agit du cardinal de Retz, de J.-J. Rousseau, de Napoléon ou de César, cet intérêt est très-grand; mais ce sont là de rares exceptions, et de pareilles autorités ne sauraient faire règle pour personne. Pour parler long-temps de soi avec succès au public, il faut avoir à raconter de grandes choses, ou faire valoir les petites par un talent supérieur d'expression; il faut être ou un grand homme ou un grand écrivain. Mais ces considérations ne retiennent personne en France. Nous ne savons pas résister à l'entraînante tentation d'occuper de nous un bénévole lecteur pendant trois ou quatre volumes.

Ce préambule ne doit pas être pris pour une critique anticipée des *mémoires* de M. Desgenettes. Il n'existe pas dans le monde une position plus favorable à l'observateur que celle du médecin, et il y a peu de médecins qui aient autant vu ou pu voir, que M. Desgenettes. Ses *mémoires* pourront offrir beaucoup d'aliment à la curiosité, s'ils tiennent tout ce que la vie de l'auteur semble promettre. L'expédition d'Egypte seule, pendant laquelle ce médecin n'a pas quitté le général Bo-

ces follicules ne sécrètent point de bile. Reste donc, seul et en dernière analyse, le canal cystique, en faveur duquel on n'élevait jadis qu'un peut-être : *forsan*, disait Frentz. Le doute s'est converti en réalité incontestable. Mais ce fait, l'induction seule a forcé de l'admettre; il attend encore une attestation positive, une sanction théorique.

En effet, un écrivain dont les ouvrages ont pour caractère particulier d'exposer, de commenter sincèrement les opinions des autres physiologistes et de représenter l'état positif de la science, M. Adelon dit, à l'article *Digestion* du *Dictionnaire des sciences médicales* : « Beaucoup d'obscurités existent encore sur l'excrétion de la bile. » D'abord, comme la sécrétion s'en fait sans cesse, sans cesse aussi il » en tombe dans le duodénum par les canaux hépatique et cholédoque, » qui sont continus; mais *on croit* que pendant la vacuité de l'esto» mac la bile sécrétée par le foie ne tombe pas toute dans l'intestin; » qu'une partie reflue par le canal cystique, va stagner dans la vési» cule, y acquérir des qualités nouvelles, pour n'être versée dans » l'intestin que lors du passage du chyme. *On ne sait pas trop* com» ment se fait ce reflux, auquel semblent s'opposer l'acuité de l'angle » d'embranchement des canaux hépatique et cystique, et la direction » rétrograde et ascendante de ce dernier. Il faut que la bile reflue con» tre son propre poids... »

Ainsi, sous le point de vue rationnel, la question n'a pas fait de progrès; car si j'ai cité un article un peu ancien, c'est uniquement à cause de la rédaction : le fond n'a pas été éclairci, et le sceptique Frentz ne s'avouerait sans doute pas convaincu par les Ruysch modernes; il pourrait même leur demander raison de plusieurs suppositions nouvelles, admises gratuitement et sans preuve rigoureuse. Parmi ces assertions, il en est une capitale, la voici : *La bile étant sans cesse sécrétée, sans cesse aussi il en tombe dans le duodénum*.... Sur quelle démonstration repose la deuxième proposition? Sur aucune, et n'est-ce pas là précisément l'erreur qui a engendré et propagé cette longue incertitude? Admettons l'opinion inverse et demandons-nous si elle n'offre pas la solution tant désirée? C'est ce que j'ose avancer. J'essaierai de démontrer que la bile ne peut pas couler toujours dans le duodénum; qu'il y a au contraire une période de la digestion qui s'oppose à la pénétration de ce fluide dans l'intestin, et que cette période est justement celle où l'on prétend qu'elle y afflue en plus grande abondance, celle du passage du chyme dans le duodénum; en toute autre circonstance, elle y peut descendre, s'il n'y a point d'obstacle fortuit.

Mais, avant tout, quelles sont les raisons à l'ombre desquelles M. Adelon se réfugie pour justifier ses hypothèses? Les voici, extraites de l'article précité : « Pendant le séjour du chyme dans le duodé» num, voici ce qui arrive : il est imprégné du suc pancréatique et de » la bile hépatique *que nous avons dit couler continuellement dans* » *le duodénum*, mais qui y coule *surtout alors* avec plus d'abondance, » parce que le chyme excite l'orifice des canaux excréteurs de ces sucs » et que l'irritation se propage jusqu'à leurs glandes. *Quelques-uns* » attribuent encore cette plus grande activité des sécrétions biliaire et » pancréatique à ce que l'estomac étant vide a permis de nouveau au » sang de refluer sur le foie, la rate, etc., et de fournir conséquem» ment des matériaux plus copieux aux sécrétions de ces organes; » mais ce changement dans la circulation abdominale, selon la vacuité » ou la plénitude de l'estomac, *est encore un point de controverse*. » Le chyme alors est aussi mêlé à la bile cystique, *qui ne coule dans* » *l'intestin duodénum qu'à cette époque de la digestion*, soit parce » que cet intestin, rempli alors, soulève mécaniquement la vésicule, » *ce qui a été dit sans probabilité*; soit plutôt parce que la présence » du chyme irrite le canal cholédoque, et par suite la vésicule, comme » étant enchaînée dans un même ordre de fonctions. »

Assertions vagues, dubitatives, controversées : telles sont, de l'aveu implicite de l'auteur, les bases mouvantes de ce raisonnement; mais le seul raisonnement aussi fournirait *à priori* des motifs pour repousser l'opinion communément adoptée et lui substituer l'opinion inverse, celle que je propose d'adopter. En effet, l'écrivain que je réfute a lui-même fait remarquer que dans le duodénum le chyme n'est point pétri, et qu'il avance avec beaucoup de lenteur; parce que le duodénum est fixe, non flottant comme les autres intestins grêles, éloigné des agens de la respiration qui ne le ballotent pas comme les autres; parce que les trois courbures que décrit cet intestin, et les valvules conniventes qui en hérissent la surface interne doivent nécessairement retarder la progression de la pâte alimentaire. N'est-il donc pas évident que la bile, si elle coulait alors dans le duodénum, ne serait pas mélangée avec le chyme, qu'elle n'en pénétrerait point la masse, mais qu'elle s'accumulerait inutile, sinon nuisible, en un seul point, aux environs de l'orifice du canal cholédoque?.... Il en sera bien autrement quand le chyme aura franchi l'immobile duodénum et sera descendu dans l'intestin grêle, qu'agitent les oscillations péristaltiques. Alors la bile, fouettée avec le chyme, en pénétrera facilement la masse, et le mélange se fera d'une manière exacte et intime. Il y a donc, ce me semble, présomption physiologique en faveur de mon opinion. Il est temps de prouver que les données anatomiques s'accordent avec les inductions physiologiques.

Ces données anatomiques sont, d'une part, la fixité et les courbures du duodénum, et, d'autre part, l'obliquité de la portion du canal cholédoque qui rampe entre les tuniques du duodénum, obliquité analogue à celle des uretères entre les membranes vésicales. La masse alibile, à cause des courbures et de la fixité du duodénum, séjourne dans cet intestin, ce qui a fait donner à l'élaboration qu'elle y subit le nom de seconde digestion. Au fur et à mesure qu'elle s'y accumule, elle dilate, elle distend les parois de cet organe, et presse, *de dedans en dehors*, la membrane mucipare contre le canal cholédoque, en même temps que, *de dehors en dedans*, ce même canal est également comprimé par la tunique musculeuse, qui réagit contre l'extension exercée par l'accumulation du chyme. Sans doute ces effets sont restreints dans d'étroites limites; mais on ne doit les comparer qu'avec la force d'impulsion qui meut la bile; or, peut-on mettre en doute que celle-ci soit plus faible? Ainsi, mou, flexible, inerte entre deux forces opposées, le canal cholédoque est aplati, oblitéré; la bile n'y pénètre plus; elle stagne dans la portion comprise entre le duodénum et l'orifice du canal cystique.

Cependant dans le canal hépatique arrive toujours une nouvelle quantité de bile, fournie sans cesse par le foie. Celle-ci avance aussi jusqu'à l'orifice du canal cystique; mais là, arrêtée par la bile qui stagne dans le canal cholédoque, pressée par celle que le foie pousse continuellement, ne trouvant enfin issue que par le canal cystique, qui oppose moins de résistance, elle monte par cette voie jusque dans la vésicule, comme dans un diverticulum, et elle y séjourne jusqu'à ce que l'obstacle ait été levé. Ce moment arrive lorsque le chyme a enfin dé-

naparte, et a vécu dans l'intimité des chefs de l'armée et des savans qui l'accompagnaient, lui fournira sans doute une ample moisson de faits inconnus jusqu'ici, et fort attachans à cause de la célébrité des personnages mis en scène. C'est là sans doute le genre d'intérêt que ne peut manquer d'offrir la suite de ces *mémoires*. Nous ne croyons pas que l'auteur, homme d'esprit, de sens et de goût, n'ait pas eu de but plus sérieux que celui d'écrire pour le public une de ces biographies dans le genre intime, destinées aux archives de la famille. Les petits détails, les petites aventures et les insignifians accidens dont se compose la vie, ne valent guères la peine d'être racontés que dans l'histoire des grands hommes. On peut désirer savoir par exemple à quelle heure se couchait Napoleon, s'il mangeait lentement ou vite; et on recueille avec une sorte d'empressement superstitieux toutes les révélations quelque futiles qu'elles soient, sur la forme de ses habits et de son chapeau, sur la manière dont il récitait ses leçons à l'école, et autres circonstances semblables; il n'y a pas dans la vie des grands hommes de fait indifférent; mais dans la vie des autres hommes c'est le contraire; tout ce qu'il y a de purement personnel y est indifférent au dernier point. M. Desgenettes sait sans doute cela aussi bien que nous, et son second volume que nous attendons avec la plus grande impatience, nous prouvera que son intention a été bien réellement celle que nous lui supposons. Peut être dans le premier qui n'est, il est vrai, qu'une sorte d'introduction; s'est-il un peu exagéré l'importance des faits qui y sont racontés. Ses voyages en Angleterre et en Italie, exécutés à l'âge de 22 à 24 ans, ne méritaient peut-être pas d'être reproduits avec des détails si circonstanciés. Les notes sur lesquelles ce récit a été rédigé sentent la précipitation de la jeunesse et du voyage; et nous avons tant de livres sur l'Italie, que les descriptions et les observations de M. Desgenettes risquent de paraître fort incomplètes et insuffisantes. Les détails de toutes ses allées et venues ne sauraient remplacer les *Itinéraires* et les livres de poste, et personne ne songera à aller chercher dans ces *mémoires*, ni ne se souciera beaucoup d'y trouver des renseignemens que donnent tous les *guides*. Nous pensons donc que l'auteur aurait pu sans inconvénient faire moins d'emprunts à ses tablettes, et passer un peu plus rapidement sur cette époque de sa vie.

Maintenant que nous avons satisfait à notre conscience de critique, nous devons rendre cette justice à l'auteur, qu'il a su souvent relever par le piquant du style, et par un agréable choix d'anecdotes, l'insignifiance de la plupart des événemens de son drame. Parmi ces anecdotes, les unes sont instructives, les autres amusantes; et sous ce rapport, cette première partie des *mémoires* pour a se faire lire avec quelque plaisir. Nous en citerons quelques-unes.

M. Desgenettes est né à Alençon en 1762. Il commença ses études dans le collége de cette ville, et vint les terminer en 1778 à Paris, au collége du Plessis. Il y essuya beaucoup de tribulations d'écolier et eut avec ses maîtres des démêlés dont l'histoire est fort longue. Deux ans après, il suivit les cours du Collége-de-France. Se proposant d'embrasser la carrière médicale, il passa d'abord maître ès-arts, et partit bientôt après pour l'Angleterre. C'était un voyage d'agrément et d'instruction. Son séjour à Londres et autres villes fut à peu près de six mois, et peu fertile en événemens. Il eut occasion de connaître ou de voir Ch. Fox, Joseph Banks, Jean Hunter et Mirabeau, alors réfugié en Angleterre, et qui y vivait du produit de sa plume, avec sa maîtresse, madame de Nérac. Ici le biographe nous conte un procès assez scandaleux entre le futur tribun et son domestique, qu'il rouait de coups et ne payait pas, suivant l'usage des grands seigneurs de ce temps. Il fréquenta aussi la maison d'un certain docteur Lettsom, espèce de philantrope mystique, qui prêchait à ses gens la morale hygiénique dont Vol-

passé le duodénum poor entrer dans l'intestin suivant. Alors la compression du canal cholédoque cesse ; la bile hépatique retrouve un chemin libre et direct jusque dans le duodénum ; et de son côté la vésicule, pressée par les succussions que lui communiquent les intestins grêles, se débarrasse en tont ou en partie de la portion de bile qu'elle tenait provisoirement en réserve.

Quant aux circonstances de vacuité de l'appareil digestif, on conçoit que, pendant cette intermission, la portion du canal cholédoque comprise entre les feuillets des parois duodénales pourra être tantôt libre, tantôt serrée ou repliée, suivant les divers mouvemens du paquet intestinal, et que selon ces variations la bile coulera librement ou sera entravée dans sa marche et forcée de refluer comme je l'ai indiqué. Ces phénomènes seront donc fortuits. Toutefois, il me semble que ce qui doit arriver le plus fréquemment, c'est le passage direct et facile de cette humeur, opinion contraire à celle généralement adoptée. C'est ainsi que l'état de vacuité de la vessie, loin d'empêcher l'arrivée de l'urine, la favorise au contraire, parce que les membranes relâchées glissent aisément les unes sur les autres et permettent le redressement momentané des portions d'uretères comprises entre elles.

Maintenant, pour compléter la démonstration de la théorie que je propose, il resterait peut-être à en fournir la preuve directe par la vivisection ; mais ici, plus que partout ailleurs, l'expérience serait trompeuse : car on sait quelle perturbation exercent sur le système hépatique et surtout sur les organes de l'excrétion biliaire, les émotions et la douleur.

TERATOLOGIE.

BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE ; SÉPARATION COMPLÈTE DE LA VOUTE PALATINE ; ABSENCE DES NERFS OLFACTIFS, DU TRIGONE CÉRÉBRAL ET DU CORPS CALLEUX ; par le professeur DUBREUIL, de Montpellier.

OBS. — Une femme de trente ans, jouissant d'une brillante santé, accouche pour la seconde fois, le 20 janvier 1835, d'un enfant mâle à terme. Le travail est prompt et naturel ; la gestation n'a offert durant son cours rien de particulier. L'enfant, dont le tronc et les membres présentent un beau développement, porte à la lèvre supérieure un double bec de lièvre. Peu d'instans après la naissance, on essaie de lui faire avaler quelques cuillerées d'un liquide sucré, qui est aussitôt rejeté par les fosses nasales avec imminence de suffocation. Trois heures après l'enfant expire. Le cadavre nous est envoyé par le docteur Bertrand, agrégé près de la Faculté de médecine, toujours empressé de mettre à notre disposition les pièces d'étude qu'il sait devoir nous intéresser et servir en même temps à l'instruction des élèves. C'est assisté de notre confrère et de M. Bouisson, chef des travaux anatomiques, que nous avons constaté les anomalies suivantes :

L'on est au premier aspect frappé de la conformation hideuse de la bouche : il existe sous chaque narine une fente, occupant en haut la totalité de la lèvre, et s'ouvrant dans la narine par son extrémité supérieure. Les os incisifs font une saillie considérable, et sont recouverts, en avant, par un mince lambeau cutané qui représente la dépression sous-nasale. Ils sont appendus, en arrière, à la partie antérieure du vomer et au cartilage médian. Sur les côtés apparaissent deux ouvertures considérables que comprennent les lèvres, la voûte palatine et le voile membraneux auquel son bord postérieur donne insertion. La luette est aussi divisée sur la ligne médiane.

Nous nous étions bornés à ce simple examen, nous proposant de conserver la tête intacte, quand notre collègue et ami le professeur Dugès nous rappela un mémoire de Tiedemann, où il est question de quelques cas de bec-de-lièvre double, coïncidant avec des anomalies cérébrales remarquables. Nous ne balançons point alors à pousser plus loin nos investigations. Pour mieux examiner la voûte buccale, la mâchoire inférieure est divisée sur la ligne médiane. Nous pouvons, par ce moyen, distinguer deux ouvertures de communication avec les fosses nasales. Ces ouvertures sont bornées en dedans par le vomer, en dehors par les rebords internes des os sus-maxillaires et palatins. Elles sont assez larges pour laisser apercevoir facilement les cornets supérieur et moyen de chaque fosse nasale. Le voile du palais et la luette offrent une division complète et symétrique.

Après la section de la voûte crânienne, la division de la dure-mère et de l'arachnoïde, on découvre une grande quantité de sang coagulé épanché entre la pie-mère et les circonvolutions cérébrales. Cette hémorrhagie, bien qu'elle soit générale sur la face externe des hémisphères cérébraux, est plus abondante dans les régions temporales. Nul doute qu'ici une véritable apoplexie n'ait déterminé la mort.

Dépouillé de ses membranes, le cerveau paraît bien conformé à l'extérieur : mais en écartant les hémisphères, nous trouvons qu'ils sont adhérens dans l'étendue du quart antérieur de leur face interne, immédiatement au-dessous de la faulx. Point de traces du corps calleux, du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Réunies immédiatement par la face interne, les couches optiques annihilent l'intervalle qui forme le troisième ventricule. Les éminences ganglíformes, dites corps striés, ne sont marquées que par un léger relief développé au centre d'une surface plane et très-vasculeuse. Nul vestige de la bandelette demi-circulaire : les nerfs olfactifs n'existent point ; on trouve seulement de chaque côté une sorte de bulbe médullaire situé sur les gouttières olfactives, qui sont d'une étroitesse extrême. Les trous qui les traversent ordinairement manquent. Disséquée sous l'eau, la membrane pituitaire ne nous a rien présenté qui ressemblât aux nerfs olfactifs. La cloison ethmoïdale n'est pas sillonnée par les conduits appelés olfactifs internes. Vainement on cherche sur le cerveau l'origine des nerfs qui président à l'odorat. N'omettons point de faire remarquer que, malgré la dissection la plus attentive, on n'a pu découvrir ni les nerfs, ni le ganglion naso-palatins.

Dans un mémoire relatif aux vices de conformation du cerveau, Tiedemann rapporte trois observations qui ont quelque analogie avec celle que nous rapportons ici. Dans la troisième observation, relative à un fœtus de sept mois mort-né, il signale le corps calleux, les piliers antérieurs de la voûte, les lames médullaires de la cloison transparente comme *n'étant pas formés*. Cette expression de l'habile professeur d'Heidelberg ne fait-elle pas présumer qu'il rapporte ces vices de conformation de l'encéphale à un défaut ou à un arrêt de développement ? Dans les faits rapportés par Tiedemann, on voit coïncider le bec-de-lièvre et la scission du voile du palais, avec l'absence des nerfs olfactifs et un défaut de conformation dans quelques-unes des parties du cerveau. On est difficilement conduit à reconnaître entre ces diverses anomalies une sorte de *subordination*, de *nécessité*. Pour chercher à apprécier la cause de l'absence des nerfs olfactifs et des autres parties cérébrales, invoquerons-nous un arrêt de développement, ou ferons-nous intervenir une influence morbide détruisant des organes, soit en voie de formation, soit déjà formés ? Si les admirables travaux de M. Geoffroy-Saint-Hilaire ont pour ainsi dire systématisé l'histoire des monstruosités, n'oublions pas que le produit de la conception est, durant la vie intra-utérine, passible de nombreuses maladies. Cette opinion, que le professeur Dugès a développée et soutenue avec sagacité dans un travail de haute importance, nous a donné à réfléchir : nous, qui depuis avons été à même de constater l'hydrocéphalie sur quelques embryons de diverses époques, disons-le, il ne fallait rien moins que l'irrésistible entraînement des faits et la profonde conviction qu'ils inspirent, pour modifier les idées que nous avions adoptées et professées, alors que nous regardions l'arrêt de développement comme l'unique cause des vices de conforma-

---

ney a rédigé chez nous le code ; il avait composé un tableau assez curieux intitulé : THERMOMÈTRE MORAL ET MÉDICAL, OU ÉCHELLE DES EFFETS DE LA TEMPÉRANCE ET DE L'INTEMPÉRANCE.

TEMPÉRANCE.

L'*eau*, 70 degrés.—La santé, l'aisance.
Le *lait* et l'*eau*, 60 degrés.—Le calme de l'esprit.
La *petite bière*, 50 degrés.—Bonne renommée, longue vie et bonheur.
Le *vin*, 30 degrés.
Le *porter*, 20 degrés.
La *bière forte*, 10 degrés.
} La force ; bonne alimentation, pris au repas seulement et en quantités modérées.

INTEMPÉRANCE.

Vices, maladies et punitions qu'elle entraîne :

Le punch, 10 degrés.—La fainéantise, un état maladif, dettes.

Le punch plus alcoolisé, 20 degrés. — Rend hargneux et querelleur. Rides, tremblement des mains, la face et le nez rouges, etc. Les coups de poing.

Le grog, 36 degrés. — Propension à se battre ou à l'inaction. Ulcérations aux jambes, et jaunisse. Les guenilles et la faim.

Suivent quelques autres axiômes semblables.

L'usage, le jour et la nuit, des *liqueurs énoncées ci-dessus*, 70 degrés. — Le meurtre et le suicide. L'apoplexie et la mort. La déportation ou la potence.

De retour à Paris, M. Desgenettes continua ses études en médecine et suivit surtout l'hôpital de la Charité. Il établit alors quelques liaisons avec divers personnages plus ou moins célèbres, et entre autres avec Vicq-d'Azyr, auquel il remit un dessin d'un savant anglais, M. Sheldon. Ce M. Sheldon était, à ce qu'il paraît, fort original. Vicq-d'Azyr citait de lui le trait suivant : « Il vint l'été dernier, dit-il à M. Desgenettes, passer 24 heures à Paris pour y voir un ballon aérostatique, et vint me rendre visite un peu matin. Je me trouvais alors entre les mains du perruquier. M. Sheldon attendait dans l'antichambre. Quand le perruquier m'eut quitté, et qu'il traversait le salon où se trouvait M. Sheldon, celui-ci le prit par le bras, et lui dit : *Arrêtez-vous un moment, monsieur, je veux profiter de l'opportunité : faites-moi directement la barbe.* Il s'assit, défit de suite sa cravate, et il en était à se faire savonner, quand j'ouvris la porte pour aller au-devant de lui. Il se précipita aussitôt dans mes bras, et m'embrassa fort tendrement à plusieurs reprises, tout savonné qu'il était. »

En 1795, M. Desgenettes partit pour l'Italie, où il séjourna quatre ans. A son passage à Pavie, il visita Scarpa, qui était déjà célèbre à cette époque. Il nous donne à cette occasion quelques circonstances peu connues de la vie de ce grand chirurgien, mais qui tiendraient trop de place ici. Après avoir séjourné quelques mois à Rome, il alla à Naples, puis de Naples revint à Rome. Il trouva sur son chemin les marais Pontins et consigna sur ces marais célèbres quelques observations médicales intéressantes, extraites en partie des ouvrages de Lancisi. Lancisi croyait que l'air de Rome n'était pas malsain par lui-même, et que ses variations ne sont pas même ordinairement nuisibles. Il attribuait les maladies endémiques de Rome aux émanations des marais Pontins, portées à Rome par les vents du midi. M. Desgenettes paraît adopter cette opinion. Lancisi, en conséquence de cette théorie, insista auprès du pape Clément XI sur la nécessité de conserver les forêts intermédiaires, qu'on voulait abattre pour livrer les terrains à la cul-

tion. Tout en appréciant son influence, convenons aussi que si quelquefois l'œuvre organique ne s'accomplit pas selon les règles, c'est que la maladie y met obstacle.

Nous renfermant dans l'observation précédente, voyons si un état pathologique, survenu durant la gestation, n'aurait pas entraîné la perte de quelques-unes des parties dont on a vainement cherché les traces, causé l'imperfection ou le défaut de développement de quelques-unes de celles qui existent. Nous étayant des lois de l'embryogénie, nous aurons surtout recours aux recherches de Tiedemann. Nous avons constaté l'absence des nerfs olfactifs dont l'apparition est précoce chez l'embryon : on a même avancé qu'à une certaine époque de la vie intra-utérine, il existe une cavité du lobule olfactif, cavité communiquant avec les ventricules latéraux. Le nerf olfactif est donc à cette époque un appendice creux des hémisphères cérébraux. Serait-il in vraisemblable de penser qu'une hydropisie partielle du cerveau a détruit les nerfs olfactifs, alors que la pulpe médullaire est si peu consistante?

Nous avons fait observer qu'en même temps que les nerfs olfactifs manquaient, il y avait atrophie des corps striés, masse médullaire considérée par quelques anatomistes comme l'origine de ces nerfs (couches ethmoïdales; Chaussier). La coalition insolite des couches optiques effaçait le troisième ventricule (ventricule optique; Vieussens) cavité dont l'apparition précède celle des ventricules latéraux. On ne saurait concevoir ici cette adhésion insolite sans l'intervention d'un état morbide antérieur; et en effet, les couches optiques ne se développent-elles pas isolément? Cette fusion accidentelle de deux parties naturellement et primitivement séparées, ne peut être le résultat d'un arrêt de développement. Pourquoi donc ne pas la considérer comme la conséquence d'un état morbide? La membrane cellulo vasculaire qui sépare les couches optiques a dû être primitivement atteinte. Quant à la nature du mal, dont nous ne pouvons apprécier que les résultats, nous pensons qu'il y a eu hypersécrétion de liquide, qui s'est opérée alors que le trigône cérébral et le septum lucidum étaient en partie formés, ou en instance de formation. On sait qu'ils n'apparaissent qu'au troisième mois de la vie intra-utérine, c'est-à-dire plus tard que les couches optiques qui sont en rapport manifeste avec eux, comme on peut s'en assurer sur un fœtus de six et même de sept mois. A cette époque les racines du trigône semblent provenir de l'intérieur des couches optiques, et l'on ne doit pas oublier que le rayonnement du trigone s'opère de bas en haut. Rappelons enfin que la cavité qui sépare les deux lames de la cloison transparente est co communication avec la partie postérieure (il n'est question ici que du fœtus), et, par une ouverture triangulaire, avec le troisième ventricule. Aussi n'est-il pas très-rare de rencontrer chez l'adulte la persistance de cette communication; et alors il n'existe point isolément de ventricule de la cloison.

En nous résumant, nous présumons que les diverses agénésies cérébrales mentionnées ont été produites par une hydropisie qui a eu lieu à une époque que l'on ne saurait préciser, et qui plus tard a guéri par la résorption du liquide. Tout semblait révéler dans le cerveau un ancien état morbide. Une accumulation de sérosité suffisante pour constituer l'hydrocéphalie, entraîne la dissolution de la substance médullaire; car, à une époque où les molécules ont plus de consistance et de cohésion entre elles que chez le fœtus, dans ces phlegmasies souvent subaiguës de l'arachnoïde, et qui se terminent par l'hydropisie des cavités ventriculaires cérébrales, dans ce que les anciens appelaient apoplexie séreuse, ne voit-on pas l'épanchement amener à la longue la destruction du septum lucidum et du trigone cérébral? Bien que nous regardions l'hydropisie comme ayant été guérie, le cerveau n'a pas moins reçu, de cette première atteinte, comme une sorte de prédisposition d'imminence morbide. Il était en effet le siége d'un épanchement sanguin suffisant pour expliquer la mort.

C'est toutefois à un arrêt de développement qu'il faut attribuer la double division de la lèvre, comme la scission de la voûte palatine; et il nous semble que cette opinion ne saurait être controversée.

Le vice de conformation par lequel il y a réunion de la bouche et des fosses nasales en une cavité unique, est un de ces accidens graves qui compromettent à chaque instant l'existence du nouveau-né, sans néanmoins être rangé dans les causes de la non-viabilité. L'allaitement naturel ne peut s'opérer en semblable circonstance; et comment l'enfant parviendrait-il à saisir le mamelon pour opérer la succion? D'ailleurs la scission complète du voile palatin est un obstacle à la déglutition, qu'elle rend pénible, souvent même dangereuse.

Voir, pour les soins à donner à l'enfant dans le cas qui nous occupe, le Mémoire du professeur Roux sur la staphylorraphie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. HEIDELBERGER KLINISCHE ANNALEN.

Le quatrième cahier du dixième volume contient : 1° une *revue des travaux les plus récens dans le domaine de la matière médicale* (suite), par M. le professeur Dierbach; 2° *coup-d'œil jeté sur les maladies qui ont régné à Fulda depuis l'année* 1826 *jusqu'en* 1833 *inclusivement*, par M. le docteur Schwarz. C'est une énumération assez sèche des maladies qui ont régné à Fulda pendant ce long espace de temps; 3° *observations tirées de la pratique* du docteur Dorfmüller de Fürstenau; 4° *sur la constitution médicale à Aix-la-Chapelle depuis le* 1er *juillet* 1833 *jusqu'au même mois* 1834, par M. le docteur Bluff; 5° *deux observations communiquées* par le même; 6° *sur la péricardite rhumatismale*, par M. le docteur Heyfelder; 7° *observations*, par M. le docteur Spielmann; 8° *sur une espèce particulière de vice de conformation des bassins de femme*, par M. le professeur Nægele. (Suite.)

VARIOLE COMMUNIQUÉE PAR DES BOUTONS DE VACCINE, par le docteur DORFMÜLLER.

Nous empruntons aux observations du docteur Dorfmüller le fait suivant qui est assez remarquable :

Une femme âgée de 36 ans, non vaccinée et jamais atteinte de la petite vérole, avait eu l'imprudence de décoller la chemise de son nourrisson adhérente aux piqûres de la vaccine, en l'humectant avec sa langue. Quelques jours après elle fut affectée de douleurs très fortes du cou, avec fièvre, et au bout de trois jours tout le corps fut couvert de

---

ture; et plus tard, Pie VI dessécha une assez grande partie des marais Pontins. Or, malgré l'interposition de ces forêts auxquelles Lancisi attribuait tant d'influence, malgré le dessèchement des marais, foyer présumé de l'infection, les fièvres intermittentes n'ont pas cessé de régner à Rome comme par le passé.

En quittant Rome, M. Desgenettes voyagea de compagnie avec le célèbre géologue Dolomieu, commandeur de l'ordre de Malte. Ils étaient trois en comptant le valet de chambre de Dolomieu, et formaient une petite caravane dont l'accoutrement avait quelque chose de pittoresque. « Encore bien que Dolomieu, dit-il, fût décoré de sa croix et des insignes des profès de Malte, et que son cheval, d'assez bonne race et d'une belle allure, monté comme il l'était par un ancien officier de carabiniers, portât une bourse en velours cramoisi surchargée d'une large et double croix brodée en blanc, notre trio avait pourtant quelque chose d'une cavalcade de bohémiens de Callot. D'un côté, la taille gigantesque du commandeur; de l'autre, ses lunettes vertes et un énorme mort au engagé dans sa ceinture, lui donnaient un air fort singulier. Le valet de chambre, montant un cheval un peu boiteux et mal équipé, avait deux énormes bougettes d'où l'on voyait, avec des pistolets, sortir des fioles et des flacons contenant des réactifs pour les essais de chimie; de plus, deux sacoches, au lieu de valises, pour porter des échantillons de pierres et de minéraux; ce qui pouvait nous faire prendre pour des marchands d'orviétan. »

C'est dans cet équipage qu'ils arrivèrent à *Corneto*, patrie des Tarquins, ces tyrans célèbres. Ils n'y trouvèrent que de mauvais cabarets. Aujourd'hui, en 1835, il y a de belles auberges; mais il vaudrait mieux cent fois tomber entre les mains des Bédouins que dans les griffes rapaces de ces étrusques. Le voyageur qui a le malheur de mettre le pied sur le seuil, n'est pas plus sûr d'en sortir sain et sauf que s'il pénétrait dans l'antre de Cacus. Il n'y a pas de malédictions que ne méritent les aubergistes de cette ville inhospitalière, et avec eux les voituriers, les domestiques, les agens de l'autorité, et en général tous ceux avec qui le voyageur peut avoir affaire. L'auteur de cet article est charmé de trouver cette occasion de témoigner aux habitans de cette partie de la Toscane, Corneto, Orbitello et autres lieux, sa reconnaissance pour l'accueil qu'il en a reçu il y a peu.

Dans le bourg de Canino, qui paraît être habité par la même race, M. Desgenettes et son compagnon le commandeur, essuyèrent une aventure assez désagréable, mais à laquelle on est encore exposé aujourd'hui dans ce beau pays. Arrivés le soir ils furent assaillis par une brigade de cinq sbirres ou *famigliari*, armés jusqu'aux dents de fusils, pistolets et stylets, qui les conduisirent, en les couchant en joue, chez le podesta. On les accusait tout simplement d'être des brigands et d'avoir détroussé dernièrement sur les grands chemins un chevalier de Malte. Sans la protection d'un intendant d'un certain duc qui prit fait et cause pour eux, et menaça les sbirres de la vengeance de son maître, on leur aurait peut-être fait un mauvais parti. On les relâcha et ils s'en allèrent sous l'escorte de leur protecteur jusqu'à trois milles de Canino. Tout s'expliqua plus tard, et l'affaire finit par la destitution du podesta et l'emprisonnement des sbirres.

M. Desgenettes fut de retour à Paris en janvier 1789. C'est ici que s'arrête le premier volume de ses *mémoires*. Nous sommes certains que le second nous offrira, par la nature des matériaux, une occasion d'éloges que nous ne pouvons guère accorder dans celui-ci qu'à la rapidité du style, à l'excellent ton du récit, qui est simple, spirituel, et tout plein de ces aimables qualités qui brillent dans la conversation de l'auteur.

boutons varioliques dont le caractère et la marche étaient celui de la vraie variole.

ACCIDENS FACHEUX A LA SUITE D'UN FIL DE CHARPIE ENFERMÉ DANS UNE PLAIE CICATRISÉE, par le docteur BLUFF.

OBS. — Une fille âgée de 19 ans, assez robuste, se blessa au tibia droit en heurtant contre une pierre pointue. La blessure, tout-à-fait superficielle, peu saignante et presque pas douloureuse, fut pansée par la malade avec de la charpie trempée dans du vinaigre et dans de l'eau salée. Après trois jours, cicatrisation de la plaie, et la fille se porte bien.

Le dixième jour, elle se réveille dans la nuit avec de fortes douleurs dans la jambe droite; toute la cuisse était brûlante, et le matin on la trouva dans l'état suivant : Tête très-rouge; fièvre intense; pouls fréquent (127 puls. par minute); peau brûlante au toucher; céphalalgie; tiraillement dans la jambe droite; quelquefois delire; jambe tuméfiée depuis la région inguinale jusqu'aux orteils, tendue, très-rouge, d'un bleu noirâtre près de l'endroit cicatrisé; tremblante avec mouvemens involontaires. (Incision de la cicatrice. Fomentations chaudes avec des herbes narcotiques sur la jambe, fomentations froides sur la tête; saignée; lavemens et potions purgatifs.)

Les douleurs cessèrent par les fomentations, et le douzième jour après le premier accident, on retira de la plaie un fil de charpie assez fort. Le même jour, à midi, tous les symptômes avaient disparu, et la plaie se cicatrisa de nouveau dans peu de jours sans suites fâcheuses.

Il est évident que c'est la présence du fil qui a donné lieu à des symptômes aussi graves, et il est assez remarquable que dans les cas de ligatures les fils restent souvent très-long-temps sans occasionner le moindre accident.

SUR LA PÉRICARDITE RHUMATISMALE, par le docteur HEYFELDER.

Parmi les maladies insidieuses se remarque surtout le rhumatisme aigu vague; résistant souvent à tout traitement, il provoque une inflammation du cerveau et de ses membranes ou des organes de la poitrine et nommément du péricarde, affection qui devient après un espace de temps plus ou moins long presque toujours mortelle. Le pronostic de la péricardite qui survient dans de pareilles circonstances est mauvais, ainsi que l'ont vu MM. Andral fils et Louis, et comme le prouvent les deux observations suivantes.

OBS. I. — Un forestier, âgé à peu près de 28 ans, prédisposé aux affections rhumatismales, du reste sain et d'une bonne constitution, fut attaqué, à la suite d'un refroidissement, d'une fièvre rhumatismale qui fut traitée par une diète convenable et de légers sudorifiques.

Le quatrième jour, douleur, tuméfaction et rougeur au poignet de la main droite, dans le genou et l'articulation du pied gauche. (Emissions sanguines sur les parties douloureuses, qui sont entourées de taffetas ciré; tartre stibié à la dose d'un grain par heure; limonade chaude pour boisson.)

Peau chaude et moite; langue blanche; tête prise; respiration un peu gênée; pouls fréquent et plein. La nuit, agitation et insomnie. Le matin, point de douleurs dans les articulations précédemment affectées; mais bien dans toutes celles des parties supérieures droites et dans les extrémités inférieures, qui étaient très-tuméfiées et ne permettaient pas le moindre mouvement. On les entoura de taffetas ciré; une saignée forte provoqua un soulagement passager. Après dix heures de temps, toutes les douleurs des articulations avaient disparu, excepté aux deux genoux, où elles étaient très-fortes; on y appliqua 20 sangsues. Le malade se portait assez bien au commencement de la nuit; mais après un sommeil de deux heures, il se réveilla avec les symptômes suivans : Sentiment de peur, dyspnée; douleur dans la région précordiale; battemens de cœur; pouls irrégulier. Cet état dura jusqu'au lendemain. La percussion fit entendre sur la région précordiale tuméfiée un son mat bien caractérisé. Le stéthoscope ne fit découvrir aucun bruit respiratoire. Point de gonflement ni douleur des articulations; toute la peau en moiteur; soif médiocre; langue rouge aux bords et à la pointe, couverte d'un enduit blanchâtre au milieu; selle naturelle; urine rouge et non copieuse. (Saignée; calomel, 2 grains toutes les heures; sinapismes humectés avec la teinture de cantharide sur les mains et les pieds.)

Les symptômes diminuèrent d'abord, mais augmentèrent de nouveau vers le soir et ne se dissipèrent point par l'application de 18 sangsues et par un large vésicatoire sur la poitrine.

Le matin, douleur intolérable dans la région précordiale, qui était plus proéminente, et donnait par la percussion un son mat très-fort; pouls irrégulier; augmentation de la dyspnée. Le bruit de cuir neuf, symptôme indiqué, comme on sait, par Collin, ne fut pas entendu. Une nouvelle saignée et des sinapismes appliqués sur les articulations exemptes de tuméfaction et de douleurs ne provoquèrent aucun soulagement, et la mort survint à la fin du neuvième jour; le malade ayant conservé toute sa connaissance.

AUTOPSIE FAITE VINGT HEURES APRÈS LA MORT.

Cerveau et poumons à l'état normal; péricarde très-distendu, contenant une sérosité trouble, rougeâtre; sa surface interne couverte d'une pseudo-membrane un peu rugueuse, ferme, de l'épaisseur d'une ligne à peu près. Une pareille pseudo-membrane, mais moins solide et moins épaisse, couvrait la membrane séreuse du cœur, qui, comme on sait, est une continuation du péricarde. Rien d'anormal dans le cœur, quoiqu'il se trouvât des masses polypeuses dans le ventricule droit. Les viscères de l'abdomen à l'état normal.

OBS. II. — Une laveuse âgée de 40 ans, souffrant à plusieurs reprises d'affections rhumatismales, fut attaquée à la suite d'un refroidissement, d'un rhumatisme aigu vague, qui, malgré un traitement antiphlogistique, changea cinq fois de place dans un espace de six jours. Les extrémités supérieures et inférieures furent successivement atteintes d'une douleur déchirante, d'un gonflement considérable et d'une forte rougeur. Tous les mouvemens étaient impossibles à la malade.

Au septième jour, tous ces symptômes avaient disparu; pouls peu fréquent; peau molle; urine indiquant un mouvement de crise, et pour la première fois un peu de sommeil; mais au bout de trois heures la malade se réveilla se trouvant moins bien, et se plaignant d'agitation et de dyspnée qui lui rendait impossible la position horizontale au lit; mais toutes les articulations étaient tout-à-fait exemptes de douleur, de gonflement et de rongeur.

Le soir, agitation et dyspnée plus fortes; pouls un peu dur et irrégulier; urine peu copieuse; figure altérée; la malade accuse une douleur de tiraillement sous la mamelle gauche et dans la région précordiale, qui avait des rémissions, mais devenait de temps en temps tellement forte que la patiente jetait les hauts cris; la position, la respiration et la pression sur la poitrine ne paraissaient pas augmenter ou diminuer cette douleur; la région précordiale n'était pas tuméfiée, mais donnait un son mat par la percussion; le bruit respiratoire était nul entre elle et la mamelle gauche; il ne manquait à aucun autre endroit de la poitrine. Les pulsations du cœur étaient *irrégulières et inégales*. Le bruit de cuir neuf ne fut pas entendu. (Saignée; sinapismes sur les articulations de la main et du pied; à l'intérieur, à alterner, calomel à 2 grains et tartre stibié à 1 grain.)

Point de soulagement pendant la nuit; ni vomissemens, ni selles. Ces dernières furent enfin provoquées par des lavemens irritans. Traits de la face plus altérés; figure pâle et froide; extrémités froides; pulsations des artères et du cœur toujours irrégulières et inégales; langue rouge aux bords et à la pointe, blanche au milieu; région précordiale non tuméfiée, mais toujours le siége d'une douleur insupportable. (Sinapismes sur les extrémités inférieures et supérieures; vésicatoire sur le milieu de la poitrine; continuation des médicamens internes.)

Le neuvième jour de la maladie et le troisième depuis la disparition des accidens du rhumatisme, la malade meurt en conservant toutes ses facultés intellectuelles.

AUTOPSIE FAITE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

Péricarde extrêmement distendu, contenant une grande quantité de sérosité trouble et rougeâtre; sa surface interne très-rouge et couverte d'une lymphe plastique. Tous les autres organes à l'état naturel.

Les observations de l'inflammation du péricarde ne manquent pas; mais il y en a très-peu qui soient décrites avec cette exactitude qui est indispensable si on veut poser un diagnostic rigoureux, et qui est surtout désirable pour la péricardite.

Dans nos deux observations, on a vu le plus grand nombre de symptômes qui ont été observés et décrits comme caractéristiques dans la péricardite par Bertin, Bouillaud, Laënnec, Andral et Louis, et les autopsies cadavériques ont confirmé le diagnostic que l'ensemble des symptômes avait fait porter. Cette maladie mérite le nom de *rhumatismale* dans nos deux observations, parce qu'elle est survenue après la disparition de l'affection rhumatismale des articulations, et que la matière morbide du rhumatisme s'est, pour ainsi dire, déposée sur le péricarde, ou est devenue au moins la cause prochaine de la péricardite.

Les signes caractéristiques de l'inflammation du péricarde dans nos deux observations étaient : la douleur dans la région précordiale qui s'est étendue jusqu'à la mamelle gauche dans la seconde observation, la dyspnée, le son mat et l'absence du bruit respiratoire au même endroit, tandis qu'il ne manquait à aucun autre point de la poitrine, l'irrégularité et l'inégalité des pulsations du cœur et des artères. Chez le premier malade il existait une tuméfaction notable de la région précordiale, symptôme qui a été noté, comme on sait, pour la première fois par Louis, et qu'il regarde comme un signe pathognomonique de cette maladie; mais il ne peut être considéré comme tel, vu qu'il manque très-souvent, ainsi qu'on l'a pu remarquer dans la seconde observation. Le bruit indiqué par Collin n'a pas été entendu.

M. Heyfelder remarque que l'observation est en général en défaut lorsqu'elle veut rattacher le diagnostic d'une affection à un seul symptôme et la désigner par lui seul. L'ensemble de tous les symptômes peut et doit fixer le diagnostic d'après l'individualité du malade, son âge; et beaucoup de causes accidentelles peuvent faire que certains symptômes s'effacent tandis que d'autres deviennent plus saillans. A cet effet il cite comme exemple le manque de la toux dans les inflammations des poumons chez les enfans; ce symptôme est donné comme caractéristique dans ces maladies, qui peuvent facilement être méconnues, au détriment des petits malades, sans l'aide de la percussion et du stéthoscope.

Le pronostic de la péricardite rhumatismale est très-fâcheux, parce qu'il est très-difficile de rappeler la maladie à son siége primitif; puis à cause de l'intensité de l'inflammation qui était caractérisée dans les deux cas par la marche rapide, par la sécrétion des pseudo-membranes et de ce fluide trouble et rouge. M. Heyfelder croit que le traitement qu'il a employé, quoiqu'il n'ait point été suivi de succès, est cependant le seul qui convienne dans cette maladie.

observations, par M. le docteur Spielmann.

La première observation est une gangrène du poumon s'accompagnant du délire des buveurs et se terminant par un anasarque universel et la mort. L'autopsie ne fut pas faite. La seconde est une *phthisie pulmonaire aiguë* (*phthisis florida*), s'accompagnant d'*épistaxis et de la maladie hémorrhagique de Werlhof.*

Obs. — W. L..., âgé de 21 ans, d'un tempérament sanguin, né d'une mère phthisique, livré de bonne heure à une vie déréglée, fut pris, à l'âge de 17 ans, d'épistaxis abondantes. Dans la même année, il fut atteint d'une phthisie aiguë qui, au bout de deux ou trois mois, avait déjà dépassé le second degré. Les hémorrhagies nasales, qui ne revenaient d'abord que tous les huit jours, se renouvelèrent bientôt tous les trois ou quatre jours et enfin tous les jours, et d'une manière vraiment effrayante. Le sang jaillissant d'une narine, plus tard des deux, était dans le commencement d'un rouge vermeil; mais devenait, vers la fin, plus foncé et plus veineux, se coagulant difficilement. Ces hémorrhagies étaient très-rebelles; une fois le sang avait penétré jusque sous l'angle interne de l'œil; la compression et des applications froides sur la tête et la figure pouvaient seules les arrêter. Lorsque ces hémorrhagies et les progrès de la phthisie eurent épuisé le malade, il se déclara une a cite en même temps que des taches hémorrhagiques de Werlhof. Alors les hémorrhagies nasales s'affaiblirent, puis cessèrent entièrement; le travail hémorrhagique s'était retiré des gros vaisseaux dans le système capillaire. Bientôt les taches pétéchiales s'étendirent; et, surtout aux endroits où le malade se frottait ou se heurtait, il apparaissait aussitôt des plaques et des raies d'un rouge-noir marbré. L'hydropisie ne tarda pas à devenir universelle, et le malade mourut au milieu du delire. L'autopsie cadavérique ne put point être faite.

quelques mots a ajouter au mémoire sur une espèce particulière de vice de conformation des bassins de femme, par M. le professeur Nægele (1).

M. Nægele donne ici la description des bassins n° 6 et 7, observés à Milan par M. le docteur Mencke, d'après les renseignemens qui lui ont été envoyés, depuis l'insertion de son mémoire, par MM. les docteurs Carlo Piantanida, directeur du grand hôpital de Milan, et De Marchi Gherini. Ces bassins, comme nous en avons déjà fait la remarque autre part, ne différant que par le degré de rétrécissement et le côté où existe l'ossification, plus de détails seraient ici superflus; il nous reste à ajouter que le rétrécissement du bassin et l'ossification de l'articulation sacro-iliaque se trouvent à droite sur le bassin n° 7.

II. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

par Hufeland et Osann.

Le cahier de novembre renferme les articles suivans : 1° *suites des recherches sur la varioloïde*, par le docteur Sachs; 2° *douze guérisons de maladies mentales obtenues à l'hôpital de Hofgeim, près de Darmstadt*, par le docteur Amelung. Cet article contient les huit premières de ces observations; nous attendrons les autres pour en rendre compte; 3° *histoire d'une maladie glandulaire*, par M. le docteur Oberteuffer; 4° *de l'effet des pédiluves d'acide nitrique et hydrochlorique dans les maladies du foie*, par M. le docteur Schlesinger; 5° *boutons en fleurs des pommes aigres comme spécifique nervin dans certaines affections nerveuses*, par M. le docteur Biermann.

de l'effet des pédiluves d'acides nitrique et hydrochlorique dans les maladies du foie, par M. le docteur Schlesinger.

L'auteur de cet article recommande fortement ce moyen employé pour la première fois par le docteur Tantini (*Expérience médicale*, Turin, 1825), qui a donné la formule suivante :

Prenez : Acide hydrochlorique,	3 onces.
— nitrique,	2 —
Eau commune,	6 —

M. D. S. A diviser en trois parties.

On mêle une de ces parties à 45-50 parties d'eau chaude pour un bain de pieds de 20 à 25 minutes, au sortir duquel le malade doit se coucher et attendre une transpiration. De temps en temps on administre de légers purgatifs, comme le calomel, la magnésie et la crême de tartre; on ne doit pas les donner à trop haute dose, parce que déjà les pédiluves entretiennent la liberté du ventre. S'il survient souvent de petites pustules aux jambes, on interrompt alors l'usage des bains pour les reprendre quelques jours après, mais moins forts; 25 à 45 bains qui doivent être pris jusqu'aux genoux suffisent ordinairement pour la cure.

(1) Gazette médicale, 1835, n° 2.

Les cas dans lesquels ce moyen se montre surtout efficace sont : 1° Les affections chroniques de l'abdomen qui surviennent à la suite d'une hépatite aiguë, telles que coliques, vomissemens, constipations opiniâtres, fièvre bectique, etc. Déjà à la suite de quelques bains les selles ont de nouveau lieu et prennent une consistance pultacée, sans que l'on ait encore employé des purgatifs; de plus, l'habitus cachectique disparaît et l'appétit revient. La transpiration qui survient après chaque pédiluve soulage beaucoup les malades. Tantini cite l'observation d'un individu qui, à la suite d'une induration du foie, souffrait d'une fièvre bectique, de vomissemens, etc., et qui ne put être guéri par aucun autre moyen que par ces pédiluves. M. Schlesinger rapporte de son côté l'observation suivante :

Obs. — N..., affecté d'une hépatite pour laquelle on avait employé le calomel et les saignées, avait conservé un ictère chronique, des vomissemens fréquens de matière noirâtre, une sensation de pesanteur au foie, qui était dur au toucher en divers endroits, et dans son lobe droit on sentait une fluctuation manifeste; fièvre; pouls petit, irrité. Le petit-lait, l'eau de Seltz et de Tachingen coupées avec du lait d'ânesse, etc., furent employés sans résultat. Enfin, on eut recours aux pédiluves nitro-hydrochloriques, et déjà après le huitième la fièvre avait cessé. Au quinzième, la jaunisse disparut, les selles se colorèrent; l'endroit enduroi se sentait plus mou au toucher, et après huit semaines de traitement la guérison était complète, et s'est soutenue jusqu'aujourd'hui, presqu'un an après.

2° Asthme abdominal. Un malade souffrait d'accès violens d'asthme qui allaient jusqu'à la suffocation, de douleurs abdominales augmentant par la pression sur le foie, de digestion difficile, de constipation, de sentiment d'anxiété dans la région précordiale, çà et là de battemens dans le bas-ventre, de céphalalgie, et d'une toux violente et sèche; on lui fit prendre ces mêmes bains de pieds aidés de purgatifs; et il guérit très-bien, au-delà de toute attente;

3° Affections hypocondriaques; dans ces cas ce moyen est moins certain;

4° Maladies mentales, entretenues par des obstructions du système de la veine-porte; ici surtout M. Schlesinger se loue de l'administration de ces pédiluves.

boutons en fleurs des pommes aigres, comme spécifique nervin dans certaines affections nerveuses, par M. le docteur Biermann.

M. Biermann a trouvé ce moyen très-efficace dans le cas d'une sensibilité exaltée des nerfs, principalement de ceux du système ganglionaire, où on observe surtout un très-haut degré d'épuisement; les malades mâchent plusieurs de ces boutons dans la journée; pour être efficaces ces derniers doivent être cueillis avant ou après le coucher du soleil, et avant que la fleur soit entièrement développée; il faut encore qu'il n'y ait point eu de pluie pendant deux jours. Mais qu'on ne se serve que des boutons des pommes aigres, car ceux des pommes douces sont aussi nuisibles que les premiers sont salutaires. L'eau distillée jetée sur les boutons de pommes aigres, donnée par cuillerée à café, se montrait également efficace. M. Biermann recommande ce moyen comme le fruit de sa propre observation; il lui reconnaît une propriété stimulante qui lui paraît devoir surpasser celle du musc dans les cas semblables. Il se demande si l'amer-acide des boutons en fleurs des pommes aigres n'est pas le principe actif de ce remède.

III. HORN'S NASSE'S UND WAGNER'S ARCHIV.

Le cahier de juillet et août 1834 contient : 1° *Remarques sur l'état sanitaire de Güstrow*, par M. le docteur Rosenthal (fin); 2° *revue des maladies observées pendant les mois de juillet, août et septembre* 1833, par M. Horn (suite); 3° *même revue pour les mois d'octobre, novembre et décembre de la même année*, par le même. Ces articles présentent quelques cas de maladies plus ou moins intéressantes; on remarque surtout dans le troisième, quatre observations d'affections mentales terminées par la guérison; nous ne les exposerons point ici, nous réservant de revenir plus tard sur des faits analogues. 4° *Littérature*. Nous trouvons sous ce titre, entre autres choses remarquables, l'article suivant.

premier rapport annuel sur l'établissement d'enseignement pratique de médecine légale a l'université royale de berlin, depuis Pâques 1833 à 1834; par M. le professeur G. Wagner.

L'extrait de ce rapport qui a paru à Berlin en 1834, nous semble mériter à juste titre de fixer l'attention de nos lecteurs. L'établissement

dont il est ici question est le premier de ce genre qui ait été créé en Allemagne; l'immense avantage qui résulterait de l'introduction dans nos Facultés d'un pareil enseignement, qui serait à la médecine légale ce que nos cliniques sont à la médecine et à la chirurgie pratiques, ajoute encore à l'importance du sujet, que nous recommandons à la méditation des législateurs chargés de la future réorganisation de la médecine en France.

L'école pratique de médecine légale à l'université de Berlin a été ouverte dans le semestre d'été de 1833.

Tous les cas de médecine légale qui se sont rencontrés dans cette ville, dans le courant de l'année, ont été utilisés pour l'instruction des médecins et élèves qui ont suivi l'établissement. Le mode d'enseignement adopté est le suivant :

A différentes heures de la journée, ainsi que le comporte la matière, chaque étudiant est admis, à tour de rôle, à faire des recherches sur des personnes vivantes, à se livrer aux autopsies judiciaires et à l'analyse des substances inanimées; puis après avoir entendu les explications nécessaires, il est tenu de dresser un rapport par écrit sur le cas qui lui a été soumis, comme le ferait le Physieus (médecin cantonnal). En outre le professeur se réunit deux fois par semaine et à heure fixe, avec les élèves, soit pour éclairer et discuter les faits déjà observés, soit pour faire la distribution des faits nouveaux, soit enfin pour débattre et apprécier les rapports qui lui ont été remis.

De plus les élèves sont exercés dans la manière de pratiquer convenablement des ouvertures de cadavres, soit d'adultes, soit d'enfans; et on sait combien chez ces derniers la docimasie pulmonaire exige d'habitude et d'habileté. L'étude des poisons offre aussi une mine féconde d'instruction; car chaque semestre on enseigne, non-seulement la manière de constater la présence des poisons minéraux qui se rencontrent plus fréquemment, mais encore celle d'arriver à la connaissance des substances vénéneuses végétales, qui se retrouvent plus rarement et dont la présence est plus difficile à déterminer.

Les sujets de police médicale sont également compris dans cet enseignement; on donne aux élèves un aperçu de tout ce qui appartient à cette branche de la médecine administrative et on leur fait connaître les instrumens, appareils et collections nécessaires à cet usage; des boissons et substances alimentaires sont soumises à l'analyse chimiques, et des visites de pharmacie ont lieu sous la direction d'un pharmacien, M. Barwald.

Enfin on a réuni à cet établissement un cours pratique de médecine vétérinaire administrative; à cet effet les élèves sont admis à l'école vétérinaire, où M. le professeur Hertwig leur démontre les cas qui peuvent présenter de l'intérêt sous le rapport judiciaire ou de police médicale.

Pendant la première année de son existence, l'école pratique de médecine légale a été fréquentée par 63 élèves, parmi lesquels plusieurs docteurs et médecins praticiens. L'enseignement a compris 253 questions de médecine légale, dont 217 concernant des personnes vivantes, 32 relatives à des personnes mortes (autopsies judiciaires), et 4 nécessitant l'analyse de substances inorganiques.

Les recherches faites sur les personnes vivantes ont eu pour objet, dans 183 cas, l'état du corps, et dans 34 l'état de l'esprit : parmi ces derniers on comptait 27 cas civils et 7 criminels.

L'auteur entre ensuite dans des détails sur les différens cas qui ont été observés pendant l'année; comme notre but n'était que de faire connaître cette innovation précieuse d'enseignement pratique d'une des branches de la médecine généralement trop négligée dans nos écoles, nous ne le suivrons pas dans cette seconde partie de son travail.

V. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

Parmi les articles contenus dans les quinze premiers numéros du quatrième volume, les suivans nous paraissent être les plus remarquables. On y trouve bien encore la relation et les procès-verbaux de la douzième assemblée des médecins et naturalistes allemands réunis l'année dernière à Stuttgart; mais comme les différens travaux qui y ont été présentés sont rapportés d'une manière très-courte, et qu'ordinairement la plupart de ces mémoires sont publiés à part, nous aurons occasion d'en rendre compte séparément.

OBSERVATION CURIEUSE D'UN NOYÉ CHEZ LEQUEL ON A TROUVÉ DU SABLE ET DES GRAVIERS DANS LES ORGANES RESPIRATOIRES, par le docteur BLUMHARDT.

OBS. — Ch.-F. Sch..., âgé de 23 ans, atteint, depuis le mois d'octobre 1830, d'accès épileptiformes qui revenaient tous les huit ou quatorze jours, et pendant lesquels il perdait connaissance, fut trouvé mort le 5 mai 1833 dans un ruisseau, la face tournée contre terre; la tête plongeait entièrement dans l'eau, qui n'avait qu'un pied de profondeur; le reste du corps n'était qu'à moitié recouvert.

Ce qui frappa surtout à l'autopsie fut la présence d'un sable gris, subtil tenu, et de graviers de différentes grosseurs dans la trachée artère, au-dessus de la bifurcation des bronches; le plus grand de ces graviers, carré, pesant au moins un gros, avait presqu'un demi-pouce en longueur et en largeur, avec une demi-ligne d'épaisseur. Il est presque impossible de concevoir comment ce calcul, qui était de la même nature que ceux formant le lit du ruisseau, a pu passer à travers la glotte. Une grande quantité de ce même sable remplissait également les deux bronches, et même on en retrouva quelques parcelles dans les vésicules du poumon. Toute la quantité du sable dans la trachée et les bronches pesait à peu près 3 à 4 gros.

Nous trouvons ici un fait d'observation extrêmement rare. C'est la présence de sable et de graviers dans les voies aériennes chez un noyé; en effet M. Orfila seul parle de cette circonstance, et encore sur 50 cadavres ne l'a-t-il remarquée qu'une fois. *Dict. de méd.*, t. 20, p. 26). Le volume d'un de ces graviers dépassant la capacité de la glotte prouve suffisamment que ces corps étrangers ne sont pas entrés mécaniquement dans les voies aériennes après la mort, mais qu'ils ont été avalés dans les derniers momens de l'agonie. Bien que l'autopsie n'ait fait découvrir aucun signe de mort par apoplexie, on n'a néanmoins pas trouvé de liquide spumeux dans les voies aériennes; nous pouvons en conclure que ce liquide peut manquer même quand les individus succombent par asphyxie, genre de mort constaté ici par la présence des graviers dans les bronches de ce malheureux, qui probablement est tombé dans l'eau pendant une attaque d'épilepsie.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR AUX LÈVRES SURVENUE APRÈS UNE FRAYEUR, par le docteur DIEZ.

Personne ne met en doute l'influence du moral sur le physique; mais voir une émotion de l'ame suivie instantanément d'un changement matériel dans telle ou telle partie du corps, comme l'histoire suivante nous en offre un exemple frappant, est une chose très-rare.

OBS. — Le 4 juillet 1833, M. Diez fut appelé auprès de la femme G..., âgée de 24 ans, d'une constitution délicate et affectée d'accès hystériques, pour une tumeur aux lèvres qui s'était développée d'une manière très-rapide. A son arrivée, il trouva la lèvre inférieure, et surtout la supérieure, boursoufflées et prêtes à se rompre; elles fermaient presque tout-à-fait la bouche. Comme cette tumeur s'était propagée aussi aux gencives et à la langue, la malade pouvait à peine parler, et ne prenait que des substances liquides; elle se plaignait de douleurs piquantes, périodiques, mais pas trop vives; d'une tension aux parties tuméfiées. Cette tumeur était arrivée à ce point dans l'espace de cinq minutes, et paraissait encore s'accroître à vue d'œil. Il s'y joignait les symptômes suivans : Sécrétion très-abondante de salive qui s'écoulait constamment entre les deux lèvres; respiration courte; sentiment de peur et de pression sur la poitrine; toux sèche; frissons passagers; pouls subfréquent et un peu tendu; goût fade; selles naturelles; soif nulle; tête prise, mais non douloureuse; figure un peu rouge, mais déformée par la tumeur. Tous ces phénomènes étaient survenus après une frayeur que la malade avait éprouvée en voyant une petite fille de 4 ans se passer un canif entre les lèvres sans pourtant se blesser; elle assura avoir éprouvé au même instant un sentiment très-douloureux dans ses lèvres, comme si on les avait percées avec un instrument tranchant; il lui avait semblé que sa circulation et sa respiration s'arrêtaient. Avant cet accident, à l'exception d'un bourdonnement d'oreilles et de douleurs dans les lombes, la malade se portait très-bien; ses lèvres auparavant ne présentaient rien d'anormal; la respiration était naturelle et la toux nulle.

Au moyen de plusieurs applications de sangsues et de médicamens rafraîchissans, sudorifiques et apéritifs, cette tumeur, qui s'étendait jusqu'aux paupières, disparut tout-à-fait le quatrième jour, ainsi que la toux, le ptyalisme et la gêne dans la respiration.

CAS D'UNE VESSIE DOUBLE, par le docteur ZECHLER.

Parmi les anomalies de l'organisme que l'on connaît, le cas d'une vessie double, l'une emboîtée dans l'autre, est peut-être unique dans l'histoire de l'anatomie pathologique de l'homme.

OBS. — M. Josenhauss fut appelé à D... le 7 avril 1834, pour donner des soins à une petite fille âgée d'un peu plus de trois mois, qui souffrait beaucoup à chaque émission de l'urine. Les parens lui dirent avoir remarqué quelque chose d'extraordinaire aux parties génitales, lorsque l'enfant jetait des cris, et qui disparaissait dès qu'il cessait de pleurer. Le médecin, à son examen, ne trouva rien d'anormal, si ce n'est l'absence complète de l'ouverture du canal de l'urètre. Quelque temps après, les cris ayant recommencé, le médecin fut de nouveau appelé. Cette fois, il trouva les grandes lèvres écartées par une tumeur de la grandeur d'un œuf de pigeon, qui avait tout-à-fait l'aspect de la vessie; elle était très-distendue et ses vaisseaux gorgés de sang; l'ouverture par laquelle elle faisait saillie était le vagin; on la refoula d'une manière méthodique, et on mit l'enfant dans une position convenable; des médicamens antiphlogistiques lui furent administrés. Pendant deux jours, l'enfant était alerte, l'émission de l'urine se faisait sans douleur; mais le troisième la vessie fit de nouveau saillie en occasionant de fortes douleurs; de plus, les parens, par des essais infructueux, provoquèrent de l'irritation. A son arrivée, le médecin trouva la vessie entre les grandes lèvres, noire, rougeâtre et affaissée; l'urine s'écoulait par gouttes et l'enfant était

épuisée. Cependant la vessie s'étant vidée spontanément, l'enfant devint tranquille; mais elle mourut vingt-huit heures après, avec des symptômes d'une inflammation du bas-ventre.

A l'autopsie, on trouva, en introduisant le doigt dans le vagin, une large ouverture, et en l'écartant on sentit proéminer un petit corps, rond et élastique, que l'on put refouler au moyen d'une sonde de femme. Le cathéter donna issue à un peu d'urine trouble. Les organes de la digestion étaient sains.

Voies urinaires. Rein droit : son uretère et ses capsules urénales à l'état normal. Rein gauche augmenté du double, mais de forme ordinaire; sa partie inférieure avait conservé son tissu propre; la supérieure était changée en une masse membrano-celluleuse garnie à son bord concave de la substance corticale. Du bassinet sortait un uretère régulièrement conformé. L'angle supérieur de ce même rein, élargi en un sac membraneux, donnait naissance à un second uretère très-large de la forme d'un intestin de poule. Ces deux uretères, unis ensemble par du tissu cellulaire, descendaient dans le bassin. Vessie vide, non enflammée; son bas-fond et son corps à l'état normal; le col un peu allongé et légèrement distendu; l'urètre manquant. Les deux uretères du côté gauche formaient, avant leur insertion à la vessie, un seul canal, dans lequel ils étaient intimement réunis par un tissu membrano-cellulaire. La vessie, incisée à sa surface antérieure, renfermait une seconde vessie d'une forme semblable à la première, et qui était enflammée; le bas-fond s'élevait librement dans la cavité de la vessie externe; son corps était adhérent dans l'étendue d'une pièce de 10 sols à sa paroi interne; le col était flottant et présentait en bas une ouverture qui était située immédiatement derrière l'orifice de la vessie externe, de manière cependant que l'urine était obligée de passer par ce dernier orifice. La vessie interne, séparée des parois de l'externe, fit voir distinctement l'orifice de l'uretère, qui partait de la portion inférieure du rein gauche, s'ouvrant au-dessus de l'endroit où la vessie interne était adhérente; l'uretère de la partie supérieure de ce même rein perforait les parois de la vessie externe, et s'insérait à la vessie interne, au milieu du point où les deux étaient unies ensemble. En incisant la vessie interne, on put en voir facilement l'embouchure. En soufflant dans un tuyau introduit par cette ouverture, on pouvait distendre l'uretère et la partie supérieure du rein, au point qu'il ressemblait au tissu pulmonaire; la portion inférieure n'y prenait aucune part. Les membranes de la vessie interne sont très-minces; cependant on pouvait très-bien distinguer la musculaire. Cette vessie étant distendue pouvait contenir à peu près une once et demie de liquide. Comme son bas-fond était libre et que l'ouraque manquait, elle pouvait s'affaisser et venir faire saillie après l'émission de l'urine. La vessie interne paraissait être un organe existant par lui-même; en effet, elle était enflammée toute seule, sans qu'aucun autre organe, pas même la muqueuse de la vessie externe, prit part à cette inflammation.

HÉMORRHAGIE PAR LES PARTIES GÉNITALES CHEZ UNE PETITE FILLE NOUVELLEMENT NÉE, par le docteur CAMERER.

OBS. — Le 22 juillet 1833, une jeune fille très-bien portante accoucha d'une fille qui était forte. Cette enfant ne présenta rien de particulier pendant les premiers trois jours, si ce n'est qu'elle était remuante dans la nuit. Alors on remarqua une légère perte de sang qui se faisait goutte à goutte par les parties génitales. Le troisième jour, l'écoulement avait diminué et le sang était devenu plus aqueux. Le quatrième, il s'écoula quelques gouttes de sang pur; après quoi cet écoulement cessa entièrement. Le liquide avait l'aspect du sang de la menstruation; cinq jours après cet écoulement, les mamelles se tuméfièrent sans être enflammées. L'enfant continua à bien se porter, et les nuits devinrent plus tranquilles.

Quoique plusieurs auteurs mentionnent des exemples de ce genre, cette observation n'en constitue pas moins un fait très-rare. A quoi doit-on attribuer cette hémorrhagie? Le gonflement des seins avait-il quelques connexions avec l'écoulement sanguin? C'est ce que nous ne pouvons pas décider.

HYDROPISIE GÉNÉRALE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE ENCÉPHALOÏDE DU POUMON DROIT; par le docteur CLESS.

OBS. — Un ouvrier imprimeur, âgé de 24 ans, vint à l'hôpital le 28 juin, avec tous les symptômes d'un hydro-thorax commençant. Urine rare avec sédiment rouge; veines du cou et des lèvres variqueuses; battemens du cœur irréguliers; respiration difficile et sifflante; bruit respiratoire tout-à-fait nul au côté droit. Après l'emploi d'une petite saignée, de la digitale, de la squille, le malade se trouva mieux et quitta l'hôpital, où il retourna le 4 août avec les symptômes suivans : Respiration très-courte; battemens du cœur à peine sensibles; face, cou, poitrine et main gauche œdémateux; sommeil presque continuel.

Mort le 9 août.

AUTOPSIE.

Beaucoup de sérosité entre le crâne et la dure-mère et entre celle-ci et l'arachnoïde; le reste du cerveau à l'état naturel. Poumon gauche si adhérent qu'on déchirait sa substance en le détachant; sain du reste. *Tout le poumon droit était changé en un sarcôme médullaire, à l'exception de sa portion toute inférieure, qui avait un aspect membraneux dans la largeur de deux doigts, était perméable à l'air et semblable au toucher à du cuir.* Ce sarcôme s'étendait encore assez loin au côté gauche; on n'y pouvait découvrir aucune trace du parenchyme pulmonaire, point de vaisseaux ni de bronches, etc.; il était pourtant plus dur au toucher que la substance cérébrale, mais son aspect était le même; çà et là on y découvrait des concrétions calcaires. Toute la masse pesait cinq livres. La cavité thoracique contenait à peu près une pinte de liquide gélatineux, sanguinolent; le péricarde, une chopine et demie. Cœur petit; les veines coronaires vides et affaissées. Cartilages des côtes ossifiés. Rien d'anormal au bas-ventre, si ce n'est les glandes mésentériques, qui étaient plus grandes et lardacées.

Ce sarcôme médullaire, qui peut être considéré ici comme la cause de l'hydropisie, est une dégénérescence qui attaque assez rarement la substance pulmonaire, laquelle est, comme on sait, plus sujette à la désorganisation tuberculeuse.

COLIQUE SATURNINE AVEC CARACTÈRE INFLAMMATOIRE, par le même.

OBS. — N., âgé de 22 ans, déjà deux fois affecté de colique saturnine, en fut de nouveau violemment atteint, le 17 mai 1833, après avoir manié des couleurs de plomb. Constipation : soif très-vive : nausées; vomissemens de mucosités jaunâtres; urine rare; pouls irrité, un peu opprimé; extenseurs des orteils spasmodiquement contractés; mais *bas-ventre non rétracté et très-sensible au toucher*; douleurs abdominales alternant d'intensité avec des douleurs dans les pieds. (Douze ventouses sur le bas-ventre; tous les jours deux bains chauds d'une heure chaque; émulsion avec l'huile de ricin, un jaune d'œuf et l'eau laxative de Vienne anisée; lavemens de séné avec de l'huile et le sulfate de magnésie.)

Le 18, saignée de 10 onces; eau gazeuse artificielle.

Le 19, persistance des symptômes, à l'exception des vomissemens, qui ont diminué, et de l'excrétion des urines, qui s'est faite avec abondance. On donne au malade une goutte d'huile de croton tiglium sur du sucre, qui provoque, après deux heures, des selles d'une matière onctueuse et grisâtre, suivies de beaucoup de soulagement. Une seconde administration de ce médicament procure de nouvelles selles plus liquides.

Le 20, les douleurs ont considérablement diminué; des cataplasmes chauds sur le bas-ventre, et une émulsion avec l'huile d'amandes, la manne et l'eau laxative, dissipent le reste de la sensibilité.

Le 21, N. sort guéri.

Au bout d'un mois, ce même individu revient à l'hôpital, se plaignant derechef de crampes dans les pieds. Dans le principe, le ventre est resté libre, mou et non douloureux; mais le lendemain de son arrivée, le 22 juin, il survient de la constipation, et l'abdomen devient sensible, sans cependant que la douleur augmente par la pression.

Des bains, des lavemens, des émulsions huileuses, et principalement l'huile de croton tiglium, rétablissent promptement le malade, qui depuis n'a plus eu de rechute.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre que, dans la colique de plomb, *le bas-ventre n'est pas constamment rétracté*, et que *la douleur n'est pas toujours diminuée par la pression*; mais qu'il est des cas où *l'abdomen est tendu et très-sensible au toucher*, comme dans une véritable inflammation. M. Cless est disposé à appeler ces sortes de cas *colique saturnine inflammatoire*. En effet, le traitement diffère ici de celui de la colique saturnine ordinaire, et l'auteur a toujours retiré de bons effets des moyens antiphlogistiques combinés aux antispasmodiques et aux purgatifs. Parmi ces derniers, l'huile de croton tiglium s'est toujours montrée très-efficace.

DILATATION ANÉVRISMATIQUE DES CAVITÉS DROITES DU COEUR, AVEC GANGRÈNE DE LA PEAU; par le même.

OBS. — Une couturière, âgée de 26 ans, syphilitique deux ans auparavant, atteinte, il y a un an, d'une fièvre puerpérale très-grave, à la suite de laquelle la menstruation ne s'est point rétablie, fut prise, au commencement de juillet 1832, de toux avec angoisses, faiblesse, amaigrissement et sueurs nocturnes.

Le 28 août elle entra à l'hôpital. A l'auscultation on entendit les battemens du cœur très-tumultueux dans une très-grande étendue, au côté droit du thorax jusque sous l'épaule, et couvrant le bruit de la respiration; on percevait en même temps un bruit de soufflet qui s'étendait à toute la poitrine. La malade ne pouvait se coucher que sur le côté droit. Tous ces symptômes indiquaient une dilatation anévrismatique des cavités droites du cœur avec affection des valvules. On administra la digitale unie à la crème de tartre soluble; plus tard le borate de soude avec l'extrait aqueux d'aloès; et sous l'influence de ce traitement l'état de la malade s'améliora, sans que cependant la menstruation reparût, au point que cette jeune fille put quitter l'hôpital le 23 septembre.

Mais elle revint de nouveau le 3 novembre suivant dans un état de maigreur et de débilité extrême. Aux symptômes de la maladie du cœur s'était joint une gangrène de la peau, développée en premier lieu au bord externe de l'oreille gauche, et formant une escarre d'un demi pouce de long sur quelques lignes de large; puis se montrant successivement aux deux arcades zygomatiques, au menton, aux ailes du nez, au bras gauche surtout près du coude, et aux pieds qui étaient légèrement œdématiés; autour de ces plaques sphacélées on voyait d'autres petites taches rouges semblables aux taches pétéchiales de Werlhoff. Ces plaques elles-mêmes étaient insensibles, mais tout autour la douleur et la chaleur étaient très-vives; il y avait de plus céphalalgie intense et odeur infecte du nez, mais sensible seulement pour la malade. Le pouls était assez calme, mais la soif inextinguible; les sclérotiques étaient colorées en bleu. Les urines troubles, contenant de petits flocons brunâtres. (A l'intérieur, décoction de quinquina avec l'élixir acide de Haller, limonade pour boisson. Application sur les endroits sphacélés de vinaigre de bois purifié.) L'escarre de l'oreille se détacha peu à peu, de même que les autres plus petites au reste du corps; à la joue gauche, elle se changea en un ulcère superficiel; le vinaigre n'ayant pas calmé le sentiment de brûlure, on eut recours au chlorure de chaux sous forme d'onguent, qu'on employa également pour neutraliser l'odeur infecte du nez, et pour panser la petite plaie de la joue : il est à remarquer que l'application de cette pommade était très-bien supportée, tandis qu'un pansement plus doux, comme avec l'huile de lin ou un jaune d'œuf, occasionnait des douleurs intolérables.

Peu à peu les endroits sphacélés et le petit ulcère de la joue diminuèrent d'étendue, et vers la fin de décembre tout avait disparu. L'état général de la malade s'é-

tait relevé; et à mesure que les forces se ranimaient, les symptômes du côté du cœur disparaissaient. On acheva le traitement en associant au quinquina le calamus aromaticus, et en donnant plus tard encore une fois l'élixir acide de Holler et le sulfate de fer à petites doses. Le 1er février 1833, la malade quitta l'hôpital dans un état satisfaisant.

Ce fait est un des plus curieux qu'offre l'histoire des maladies du cœur : Corvisart (*Essai sur les Maladies du Cœur*, éd. 3e, p. 184) dit n'avoir jamais vu d'exemple de ce genre de complication ; cependant Sénac et Fabrice de Hilden en rapportent des observations. Kreysig (1) tout en cherchant à révoquer ces dernières en doute, cite lui-même plusieurs faits où la maladie du cœur s'est compliquée de gangrène. On trouve dans les archives de Horn, année 1830, premier cah., p. 85, deux cas rapportés par M. le docteur Nasse, où, la gangrène se montra dans l'un au scrotum, et dans l'autre à la cuisse, et qui tous deux se terminèrent par la mort. Si, dans notre observation, l'issue fut plus heureuse, c'est que, dit M. Cless, on eut affaire à une gangrène sèche et peu profonde.

Nous remarquons encore ici un fait déjà observé par Kreysig (2), c'est que les symptômes caractéristique de la maladie du cœur rétrogradèrent à mesure que la gangrène se développa.

— Nous terminerons cette revue par l'article suivant, extrait d'un journal déjà ancien, mais fort peu connu en France, *Annalen der chirurgischen abtheilungs der allgemeinen Krankenhauses*, *in Hamburg*, *Bde*, 2, 1833.

ÉPISIORAPHIE, OU NOUVELLE OPÉRATION POUR LA CURE DU PROLAPSUS DE LA MATRICE, par le docteur FRICK.

Le prolapsus de la matrice, compliqué du renversement du vagin, ne peut être maintenu par aucun moyen mécanique. Des nombreux instruments imaginés pour fixer ces organes dans leur position naturelle, il n'y en a pas un qui, à raison de la difficulté de l'appliquer, de la gêne et des inconvéniens qu'il occasione, ne produise une incommodité plus grave que celle à laquelle on a dessein de remédier.

Dans les cas de prolapsus où la réduction est facile, et qui ne sont accompagnés que de peu de douleur, le déplacement est généralement supporté sans beaucoup de gêne ou de souffrance. Mais quand la maladie est d'ancienne date, quand le bassin est d'une largeur excessive et la constitution irritable, les femmes en général réclament avec ardeur un moyen de soulagement. Alors tous ceux auxquels on a recours d'ordinaire, depuis l'éponge toute simple jusqu'aux pessaires les plus compliqués, demeurent inefficaces et même ne peuvent être supportés. Tout corps étranger porté dans le vagin tend toujours à augmenter la sécrétion muqueuse, et à déterminer des ulcérations et des écoulemens de mauvaise nature. Il est bien difficile après cela de persuader à une malade de garder constamment son pessaire ; la maladie s'accroît donc et finit par prendre un plus redoutable caractère. C'est surtout chez les femmes de la classe laborieuse que cela s'observe ; elles ne peuvent se tenir quelque temps debout sans accroître la tendance des organes à descendre ; et, d'autre part, ne pouvant se livrer à leurs occupations en se servant des pessaires ordinaires, sans ressentir de vives douleurs, elles laissent l'instrument de côté et négligent toute espèce de traitement. Les parties herniées s'ulcèrent, s'engorgent, deviennent le siége de désorganisations incurables, et enfin la fièvre hectique achève de miner ces constitutions épuisées, et la mort termine cette longue série de souffrances.

On prévient tous ces dangers et on remédie sûrement à la maladie par l'*épisioraphie*, opération qui a pour but de procurer l'adhérence des deux grandes lèvres entre elles, et de poser ainsi une barrière infranchissable au vagin et à l'utérus remis en position. Cette opération est extrêmement simple et se pratique de la manière suivante.

La malade est placé sur une table, comme pour l'opération de la taille ; seulement les pieds et les mains n'ont pas besoin d'être liés. L'opérateur saisit une des grandes lèvres entre le pouce et les autres doigts de la main gauche ; et avec un histouri pointu, commence une incision à deux travers de doigts environ au-dessous de la commissure supérieure, et à un travers de doigt du bord même de la grande lèvre. L'incision est ensuite conduite en bas avec le tranchant du histouri, jusqu'à la fourchette, où elle se termine en s'inclinant légèrement en-dedans. On enlève ainsi un lambeau de la grande lèvre, de la largeur d'un doigt. Un semblable lambeau est retranché de l'autre lèvre, en prenant soin que les deux incisions se réunissent à angle aigu à un travers de doigt au-dessous de la fourchette, et comprennent une portion de cette commissure.

Après s'être assuré des vaisseaux divisés, et avoir réprimé le sang qui suinte de ces tissus spongieux, en les épongeant avec de l'eau froide, on met les deux grandes lèvres en contact, et on les réunit par des points de suture suivant le procédé ordinaire. Auparavant toutefois, le chirurgien doit examiner avec soin l'état du vagin et de l'utérus, compléter la réduction s'il est besoin, et les maintenir en place au moyen d'une éponge molle imbibée d'huile et traversée par une ligature pour pouvoir être retirée à volonté. Les points de suture seront exactement serrés, et les bords de la division mis en contact parfait jusqu'au niveau de la fourchette, ce qui demande en général de dix à douze points de suture. Le pansement sera simple et soutenu par un bandage en T. Comme il est à désirer que la réunion se fasse par première intention, et que le contact de l'urine y mettrait obstacle, il faudra, les premiers jours qui suivront l'opération, lui donner issue par le cathétérisme.

L'ouverture laissée supérieurement sera suffisante pour livrer passage au flux menstruel et à la sécrétion muqueuse du vagin ; elle pourra même permettre la consommation de l'acte vénérien. Si la femme devenait enceinte, il serait facile, avec une petite incision, de frayer une libre route à l'enfant.

Cette opération est ingénieuse, et consiste, comme on voit, à rétrécir plutôt qu'à oblitérer l'entrée du vagin, comme l'opération de M. Marshall Hall et du docteur Ireland a pour but de rétrécir le vagin même. Ce sont divers moyens d'arriver à un même but, qui pourront se suppléer suivant les circonstances, et qui en effet offrent assez d'avantages pour qu'aucun ne doive être rejeté.

(1) Vol. III, p. 137—148. T. II, p. 388.
(2) Vol. III, p. 152.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 avril.

NOTE SUR LE FLUORHYDRATE DE MÉTHYLÈNE ET L'ÉTHER FLUORHYDRIQUE; par MM. DUMAS ET PELIGOT.

Ces produits ont été obtenus par les auteurs de la note dans la suite de leur recherches sur l'esprit de bois. Le fluorhydrate de méthylène s'obtient en chauffant doucement un mélange de fluorure de potassium et de sulfate de méthylène. L'opération peut s'exécuter dans des vases de verre. Le nouveau produit est un gaz qu'on recueille sur l'eau qui le débarrasse de tout corps étranger.

Le fluorhydate de méthylène est gazeux, sans couleur, d'une odeur éthérée particulière et agréable. Il brûle avec une flamme analogue à celle de l alcool, en développant de l'acide fluorhydrique. Il est peu soluble dans l'eau. Cent parties d'eau prennent seulement 166 parties de ce gaz.

En le faisant détonner avec de l'oxygène dans l'endiomètre, il produit un volume d'acide carbonique égal au sien, et consomme 3 1/2 volumes d'oxygène.

Sa dens té déterminée par l'expérience est égale à 1,186.

En combinant ces résultats, on trouve que le fluorhydrate de méthylène est formé d'un volume de méthylène et d'un volume d'acide fluorhydrique condenses en un seul volume.

Pour satisfaire à la donnée fournie par la densité du fluorhydrate de méthylène, il faut admettre que l'acide fluorhydrique renferme, comme l'a suppo é M. Ampère, un demi-volume de fluor et un demi-volume d'hydrogène.

C'est la première fois, disent les auteurs, qu'on sonmet cette composition à une épreuve décisive. Ici, en effet, l'analogie entre le chlorhydrate et le fluorhydrate de méthylène ne laisse aucune incertitude sur la vraie condensation des élémens de l'acide fluorhydrique.

MM. Dumas et Peligot ont essayé de chauffer ensemble du sulfate d'hydrogène bi-carboné et du fluorure de potassium. Il s'est produit un gaz, en petite quantité, qui brûle à la manière de l'hydrogène bi carbone, en repandant des vapeurs d'acide fluorhydrique. Il peut se recueillir sur l eau. Ils n'ont pu obtenir ce gaz qu'en petite quantité, ce qui tient sans doute à l'impureté du sulfate d'hydrogène carboné; mais ils se proposent de poursuivre cette étude, persuadés que ce gaz constitue véritablement l'éther fluorhydrique appartenant à la série alcoolique.

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE.

M. Dutrochet lit l'analyse d'un second mémoire sur la forme des embryons végétaux. Dans la première partie, l'auteur s'était attaché à faire voir que l'*embryon séminal* possède la constitution d'une sphère ; dans cette seconde partie, il recherche quelle est la forme des *embryons gemmaires*. L'existence de ces embryons, dit M. Dutrochet, a été prouvée par le fait des déplacemens auxquels sont sujets les bourgeons, et les feuilles dans les aisselles desquels ils sont situés. Ces déplacemens prouvent, en effet, que les méritbales auxquels appartiennent ces feuilles sont primitivement libres d'adhérence avec le végétal qui les produit. Le mérithale naissant, considéré ainsi dans son état de liberté par rapport au végétal qui le produit, est ce que je nomme *embryon gemmaire*; sa petitesse excessive le dérobe à l'observation directe. Il faut donc, pour que le mystère de son organisation nous soit dévoilé, qu'il vienne à acquérir accidentellement un volume assez considérable sans quitter son organisation embryonaire. C'est effectivement ce que l'observation m'a fait voir.

On rencontre très-fréquemment, sur les troncs des hêtres, des *noyaux ligneux* qui, contenus dans l'épaisseur de l'écorce, sont parfaitement isolés du bois de l'arbre. C'est un fait très-généralement connu, mais le développement de ces noyaux n'avait pas encore été suivi. M. Dutrochet les a vus d'abord très-petits et globuleux, quelques-uns gros comme des têtes d'épingle; ils sont pourvus d'une écorce propre qui adhère à l'écorce générale de l'arbre dont elle est enveloppée de toute part, mais qui s'en distingue facilement par la direction de ses fibres.

La forme de ces noyaux ligneux varie chez le hêtre; ils sont généralement irrégulièrement arrondis; on en trouve également de sphéroïdaux chez le cèdre du Liban; mais chez ces derniers arbres, ils offrent le plus souvent un ou plusieurs prolongemens coniques, lesquels sont dirigés horizontalement vers le bois de l'arbre qu'ils touchent par leur pointe, laquelle est très-fine. En grossissant, les noyaux ligneux pressent et amincissent la portion d'écorce qui les sépare du bois de l'arbre, et lorsqu'ils sont ainsi parvenus à le toucher, ils y deviennent adhérens. C'est ce qui donne naissance aux *loupes*. Lorsque la soudure se fait de bonne heure, il naît communément de la tumeur une branche qui ne prend que peu d'accroissement.

Le noyau ligneux sphérique offre dans tous les sens des couches ligneuses concentriques et des rayons médullaires divergens du centre à la périphérie. En somme, il est formé d'une suite de couches sphériques qui s'enveloppent l'une l'autre, et sont plus épaisses du côté qui regarde le bois de l'arbre, ce qui tient sans doute à ce que, de ce côté, le noyau reçoit plus de sève nutritive. Cette sève est le cambium qui, comme on sait, afflue abondamment dans le lieu de jonction des deux systèmes cortical et central de l'arbre. Le noyau, du reste, est en sève en même temps que l'arbre qui le porte, et chaque année il s'augmente d'une couche ligneuse sphérique, comme l'arbre qui le porte s'accroît d'une couche ligneuse cylindrique. Dans le cas où, comme dans les tumeurs du cèdre, il y a des prolongemens coniques, la nouvelle couche affecte aussi la forme d'un cornet conique.

La petite branche que produit quelquefois le noyau ligneux lorsque, jeune encore, il devient adhérent au bois de l'arbre, part toujours de sa partie centrale, en sorte qu'il est évident, dit M. Dutrochet, qu'il se comporte ici comme un mérithale. Ce noyau avec sa petite branche, poursuit l'auteur, ressemble d'une manière frappante au corps tubéreux et radiciforme du *tamus communis*, corps qui est véritablement le mérithale primordial de cette plante, lequel est devenu tubéreux et souterrain. Le mérithale primordial du tame s'accroît en grosseur par nouvelles productions concentriques, lesquelles sont plus développées dans la partie diamétralement opposée à l'endroit qui donne naissance à la tige, en sorte qu'il se produit des prolongemens radiciformes. Il en est de même chez les noyaux ligneux, excepté que les prolongemens radiciformes, au lieu de descendre verticalement, se portent horizontalement vers le tronc.

On pourrait penser, dit M. Dutrochet, que les noyaux ligneux sont des bourgeons avortés; mais leur structure ou leur constitution de sphère prouve qu'il n'en est rien. Le centre du noyau ligneux est occupé par un très-petit globe autour duquel les couches concentriques se sont successivement développées. Ce petit globe central naît près de la surface de l'écorce, et reste separé du tronc par presque toute l'épaisseur de cette écorce. On sait que la sève crue ou sève ascendante ne monte point du tout par l'écorce. Le noyau ligneux isolé dans le milieu de cette dernière ne reçoit donc point de sève ascendante. Il résulte de là que le liquide abondant qui lubrifie ce noyau ligneux au printemps, ensuite entièrement en sève élaborée descendante, fournie par l'écorce dans laquelle il est contenu.

L'observation de l'accroissement par couches successives des noyaux ligneux complètement isolés du bois de l'arbre établit définitivement, dit M. Dutrochet, une vérité encore aujourd'hui contestée; c'est que cet accroissement par couches est le résultat d'un travail organique local, et non le résultat de la superposition de prétendues racines des bourgeons.

Par ces observations, ajoute l'auteur, se trouve définitivement établie cette vérité nouvelle que j'avais précédemment entrevue, savoir: que les mérithales sont des êtres individuels, engendrés par le végétal qui les porte, et dépourvus dans le principe de véritable continuité de tissu avec lui. La plupart du temps les mérithales embryonaires ou embryons gemmaires se greffent très-promptement sur le végétal qui les a engendrés; en sorte qu'il s'établit entre eux une continuité de tissu; mais il arrive quelquefois que cette greffe du mérithale nouveau-né éprouve normalement certains retards qui permettent de voir la séparation qui existe entre ce nouveau mérithale et le bois du mérithale qui l'a engendré. Le peuplier de Virginie (*populus monolife a*), en offre un exemple très-remarquable. Chez cet arbre, les scions de l'année, lorsque leur végétation n'est pas extrêmement vigoureuse, laissent facilement apercevoir qu'ils sont issus chacun d'un embryon gemmaire sphérique, lequel, quoique développé en mérithale, laisse encore voir sa base arrondie, base qui n'a encore contracté qu'une adhérence fort imparfaite avec le bois de la branche qui a produit ce nouveau scion né d'un bourgeon normal. Aussi ce scion se détache-t-il très-facilement par sa base du lieu de son origine, et on voit facilement qu'il n'y a point eu de rupture des fibres ligneuses.

Ce fait, ajoute M. Dutrochet, nous prouve que les bourgeons normaux, comme les bourgeons adventifs, naissent également d'embryons gemmaires sphériques primitivement isolés du végétal générateur. Il est certain que les embryons gemmaires normaux naissent en dedans de l'étui médullaire, et par conséquent dans la moëlle ou médulle centrale; nous venons de voir que les embryons gemmaires adventifs naissent dans le tissu de l'écorce, et très-probablement dans son parenchyme ou dans sa médulle corticale, laquelle est identique de nature avec la médulle centrale, ainsi que je l'ai fait voir ailleurs. Il paraît donc certain que c'est dans la médulle que naissent les embryons gemmaires.

ACADÉMIE DE MEDECINE,

Séance du 14 avril.—Présidence de M. Louyer-Willermay.

Après la lecture du procès-verbal, M. Delongchamps demande la parole pour rectifier une assertion de M. Chevallier. M. Chevallier avait avancé que le riz pourrait être cultivé dans les marais; cela est impossible : il faut pour le riz un terrain susceptible d'être inondé et desséché à volonté. Ainsi, pour les semailles, le terrain doit être sec; quand le riz est levé, il faut l'inonder; quand la moisson est mûre et quand on la récolte, il faut de nouveau dessécher le terrain.

M. Chevallier demande à répondre; mais le procès-verbal étant adopté, la parole lui est refusée.

La correspondance comprend une lettre de M. Arnal, qui, appréciant la prudence dont l'Académie a fait preuve en ajournant sa décision sur le pain de riz, déclare qu'il est prêt à poursuivre toutes les expériences que l'Académie indiquera, et demande la nomination d'une nouvelle commission choisie parmi les membres les plus opposés à ses idées. Il s'engage à fournir du pain de riz aux commissaires aussi long temps qu'ils le jugeront nécessaire. (On rit.)

FIN DU CHOLÉRA DE MARSEILLE.

M. Robert de Marseille annonce que, depuis le 2 avril, l'administration n'a enregistré aucun décès attribué au choléra, et qu'on n'en remarque pas de nouveaux cas. L'état sanitaire est des plus satisfaisans, puisque le 6 avril il n'a été enregistré que six décès, chose étonnante pour une population de 140 000 ames. Dans les derniers temps, l'épidémie a surtout frappé les femmes; le 16 mars, par exemple, sur 18 décès, on comptait 14 femmes. En général elle a été bénigne : du 1er décembre au 1er avril, elle n'a fait que 756 victimes. M. Robert se plaît à rendre hommage au courageux dévouement des médecins de la ville, à celui des élèves de l'Ecole de Médecine et d'une compagnie de jeunes *fashionables*, qu'on a vu consacrer leur temps et leurs soins au service des pauvres, dans les réduits les plus insalubres. Ainsi donc, le commerce, un moment suspendu, reprend son activité, les fuyards rentrent, la population est rassurée, et se félicite d'avoir échappé à un nouvel anniversaire de 1720.

CHÉILOPLASTIE.

M. Serres, professeur à Montpellier, réclame contre une assertion de M Sanson, qui, dans la dernière séance, aurait dit, suivant le compte-rendu du *Journal hebdomadaire*, que ses vues nouvelles sur la chéiloplastie avaient été émises par M. Dieffenbach. Le mémoire de M. Dieffenbach, qui a été inséré dans la Gazette médicale, ne traite que de l'oblitération de la bouche. Le chirurgien de Berlin n'a pas eu l'idée de disséquer la muqueuse sur une lèvre affectée de cancer, pour la faire servir à la restauration des parties détruites, et enfin il n'a jamais proposé de former la nouvelle lèvre aux dépens de la joue, dans le but d'avoir un lambeau tapissé par la muqueuse buccale.

M. Sanson déclare qu'il n'a point dit ce qu'on lui a fait dire; il reconnaît que l'application de l'emploi de la muqueuse faite par M. Serres est toute nouvelle; mais le principe en revient toujours à M. Dieffenbach.

EMPOISONNEMENT PRODUIT PAR LA DÉCOCTION D'ORTIE (*urtica urens*).

M. Fiard adresse l'observation suivante, suivie de quelques réflexions.

Obs. — Une femme de 38 ans, mère de douze enfans, prit, d'après le conseil d'une somnambule, pour une affection de l'estomac et des pertes blanches, une décoction rapprochée d'ortie (*urtica urens*) en deux tasses chaudes, le soir. Le lendemain matin, à quatre heures, fourmillemens, chaleur, engourdissement et cuisson de la peau de la face, des bras, des épaules et de la poitrine; yeux bouffis, œdémateux, ainsi que les lèvres, le nez et les oreilles. A midi, le gonflement et la rougeur s'étendent jusqu'à l'ombilic; il s'élève des vésicules faciles à rompre, et donnant une sérosité abondante. Ces accidens s'accroissent; la parole est difficile, l'angoisse devient extrême. (Saignée, bain de pieds, émulsion, etc.)

Le cinquième jour, les accidens étaient presque entièrement dissipés; il y eut une desquamation de la peau. L'urine avait été supprimée dès le début; cette suppression persista jusqu'au douzième jour, et ne céda qu'à une décoction de racines d'asperge et de persil.

M. Fiard pense que l'ortie contient une huile essentielle particulière, déposée dans un appareil organique. Cela posé, voici comme il résume lui-même les faits par lui constatés dans ce cas d'empoisonnement.

1° L'huile essentielle de l'ortie n'a pas eu d'action irritante et nuisible sur un estomac irritable et presque toujours irrité; 2° aucun viscère n'en a souffert; 3° l'urtication est venue se produire sur toute la surface de la peau, depuis le sommet de la tête jusqu'à la région épigastrique, mais pas plus bas. Cette urtication prolongée a été accompagnée d'une infiltration œdémateuse de la peau et d'une exsudation de sérosité considérable; 4° la sécrétion urinaire a été suspendue pendant douze jours, et n'a reparu que par l'usage de diurétiques énergiques; 5° la sécrétion du lait s'est établie dans les seins d'une femme qui, ayant eu douze enfans, n'a jamais nourri, trois ans après son dernier accouchement.

M. Fiard conclut :

1° Que la décoction d'ortie (*urtica urens*) devrait être essayée à des doses modérées comme anti-diurétique dans le diabète, maladie pour laquelle il n'existe pas jusqu'à ce jour d'agent thérapeutique spécial.

2° Que dans l'hydro-thorax et l'hydrocéphale, ce serait peut-être un moyen de produire une dérivation efficace.

3° Que dans les maladies graves qui résultent de la suspension de la sécrétion laiteuse chez les femmes en couche, ce serait peut-être encore un moyen de reporter sur les seins l'activité vitale déplacée.

Commissaires : MM. Orfila et Ollivier.

M. Larrey a la parole pour la communication suivante :

OBSERVATION SUR UNE LUXATION GRAVE DU GENOU, PRÉCÉDÉE DE RÉFLEXIONS SUR LA NATURE DE CETTE MALADIE ET SUR LE MÉCANISME DES CAUSES QUI LA PRODUISENT.—DISCUSSION.

M. Larrey expose d'abord les circonstances anatomiques qui rendent si solides l'articulation tibio-fémorale, et insiste spécialement sur les ligamens croisés, qui remplissent le même office à l'égard des deux os, que les guindages d'une voiture qui fixent la caisse en équilibre sur l'essieu, et empêchent cette caisse de se ren-

verser à droite ou à gauche dans les cabots. Malgré tous ces moyens de résistance, ces os peuvent cependant se luxer soit complètement, soit incomplètement. La première espèce de luxation est extrêmement rare, si même elle existe réellement, parce que les surfaces articulaires des deux os du genou sont si étendues qu'elles ne peuvent se séparer en entier ou perdre complètement leurs rapports mutuels, sans que tous les principaux ligamens ne soient rompus ou déchirés; et une telle luxation commanderait immédiatement l'amputation du membre, parceque le désordre intérieur est si grand qu'on ne pourrait sauver la vie au blessé sans cette opération. La luxation incomplète est beaucoup moins grave: et cette gravité sera relative à l'étendue du déplacement de l'os et à l'idiosyncrasie du sujet, bien que, dans tous les cas, les ligamens croisés soient nécessairement rompus.

Au reste, ces luxations sont faciles à reconnaître et même à réduire; mais il importe d'en prévenir le retour et de dissiper promptement les symptômes inflammatoires qui les accompagnent d'ordinaire. Il faut donc se hâter: 1° de faire la réduction et de mettre la jambe dans une rectitude parfaite; 2° de poser immédiatement plusieurs ventouses scarifiées au pourtour de l'articulation, qu'on enveloppe ensuite de compresses longuettes imbibées d'une liqueur glutineuse tonique, telle que du blanc d'œuf battu avec du vin ou du vinaigre camphré; le tout soutenu par une bande un peu serrée. On applique ensuite sur la jambe l'appareil inamovible ordinaire, qui la maintient étendue, et qu'on doit laisser jusqu'à l'époque où la jambe aura contracté une ankylose avec la cuisse. Cette ankylose d'ailleurs est indispensable pour assurer la parfaite guérison du malade; car sans cette soudure, le sujet serait exposé à perdre l'équilibre par le moindre faux pas, et il ne pourrait exécuter d'une manière sûre la progression, attendu que dans tous les cas de luxation du genou, quelque peu étendue qu'elle soit, les ligamens croisés rompus ne se réunissent point. Nous ajouterons en passant, que les sangsues et les toniques émolliens, appliqués après la réduction, ont l'inconvénient de favoriser le gonflement et d'accélérer l'inflammation, la suppuration et la décomposition de ces tissus blancs et mollasses; tandis que la compression favorise la résolution, et prévient tous les accidens.

Plusieurs luxations incomplètes, traitées à l'hôpital du Gros-Caillou et à l'hôtel des Invalides, prouvent la nécessité de faire établir cette ankylose dans tous les cas. L'un de nos invalides, Charles Hubert, âgé de 62 ans, affecté d'une luxation latérale incomplète à peine sensible, n'ayant pas voulu se soumettre à l'appareil inamovible tout le temps nécessaire pour produire l'ankylose, ne put marcher qu'à l'aide d'un béquillon, ou il perdait l'équilibre. Si on avait employé cet appareil pour Benjamin Constant, on aurait prévenu l'inflammation chronique qui s'était fixée dans son genou, et qui n'aura pas peu contribué à sa mort.

M. Larrey ne croit pas à la luxation complète en arrière, bien que le déplacement en ce sens soit le plus facile à se produire. La luxation complète est impossible, à moins de la fracture transversale de la rotule, de la rupture du tendon rotulien, de celle des tendons des muscles fléchisseurs de la jambe ou de l'arrachement des tubérosités osseuses qui leur donnent attache; mais l'énorme déformation que produit la luxation incomplète en impose pour la première. Il est encore impossible que, dans la luxation incomplète, la jambe soit fléchie sur la cuisse, à moins que le tendon rotulien n'ait été rompu, parceque ce tendon retient le tibia dans la ligne perpendiculaire, et l'empêche de se renverser.

Le déplacement du tibia en avant des condyles fémoraux est bien plus difficile et même impossible, à raison de la conformation des pièces articulaires, de leurs rapports respectifs et de la disposition particulière de leurs moyens d'union. Les luxations latérales incomplètes sont les plus communes; mais je ne sache pas qu'il existe également des exemples bien constatés de luxation complète de ce genre, et il est facile d'en concevoir les motifs.

Voici l'observation qui a servi de texte à ces réflexions:

Obs. — Chevin, invalide, âgé de 56 ans, se laissa tomber, le 25 novembre 1834, vers les sept heures du soir, dans une fosse profonde de 10 ou 12 pieds; la jambe droite fut entraînée la première dans la chute; la jambe gauche, retenue un instant sur le bord de la fosse, fut attirée à son tour en exécutant deux mouvemens presque simultanés, l'un d'abduction et l'autre de rotation en dehors. Ils furent si brusques et si violens, par l'effet de la chute, qu'il en résulta une luxation latérale de dedans en dehors et un peu en arrière presque complète du membre, avec rupture de la capsule fibreuse, de la peau du côté interne du genou, et sortie à travers cette crevasse de la moitié de l'épaisseur du condyle interne du fémur, qui n'était plus recouvert que par une escarre de tissu cellulaire noirâtre; tandis que son condyle externe avait été ramené sur la surface concave du condyle interne du tibia, au fond de laquelle le sommet de cette éminence fémorale s'appuyait fortement. La rotule s'était déplacée en même temps en dehors et un peu en arrière, et s'était appliquée dans l'échancrure ou la dépression que laissait de ce côté le condyle externe du fémur; transporté sur le condyle interne du tibia. Elle était si fortement enclavée dans cette échancrure, qu'on ne pouvait lui faire exécuter le moindre mouvement; et la jambe elle-même, mi-fléchie et contournée en dehors, était comme ankylosée.

De larges ecchymoses occupaient tout le pourtour de l'articulation et s'étendaient au loin sur la cuisse. Enfin, le blessé avait reçu dans sa chute de violentes contusions à la tête et sur tout le côté droit de la poitrine, qui était couvert d'ecchymoses.

Il avait perdu connaissance, et ne fut découvert que le lendemain par des ouvriers qui le transportèrent, vers trois heures de l'après-midi, à l'infirmerie de l'hôtel des Invalides, où M. Larrey le vit à cinq heures. Le sujet était alors glacé, pâle, décoloré; son pouls presque nul; on sentait à peine les battemens du cœur, et la voix était aphonique. Il ne souffrait point du genou; mais il se plaignait d'une douleur si vive au côté droit de la poitrine qu'il ne pouvait plus respirer. L'essai que l'on voulut faire très-doucement, de mettre sa jambe dans l'extension, le fit entrer dans une sorte de délire et de convulsion. On commença donc par appliquer sur tout le côté droit de la poitrine des ventouses scarifiées, et on prescrivit une saignée pour la nuit, lorsque la circulation générale se serait rétablie. D'autres ventouses scarifiées furent posées autour du genou blessé, qu'on couvrit ensuite d'un large cataplasme aromatique; et on administra une potion anodine antispasmodique et du bouillon de poulet.

Le lendemain 27, la fièvre et tous les symptômes d'une inflammation traumatique s'étant déclarés, le genou demeurant encore indolent, on prescrivit une nouvelle saignée du bras et une nouvelle application de ventouses scarifiées sur tous les points douloureux. Ainsi l'on obtint un peu de calme.

Au huitième jour de l'accident, l'escarre celluleuse qui recouvrait le condyle déplacé se détacha, et mit à nu le cartilage diarthrodial, qui fut trouvé intact. Dès ce moment, la plaie fut pansée avec un linge fenêtré enduit d'une couche de digestif simple, sur lequel on plaçait des plumaceaux et un appareil approprié. Au total, le malade était mieux; mais cet amendement dura peu. Quelques jours après survinrent de nouveaux symptômes de pleuro-pneumonie, avec une toux opiniâtre et un crachement de sang; on répéta les saignées, les ventouses scarifiées sur le thorax, et on appliqua ensuite des vésicatoires volans.

Le calme étant revenu, et la réduction étant jugée impossible, M. Larrey se proposait d'amputer ce membre; mais le refus obstiné du malade, et l'absence des douleurs dans le genou le firent temporiser. Il put durant ce temps observer l'état du cartilage diarthrodial, dénudé de la synoviale qui avait d'abord formé une couche muqueuse sur sa surface, puis qui s'était exfoliée. Ce cartilage ne changea point de couleur et resta dans son état normal. On observa les circonstances suivantes.

1° Le contact des métaux sur sa surface, et plusieurs lamelles qu'on enleva de son épaisseur, ne produisirent aucune sensation au malade.

2° Les écailles enlevées étaient parfaitement diaphanes, preuve que ces cartilages sont entièrement dépourvus de vaisseaux.

3° Loin de s'enflammer et de se gonfler, le cartilage commençait à se détacher par petites parcelles de la circonférence au centre lorsqu'on pratiqua l'amputation. C'est d'ailleurs ce que M. Larrey a vu chez un grand nombre d'autres blessés; les cartilages tombent par petites écailles et laissent la surface des os inégale ou rugueuse; ce qui démontre qu'ils ne sont véritablement que collés à cette surface, et qu'à ces adhérences se terminent les vaisseaux organiques de l'os.

Au 19e jour, des douleurs lancinantes se manifestèrent au genou; la suppuration devint alors abondante et produisit des fusées profondes dans l'articulation; la toux revint, le malade se vit en danger, et réclama alors l'amputation qui fut pratiquée le 21° jour. L'opération fut prompte, et le moignon pansé selon la méthode de M. Larrey, c'est-à-dire sans réunion immédiate.

Le membre séparé du corps fut immédiatement moulé en plâtre; puis on procéda à la dissection. Les cartilages diarthrodiaux étaient restés intacts; les cartilages semi-lunaires et l'appareil fibreux synovial étaient entièrement décomposés, réduits en putrilage; les rapports des os tels qu'ils ont été décrits.

L'opération calma le malade et apaisa les symptômes de la pneumonie. La plaie mise à nu le 6e jour était en très-bon état; et tout allait au mieux quand, le 14° jour, il se déclara de nouveaux symptômes de pneumonie et de cérébrite; et le malade succomba le 33° jour de l'époque de sa chute (1).

A l'autopsie on trouva une inflammation profonde de la pie-mère et du cerveau, des points de suppuration sur les bords des deux hémisphères, et les ventricules remplis de sérosités; un épanchement dans la plèvre du côté droit; l'estomac et les intestins phlogosés et le foie hypertrophié.

Tout prouve, dit en finissant M. Larrey, que l'amputation immédiate était le seul moyen de sauver la vie au malade. Toute tentative de réduction eût été dangereuse, impraticable; et enfin, même obtenue, elle eût été inutile, parce que les accidens qui seraient résultés de cette blessure en auraient certainement détruit le succès. Nous avons eu seulement à regretter que la lésion profonde des organes de la vie intérieure ne nous ait pas permis de pratiquer l'amputation immédiate; aussi nous ne balançons pas à répéter qu'un tel cas demande impérieusement l'amputation du membre.

M. Larrey met sous les yeux de l'Académie la pièce anatomique préparée, le plâtre représentant le genou, et un dessin lithographié de la pièce anatomique.

M. Gimelle. Les conclusions de M. Larrey peuvent être vraies dans l'espèce, mais il ne faudrait pas les généraliser; elles seraient en contradiction avec tous les faits connus. Ainsi dans l'observation d'Heister, dans celle de M. Sanson, dans celle sur laquelle j'ai fait un rapport tout récent, il n'y a pas eu d'accidens, il n'y a pas eu d'ankylose, et la guérison a même été plus rapide qu'on n'eût osé l'espérer (2).

M. Larrey. Je me suis fondé sur l'anatomie exacte de l'articulation; et ce seul ordre de faits suffit à mon avis pour démontrer la nécessité de l'amputation quand la luxation est complète. Si je n'ai pas cité les auteurs, c'est que je ne suis pas bien convaincu que leurs observations soient des luxations complètes. Quand la luxation est incomplète, sans doute qu'elle peut guérir; mais si l'on n'a pas procuré l'ankylose, la jambe demeure faible, vacillante, et le malade est obligé de se servir d'un appui; cela résulte de la rupture et de la non réunion des ligamens croisés; et je ne crois pas à cette assertion trop facile de guérison *parfaite*.

M. Sanson. Je dois quelques explications sur un fait qu'on a cité d'après moi; et d'abord, je conviens volontiers qu'il n'est pas rapporté dans mon ouvrage avec assez de détails. Cela tient à ce que j'étais jeune et peu avancé dans mes études médicales quand je l'ai observé; aussi n'en avais-je pas bien saisi tous les détails; et plus tard je n'osais pas m'en fier à ma mémoire. Voici cependant des circonstances que je me rappelle fort exactement.

C'était une vieille femme de plus de 60 ans, d'une énorme corpulence, qui était tombée le genou en avant dans un escalier. Appelé avec un de mes amis, élève comme moi, nous trouvâmes la peau du genou excessivement tendue, et

(1) Il y a évidemment erreur dans ce chiffre; mais nous n'avons pu que reproduire littéralement l'original.

(2) On a pu voir dans le compte-rendu du rapport de M. Gimelle, et la discussion qui l'a suivi, que cet honorable rapporteur a produit des luxations complètes sur le cadavre; mais la manière de les produire avait été mal indiquée. Ce n'est pas en effet sur la jambe fléchie qu'il faut porter un choc violent pour la luxer; il faut que le fémur porte sur une table solide jusqu'à son articulation avec le tibia; la jambe étendue et maintenue dans cette extension par un aide; en frappant alors avec force et à plusieurs reprises sur l'épine du tibia, on parvient enfin à le luxer.

permettant de sentir très-facilement toute la surface articulaire du fémur ; la jambe était repoussée en arrière et un peu dans la rotation en dehors, et je me souviens que la rotule était déviée comme dans le cas dont M. Larrey vient de faire l'histoire. Cette déviation même était inexplicable pour moi, et la pièce anatomique de M. Larrey me la fait bien comprendre maintenant. La jambe était d'ailleurs très-mobile ; nous tentâmes la réduction comme nous pûmes ; elle s'effectua avec une grande facilité. Six semaines après, je revis cette femme marchant avec une béquille et un béquillon, sans aucun indice d'ankylose ; mais je ne sais pas ce qui sera arrivé plus tard. Toujours est-il que pour moi, même après les réflexions de M. Larrey, c'était là bien évidemment une luxation complète.

M. LARREY. La description de M. Sanson suffirait seule pour montrer qu'elle ne l'était pas. Car si la jambe était dans la rotation en dehors, il y avait donc un des condyles du tibia qui appuyait encore contre la surface articulaire du fémur, et qui déterminait cette déviation. Ces surfaces sont si larges, et, même dans la luxation incomplète, la difformité est si grande, qu'on peut aisément s'y tromper.

M. SANSON. Outre les signes que j'ai déjà donnés, ce qui me persuade qu'elle était complète, c'est qu'il y avait un raccourcissement du membre.

La discussion est close, et la note de M. Larrey renvoyée au comité de publication.

M. PARISET a la parole au nom d'une commission, et lit le travail suivant.

INSTRUCTIONS DEMANDÉES A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE PAR M. GAYMARD, MÉDECIN DE L'EXPÉDITION ENVOYÉE A LA RECHERCHE DE LA LILLOISE.

M. le rapporteur commence par rappeler les premières expéditions tentées en Islande et dans le Groënland, par des navigateurs norwégiens, dans le neuvième et le dixième siècles. Des colonies y furent fondées, qui pendant plus de quatre siècles entretinrent avec leurs vaisseaux des communications avec l'Europe. Après cette longue période qui se termina à la découverte de l'Amérique, ce sont au contraire les vaisseaux européens qui se répandent sur ces mers, soit pour exploiter la grande pêche, soit pour s'ouvrir au Nord, par l'Est ou l'Ouest, des communications plus directes avec les Indes orientales. D'où vient, dans ce grand mouvement de navigation et de découvertes, qu'on n'entend même plus parler des colonies norwégiennes du Groënland ?

« C'est qu'à l'époque où la colonie norwégienne a été fondée, la température des régions boréales était plus élevée, l'ordre des saisons plus marqué, la végétation plus abondante, les mers plus libres, la navigation plus facile, les communications plus fréquentes, toutes choses qui se supposent mutuellement. Cet heureux état a persisté, selon toute apparence, pendant quatre siècles entiers, c'est-à-dire depuis l'an 1000 jusqu'en 1402 ou 1406, et pendant ces quatre siècles, malgré les pertes que lui coûtèrent et ses démêlés avec les indigènes, et des dissensions intérieures, et des épidémies désastreuses, spécialement, dit-on, la peste de 1348, la colonie s'était maintenue dans un état toujours croissant de prospérité. De la côte orientale, son siége primitif, elle s'était étendue jusque sur la côte opposée : elle y avait élevé de grands édifices dont les ruines ont été retrouvées il n'y a pas plus d'un siècle ; et finalement, par un recensement antérieur de quelques années à la catastrophe que nous allons rappeler dans un moment, il fut constaté qu'elle possédait deux villes épiscopales, douze paroisses avec leurs églises, des couvens, quelques centaines de villages, et de grandes fermes riches et bien peuplées...

» Tout à coup, par une de ces brusques variations de température dont l'histoire ou la tradition nous ont conservé quelques exemples, d'énormes glaces détachées du pôle ou des terres adjacentes, furent entraînées vers le Sud et se précipitèrent entre l'Islande et le Groënland avec une telle violence et dans une telle étendue, que ces deux terres devinrent étrangères l'une à l'autre, et que, l'Islande conservant encore une libre communication avec l'Europe, le Groënland fut complètement séparé du reste du monde. »

Cette séparation fut l'ouvrage de quelques années, de 1402 à 1406. Depuis, les troubles politiques, les guerres, etc., tout concourut à faire oublier la colonie ; et quand les rois de Danemarck voulurent plus tard en retrouver le chemin, une mer de glace le barra à leurs vaisseaux. Qu'était cependant devenue la colonie ? Avait-elle péri par le froid, par la faim, par les armes des naturels du pays, ou bien avait-elle survécu, et avait-elle perdu ou conservé son industrie, ses lois, ses mœurs, sa religion, et jusqu'au souvenir de son origine ? problèmes pleins d'intérêt, mais jusqu'à présent insolubles ; car jusqu'à présent tous les efforts ont été vains pour pénétrer à l'Est du Groënland ; et si Graab et Scoresby ont pu, l'un par le Midi, l'autre par le Nord, relever la majeure partie de cette côte orientale, ils ont trouvé tous deux des barrières qu'ils n'ont pu franchir. Toutefois, ce qu'ils ont tenté sans succès, d'autres plus heureux pourraient le faire ; c'est là l'espoir qui avait dirigé M. de Blosseville, l'intrépide navigateur à la recherche duquel est consacrée cette expédition.

Du reste, jusqu'à présent on s'en est remis pour le succès aux seuls caprices de la fortune. Ne serait-il pas temps de les combattre par la prévoyance, d'attacher, par exemple, d'une manière permanente aux navires baleiniers quelques jeunes hommes éclairés et courageux, qui, bravant chaque année les fatigues et les périls de la pêche, pourraient suivre du moins les changemens physiques de ces étranges climats, et mettre à profit les moindres faveurs du hasard ? Supposé qu'un tel exemple fût suivi par les nations policées de l'Europe, l'Europe aurait sur ces mers un Institut toujours attentif aux mouvemens de la terre et du ciel, toujours prêt à saisir l'occasion favorable de ravir ses secrets à la vérité.

Quoi qu'il en soit, s'il est donné à l'expédition de toucher au Groënland, voici quelques-uns des faits curieux que M. Gaymard sera à même de connaître ou de constater.

Les Esquimaux sont-ils les vrais indigènes du Groënland ? leurs tribus ambulantes ont-elles toutes une grande similitude ; ou diffèrent-elles pour la forme physique, pour l'énergie morale, comme les peuplades africaines observées par Caillié ? Ont-ils tous, ou quelques-uns seulement, les dents incisives élargies comme les molaires, ainsi qu'on le voit dans les anciennes momies d'Égypte ? Ont-ils la caroncule lacrymale recouverte d'une membrane verticale ? Ont-ils les yeux abaissés vers le nez comme les Chinois ? les pieds très-petits comme les Kamtchadales ? Portent-ils leur barbe ?

Les Esquimaux du Groënland ont-ils une affinité marquée avec les Esquimaux dispersés dans tout le nord de l'Amérique, avec quelques peuples de l'Asie, et même, comme l'a dit Robertson, avec les peuples de l'Europe ? Forment-ils, comme le veut Blumenbach, un intermédiaire entre les Mongols et les Américains ?

L'Esquimau tire le principal fond de sa subsistance de la chair des cétacés et des poissons ; c'est de leur huile qu'il s'abreuve. Quelle influence peut avoir ce genre de nourriture sur la santé générale ? En résulte-t-il, comme on l'a dit, une pléthore habituelle ? Cette pléthore accélère-t-elle chez les femmes l'époque de la puberté ? Produit-elle des suffocations et des hémorrhagies ? Et dans ce cas le sang est-il très-plastique et cependant peu coloré comme celui des Arabes de l'Égypte ? Les Esquimaux sont-ils sujets aux hernies, comme on l'était dans les ordres monastiques où l'on faisait un grand usage de l'huile ?

Si malgré ses apparences de force, l'Esquimau est faible, serait-ce qu'imprégnés d'une huile mal assimilée, les tissus seraient trop relâchés ? Ce qui prouve cette incomplète assimilation, c'est que l'odeur de cette huile se retrouve dans les excrétions pulmonaires et cutanées. Serait-ce donc cette huile qui donne à la peau de ces peuples une couleur si foncée, opinion de Crantz, que Parry semble contredire. Du reste une exhalation de cette nature retenue par les vêtemens à la surface de la peau ne peut-elle pas contracter à la longue une acrimonie propre à développer ces affections pustuleuses et psoriques si répandues parmi les indigènes ? Et n'est-ce pas une cause semblable qui a rendu la circoncision nécessaire ?

M. Gaymard aura à rechercher aussi la marche de cette gale qui, dit-on, n'attaque pas les mains ; de cette lèpre prétendue contagieuse, sorte d'ulcération universelle avec prurit et production d'écailles que le malade se plaît à racler, et qui ressemblerait plus à la maladie de Job qu'à la lèpre proprement dite. Il verra si le scorbut est le même au Groënland qu'en Europe, et quels sont les remèdes usités dans le pays.

D'autres phénomènes appelleront ses investigations. On dit qu'il sort des rivières et des lacs encore liquides des vapeurs qui forment dans l'air un gaz, un réseau transparent d'une glace si fine et si piquante que, poussé par le vent et rasant le sol, il atteint l'Esquimau, et le tue par le froid ; comme ces nuages de sable enflammé que le Kamps n élève dans le désert, et qui jettent sur la terre l'Arabe suffoqué. Des deux parts la température n'excède pas celle de l'air ambiant. Serait-ce que des deux parts, la chaleur et le froid touchent par un plus grand nombre de points ; et que les matières portées dans les voies aériennes éteignent la vie en éteignant la respiration ? Ou bien ces fumées de glace auraient-elles un venin secret ? Et serait-il possible de leur échapper en se tenant le visage collé contre terre ?

Dans ses longues courses de chasse, l'Esquimau saisi par de fréquens épistaxis les combat, dit-on, par la succion sur la nuque, une forte ligature des deux doigts annulaires, l'emploi de la glace fondue dans la bouche, l'aspiration de l'eau de mer dans les narines. Quel est le succès de ces moyens ?

Au printemps l'éclat de la neige éblouit les yeux de l'Esquimau ; de là des ophthalmies qui ressemblent à l'ophthalmie d'Égypte ; de là des cataractes. Est-il vrai que cette ophthalmie purulente soit due uniquement à la vivacité de la lumière ? Mais le désert, mais l'Arabie, la Perse, ont autant de lumière et n'ont pas cette affection toute spéciale. Du reste l'étude minutieuse que l'on fait de l'ophthalmie en Europe sera pour M. Gaymard un motif d'étudier avec détail celle du Groënland.

Pour la cataracte, on dit que les vieilles femmes savent la détacher avec une aiguille, l'extraire avec un couteau, et qu'elles réussissent presque toujours. Où se pratique cette incision ? A la partie supérieure, comme le fait M. Faure ? Quel est le traitement ultérieur ?

M. le rapporteur parcourt ensuite les diverses affections auxquels les Esquimaux sont sujets, les hémoptysies, la dysentérie, la pleurésie, qu'ils traitaient autrefois en appliquant de l'amiante sur le point douloureux. Quelle est la valeur de ce moyen ? Et, question intéressante, la pleurésie n'a-t-elle jamais le caractère contagieux qu'elle prend si évidemment en Islande ?

On assure que les Esquimaux n'ont jamais de fièvres d'accès, et n'ont jamais reçu la maladie vénérienne. La petite-vérole leur a été portée en 1733. Ici toutes les questions qui se rapportent à la variole, à la vaccine, à la varioloïde, etc.

Il suffit d'indiquer les questions générales qui ont trait aux accouchemens. Pour leurs maladies chirurgicales, on en sait peu de choses. Ils rapprochent les parties divisées et y font quelquefois des points de suture. Ils remédient aux fractures par des tractions, par un bandage en cuir et le repos. On prétend qu'ils se délivrent de la pierre par une grande incision ; mais où se fait-elle ? Il y a ici une foule de notions à acquérir ou à compléter.

Les voyageurs et les missionnaires nous ont suffisamment appris les détails de la vie ordinaire, des mœurs, de l'industrie des Esquimaux ; seulement, leurs huttes étant faites de neige et de glace, on ne comprend pas comment elles ne fondent pas à la température élevée qu'y entretient habituellement le feu de leurs lampes.

On ne sait rien de la vie moyenne des Esquimaux ; elle doit être courte, à considérer leur misère et leurs souffrances, et il est probable que la population décline et se détruit chaque jour davantage. Chose étrange pourtant ! le Groënlandais, transporté en Europe, nageant dans l'abondance, regrette cette terre désolée et meurt de nostalgie ! Stupidité ? instinct ? habitude ? avec quelle force l'homme du nord est attaché au sol natal ! et avec quelle violence il s'est jeté sur le midi de l'Europe ! L'esprit d'imitation produirait-il sur les masses ce que la faim ne produit pas sur un individu ?

Les observations de météorologie, de géologie, de physique, etc., n'ont pas besoin d'être recommandées. Pour l'histoire naturelle, il y aurait à vérifier tout ce qu'on dit de ces ours du nord dont le poids va jusqu'à 1,600 livres ; du requin du Groënland, dont les chairs palpitent encore trois jours après sa mort, et qui porte aux yeux un appendice qu'on ne voit qu'à lui et qui semble émousser le sens de la vue ; des hirondelles de rivage, qui en Laponie, au dire de Regnard et de nombreux auteurs, passent l'hiver sous les eaux dans un état de congélation absolue, et ressuscitent aux premières chaleurs du printemps. On sait quel redoutable genre d'altération contractent les bœufs que l'on surmène. Une altération analogue s'observe-t-elle dans la baleine que l'on fatigue outre mesure ? On prétend qu'alors elle exhale une odeur infecte, et qu'on en détache la peau avec

une extrême facilité. Ainsi, par des excès opposés de travail et de repos, l'être animé se détériore également. Quelle exacte limite poser entre ces deux extrêmes, et dans quelle mesure l'exercice doit-il être admis pour concourir à l'état sain? Problème délicat, que l'on résoudrait peut-être par les qualités variables des sécrétions. Le colon brésilien qui vient acheter des esclaves noirs goûte leur sueur, et se décide selon que cette sueur a telle saveur ou telle autre.

Là se termine la série de questions relatives au Groënland; il est probable que l'expédition séjournera plus long-temps en Islande; proposons donc quelques vues sur cette terre de glace, la contrée peut-être la plus singulière de tout le globe.

L'Islande, peuplée, comme il a été dit, par des colons norwégiens, s'est fait remarquer dès les premiers temps par un goût et pour ainsi dire une passion toute nationale pour les études historiques. De là ces sagas ou annales écrites de si bonne heure en langue scandinave, et où quelques-uns des peuples contemporains, et spécialement l'Angleterre, ont retrouvé les traces originelles de leurs lois fondamentales. Si ces sagas avaient été interrogées dans des vues médicales, il est probable qu'on y eût découvert des traditions précieuses pour la science. Nous recommandons cette idée à M. Gaymard. A la vérité, les sagas sont en majeure partie dispersées dans les bibliothèques d'Angleterre, de Danemarck et de Suède, comme on a déplacé et dispersé les obélisques de l'Égypte; mais il en peut encore rester en Islande, et cette île compte encore aujourd'hui des hommes profondément versés dans la connaissance du passé.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. le rapporteur dans les tableaux animés qu'il trace des révolutions politiques de l'Islande, et des révolutions géologiques bien autrement terribles qui en ont agité et remué le sol de fond en comble. D'une part, des éruptions volcaniques sans nombre; de l'autre, l'invasion sur la côte septentrionale de monstrueux blocs de glaces; le feu et le froid semblent se disputer ce sol malheureux, ainsi frappé d'une double cause de stérilité. Mais si d'un côté le voisinage des glaces étouffe la vie jusque dans les germes des plantes, de l'autre l'influence de la chaleur souterraine vivifie une partie du sol qui suffit aux besoins de l'Islandais, et ainsi se conserve la colonie.

L'Islande est une terre peut être toute nouvelle encore pour la physique et la géologie. On y rencontre un grand nombre de cavernes que l'on dit avoir été habitées autrefois par des géans, bruit peut-être fondé sur ce qu'on y a trouvé des ossemens fossiles de grandes dimensions. A l'égard de la minéralogie, on recommande à la sollicitude de nos voyageurs les nombreuses sources de soufre, les lacs verts dont le fond est de soufre; les bois pétrifiés, les cristaux, la lave transparente de Krabla, que l'on taille sans préparation pour en faire des instrumens d'optique.

La botanique et l'histoire naturelle de l'Islande ont été supérieurement traitées par des écrivains tout modernes. Il serait important de déterminer sur place la composition des eaux thermales si abondantes et si variées en Islande, leur température et leur action sur l'économie, soit des hommes, soit des animaux; des échantillons de chacune de ces eaux renfermées dans des bouteilles hermétiquement bouchées, serviront à en faire une seconde analyse en France. Lapeyrière, écrivain d'ailleurs très-suspect, affirme que quelques unes de ces eaux guérissent sans autre moyen la syphilis; ce point demande à être sérieusement examiné.

Olafsen dit que certaines plantes ont la propriété de donner de l'embonpoint aux chevaux en les énervant, et aux vaches en tarissant leur lait. Dans les disettes de fourrages, on donne aux vaches la chair du poisson *stembitr* (*blennius* de Linnée), pilée avec des têtes et des os de morue. La vache aime ce mélange et en tire beaucoup de lait; mais ce lait a une saveur désagréable. Quelles sont les qualités de ce lait, son action sur l'économie? et la chimie pourrait-elle en séparer son arôme? Analyse délicate dont M. Chevreul a donné de si étonnans exemples.

L'Islande possédait autrefois de grands troupeaux de moutons, qui ont été décimés par une épizootie de dix années, de 1750 à 1760. Quelle était la nature de cette maladie, son origine? Un baron suédois avait inventé pour la combattre une poudre dont on se sert encore avec succès en Danemarck et en Norwège. Quelle est cette singulière composition?

Les brebis enfermées durant l'hiver dans des cavernes, souffrent quelquefois tellement de la faim, qu'elles se mangent la laine sur le dos. Il en résulte pour l'estomac une sensation de lest qui trompe la faim, et qui paraît être fort recherchée par tous les êtres animés. De là ces masses connues sous le nom d'ægagropiles. N'est-ce point par cette voie que l'œstre des chevaux est conduit dans leur estomac? L'œstre lui-même serait-il un stimulant pour l'économie, comme on pourrait croire que les vers le sont quelquefois pour les enfans? Quoi qu'il en soit, les Islandais connaissent le moyen de délivrer les brebis de ces pelotons de fausse nourriture; et il serait important d'apprendre quel est ce moyen.

Les moutons ont-ils en effet de quatre à cinq cornes? les perdent-ils par le croisement? Les chiens islandais ne font-ils que gronder sans aboyer, comme dans le Groënland? Mais laissant ces questions qui n'intéressent pas directement l'homme, abordons la médecine humaine: ici encore M. Gaymard n'aura qu'à confirmer ou rectifier les observations des auteurs.

La première maladie à citer est celle qu'on désigne sous le nom de *digerdoëd*, et qui, selon M. Ibre, serait la grande peste du quatorzième siècle. Si cela est, par quelle voie avait-elle pénétré en Islande, où elle reparut en 1402 et 1404, pour ne pas se remontrer depuis?

La lèpre d'Islande, à ne consulter que les caractères donnés par les écrivains, ne ressemblerait ni à la lèpre du Groënland, ni à la lèpre que décrit Moïse, et que du reste on ne rencontre presque plus en Orient, ni à la lèpre des Grecs, ni à la lèpre de Krimée si bien exposée par Pallas, et qui s'est propagé à Astrakan. Aurait-elle des affinités avec le mal des Asturies? Serait-elle idéotique, comme le croit M. Bœck, à la lèpre de Martigues, et surtout à celle de Syrie et d'Égypte? Car de toutes les maladies, la plus cosmopolite est peut-être la lèpre; mais pour appartenir à tant de peuples et de climats divers, dépendrait-elle d'une cause qui leur serait commune? Quelques-uns l'ont attribuée à l'usage immodéré du poisson et surtout du poisson déjà corrompu; et Peterson a même remarqué qu'elle a disparu de l'île de Feroë, depuis que les habitans ont abandonné la pêche pour l'agriculture. Mais que penser alors de ceux qui soutiennent que, avant l'époque des croisades, l'Islande ignorait la lèpre, et que c'est par cette voie qu'elle l'a reçue avec toute l'Europe? Dans cette nouvelle hypothèse, la lèpre ne se serait donc naturalisée en Islande que parce qu'elle y aurait trouvé des organisations toutes préparées pour elle.

Au reste il faut l'avouer, la lèpre a des variétés si nombreuses, ou bien on l'a confondue avec tant d'affections différentes, que son histoire est encore dans le chaos. Il sera essentiel de s'assurer si, comme toutes les autres, la lèpre d'Islande est héréditaire et à quel degré; si elle se montre de bonne heure, à quel âge on en est préservé; par quelle méthode, avec quel succès on la traite; enfin si l'on a quelques exemples que la variole ait fait disparaître la lèpre?

Des questions analogues se reproduiraient pour le scorbut; seulement est-il vrai que cette affection n'a paru en Islande que depuis 1289? Est-il le même qu'en Europe; et se complique-t-il de la lèpre, de manière à justifier cette idée d'Ettmuller et de Boerhaave, que la lèpre n'est qu'un accident du scorbut?

Telles sont les maladies que l'on peut appeler stationnaires en Islande. Parmi les maladies intercurrentes, l'érysipèle, l'ophthalmie, la jaunisse, etc.; il faut noter surtout cette singulière *Laud farsot*, espèce de pleurésie épidémique et contagieuse, également redoutable aux enfans et aux vieillards, mais gage assuré de longévité pour les jeunes sujets qui en réchappent. Une épidémie semblable fut observée à Dijon par M. Maret, en 1784. La phthisie pulmonaire s'observe-t-elle en Islande? Les uns le nient, les autres l'affirment; et ce débat attend encore une décision.

On dit aussi que la syphilis a été éteinte en Islande. Quand et comment y avait-elle été importée, et comment a-t-on réussi à la détruire?

Tout ce qui regarde la variole et la vaccine, la rougeole, le croup, la gale, peut se passer de longs détails. Mais est-il vrai que le rachitisme n'existe en Islande que depuis peu d'années, et cependant qu'on n'y rencontre presque pas de scrophules? L'Islandais, dit-on, malgré la pureté de l'air et la salubrité du climat, est faible, maladif, peu vivace, ne passe guère 50 à 60 ans, ne devient presque jamais octogénaire. Les femmes seules, et surtout les plus fécondes, auraient le privilége de la longévité. Cette débilité tiend ait-elle au régime, aux habitudes de vivre? La mère islandaise ne nourrit son enfant que trois jours, et dès le quatrième le gorge d'alimens indigestes. Quel doit être l'effet d'une pareille coutume? Quelles sont les affections les plus communes à l'enfance? Aux îles Westermann, presque tous les enfans meurent du tétanos, et la population s'y détruit tous les jours.

Enfin est-il vrai, comme l'ont cru voir certains voyageurs, que les glaciers s'accroissent, que la stérilité augmente, que le poisson effrayé se retire, qu'insensiblement les moyens de subsister diminuent, et que tôt ou tard les pas de l'homme, banni par la nature, cesseront de s'imprimer sur ce sol désert, que les glaces et les feux se disputeront dans son absence?

Tel est le peu de notes que la commission propose de transmettre à M. Gaymard. A ce premier travail devrait s'en joindre un autre, contenant quelques vues sur la conduite que doit tenir un médecin de la marine pour la conservation de ses équipages. Ce second travail est fini; il est à la copie; mais l'Académie peut lui accorder son approbation par avance; car il a été rédigé sur les documens et presque sous la dictée d'un homme de génie et de cœur, M. le capitaine Duperré, qui, en qualité de commandant de la corvette *la Coquille*, a fait récemment le tour du monde, et a navigué trois années sans perdre un seul homme.

La lecture de ce long et consciencieux travail, écoutée avec une attention soutenue, est suivie d'unanimes applaudissemens.

M. Villeneuve désirerait qu'on s'assurât si les chiens d'Islande et du Groënland peuvent contracter la rage.

M. Sanson fait observer que M. Faure n'est pas l'inventeur de la section supérieure de la cornée; c'est donc une phrase à rayer du rapport.

M. Esquirol voudrait savoir si dans ces contrées il existe des crétins, et dans quelles localités.

M. Desportes. On a oublié deux séries importantes de questions; la première a trait à l'état intellectuel et moral des Groënlandais: leur infériorité vis-à-vis des Européens tient elle à un défaut d'organisation physique, ou est-ce un effet de l'ignorance et de la misère? La seconde concernerait les modifications que le climat a pu faire éprouver aux habitans, descendans d'une colonie européenne, et aux animaux qui y ont été transplantés de l'Europe centrale. M. Roulin a donné des observations très-curieuses de ce genre. Il a vu que certains animaux, transportés d'Europe en Amérique, y avaient perdu une partie de leurs habitudes, et même avaient subi quelques changemens d'organisation.

M. Pariset. Nous savons déjà que le porc n'a pas pu s'acclimater au Groënland.

M. Londe. On dit que les Esquimaux ont les yeux inclinés vers le nez; il serait intéressant de constater s'ils possèdent à un haut degré la mémoire des personnes, qui, selon les phrénologistes, est attachée à cette conformation physique.

M. Pariset prie les membres qui auraient de semblables observations à faire à lui adresser des notes pour les joindre à son travail.

Le rapport est ensuite mis aux voix et adopté. Le renvoi au comité de publication, demandé par plusieurs membres, est également ordonné.

Séance levée à cinq heures et quart.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE USITÉ EN ANGLETERRE; communiquée par M. EDWIN LEE.

Le changement qui s'est opéré dans ces derniers temps dans les opinions des médecins français relativement à la nature des fièvres, et la grande fréquence de ces maladies depuis quelques mois, m'engagent à vous adresser ces remarques sur le traitement le plus ordinairement suivi en Angleterre, qui est couronné de succès dans la grande majorité des cas.

La plupart des praticiens anglais considèrent la fièvre typhoïde comme une maladie essentielle dans son principe; dont la nature paraît consister dans une altération du sang tenant souvent à des causes endémiques et miasmatiques. Ils pensent que les congestions sanguines provoquées par l'action fébrile, donnent souvent lieu à des complications inflammatoires affectant tantôt le cerveau, tantôt les viscères abdominaux ou thoraciques.

Par conséquent, le but principal qu'on se propose dans le traitement, est de modérer l'action vasculaire dans la première période, et de prévenir les congestions par les remèdes évacuans. Une saignée du bras est assez souvent pratiquée; mais elle n'est pas répétée, à moins qu'il n'existe quelque indication bien évidente. Dans beaucoup de cas les évacuations sanguines ne sont pas mises en usage; dans d'autres on se contente d'appliquer les sangsues au front et aux tempes, et de les répéter si la céphalalgie persiste. Des lotions froides sont en même temps appliquées sur la tête. Le malade prend, toutes les quatre ou six heures, quelques cuillerées d'une potion diaphorétique. Les diaphorétiques auxquels on donne la préférence, sont les préparations d'antimoine, comme le *bismuth antimonii tartarisati* de la pharmacopée. Les vomitifs, les lavemens, les bains, sont très-rarement usités dans le traitement des maladies en Angleterre. L'application des sangsues sur l'abdomen n'est faite que dans les cas d'inflammation du péritoine et des viscères. Quoique les malades éprouvent quelquefois dans les fièvres typhoïdes de la douleur dans quelques parties de l'abdomen avec sensibilité à la pression, ces symptômes disparaissent généralement par l'usage d'un laxatif; s'ils semblent tenir à une complication inflammatoire, on a recours à l'application de sangsues sur la partie douloureuse. Mais quels que soient les autres moyens adoptés, on ne néglige jamais de provoquer des évacuations alvines par les purgatifs et les laxatifs; le choix du médicament et la fréquence de sa répétition étant dirigés suivant les indications. Le dévoiement, qui est considéré en France une contre-indication spéciale de l'emploi de ces remèdes, disparaît très-souvent après l'effet d'un laxatif; car en Angleterre, on voit dans ce symptôme une irritation produite dans beaucoup de cas par la présence des matières et des sécrétions dépravées dans le canal intestinal. Les purgatifs qu'on préfère ordinairement sont: le calomel à la dose de trois à six grains, l'extrait de coloquinte, l'huile de ricin, le sulfate de magnésie et l'infusion de séné.

Je n'ai jamais vu les purgatifs produire dans cette maladie des symptômes de gastrite, dont la crainte a empêché leur usage en France jusqu'à présent; et les expériences faites dernièrement à l'Hôtel-Dieu prouvent combien cette crainte était mal fondée. Ces expériences démontrent d'ailleurs d'une manière évidente que, si les purgatifs donnés et répétés dans tous les cas sans distinction, et dans toutes les conditions de la maladie, produisent des résultats plus favorables que ceux obtenus par d'autres méthodes de traitement; on peut avec raison s'attendre à voir des résultats encore plus heureux, en employant ces remèdes, non comme système exclusif, mais comme partie du traitement, suivant les indications qui se présentent dans chaque cas individuel.

Quand la maladie date de plusieurs jours, on se règle sur les symptômes et sur l'état du malade. S'il n'existe pas d'indication marquée, on s'en tient aux potions rafraîchissantes et légèrement diaphorétiques; quand l'affection typhoïde est accompagnée d'un état d'adynamie ou d'ataxie prononcée, on a recours aux laxatifs si la condition du ventre les exige, aux vésicatoires, aux toniques et aux stimulans, tels que les décoctions de quinquina, le sulfate de quinine, la confection aromatique de la pharmacopée, les bouillons, le vin d'Oporto ou le vin blanc d'Espagne; ces moyens produisent souvent une amélioration sensible en très-peu de temps.

Il me reste à dire quelques mots sur les lésions intestinales qu'on rencontre presque constamment en France. Chez les malades qui succombent à l'affection typhoïde, on considère l'altération des plaques de Peyer comme constante, tandis qu'en Angleterre on regarde cette lésion comme une complication, qui quelquefois ne se montre pas pendant le cours de la maladie. Je suis porté à croire que les lésions intestinales sont déterminées, dans la plupart des cas, par l'irritation des matières fécales indurées, et cette opinion est fondée principalement sur les circonstances suivantes: 1° on les rencontre presque toujours en faisant l'autopsie des personnes qui succombent aux fièvres typhoïdes en France, où les purgatifs sont très-rarement employés, et où les lavemens, qui tendent seulement à vider le gros intestin, sont d'un usage général; 2° ces altérations, même en France, n'existent pas dans quelques cas, quoique la maladie à laquelle l'individu a succombé, ait présenté les symptômes ordinaires des fièvres typhoïdes; 3° en Angleterre, où les purgatifs sont généralement répétés plusieurs fois, on rencontre ces lésions beaucoup moins souvent qu'en France; 4° si elles étaient primitives, les purgatifs, agissant comme cause directe d'irritation, auraient pour effet d'en augmenter le nombre; 5° la partie de l'intestin dans laquelle ces lésions existent le plus fréquemment et en plus grand nombre, est précisément celle où s'opère très-souvent une accumulation de matières fécales, et où ces matières peuvent séjourner avec le plus de facilité.

EDWIN LEE,

Membre du collége royal des chirurgiens à Londres, autrefois interne à l'hôpital St-George.

OBSERVATION D'ENSEVELISSEMENT SOUS DES DÉCOMBRES PENDANT QUATRE JOURS ET QUATRE NUITS; communiquée par M. MOTTARD, D.-M. de l'université de Turin.

Bien que l'observation qu'on va lire contienne des détails étrangers à la médecine, nous la publions telle que l'auteur nous l'a transmise, à cause de l'intérêt qu'elle nous a paru offrir.

OBS. — Le nommé Désoulle (Jean-Laurent), de Villergondran, maçon de profession, entra dans un puits de 45 à 50 pieds de profondeur, situé au lieu dit les Plants à Saint-Jean-de-Maurienne, le 10 février 1835, à six heures et demie du matin, pour le creuser; il en ressortit pour dîner et y rentra à trois heures. Il avait à peine mis la main à l'œuvre, lorsque quelques pierres de la muraille se détachent; il se cache sous un soliveau qu'il avait placé transversalement. Bientôt il entend l'horrible fracas du mur entier qui s'écroule. Il n'entend plus de bruit; il n'a aucune blessure, et se trouvant accroupi dans un espace où il pouvait agir assez librement, il entreprend de se faire jour. A cette fin, il descend les pierres qui étaient sur sa tête, les place sous ses pieds; il s'élève ainsi, dit-il, à la hauteur d'une toise environ. Mais hélas! ce tas énorme de pierres s'affaisse, l'environne de toutes parts, le presse, le comprime dans tous les sens; il ne peut plus se mouvoir. Le bras gauche replié sur sa tête est retenu au milieu des pierres. L'eau s'élève; il peut seulement tempérer la soif brûlante qui le dévore avec la main droite, qu'il trempe dans l'eau, et il porte le bout des doigts à la bouche en les suçant. Le voilà dans la plus cruelle agonie, souffrant en tous sens, en toutes manières, la pression, la faim, la soif surtout et le besoin de respirer; la difficulté de la respiration ne pouvant dilater ses poumons, inspirant et expirant toujours le même air, depuis le 15, à six heures du soir environ, jusqu'au 19, à ce qu'il croit. Pendant ce temps, il n'entend rien, le malheureux; mais il souffre le plus terrible martyre; il crie, appelle au secours; il prie, espère, se désespère tour à tour et tombe dans un état léthargique dont il ne sort que par intervalles, au bruit des ouvriers qui soutient les pierres pour aller chercher son cadavre sous les décombres. Ce fut pour cette raison que le croyant mort (et qui aurait pu penser et croire autrement?) on ne travaillait que le jour. A la nuit tombante, les travaux étaient suspendus et ne recommençaient qu'avec l'aube du jour suivant; mais cela augmente le prodige.

Le 20, vers les huit heures du matin, le bruit des ouvriers le réveille; il crie, on l'entend; il n'est pas mort. Un transport de joie les excite; on redouble d'ardeur; cent bras sont employés. Les autorités sont là, dirigent les travaux, veillent à tout. L'air qui pénètre plus facilement le fait délirer. On aperçoit sa main, sa tête, ainsi de suite. On le couvre pour modérer l'action de l'air, qui aurait été mortelle; on lui donne à boire par intervalles du bouillon et de l'élixir de Garus. A cette nouvelle inattendue, une foule accourt de la ville malgré le mauvais temps, les mauvais chemins.

Le 20, à deux heures et demie, c'est-à-dire quatre jours et quatre nuits après l'éboulement, on le sort, la tête enveloppée, au grand étonnement de plus de trois cents témoins. Les jambes étaient insensibles, immobiles et d'un bleu livide; la face injectée et bouffie. On le transporte dans un lit chaud; on lui réchauffe les pieds avec des linges, il ne sent la chaleur qu'à la quatrième fois. Il reconnaît pour un instant son curé et le médecin, et perd la connaissance, qu'il ne reprend que le 24 au matin. L'après midi, on le transporte à l'hôpital, où il est encore, n'ayant souffert que quelques contusions; mais le bras gauche est resté paralysé pendant quinze jours, effet de la position élevée du bras, le sang ne pouvant y arriver; effet aussi de la longue pression exercée sur toutes les parties molles. Il s'est déclaré un espace gangreneux, entre les éminences thénar et hypothénar, long de

deux pouces. Actuellement, les mouvemens d'extension et de flexion des doigts sont revenus au quart environ de leur étendue ordinaire. Quant au reste, il est dans un état parfaitement normal.

A. Mottard,

Docteur en chirurgie de l'université de Turin.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire historique et statistique sur la maison royale de Charenton, par M. Esquirol. — In-8° de 192 pages, avec un plan de l'établissement. Paris, 1835. (Extrait des Annales d'hygiène publique et de médecine légale.)

L'origine de la maison royale de Charenton remonte à 1641. C'était d'abord un petit hôpital destiné à quatorze malades pauvres, fondé par Sébastien Leblanc, contrôleur-général des guerres, et tenu par deux frères de la Charité. De nouvelles dotations et la bonne administration des frères permirent de donner à cet hôpital un plus grand développement, et l'on construisit, dès la fin du dix-septième siècle, un quartier destiné à des hommes aliénés; plus tard, on admit aussi des prisonniers. A l'époque de la destruction des couvens, pendant la révolution, la maison de Charenton fut supprimée et les aliénés renvoyés à leurs familles ou abandonnés à la charité publique. Quatre frères, leur nom est resté inconnu, ne voulurent pas se séparer des malades vieux et infirmes; ils les emmenèrent avec eux, et les soignèrent jusqu'à la fin. En 1797, le directoire exécutif ordonna le rétablissement de l'hospice de Charenton, et nomma un directeur chargé de l'administration et de la surveillance de tout l'établissement. Depuis 1797, l'importance de l'établissement de Charenton n'a fait que s'accroître; aujourd'hui, on y compte environ 600 aliénés des deux sexes, plus, les 14 lits fondés par Sébastien Leblanc et destinés aux malades pauvres. Avant la révolution, le service médical était dirigé par les frères eux-mêmes; mais comme alors l'étude de la folie était fort peu cultivée, le traitement des prisonniers était plutôt hygiénique que médical. Depuis la révolution, ont été successivement médecins en chef, MM. Castaldy, Royer-Collard et Esquirol; chirurgiens, MM. Deguise père et Deguise fils. Plusieurs élèves qui se sont livrés, dans la maison de Charenton, à l'étude des maladies mentales, ont produit des travaux remarquables. M. Ramon est auteur d'articles fort intéressans insérés dans l'*Encyclopédie méthodique*; M. Bayle a publié un bon livre sur les maladies du cerveau et de ses membranes; M. Calmeil a développé les idées de M. Esquirol sur la paralysie des aliénés; il a succédé à Georget pour la collaboration au *Dictionnaire de médecine* en vingt-un volumes, et dans la seconde édition de ce *Dictionnaire*, il a fait insérer plusieurs articles très-étendus; M. Moreau s'est attaché à apprécier l'influence des causes physiques sur la production de l'aliénation mentale. M. Leuret, secouant le joug dont l'anatomie pathologique a si long-temps et si lourdement accablé l'étude des aberrations de l'entendement, a jeté un jour tout nouveau sur l'histoire de la folie dans l'ouvrage qu'il vient de faire paraître, et dont nous avons récemment donné l'analyse.

Elevés dans un temps où les vrais besoins des aliénés n'étaient pas connus, plusieurs des bâtimens de l'hospice de Charenton ne sont rien moins que favorables au traitement des aliénés. M. Esquirol a démontré, et par le raisonnement, et par l'expérience, que les maisons ayant plusieurs étages ne conviennent pas pour loger ces malades. Il faut dans de pareilles maisons des barreaux aux fenêtres, ce qui leur donne l'apparence, et pour ceux qui l'habitent, la réalité d'une prison. On ne peut pas prévenir les chutes sur les escaliers; les malades trop rapprochés se gênent, s'agitent, sont troublés les uns par les autres. Des rez-de-chaussée, au contraire, pourvu qu'on ait pris toutes les précautions nécessaires pour empêcher qu'ils ne soient humides, n'ont que des avantages. Pas de chute possible par les fenêtres, partant point de barreaux; les malades, s'ils sont agités, peuvent user leur agitation sans courir le risque de tomber sur des escaliers; s'ils sont apathiques, la vue d'une promenade qui se présente à eux, de plein pied, les décide à sortir et à faire de l'exercice. La surveillance est facile: d'un coup-d'œil on voit ce que font les malades; et les serviteurs qui ont des témoins de toutes leurs actions, n'osent pas se livrer à des brusqueries ou à des mauvais traitemens. Une partie de l'établissement de Charenton est au rez-de-chaussée, c'est incomparablement la meilleure. Une autre partie consiste en des bâtimens élevés de quatre et cinq étages. M. Esquirol demande qu'ils soient abattus pour faire place à des constructions nouvelles. Le but principal de son livre est même d'appeler l'attention de la Chambre des députés, et en particulier celle des membres de la commission du budget, sur la nécessité d'accorder des fonds pour cet objet. La chambre qui a accordé des fonds pour construire des prisons, où les criminels seront cent fois mieux et plus sainement logés que la moitié des habitans de Paris, et qui la presque totalité de la classe ouvrière; qui a voté quelques cent mille francs pour loger avec luxe les animaux du jardin des Plantes, ne refusera pas, sans doute, l'allocation réclamée pour construire des habitations convenables à des hommes, tous innocens, la plupart vertueux et instruits, et dont plusieurs ont rendu des services à l'état, soit dans les armées, soit dans les administrations, ou dans l'enseignement. Ce qu'il faut craindre, c'est qu'on n'évite pas, dans les constructions futures, plusieurs fautes qui ont été commises dans les constructions nouvellement terminées.

Charenton est bâti sur le penchant d'un coteau: avant de bâtir il faut niveler le terrain, puis faire élever un mur qui soutienne la partie supérieure du coteau. De là une dépense très-forte, qu'il faudrait éviter, et un inconvénient très-grand pour les constructions: celui d'avoir un côté toujours humide et froid. Il faut ajouter que l'exposition du coteau étant en plein midi, la façade des bâtimens est, pendant une partie de l'année, brûlée par le soleil, ce qui est très-préjudiciable à des aliénés surtout, si disposés, par la nature de leur maladie, aux congestions cérébrales.

On échapperait à ces deux inconvéniens, en construisant sur le haut du coteau qui se trouve au niveau du bois de Vincennes. M. Esquirol en avait fait la proposition: c'est le seul bon parti à prendre. La disposition du plateau permet à l'architecte de s'étendre en largeur autant qu'il le voudra; en profondeur, peut-être n'y aurait-il pas assez de terrain: mais l'État qui a pris, pour construire un fort détaché, une portion du jardin de l'hospice, pourrait lui rendre, en échange, quelques arpens de la portion du bois de Vincennes contiguë à ce jardin.

En agissant ainsi, il y aurait justice; et c'est sans doute pour n'y avoir pas songé qu'on ne l'a pas encore fait.

Les admissions à Charenton, depuis 1826 jusqu'en 1833, ont été de

932	pour les hommes;
625	pour les femmes.
En tout 1557.	

Elles se sont rangées, quant aux saisons, dans les proportions suivantes:

Printemps	406.
Eté	445.
Automne	365.
Hiver	341.

Ainsi, le *summum* en été, le *minimum* en hiver.

Quant aux âges, le maximum des admissions a eu lieu de 25 à 30 ans pour les hommes, et de 35 à 40 pour les femmes. Il ne faudrait pas conclure de là que la folie soit plus fréquente aux âges qui viennent d'être indiqués, que plus tard, puisqu'il y a d'autant moins d'individus d'un même âge, que cet âge est plus avancé.

L'hérédité a été signalée comme cause de folie, sur les 1557 entrées, 337 fois; les chagrins domestiques, 278; les revers de fortune, 49; les accès de joie, 2 fois: c'est la cause la moins fréquente. Les événemens politiques, avant juillet 1830, ne sont pas mentionnés: en 1830, ils ont amené à Charenton 13 malades; en 1831, 15; en 1832, 5; en 1833, 4 seulement.

Les guérisons ont été pendant les huit années de 516: elles sont aux entrées, comme 1 est à 3. Dans ce calcul, M. Esquirol n'a pas déduit les aliénés reconnus incurables dès leur entrée: ceux par exemple qui étaient atteints d'épilepsie ou de paralysie.

Sur ce qui regarde la mortalité, M. Esquirol s'exprime ainsi: «La mortalité des hommes a été plus considérable que celle des femmes, puisque l'on compte 140 femmes décédées, et 406 hommes. Je ferai remarquer que la mortalité est moins forte dans les quatre dernières années. Cette différence doit être attribuée particulièrement à la diminution de la mortalité des femmes depuis 1830. J'ai déjà dit, en parlant

des guérisons, que depuis la même époque, les guérisons des femmes avaient augmenté. On ne saurait attribuer ces deux résultats qu'à l'habitation des nouvelles constructions, dont les dames ont pris possession dès le mois de mai 1829. Ni le régime, ni les soins médicaux, ni les secours domestiques, ni la surveillance n'ont changé : les habitations des femmes sont devenues meilleures. Il faut conclure de là que des constructions bien faites, bien appropriées, ont une influence incontestable, non-seulement sur le bien-être des aliénés, mais encore sur la durée de leur existence et sur leur guérison. Cette conséquence démontre la nécessité de constructions nouvelles pour la section des hommes traités à Charenton. »

Nous formons des vœux bien sincères pour que la parole de M. Esquirol soit entendue ; car personne n'a plus fait, et personne plus que cet honorable médecin ne sait ce qu'il faut faire pour le traitement des aliénés.

VARIÉTÉS.

ÉTABLISSEMENT DES BAINS D'ENGHIEN.

La direction générale des deux établissemens d'eaux minérales d'Enghien vient d'être confiée à M. le docteur Bouland, fondateur des Néothermes, et connu depuis long-temps par ses recherches sur les diverses applications des eaux minérales à la thérapeutique.

Enghien, situé à quatre lieues de Paris, dans la riante vallée de Montmorency, possède des sources depuis long temps célèbres, et que celles des Pyrénées même ne sauraient remplacer. Leurs eaux sont claires et limpides, et se mêlent à l'eau ordinaire sans prendre l'aspect laiteux. Leur saveur est d'abord douceâtre, puis bientôt amère et astringente ; elles répandent une odeur très-forte d'œufs couvés, mais à laquelle il est facile de s'habituer. On remarque à leur surface des dépôts considérables d'une pellicule terne et jaunâtre, qui paraît formée de soufre et de carbonate de chaux.

On possède de nombreuses analyses des eaux minérales d'Enghien. Macquer, Deyeux, Fourcroy s'en sont occupés ; mais le travail le plus complet que nous ayons sur ce sujet est dû à MM. Delongchamps et Henry. Nous transcrivons ici deux de ces principales analyses.

Les eaux d'Enghien conviennent particulièrement dans les maladies de la peau ; MM. Alibert et Biett, qui les prescrivent fréquemment, en ont obtenu les meilleurs résultats. Elles sont aussi généralement conseillées dans les affections chroniques des viscères, dans les douleurs rhumatismales, la goutte, et les maladies des articulations à caractère lent et rebelle. Leurs propriétés toniques se révèlent dans les engorgemens scrophuleux, les paralysies, le rachitisme ; et enfin on dit en avoir retiré de très-bons effets dans certaines affections du système nerveux, telles que l'hypocondrie.

A ces avantages naturels, les établissemens d'Enghien en joindront d'autres, dus à la sollicitude et à l'habileté du nouveau directeur. Ainsi, on y trouvera deux espèces de douches ; l'une chaude et l'autre froide, dont on pourra combiner ou faire succéder les applications. M. Bouland y a réuni en outre tous les appareils de vapeurs qui lui sont propres, et dont la supériorité a été constatée par un rapport de l'Académie royale de médecine du 29 juin 1833, de manière à en faire l'établissement le plus complet d'eaux minérales de France. Il convient d'ajouter que les malades qui y seront adressés continueront à recevoir les soins et les conseils de leurs médecins, dont les prescriptions seront suivies avec exactitude.

L'ouverture de cet établissement est fixée au 1er mai prochain.

ANALYSE DES EAUX D'ENGHIEN.

EAU. 1 litre ou 1,000 grammes.	FOURCROY. Source du roi. Grammes.	M. HENRY FILS. Source du roi. Grammes.	Source de la pêcherie. Grammes.
Azote,		0,017	0,040
Acide carbonique,	0,2007	0,248	0,25
Acide hydro-sulfurique,	8,0976	0,048	0,016
Hydro-sulfate de chaux,		0,046	
Hydro sulfate de magnésie,		0,101	0,109
Sulfate de chaux,	0,5613	0,450	0.061
Sulfate de magnésie,	0,1714	0,105	0,073
Carbonate de chaux,	0,2522	0,350	0,400
Carbonate de magnésie,	0,0145	0,038	0,030
Hydrochlorate de magnésie,	0,0868	0,010	
Chlorure de sodium,	0,0260	0,027	0,0205
Silice,	des traces,	0'040	0 051
Matière organique,	des traces,	quantité indéterm.	0,025

BAIN POUR LA CONSERVATION DES CADAVRES, par M. GANNAL.

Nous avons donné à plusieurs reprises des détails sur les expériences faites par M. Gannal pour la conservation des cadavres ; on sait qu'elles ont pleinement réussi ; nous nous empressons donc de publier la formule du liquide employé :

Prenez : Sel de cuisine,	1	kilogramme.
Alun,	1	id.
Nitrate de potasse,	1/2	id.
Eau,	20	litres.

En hiver, le liquide doit marquer 7 degrés au pèse-sel de Baumé, et 12 degrés en été.

ORDONNANCE RELATIVE AUX ÉLÈVES EN MÉDECINE DES ÉCOLES SECONDAIRES.

Le *Moniteur* du 15 avril contient l'ordonnance suivante :

Art. 1er. Les élèves des écoles secondaires de médecine qui se présenteront à l'avenir devant les Facultés de médecine pour y obtenir le grade de docteur, justifieront, non-seulement de leur temps d'étude, mais des sommes qu'ils auront payées pour droit d'inscription dans les écoles secondaires de médecine légalement organisées.

Art 2. Les certificats qu'ils auront à produire devront constater : 1° le taux des inscriptions de l'école ; 2° le nombre des inscriptions qui y auront été prises par l'élève ; 3° le total des sommes payées pour ces inscriptions.

Art. 3. Le doyen, après avoir visé les pièces produites, les renverra au secrétaire de la Faculté, avec un arrêté par lequel il autorisera la délivrance des inscriptions collectives accordées à l'élève, à raison de ses études dans une école secondaire de médecine, et déterminera la somme qui devra être versée pour compléter les droits des seize inscriptions prescrites, dont le montant a été et demeure fixé à 785 francs.

CONCOURS.

Le jury du concours pour l'agrégation en médecine s'est aujourd'hui constitué. Les juges sont : MM. Adelon, Trousseau, Broussais, Fouquier, Chomel, Delmas, Andral et Bayle. Il y a cinq places ouvertes aux concurrens, qui sont au nombre de 27. Nous ferons connaître les résultats de ce concours.

— Par une décision du 11 avril, M. le ministre de l'instruction publique vient de souscrire au *Traité de pathologie générale* de M. Dubois d'Amiens.

— Le choléra de Marseille, après avoir éprouvé une assez forte recrudescence, a enfin presque entièrement disparu. La Mairie a cessé depuis plusieurs jours de publier des bulletins.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 25 de ce mois au bureau central pour deux places de médecins, est composé de MM Husson, Maury, Labric, Bouneau, Blandin, Murat, titulaires ; Puch et Laugier, suppléans.

— Nous recevons un exemplaire du *procès-verbal des séances publiques pour l'examen des élèves-vétérinaires, et compte-rendu des travaux de l'école d'Abouzabel, pendant l'année* 1248 *de l'hégire*, par M. Hamont, fondateur-directeur de cette école. Ce fascicule, de 56 pages, a été imprimé à Abouzabel en 1833, à l'aide d'une presse autographique. Nous y reviendrons.

— La NÉMÉSIS MÉDICALE vient de publier une vigoureuse satire contre les homœopathes. Nous regrettons que l'espace nous manque aujourd'hui pour en transcrire quelques passages ; nous y parviendrons plus tard. Les deux dernières livraisons, sur LA MORT DE DUPUYTREN, et sur LA PATENTE DES MÉDECINS, ne sont pas moins remarquables, et nous louerons surtout l'auteur pour avoir prouvé que son talent pour la satire poétique peut se passer des personnalités que nous regrettions de voir si âcres et si nombreuses dans ses premières livraisons.

— TRAITÉ DE MÉDECINE, par CELSE ; traduit en français avec le texte en regard, par Henri NINNIN, et revu par M. M. L..., docteur en médecine. Deux gros vol in-12. Br., au lieu de 12 fr. 4 fr., et 6 fr. de port.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 17. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 25 AVRIL 1835.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

PREMIER MÉMOIRE SUR LES EXOSTOSES; DE LEURS DIVERSES ESPÈCES ET DE LEUR ANATOMIE PATHOLOGIQUE; par M. Rognetta, docteur en médecine et en chirurgie.

« Planè eadem atque calli est exostosium origo. »
Scarpa, *De penitiori ossium structura*, pag. 35. Lipsiæ, 1799.

Dans la nosologie chirurgicale, rien n'est, en vérité, plus vague que le mot *exostose*. Bien que l'acception littérale de cette expression n'indique qu'une tumeur osseuse, provenant de la surface d'un os, néanmoins les maladies du système osseux qui se présentent sous la forme d'ostéocèle sont à la fois si multiples et si variées par leur nature, qu'il n'est point étonnant que des écrivains respectables aient rangé dans la même catégorie une foule de maladies essentiellement différentes. Ouvrez, en effet, nos ouvrages de chirurgie et d'anatomie les plus classiques; parcourez les monographies les plus estimables sur les maladies des os, et vous trouverez qu'il n'y a presque pas d'exubérance ostéiforme qui n'ait été baptisée et décrite sous le nom d'exostose. Telles sont l'hypersarcose de la membrane vasculaire qui revêt le tissu alvéolaire des os (exostose sphérique à cavité intérieure, exostose creuse avec fongosité interne); l'inflammation chronique de la même membrane avec perversion de ses fonctions (exostoses laminées, remplies d'une sorte de substance hétéroplastique, de gelée tremblotante comme de la colle à moitée figée; *exostoses concameratæ sive cavernosæ*); les abcès enkystés du parenchyme osseux (exostoses creuses, suppurées intérieurement); les kystes hydatiques du canal médullaire et de plusieurs autres cavités osseuses (exostoses hydatiques); le fongus du périoste et de la membrane médullaire (exostose périostale fongueuse; exostose médullaire fongueuse; exostose maligne; ostéosarcome; *exostosis mali moris*); les différentes tumeurs fibro-celluleuses enkystées de la substance propre des os; le *spina ventosa;* le cal difforme d'une fracture mal réunie; certains polypes fibreux ossifiés des fosses nasales; l'ossification des ligamens et des tendons; et jusques aux différentes espèces de gibbosités vertébrales, etc. (1). On sent bien déjà qu'il n'y aurait pas moyen de

(1) Voyez J.-L. Petit, *Maladies des os*, t. 2; Bordenave, *Mém. de l'Acad. de chirurgie* t. 5; Boyer, *Maladies chirurg.*, t. 3; Léveillé, Heister, Delpech, A. Cooper; Scarpa, *De anat. et patholog. ossium*; Ludwig, *De exostosibus Halæ*, 1758, et *Institut. chir*; Wilson, *On the joints and bones*; Keate, *méd.-chir. Transactions*, t. 10, p. 258; Morgagni, *De sedibus*, *epist.* 50, n° 59; Getthelf Hermann, *De osteosteatomate, Lipsiæ*, 1767 (*Collection des thèses d'Allemagne*), etc.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° III.

Un jeune médecin allemand fort distingué me disait dernièrement : Vous autres Français, vous êtes doués des plus heureuses facultés pour parvenir à tout dans les sciences; sagacité, esprit juste et pénétrant, imagination vive et peu aventureuse, art d'observer les faits, mesure et circonspection dans l'induction et la généralisation, sont les dons qui vous distinguent; il ne vous manque qu'une chose, c'est le savoir. — Comment, lui dis-je, dans un pays où les sciences sont cultivées avec tant d'ardeur, on ne saurait rien; cela est contradictoire. — Je m'explique, reprit le jeune docteur; vous manquez d'érudition, surtout en médecine. Vous courez sans cesse après la science du jour, mais la science d'autrefois vous échappe totalement; or, celui qui ignore cette dernière n'a pas une idée nette et complète de l'art; il marche au hasard, tout lui semble progrès et nouveauté; son expérience d'hier est un guide tout-à-fait infidèle. Aussi, beaucoup de vos livres modernes manquent-ils de cette abondance, de cette plénitude de savoir qui doit les faire vivre. Ce sont des ouvrages enfantés sans travail, lus sans intérêt, quand on les lit, puis oubliés sans retour. — Ce jugement paraît d'abord excessivement sévère, et même empreint de partialité; cependant en y réfléchissant mûrement, en examinant bien l'état des choses, on ne peut s'empêcher de voir un côté vrai dans cette accusation. L'érudition perd de plus en plus chez les médecins français; c'est un fait qu'on ne saurait nier. Il y a des exceptions, je le sais, mais elles démontrent précisément la vérité de l'assertion. Ne cherchez plus chez nous ce prodigieux savoir, ce *mare magnum eruditionis*, si fort en honneur autrefois, vous le chercheriez en vain. Connaissance des langues anciennes, savantes recherches bibliographiques, étude approfondie des anciens, ces *principes artis medicæ*, doctes commentaires sur leurs écrits, lecture assidue des auteurs qui nous ont précédés, art de profiter de leurs travaux, tout en leur rendant justice, histoire philosophique de la médecine, tout cela nous est étranger ou à peu près. Il y a plus, c'est que si malgré ce dédain plusieurs doctes enfans d'Hippocrate n'abandonnent pas le sol sacré de Cos; si quelque essaim studieux compose encore son miel dans la poussière des bibliothèques, que ce soit bien secrètement, car ou on n'y croirait pas, ou ils s'exposeraient à la raillerie. Ce qui prouve d'ailleurs combien le goût de l'érudition est à peu près perdu parmi nous, c'est qu'il ne se forme plus de grandes bibliothèques, ou du moins

s'entendre à ce sujet, si l'on ne sortait pas d'abord de cette confusion fâcheuse. La plupart des tumeurs que je viens de nommer sont essentiellement différentes et méritent chacune une étendue spéciale.

J'entends par exostose « une tumeur osseuse contre nature, circonscrite, sans cavités ni végétations sarcomateuses ou autres intérieurement; formée dans le parenchyme, ou bien à la surface, soit externe, soit interne d'un os; et jouissant d'une vie analogue à celle de l'os même qui lui sert de base. »

Cette définition que nous venons de poser, non-seulement précise d'une manière rigoureuse les espèces de tumeurs dont nous voulons parler; mais aussi elle élague toutes les autres ostéocèles ci-dessus nommées, de la catégorie des exostoses. Elle distingue également ces dernières excroissances osseuses de l'hyperostose générale, de la nécrose invaginée, et du gonflement scrophuleux ou rachitique des extrémités articulaires des os, maladies qui avaient été aussi parfois désignées sous le nom d'exostose. Les détails d'anatomie pathologique dans lesquels nous allons entrer, feront mieux sentir l'importance de la définition que nous venons d'émettre.

Il est facile de prévoir déjà, d'après le sens que nous attachons au mot exostose, que nous admettons deux classes de ces tumeurs; savoir : les exostoses *parenchymateuses* et les exostoses *épiphysaires*, ou *corticales*. Les premières consistent dans une sorte de développement morbide, d'émanation active, ou plutôt d'hypertrophie excentrique d'une portion du parenchyme d'un os, formant une sorte de tumeur circonscrite par exubérance de matière osseuse interstitielle. C'est ainsi que l'un des côtés du cœur s'hypertrophie quelquefois pour donner naissance à l'anévrisme qu'on appelle *actif*. Les secondes, au contraire, résultent d'une disposition de matière ossifiante nouvelle à la surface d'un os, formant une tumeur solide surajoutée à l'os lui-même, à la manière de certaines épiphyses, et subissant comme ces appendices toutes les phases de l'ossification générale connue.

Le grand Boerhaave avait déjà, au dire de Morgagni, entrevu la classification que nous venons d'établir; mais nul jusqu'à Delpech n'avait compris la haute portée pratique de ces idées; et malgré les lumineux développemens qu'une partie de cette doctrine ait pu subir par les belles recherches de Howship, de Dupuytren et de Béclard (1), on n'a pas encore, il faut le dire, d'idées bien arrêtées sur ce chapitre intéressant de la pathologie chirurgicale.

Il y a deux sortes d'anatomie pathologique à faire à propos des exostoses, l'une à l'aide du histouri et de la scie, et à l'œil nu, l'autre à l'aide du microscope solaire. Cette dernière se rattache à l'anatomie transcendante; elle n'est absolument nécessaire que dans quelques cas douteux que nous signalerons par la suite.

Pour procéder analytiquement dans cet exposé, j'étudierai d'abord la structure des exostoses épiphysaires; je poursuivrai ces tumeurs jusqu'au point où elles se confondent avec les exostoses parenchymateuses; je passerai ensuite à l'examen de ces dernières.

La première observation à faire en disséquant une exostose, est celle de l'état des parties molles qui la couvrent. Celles-ci ne sont pas toujours lésées, surtout si le volume de la tumeur n'est que très-médiocre. Mais lorsque ses dimensions deviennent importantes, l'irritation causée par sa présence ne manque jamais de produire des lésions matérielles plus ou moins remarquables. Ne considérons pour le moment que les altérations physiques seulement de ces parties; nous parlerons plus loin des lésions fonctionnelles qu'elles occasionent.

Rarement les parties molles qui couvrent une exostose sont ulcérées; elles sont ordinairement distendues et amincies plus ou moins, suivant le volume de la tumeur. La peau est quelquefois adaptée sur la tumeur comme un parchemin mouillé dans lequel une bille serait immédiatement enveloppée. Chez un jeune homme dont je parlerai plus bas, la peau qui recouvrait une exostose était tendue, luisante, très-mince, et ne glissait plus sur le tissu cellulo-graisseux sous-tégumentaire. Les mailles et la graisse de ce dernier tissu disparaissent en grande partie ou en totalité; on ne trouve quelquefois au-dessous de la peau que quelques feuillets minces et serrés d'un tissu semi-fibreux ou aponévrotique, à peu près comme celui de la face extrà-péritonéale de certains sacs herniaires. Les muscles, s'il y en a à l'endroit de l'exostose, participent également à cette distension mécanique : dans quelques cas que j'ai observés, la fibre musculaire était devenue mince, blanchâtre et dure; le muscle ou les muscles formaient une sorte de coiffe presque diaphane, superposée à la tumeur. Cet amincissement extrême de la fibre d'un muscle entier n'empêche pas cependant cet organe de se contracter et d'exécuter ses fonctions, quoiqu'avec gêne. J'ai vu une de ces coiffes musculaires, extrêmement amincie, se contracter et glisser par-dessous une exostose, précisément comme les muscles occipito-frontaux se contractent et glissent sur la calotte crânienne par l'intermédiaire de leur aponévrose de conjugaison. Je dois ajouter pourtant que j'ai vu le muscle deltoïde frappé d'impuissance par l'effet de la présence d'une exostose au-dessous de son corps. Des artères, des veines, des nerfs peuvent se trouver dans le trajet de la compression, et en éprouver les effets; mais nous en parlerons ailleurs. Disons en attendant, qu'avec cette distension plus ou moins violente des muscles et de la peau de l'exostose, les veines superficielles qui environnent la tumeur peuvent devenir variqueuses, par une raison facile à deviner. Jusqu'ici nous n'avons rien remarqué qui ne fût commun à la plupart des tumeurs qui proéminent à la surface du corps. Mais l'état du périoste doit surtout attirer notre attention d'une manière spéciale pour le sujet qui nous occupe.

Le périoste qui couvre une exostose est presque constamment altéré. La lésion la plus ordinaire que cet organe présente, est un épaississement plus ou moins considérable de son tissu; sa surface interne est assez souvent rougeâtre dans une étendue plus ou moins grande, et son adhérence à l'os est tantôt plus forte, tantôt presque nulle, suivant le degré d'altération qu'il a éprouvé. En général, plus le périoste est épaissi, moins il adhère à l'exostose. Dans un cas dont il sera parlé tout à l'heure, j'ai vu la membrane périostale se détacher de la tumeur et de l'os adjacent, d'un seul trait, par arrachement; précisément comme on enlève sur un cadavre son enveloppe péricrânienne. Cette altération du périoste est plus dessinée néanmoins dans les ostéocèles épiphysaires, que dans les parenchymateuses. Son tissu acquiert parfois les apparences d'un parchemin qu'on aurait ramolli dans l'eau.

La même observation avait déjà été faite par d'autres. « Lorsque vous » disséquez une de ces exostoses, dit Wilson, le périoste qui la couvre » paraît *plus épais* que celui qui couvre l'os sain; et si la tumeur est » récente, une substance cartilagineuse de quelque densité adhère for-

(1) Ribel, *Thèse sur les exostoses*. Paris, 1823. — Béclard, *Anat. générale* et *Additions à Bichat*.

elles sont si rares, qu'on les connait à peine. Il passerait pour fou, il serait à jamais flétri de l'odieuse épithète de médecin de cabinet, celui qui, ayant la passion de l'étude, consacrerait ses loisirs à d'utiles et profondes recherches, qui, versant au dehors le trop plein de son savoir, ajouterait ou un talent d'or, ou une obole, à la masse commune de nos connaissances.

Parmi les causes qui contribuent à laisser en friche le vaste champ de l'érudition, il faut compter depuis assez long-temps la crainte de paraître pédant et pas assez praticien. Cracher du grec et du latin a été un ridicule si souvent bafoué, qu'on reste étranger au grec et au latin, heureux encore si l'on sait un peu le français. On préfère de beaucoup se lancer dans le tourbillon de la société, faire la roue devant le beau monde, être un perroquet de salon ou d'Académie, faire semblant de courir la clientelle, passer ses soirées les cartes à la main, et faire dire chez soi qu'on n'a pas un moment, qu'on est accablé, poursuivi par les malades, plutôt que de vivre avec ses livres, de les méditer, d'y puiser de bons principes, quelquefois même les germes d'importantes découvertes. Par crainte du rôle de Vadius, on tombe dans l'ignorance, dans la nullité et quelquefois dans le vice et le charlatanisme.

Une autre cause de cet abandon se trouve dans les préoccupations politiques. Quand on est perpétuellement poussé, heurté, ballotté par les événemens; quand on est obligé de jeter sa plume au vent, afin de savoir d'où il souffle, l'attention est par trop souvent distraite de son objet. Pour consacrer sa vie à l'étude, et pour que l'étude porte d'heureux fruits, il faut du temps, du loisir, une application suivie, assidue; or, dans le siècle où nous vivons, où est l'homme, qui tranquillement assis sur le promontoire, a vu de loin les tempêtes, glorifiant les dieux du repos et de l'abri dont il a joui? Il est certain que l'existence pénible et militante des médecins, produite encore par d'autres causes, s'oppose à ce que l'érudition prenne faveur en France. Remarquons ensuite les continuels progrès du luxe; non-seulement il faut être, mais il est indispensable de paraître, et comme le dieu-lingot est celui qui compte le plus de fidèles, la démonolâtrie de notre époque, on consacre beaucoup d'argent à des objets de parade, mais devenus aujourd'hui de première nécessité. Préférer des bouquins, Elzevirs ou non, à des cristaux, à des bronzes dorés, à des meubles élégans, fi donc! répète plus d'un médecin, me prend-on pour un Savantas, pour la contre-épreuve du docteur Mathanasius?

Une troisième cause bien plus grave du discrédit de l'érudition parmi nous est la vogue donnée à l'anatomie pathologique. Dès l'instant qu'on fut persuadé qu'en ouvrant des cadavres on trouverait infailliblement et la cause et le siége de toutes les maladies, on a négligé, pris en dédain et même en pitié les travaux de nos devanciers. Alors que de faits, d'expériences, d'essais, de bonnes idées, de curieuses observations, restèrent oubliées et inconnues. On a fermé une mine d'or, toujours riche, toujours abondante, pour en ouvrir une autre, qui jusqu'à présent, il faut bien le dire, n'a donné que de belles promesses. De bons esprits ont répété que l'anatomie pathologique n'était que la science des effets et de l'influence des maladies sur les organes, bien que l'altération organique influe à son tour sur le jeu harmonique des fonctions; c'est une vérité qui semble démontrée. Non, toute la maladie n'est pas sur le cadavre; on n'en voit que les traces; on est forcé d'admettre que primitivement la cause des affections morbides existe, soit dans l'action moleculaire organique, soit dans les impondérables, qui jouent

» tement à la face interne de cette membrane, etc.» Le langage de Sir Astley Cooper à cet égard, n'est pas différent de celui de l'auteur qui précède: « A la dissection de ces tumeurs, dit ce célèbre chirurgien, l'on » trouve qu'elles sont couvertes par un périoste épaissi : une substance » blanche et élastique existe au-dessous de cette membrane; des ai- » guilles osseuses passent comme autant de rayons de la surface de l'os » primitif vers le périoste, en traversant cette substance nouvelle, etc.» Ne notons pour le moment dans ces deux passages que l'état d'épaississement du périoste ; nous reviendrons sur le reste plus tard.

En passant en revue un très-grand nombre d'exostoses, déposées dans les cabinets anatomiques et d'autres qui se trouvent figurées et décrites dans les ouvrages d'anatomie, on ne peut manquer d'être frappé d'une chose, savoir : que ces tumeurs sont susceptibles d'affecter toutes les formes qu'on connaît en géologie. Ce ne sont cependant que les ostéocèles épiphysaires qui présentent le plus souvent toutes ces variations multiformes; car les exostoses parenchymateuses s'éloignent rarement de la figure sphérique, ovale, ou du type presque orbiculaire. J'ajouterai que la superficie de ces dernières est ordinairement lisse et égale, à peu près comme une calotte de crâne ; quelquefois mamelonnée, mais douce au toucher, rarement hérissée d'un dépôt de matière osseuse périostale; tandis que la surface des exostoses épiphysaires est presque toujours inégale, raboteuse, écailleuse, stalactiforme, fongoïde, styloïde, nodiforme, etc.; de sorte qu'on pourrait le plus souvent, à la simple inspection de la tumeur, deviner par avance s'il s'agit d'une ostéocèle épiphysaire, ou bien d'une exostose parenchymateuse. Ce jugement est quelquefois d'autant plus certain, que l'exostose épiphysaire joint à la bizarrerie de sa figure une base sessile visible, appréciable, par laquelle elle s'articule en quelque sorte avec la surface de l'os sain qui la supporte. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; si l'exostose est de vieille date, on ne peut pas toujours à la simple vue distinguer son espèce. Une ostéocèle ancienne, d'origine parenchymateuse, peut être tellement couverte à sa surface de productions osseuses périostales, que sa figure, et même la circonférence de sa base, simulent parfaitement celles des exostoses épiphysaires ; et *vice versâ*, une ostéocèle épiphysaire, déjà cimentée avec la substance de l'os de la base, peut imiter parfaitement une exostose parenchymateuse. J'ajouterai même, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, que quelquefois, dans ces cas, ni la scie, ni même les analyses des chimistes les plus habiles, ne peuvent dissiper nos doutes à cet égard. L'usage du microscope solaire pourtant peut, dans quelques circonstances, nous être d'un grand secours, en nous montrant la direction des fibres intérieures et extérieures de la tumeur. Je m'explique.

Il est prouvé aujourd'hui, d'après les recherches microscopiques de MM. Howship et Lobstein, que la matière osseuse déposée accidentellement à la surface d'un os, ou, en d'autres termes, que la substance de toute exostose épiphysaire se présente constamment avec des fibres perpendiculairement placées à la surface de l'os même, à peu près comme les filamens fibreux des cartilages diarthrodiaux, ou comme les filamens d'un beau velours; tandis que, dans l'exostose parenchymateuse, les fibres osseuses paraissent venir du centre de l'os, en suivant une direction courbe, comme si elles avaient été divariquées par une force excentrique ou centrifuge. Nous verrons tout à l'heure que c'est par ce seul moyen que Howship parvint à reconnaître pour parenchymateuses des exostoses qui avaient semblé épiphysaires à d'autres, même après avoir été sciées; et *vice versâ*. Mais ne nous éloignons pas de notre sujet, et revenons aux exostoses épiphysaires à base sessile.

Nous avons déjà dit que ces exostoses, lorsqu'elles sont récentes, présentent une base cartilagineuse comme les véritables épiphyses ; voici un fait qui met la chose hors de toute contestation.

EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE A BASE SESSILE ET CARTILAGINEUSE.

OBS. I. — Mon ami et confrère, M. Régnoli, professeur de clinique chirurgicale à Pise, a bien voulu me communiquer par écrit l'observation suivante. Un paysan, meûnier, âgé de 50 ans, de bonne constitution, présentait une ostéocèle du volume d'un œuf sur la face antérieure de la branche horizontale du pubis droit, à côté du faisceau vasculo-nerveux crural. La tumeur existait depuis un an, et était survenue à la suite d'une contusion sur cette région. D'abord petite comme une noisette, elle avait ensuite augmenté au point sus-indiqué. Crampes douloureuses dans tout le membre; gène considérable dans la démarche et dans les inclinaisons du tronc. Le malade désirait en être débarrassé. M. Régnoli découvrit la tumeur à l'aide d'une incision cruciale, en ménageant les vaisseaux et les nerfs du voisinage; circonscrivit sa base en coupant un périoste épais qui la recouvrait, et dirigea le tranchant d'une gouge vers cette même base. L'opérateur fut étonné de voir l'exostose se détacher tout entière et tomber au second petit coup de marteau, comme si c'eût été un macaron collé sur un papier. L'os pubis était parfaitement sain au-dessous. La tumeur ayant été examinée présentait une base entièrement cartilagineuse de quelques lignes d'épaisseur ; sa surface convexe était formée par un tissu osseux compacte, pareil à celui des os normaux ; sa partie centrale était alvéolaire et osseuse. M. Régnoli, voulant faire exfolier une petite couche de l'os qui avait servi de siége à l'exostose, y passa un fer très-chaud, et l'homme guérit parfaitement en peu de temps. Ce fait s'est passé publiquement à la clinique de Pise.

Cette observation, remarquable sous plusieurs rapports, est surtout ici digne d'attention : 1° par la base sessile et cartilagineuse de la tumeur; 2° par la double structure de son parenchyme, compacte à sa partie corticale, alvéolaire dans son centre; 3° par la facilité avec laquelle elle a pu être décollée de son os de conjugaison. D'après cette circonstance, il est probable que la tumeur serait avec le temps tombée d'elle-même, si l'on n'eût fait que la dénuder simplement et l'abandonner à la nature. Privée en effet de son périoste alimentaire, et ne recevant du côté de sa base aucun envoi de nourriture, elle se serait nécrosée, et sa chute spontanée aurait été inévitable. Contentons-nous de prendre note seulement ici de cette remarque : nous en ferons ailleurs l'application à la pratique.

Dans mon travail sur les ossifications accidentelles, récemment publié par la GAZETTE MÉDICALE, j'ai rapporté l'histoire d'une tumeur analogue formée entre les couches mêmes de la substance du périoste, ou plutôt qui ne touchait aux os orbitaires que par l'intermédiaire d'une lame très-mince de la membrane périostale ; tandis que la seconde tumeur était née entre la face interne du périoste et l'os, de manière qu'elle touchait à nu la branche du pubis. Cette double disposition anatomique des exostoses épiphysaires est importante à connaître ; car dans le premier cas, après la chute de la tumeur, l'os sous-jacent ne reste pas à nu; il se trouve couvert par une lame mince du même périoste, et par conséquent son exfoliation consécutive n'est pas indispensable; la plaie peut même quelquefois guérir par première intention; tandis que dans le second cas, après l'expulsion de l'exostose, l'os de sa base reste dénudé, et la plaie ne se cicatrise pas ordinairement avant qu'une exfoliation osseuse n'ait été opérée. La remarque

---

un si grand rôle dans l'économie; mais cette cause est couverte pour nous d'un triple voile, il n'appartient pas à la médecine cadavérique de le soulever. Aussi, combien l'anatomie pathologique est-elle inférieure à l'observation clinique pour guider le praticien ! Mânes du grand Bichat, pardonnez-moi ; mais cette phrase tant répétée, « qu'est l'observation si l'on ignore le siége du mal ? » est le nonsens médical le plus formel qu'il y ait. Connaissons-nous le siége des fièvres intermittentes, et pourtant l'observation nous a parfaitement éclairés sur leur thérapeutique. Au contraire, à quoi nous sert de connaître le siége du croup, du choléra-morbus, du squirrhe, au pylore, etc. ? A bien peu de chose quand il s'agit de la guérison. L'homme tombe toujours d'un excès dans l'autre. Jadis, on n'observait que les symptômes et on négligeait les altérations organiques ; aujourd'hui, on ouvre perpétuellement des cadavres, on ne s'attache qu'aux lésions organiques, sur lesquelles bien souvent on est loin d'être d'accord.

Les systèmes en médecine sont aussi une puissante cause du mépris qu'on fait de l'érudition. Quand on est bien convaincu que la médecine ne repose que sur un ou deux principes qu'il s'agit de connaître ; quand un systématique dit hardiment : *ego sum lux et vita*, et qu'il trouve des adeptes, des *ipsedixistes*, comme dit Bentham, ayant tout le délire de croyans enivrés, il faut s'attendre à voir le goût de l'érudition disparaître et s'éteindre entièrement. Paracelse était donc très-conséquent lorsqu'il conseilla dans son *paragranum* de brûler tous les auteurs grecs et arabes, quand il assura que son bonnet en savait plus que toutes les Académies. Les deux causes de Vanhelmont, principes de toutes choses, la cause *ex-quâ* et la cause *perquam*, une fois admises, il importait assez peu de connaître ce qu'on avait écrit avant ce réformateur. Il en est de même à notre époque ; la médecine de Brown et celle de l'irritation, autrement dit, la doctrine du *plus ou du moins*, étant reconnue comme le dernier degré de la science, l'apogée de sa perfection, les travaux antérieurs doivent nécessairement perdre de leur valeur aux yeux des sectaires convaincus. C'est précisément ce que nous avons vu, il y a quelques années, pendant la période ascendante du physiologisme. Demandez aux libraires, ce qu'ils vendaient alors de vieux et bons livres, ils vous diront que leurs magasins étaient engorgés des meilleures éditions. Cela devait être ; à quoi bon chercher avec peine et labeur quelques parcelles d'or dans une foule de livres, quand il n'y a qu'à ouvrir les deux ou trois volumes du maître pour savoir l'alpha et l'oméga de la science. Allez donc parler d'érudition à des hommes dont l'opinion est qu'on peut obtenir des succès en thérapeutique par l'odeur seule des médicamens, qui affirment sans rire, qu'on guérit de graves altérations organiques par le flairer de certains médicamens, ou un billionième de grain d'aconit. N'est-ce pas la frapper au cœur et l'érudition et l'observation clinique ?

Enfin j'ajouterai à ces causes, le sot orgueil de croire que l'érudition est une chose aisée, que l'on pourra puiser aux sources quand on voudra. C'est une erreur fondamentale. Voici l'inscription mise à une grande bibliothèque; *non minima pars est eruditionis, bonos nosse libros*. Rien de plus vrai, de plus énergiquement exprimé. Désabusez-vous si en ouvrant au hasard un livre ancien et même un bon livre, vous croyez-vous nourrir aussitôt de sa substance et de sa moelle. Non certes, bien saisir l'esprit de l'époque où ce livre a été écrit, le genre de talent de son auteur, le point d'où il est parti, le cercle qu'il a parcouru, ce qu'il a fait, ce qu'il a dit, comment il l'a fait et dit, les résultats qu'il a obtenus, ceux que le temps a confirmés ou rejetés, tout cela n'est pas la science de quelques in-

analomique que je viens de faire n'avait pas échappé aux investigations de Howship (1).

La base de toute exostose épiphysaire ne reste pas long-temps à l'état cartilagineux; elle passe bientôt à l'état osseux, et la tumeur toute entière se trouve alors comme accolée à l'os de sa base. La lame périostale très-mince qui s'interpose entre ces deux corps, lorsqu'elle existe, s'ossifie aussi à son tour, et l'exostose est alors plus fortement adhérent à l'os que quand cette membrane n'existe pas. Mais plus tard, tant dans l'un que dans l'antre cas, le tissu cortical de l'os primitif est résorbé; une sorte d'inosculation vitale a lieu entre les tissus alvéolaires de l'os et de la tumeur, et ces deux corps ne vivent alors que d'une vie commune. C'est à cette époque que l'exostose épiphysaire commence à se confondre avec l'exostose parenchymatense. Etudions sur des faits pratiques l'organisation que nous venons de décrire.

EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE A BASE SESSILE OSSIFIÉE.

OBS. II. — Un homme portait plusieurs exostoses nodiformes sur le tibia. Les tumeurs étaient très-douloureuses d'abord; on les traita par le mercure, et les douleurs se dissipèrent; mais les ostéocèles restèrent stationnaires. M. Howship ayant eu, après la mort de cet homme, l'occasion de scier le tibia exostosé, trouva que les tumeurs étaient fortement accolées à la surface de l'os par une base osseuse, mais qu'une ligne de demarcation très-distincte existait entre le tibia et chaque exostose. La cimentation des deux corps n'était donc pas encore effectuée; mais elle était prête à s'opérer ainsi que cela se voit très-nettement dans les fig. 4 et 5 de la planche deuxième, données par l'auteur. Toutes ces exostoses présentaient un tissu alvéolaire intérieurement, et une lame corticale très-mince extérieurement.

Ce qui augmente à nos yeux l'intérêt que cette observation présente, c'est la remarque suivante que l'auteur a eu l'occasion d'y faire. « La disposition particulière que présentent les espaces existant entre » les nouveaux dépôts osseux et l'os primitif, me conduit à penser » que la matière osseuse n'avait pas été déposée immédiatement sur la » surface de l'os, mais bien entre les lames du périoste. Cette sécré» tion pourtant avait eu lieu si près de l'os ancien, qu'il n'existait en» tre eux qu'une membrane très-mince qui les séparait. Il a été pour » moi dès lors très-évident que la nouvelle matière osseuse ne s'est » trouvée en contact immédiat avec celle du tibia, qu'après que cette » membrane intermédiaire a été petit à petit résorbée. » Sous ce dernier rapport, cette observation peut être rapprochée du fait que nous venons de rappeler. Remarquons aussi, en attendant, que la structure de toutes ces tumeurs était analogue à celle des os cylindriques. M. Lobstein avait déjà fait la même observation à l'occasion d'un ostéophyte lamelleux de la cuisse. « Sa structure, dit-il, est telle que deux lames » de substance compacte renferment un tissu réticulaire semblable à » celui des os longs. (Tom. II, pag. 146.) Mais poursuivons ce genre de recherches.

EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE A BASE OSSIFIÉE.

OBS. III. — Dans l'armoire 12 des cabinets anatomiques de la Faculté de Paris, on voit, au n° 307, les os d'une jambe sur lesquels des végétations osseuses nodiformes existent en grand nombre. Ces excroissances, disséminées sans ordre jusque sur le ligament interosseux, sont ici comme des noix, là comme des noisettes, à côté en forme de plaques, plus loin en figure d'espadons: celles-ci ont une base entièrement ossifiée et cimentée; celles là l'ont, au contraire, à demi cartilagineuse, etc. Cette pièce, en un mot, offre à elle seule de quoi étudier toute la pathogénèse, la marche et la terminaison des exostoses épiphysaires.

Observez bien, en attendant, le fait qui va suivre; il est digne de l'attention des hommes de l'art, et mérite d'être exposé avec détails.

EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE A BASE CIMENTÉE.

OBS. IV. — Le 20 mars 1830, un jeune homme, domestique, âgé de 28 ans, de bonne constitution, fut admis à l'hôpital de la Charité pour être débarrassé d'une tumeur du volume d'une orange, qu'il portait depuis six ans à la région deltoïdienne du côté droit. Cette tumeur présentait les caractères suivans: Figure sphérique; peau saine et indolente au toucher; mobilité trompeuse de la tumeur sous l'impulsion des doigts; deltoïde presque paralysé par la distension qu'il éprouve; difficulté de l'élévation volontaire du bras; douleurs dans l'élévation forcée de ce membre. Le mal était survenu à la suite d'un coup reçu six années auparavant. M. Roux crut d'abord n'avoir affaire qu'à une loupe, ou bien à une tumeur fibreuse des parties molles. Mais un examen plus réfléchi rectifia bientôt ce jugement, qui fut d'ailleurs confirmé le lendemain par celui de Boyer. M. Roux scia l'exostose à la base et l'enleva à l'aide d'un procédé fort ingénieux que je décrirai plus tard.

Dissection de l'exostose. Cette ostéocèle avait très-exactement la figure d'une grosse tête de fémur. Sa surface était mamelonnée et très-lisse au toucher. Ayant été divisée en deux par un nouveau trait de scie, sa substance parut absolument identique à celle de la diaphyse d'un humérus, savoir, très-compacte à la superficie, et alvéolaire ou spongieuse dans le centre et vers la base. D'après l'examen attentif que je fis de cette pièce, il me fut facile de reconnaître, à la disposition anatomique de ses fibres osseuses, qu'il s'agissait ici d'une véritable exostose épiphysaire, dont la base était déjà cimentée avec le parenchyme de l'os qui en avait supporté la présence. La nature de la cause de la tumeur était d'ailleurs en harmonie avec la disposition materielle de son tissu. Nous développerons tout à l'heure cette dernière idée.

Dans la planche LXXXVIII, fig. 1, 2 et 3 de son *Museum anatomicum*, Sandifort a représenté une exostose sur la face interne supérieure du fémur, précisément au-dessous du petit trochanter, et dont la figure est en tout semblable à celle d'un rognon de mouton, qui aurait été appliqué au fémur par l'une de ses faces plates. Howship, qui cite ce même fait (pag. 88 de son mém.), l'a pris pour une exostose d'origine parenchymatense; il s'appuie sur la non-existence d'une ligne de démarcation à la base, après que la tumeur a été sciée. Mais si l'on examine bien et de plus près la chose, l'on verra que le canal médullaire du fémur était entièrement normal, et que l'exostose n'avait son siége que sur les couches extérieures de l'os. Cela me fait par conséquent penser qu'il s'agissait plutôt ici d'une ostéocèle épiphysaire, dont la base aurait été ossifiée et cimentée avec l'os primitif. J'aurais, en effet, de la peine à concevoir le développement d'une exostose parenchymateuse sur un os cylindrique, sans que le canal médullaire en fût en même temps resserré ou oblitéré, soit en totalité, soit en partie. Du reste, cette exostose paraît n'avoir eu d'autre cause de développement que les frottemens de la selle sur laquelle l'homme allait habituellement à cheval, ce qui serait parfaitement d'accord avec le jugement que nous venons d'en porter. C'est ici le lieu de faire observer, en attendant, que le greffement organique de toute exostose épiphysaire ne s'opère que par une sorte de plasticité rétrograde de la partie

(1) Voyez les mémoires d'Howship dans les *Medico-chirurgical transactions*, t. 6 et 8.

stans. C'est ainsi pourtant qu'il faut entendre l'érudition, c'est-à-dire la parole des générations qui ne sont plus, adressée aux générations vivantes; c'est ainsi qu'on s'aperçoit qu'une vaste bibliothèque, n'est pas toujours l'ossuaire des livres morts et des gloires éteintes. Or, sans cette application studieuse, sans cette investigation, patiente, impartiale, qui veut voir, bien voir et comprendre, le sens des idées, l'esprit des doctrines, glissent sur l'entendement, on ne juge que d'après l'écorce et la surperficie, on n'est et on ne sera jamais savant de cette manière. Au reste, une semblable érudition ne trompe guère que les ignorans. On voit tous les jours un pauvre auteur, *graculus esuriens*, se parer de mauvaises plumes et plus mal ajustées encore; mais qui ne reconnait aussitôt les trésors sans valeur de son érudition d'emprunt, de seconde ou de troisième main, et qui ne sait les estimer ce qu'ils valent?

Remarquons encore que le dédain qu'on fait aujourd'hui de l'érudition, se joint à un autre travers, c'est que personne ne consent à passer pour être dépourvu d'érudition, car, en effet, rien ne sent plus la roture médicale. Il n'est si mince docteur qui, livré au train-train d'une pratique vulgaire, ne dise, n'assure bien connaître *ses auteurs*, et ne croie même de bonne foi que ses études ne sont au niveau de quiconque passe pour savent, mais qu'il en fait un meilleur usage. Le malheur est qu'un bout d'oreille qui s'échappe de temps à autre, prouve trop ce qui en est; avec une épingle d'assez petites dimensions, on découvre d'abord le tuf. On reprochait à un de ces docteurs, à Bagage Léger, d'avoir peu cultivé la langue latine. Vous vous moquez, reprit-il fineèrent, le latin m'a beaucoup occupé; puis, il ajouta, à la vérité, je ne me pique pas de le parler comme Homère, je laisse cet avantage à d'autres plus savans que moi.

Cependant, comme les hommes outrent tout en général, il faut convenir aussi que l'abus de l'érudition était jadis porté par certains auteurs jusqu'au ridicule le plus complet. Du temps que les gros livres étaient bien reçus du public, qu'on ne les destinait pas tous à mettre des rabats, comme le dit Chrysale, mais qu'on les lisait, qu'on les étudiait avec soin, on en publiait parfois d'aussi effrayans par le poids que nuls par leur valeur. Quelquefois très-savans, mais soporifiquement estimables, l'art de les grossir indéfiniment avait acquis un rare degré de perfection. Une série de *præfatio*, de *prolegomena*, *d'index rerum et authorum*, puis des notes *variorum*, etc., entouraient et protégeaient le corps de l'ouvrage. Heureux encore si le livre n'était pas précédé d'une collection de vers latins, adressés par une foule de poètes à l'auteur, pour le féliciter sur son œuvre incomparable, *opus vere aureum*, comme on ne manquait jamais de le dire. Trop souvent ces travaux informes étaient revêtus d'un vernis de savoir immense, d'un obscur et sophistique jargon, ou de je ne sais quel luxe de rigueur ergotante, qui lasse le lecteur le plus intrépide. Bien plus, le fatras pedantesque de quelques vieux auteurs avait passé dans le langage et les manières de leurs sots imitateurs; de là ce ridicule qui tombait à plomb sur « ces cuistres noircis d'encre et coiffés de poussière, » dont on s'est tant moqué. Le célèbre Marc Meibom ayant écrit savamment sur la musique des anciens, fut appelé à la cour de Suède, pour chanter selon les principes du rhythme grec qu'il avait publiés, tandis que le médecin Gabriel Naudé, autre profond érudit, exécuterait des danses grecques et romaines. Ils s'en acquittèrent si bien, ou plutôt d'une manière tellement grotesque, que tous les spectateurs, sans respect pour la reine Christine, éclatèrent de rire et se moquèrent d'eux. Qu'on se figure, en effet, deux graves personnages, affu-

corticale de l'os ancien ; une partie du sel terreux de cette substance disparaît ; elle devient spongieuse, alvéolaire, comme la partie centrale de tous les os normaux, et la cimentation réciproque des deux corps s'opère par l'intervention de la force plastique générale. C'est ainsi que deux parties similaires molles de notre corps s'unissent souvent ensemble par suite d'un travail de physiologie pathologique. L'organisation des exostoses épiphysaires déjà cimentées démontre jusqu'à l'évidence la vérité des propositions qui précèdent. La partie corticale de l'exostose remplace alors celle de l'os qui est déjà devenue spongieuse.

Nous avons dit qu'après la cimentation osseuse à leur base, les exostoses épiphysaires s'endurcissent davantage à mesure qu'elles vieillissent, et qu'enfin elles se saturent tellement de phosphate calcaire que leur tissu devient analogue à celui de l'ivoire ; c'est cet état d'éburnation qui constitue une sorte de terminaison naturelle de ces tumeurs. J'en citerai un seul exemple parmi les cas nombreux que je pourrais rapporter.

EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE ÉBURNÉE.

Obs. V. — Chez un soldat, énorme ostéocèle à la tempe depuis 15 ans ; volume et figure d'un véritable melon. Absence complète de symptômes cérébraux. Mort d'autre maladie.

Autopsie. L'exostose est tout-à-fait plantée sur la surface externe de l'os temporal ; la face interne du crâne est dans l'état normal ; la tumeur ne se propage pas jusqu'à la table vitrée. Scie : texture analogue à celle de l'ivoire(1).

Bien qu'aucune remarque n'ait été faite sur la disposition des fibres de cette exostose, aucun doute ne saurait être élevé sur son origine épiphysaire. Un os aussi mince que le temporal en effet, dépourvu de tissu diploïque intérieurement, ne saurait être atteint d'ostéocèle parenchymateuse sans que sa lame interne ne participât à ce travail morbide. Or, J.-L. Petit fait observer dans ce cas que « la dure-mère et le cerveau de ce côté n'avaient rien de particulier, et l'os des tempes n'était monstrueux qu'au dehors ; l'intérieur gardait sa conformation naturelle jusque dans les moindres fissures que les vaisseaux ont coutume d'y graver par leurs battemens.» Ceci indique évidemment que la tumeur n'a été d'abord que superposée au crâne ; ensuite elle s'est identifiée avec l'os temporal pour s'éburner enfin, par les progrès naturels de l'ossification, pendant les six années de son existence.

Mais ce n'est pas tout. D'autres considérations nous restent encore à faire pour bien expliquer toute l'organisation matérielle des exostoses épiphysaires. Examinons d'abord les effets de la macération sur ces sortes d'ostéocèles.

Il y a quatre procédés différens qu'on peut mettre en usage pour anatomiser une exostose et s'assurer de la disposition des fibres de son parenchyme, savoir : 1° par l'intermédiaire du feu ; 2° de l'air atmosphérique ; 3° des acides minéraux, 4° par la macération dans l'eau commune.

En exposant une exostose à l'action du feu, on détruit sa partie animale, et ce qui reste est formé par les sels terreux qui conservent encore la forme de la tumeur comme une espèce de moule. C'est là ce qu'on peut appeler à la rigueur une sorte de *macération ignée*, après laquelle on peut très-bien étudier la disposition des fibres osseuses ; et si la tumeur n'est pas très-ancienne, la combustion fait bientôt discerner une sorte de ligne blanche et circulaire à la base, qui indique le point de cimentation des deux corps, si toutefois il s'agit d'une exostose épiphysaire. J'ajouterai que si l'ostéocèle corticale n'est pas encore greffée dans le parenchyme de l'os sous-jacent, la macération ignée fait sur-le-champ séparer ces deux corps entre eux, comme s'il s'agissait de deux morceaux de planche joints face à face par l'intermédiaire d'une colle forte. C'est ainsi qu'en soumettant à la combustion quelques-unes de ces tumeurs, Delpech et Howship sont parvenus à les séparer de l'os de leur base, et à en étudier sous un meilleur jour l'intime organisation alvéolaire. On observe dans ces cas qu'en faisant brûler en même temps et l'os primitif et la tumeur, leur structure ne présente rien de dissemblable, bien que la substance de l'un ne fasse pas continuation avec celle de l'autre. En exposant pendant longues années à l'air libre une exostose épiphysaire, l'os est privé d'une grande partie de sa substance animale, devient plus léger, et la séparation des deux corps peut encore avoir lieu. C'est ce qui a été vérifié par Delpech et Lobstein. Ce serait là une sorte de *macération aérienne*, si l'on peut ainsi parler. Je ne pourrais pas garantir ce fait directement ; mais tout ce que je sais à cet égard, c'est que les os qu'on tire des vieux cimetières sont très-légers, et dépourvus de toute leur partie animale comme s'ils eussent été exposés à une combustion préalable. Quoique plus lentement, le temps, l'air, ou la terre n'agiraient-ils pas sur les os comme une macération ignée ?

La macération par les acides minéraux, au contraire, donne un résultat tout opposé au précédent. Ici, comme tout le monde le sait, ce sont les sels terreux de la substance de la tumeur qui sont détruits ou séparés. Ce que l'on obtient alors, c'est la partie animale qui conserve encore la forme de la tumeur primitive. La disposition des fibres du parenchyme est aussi par là mise en évidence ; et si l'exostose est de nature épiphysaire, elle se détache ordinairement à la base et laisse voir le tissu intact de l'os sous-jacent ; ou bien si la tumeur était déjà organiquement cimentée avec l'os de la base, on peut distinguer toujours la ligne de superposition ou d'union de ces deux corps.

Par la macération aqueuse enfin, l'on peut parvenir aussi à ramollir la tumeur et la faire détacher de sa base ; mais ce moyen est d'un très-faible secours si l'exostose a déjà passé par la période de greffement organique ou de cimentation. (Delpech, Lobstein.)

Il ne me reste maintenant, pour terminer ce que j'avais à dire sur l'anatomie pathologique des exostoses épiphysaires, qu'à ajouter un mot concernant leurs apparences sous l'inspection microscopique. Pour cela, je ne pourrais mieux faire, je crois, que de me prévaloir des recherches curieuses de MM. Howship et Lobstein.

D'après ces deux célèbres observateurs, regardées sous des lentilles microscopiques, les exostoses épiphysaires représentent à la vue tout ce qu'on peut imaginer de plus beau, de plus admirable, en broderie, en cristallisation, en architecture gothique, ou en tout autre genre qu'on voudra. Ici, dit-on, l'on voit un nombre prodigieux de petites cellules imitant très-bien une madrépore ; là, on observe une innombrable quantité de filamens amiantacées, placées perpendiculairement à la surface de l'os, comme une infinité de petites aiguilles spathiques ; à côté est un monceau d'écailles de poisson, superposées les unes aux autres avec ordre et harmonie ; plus loin existe un beau bouquet de feuilles de lichen ; plus loin encore, on admire des espadons luisans

(1) J.-L. Petit, ouvrage cité, p. 340.

blés d'une perruque in-folio, l'un filant des sons à la manière des choristes grecs, l'autre tâchant de danser l'orchestrique ou la pyrrhique. Voilà assurément le côté absurde de l'érudition, et le ridicule infligé à certains pedans, le fut à bon escient. Mais de cet abus, à l'ignorance complète de la science des livres, qui conduit toujours à l'ignorance des choses, il y a une immense distance, et cette distance a été complètement franchie de nos jours.

Plus on y réfléchit, et moins on conçoit la raison du dédain qu'on a de l'érudition en France ; et cependant il faut bien se figurer que, parmi nos ancêtres, à quelque génération qu'on s'arrête, il y avait des hommes d'un esprit et d'un savoir éminens, de hautes et vigoureuses intelligences qui ont su observer, interroger la nature avec art, avec habileté. Or, pourquoi négliger le fruit de leurs travaux ? En faisant la part des erreurs et des préjugés de leur époque, on trouvera encore au fond du creuset un important résidu. Tout n'est pas excellent dans les vieux livres : il y a ici *stercora* et *gemmæ* comme en toute autre chose. N'est-ce pas le lot de l'esprit humain, de n'avancer dans sa marche et de n'atteindre la vérité qu'à travers les nuages ou l'impur alliage de l'erreur et du mensonge. Toutefois, ce qui est juste, ce qui est bon, conserve ce divin caractère malgré les âges ; la vérité ne change jamais ; cet or intellectuel défie les outrages du temps, mais enfoui souvent dans les catacombes des bibliothèques, il est un art de savoir l'exhumer de sa poudre séculaire. L'imprimerie a coulé en bronze la pensée humaine ; il n'est plus à craindre désormais qu'elle s'anéantisse, mais elle peut s'obscurcir et rester oubliée. Il faut donc fouiller, chercher, plonger dans cette grande mer de l'érudition, pour ressaisir les richesses contenues dans son vaste sein, et les féconder par de nouvelles applications. Cela est si vrai, que beaucoup d'ouvrages, de procédés, de méthodes et d'instrumens modernes se retrouvent plus ou moins indiqués ou décrits dans les livres de nos devanciers. Ce qu'on a imaginé hier et préconisé aujourd'hui, a souvent été connu il y a deux ou trois siècles. Dans ce sens même, on peut dire que toutes les inventions de nos jours ne sont pas des découvertes, que toutes les innovations n'annoncent pas des progrès. A Dieu ne plaise que je verse le blâme sur ces réinventions, bien moins encore sur ceux qui s'emparent de trésors oubliés pour augmenter nos richesses. Laissons ce rôle aux impuissans et aux envieux, mais je voudrais démontrer qu'il y a une filiation progressive des idées dont il faut profiter, et qu'à moins de certains livres écrits avec cette ignorance et ce ton de scurrilité qui les rend de nulle valeur, l'esquisse ou le *schéma* de toute création médicale importante se retrouve dans les travaux de nos prédécesseurs. Les nouveaux inventeurs ont été conduits, au moyen d'indices laissées par d'autres qui avaient déjà conjecturé, calculé, expérimenté ou entrevu, ce que les derniers venus ont mis ensuite en évidence. N'est-il pas vrai qu'on a trouvé dans les ruines de Pompéi des instrumens de chirurgie parfaitement semblables aux nôtres ? Les premières idées de lithotritie apparaissent dans Franco et autres chirurgiens illustres du seizième siècle. L'art de procréer les sexes à volonté, ce singulier paradoxe soutenu d'une manière si sotte par Millot, est indiqué non-seulement par plusieurs auteurs, mais un ouvrage *ad hoc* a été publié, il y a plus de cinquante ans, par Jean Chrestien Henck, musicien à Hildesheim. Quand je publiai mes recherches sur l'emploi des feuilles de plomb dans les plaies et ulcères, j'eus soin de rappeler ce que Guy de Chauliac et Ambroise Paré avaient dit sur les avantages d'une lamine de plomb frottée de vif-argent. J'ai fait voir ailleurs que l'usage du chlore, dans les fièvres typhoïdes, remontait à William Fordyce,

et de beaux gros grains analogues à ceux du sucre candi, etc., etc. Si vous abordez ensuite les grosses pièces épiphysaires, ici, dit-on, ce sont des masses verruqueuses, des rochers, des feuillets contournés, des houppes osseuses, des choufleurs, des champignons, des nids d'oiseaux, des architectures d'abeilles, de castors, etc., etc. C'est sur ces simples apparences accidentelles que Mr. Lobstein a établi une sorte de république ostéophyte, divisée en dix tribus, d'après les dix espèces de physionomies qu'il a reconnues à ces tumeurs, soit à l'œil nu, soit à l'œil armé de lentilles microscopiques. Ce praticien a même inventé des noms particuliers pour chacune de ces variétés de forme (1). Pour mon compte, je dois dire que je n'attache aucune importance pratique à ces distinctions; je n'a mentionné les images ci-dessus que comme objets de simple curiosité d'histoire naturelle.

Il y a pourtant parmi ces recherches curieuses un point important à saisir, en ce qu'il donne une idée sur le mode de formation de ces excroissances. Le voici; c'est Howship qui parle : « La surface du nou- » vel os était d'une beauté excessive; elle présentait une grande va- » riété de trous pour le passage des vaisseaux et des sécrétions, dont » il aurait été absolument impossible d'acquérir l'idée sans le mi- » croscope solaire. » Je quitte en attendant, sans autre commentaire, ce sujet, pour passer *ex abrupto* à celui de l'anatomie pathologique des exostoses parenchymateuses. Laissons d'abord les faits parler eux-mêmes.

EXOSTOSE PARENCHYMATEUSE.

Obs. VI. — Dans le mois de septembre 1833., le nommé Guérin, d'Amiens, jeune homme de 18 ans, de constitution lymphatique, apprêteur de draps de profession, fut reçu à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle Sainte-Marthe, pour être débarrassé d'une ostéocèle du volume et de la figure d'une véritable bille, qu'il portait depuis dix ans sur la face palmaire de la première phalange du doigt indicateur du côté gauche. Pas de douleur; tégumens très-distendus et très-amincis sur la tumeur; perte d'une grande partie des usages du doigt; difficulté pour travailler. Une seconde tumeur osseuse, du volume d'un marron, existe sur le côté radial du métacarpien correspondant. Absence de syphilis. Amputation du doigt dans l'articulation métacarpo-phalangienne, pratiquée par M. Dupuytren. On abandonne la seconde exostose pour l'opérer dans une autre occasion, si elle gêne par la suite.

Dissection de la tumeur. Incision longitudinale sur les tégumens de la face palmaire du doigt. Décallotement très-facile de la tumeur comme si c'eût été une tête de petit chien. La tumeur est parfaitement lisse et égale à sa surface, comme une bille ordinaire; périoste épais comme un péricrâne d'enfant. On scie longitudinalement la pièce entière On y remarque : 1° que la tumeur est toute osseuse, solide et sans cavité intérieure; rien d'analogue avec un spina ventosa; la partie corticale est compacte, la centrale alvéolaire; 2° que cette tumeur tout entière n'est pas superposée à l'os primitif, mais qu'elle est evidemment une émanation du parenchyme propre de la phalange; ce parenchyme est hypertrophié, augmenté de masse et de densité du côté palmaire; on y observe la divarication des fibres osseuses de la base qui se contournent en direction divergente, indice certain de l'émanation active dont nous avons parlé; 3° que la phalange tout entière avait subi une sorte de flexion dans le sens de la tumeur, c'est-à-dire qu'elle était devenue très-convexe du côté dorsal et concave du côte opposé; 4° enfin, que des espèces d'espadons rayonnans éburnés s'observent dans la partie diploïque de la tumeur, ce qui indique un commencement de sursaturation calcaire (2).

(1) Lobstein, *Anatomie pat.*, t. 2, chap. 3.

(2) M. Champion, chirurgien distingué à Bar-le-Duc, a bien voulu me communiquer un fait analogue qu'il a rencontré dans sa pratique, et qu'il guérit en sciant la tumeur et en conservant le doigt; mais dans le cas ci-dessus, l'ablation du doigt était inévitable pour en obtenir la guérison.

Sous le rapport de l'anatomie pathologique, l'observation qui suit n'est pas moins remarquable.

EXOSTOSE PARENCHYMATEUSE.

Obs. VII. — En 1814, le cadavre d'une vieille femme fut porté dans un des pavillons anatomiques de la Faculté de médecine de Paris. Il présentait une énorme ostéocèle à la joue. M. Breschet disséqua soigneusement cette tumeur et en présenta la pièce à la société de la Faculté. Voici l'extrait abrégé des détails de ce fait intéressant.

Tumeur osseuse bilobulée du volume du poing, développée exclusivement dans le parenchyme de l'os maxillaire gauche; se prolongeant en haut, en arrière, en dedans et en dehors de la bouche à la fois; ayant luxé la mâchoire inférieure des deux côtés par ses progrès; déprimant la langue, comprimant le pharynx, et rendant la mastication et la déglutition impossibles. Bouche toujours béante; saillie sur la face du lobe antérieur de la tumeur. Tégumens et muscles qui la recouvrent sains, bien que très-distendus; surface extérieure de l'exostose lisse sur quelques points, sillonnée et rugueuse sur d'autres. Sciée, sa substance est solide, osseuse, très-dure, plus compacte en dehors, alvéolaire en dedans. « La » substance osseuse de cette végétation, dit M. Breschet, est dure et compacte à » la superficie, et dans l'intérieur elle a moins de consistance; elle paraît spon- » gieuse » On ne put avoir aucun renseignement sur les antécédens de ce cadavre. (1)

J'ai déjà fait remarquer la disposition particulière des fibres osseuses dans les deux classes des exostoses, et le parti qu'on pourrait tirer de cette organisation pour distinguer la nature originelle de ces tumeurs. Ce que dit Boyer à l'égard de l'anatomie pathologique des véritables exostoses, ne peut se rapporter qu'aux ostéocèles parenchymateuses. Voici ses propres paroles : « Dans un grand nombre d'exostoses, » en examinant attentivement le tissu osseux à leur base, on distingue » facilement ses fibres déviées de leur direction primitive, divergeant » plus ou moins entre elles, se disséminant à la surface de la tumeur, » ou se perdant dans son épaisseur *après avoir subi une certaine divarication*. » (T. 5, p. 545.) Et deux pages plus loin, le même auteur ajoute : « Lorsque la tumeur n'est pas très-volumineuse, et quand elle » a lieu à la surface d'un os cylindrique, on suit de l'œil la divarica- » tion des fibres osseuses, dans l'intervalle desquelles on dirait qu'il » s'est interposé une substance osseuse nouvelle, et dont l'organisation » est moins distincte. » (Ib., p. 547.)

Ce qui précède est très-exact; mais en lisant attentivement tout le chapitre des exostoses dans Boyer, on verra manifestement que ce chirurgien n'a pas connu les exostoses épiphysaires, puisqu'il n'en dit mot, et qu'il les confond avec les parenchymateuses. Toutefois la remarque que nous venons de lire sur la divarication des fibres osseuses, est fort intéressante pour nous. C'est en effet par cette seule disposition que M. Howship parvint à démontrer que trois exostoses des membres inférieurs, qui se trouvaient dans le muséum de M. Neaviside, à Londres, étaient d'origine parenchymateuse, et non épiphysaire. Je regrette que les limites de ce travail ne me permettent pas d'entrer dans les détails intéressans de ces trois faits.

D'après tout ce que nous avons dit sur l'éburnation en général, il est facile de comprendre comment une exostose parenchymateuse peut acquérir en vieillissant cet aspect de l'ivoire, aspect que d'ailleurs nous avons déjà observé aussi dans les exostoses épiphysaires (obs. 5).

(1) Bulletins de la société de la Faculté de méd., t. 4, p. 332.

et même à un médecin grec qui le vendait en 1664 sous le nom de *spiritus mundi alex cacos*. L'emploi de l'oxigène plus ou moins modifié, qu'on vient de préconiser pour les maladies de poitrine, avait déjà été essayé par Fontana, Achard, Bécane de Toulouse et d'autres, au milieu et à la fin du dix-huitième siècle. Mesmer lui-même n'avait-il pas puisé sa doctrine en grande partie dans plusieurs ouvrages antérieurs, et notamment dans celui de Guill. Maxwell, *De medicinâ magnetica*. Francfort, 1679.

J'étonnai bien, il y a quelques années, un jeune docteur, adepte enthousiaste du physiologisme, quand je lui fis voir que les bases de cette doctrine étaient prises dans Brown, Glisson, Hoffmann, Pujol, Prost, puis accommodées selon les besoins du système. Lorsque je lui fis lire dans Pouteau (œuvres posthumes) ces mots sacramentels : *toute altération provient d'irritation*, axiôme fondamental de l'école dite physiologique. Enfin, quand il apprit qu'il y avait une thèse sur les irritations, faite et soutenue par Marandel, dès l'année 1807. On a avancé tout récemment que le lait d'ânesse était un remède nouveau protégé par la mode. Avec un tant soit peu d'érudition, on aurait su que, du temps de Galien, les dames romaines en faisaient usage; qu'il y avait non loin de la ville une petite montagne appelée *Stabium*, où on allait prendre le meilleur; que François Ier fut rétabli d'une longue maladie au moyen de cette substance conseillée par un médecin juif venu de Constantinople; enfin qu'à l'époque où Guy Patin exerçait la médecine à Paris, on en faisait déjà une énorme consommation. Ce médecin dit même que sa belle-mère, morte âgée de 84 ans, avait pris, 60 ans durant, le lait d'ânesse. Les sondes droites pour pénétrer dans la vessie chez l'homme, le bandage compressif, l'emploi de l'eau froide dans une foule de cas, celui du caustique dans les maladies de la gorge, des bouts de sein faits avec le pis de vache, le procédé moderne de l'opération de l'anévrisme, la rhinoplastie, etc., etc., sont indiqués d'une manière plus ou moins positive dans des ouvrages écrits depuis long-temps. On ne finirait pas, si l'on voulait parcourir le cercle des anciennes découvertes renouvelées aujourd'hui. Que faut-il de plus pour démontrer la haute utilité de l'érudition? Les livres ne sont donc pas uniquement bons, comme se plaisent à le dire les ignorans, à amuser les oisifs. Il n'y a pas long-temps qu'un vieux praticien qui croit encore à l'anti-hectique de Poterius, et que le mercure est un *fondant vrai*, parlant sans cesse de son expérience, et qui, du reste, renvoie toujours au *calendrier grec*, selon son expression, tout nouveau procédé, s'avisa aussi de vouloir innover; mais on lui fit voir que ce qu'il croyait avoir imaginé, l'avait été bien avant lui, et ne méritait aucune attention. Pourquoi cette disconvenue? c'est que ce vieux praticien n'avait qu'une routine personnelle; son expérience était très-bornée, quoiqu'il la crût fort étendue. C'est là où viennent échouer presque tous ceux qui font peu de cas de ce qu'on peut acquérir par l'étude. Qu'est-ce, en effet, que l'érudition bien entendue? c'est suivre avec méthode et profit la série des développemens successifs de la science; c'est ajouter l'expérience des autres à la sienne, et cette expérience est incommensurable. « Mille médecins, disait Rhazès, ont travaillé depuis mille ans à la perfection de la médecine; c'est en lisant leurs ouvrages qu'on s'instruit de plus de choses dans un court espace de temps, qu'en courant d'un malade à un autre, même pendant de longues années.

Tenons pour certain que les sciences sont filles du temps, plus encore que du génie. Or, quelle folie de mépriser ce que le temps a conservé et amassé! Sans

Les cas de cette espèce sont très-fréquens ; il n'y a peut-être pas de médecin un peu exercé qui n'en ait rencontré dans sa pratique. Aussi m'abstiendrai-je d'en rapporter ici d'autres exemples. Je me contente de clore ce travail par les remarques suivantes.

L'exostose parenchymateuse peut très-bien se trouver jointe à l'épiphysaire. Il est facile, dans ce cas, de distinguer la partie du travail périostal surajouté à la première tumeur. Les cristallisations osseuses élaborées par les vaisseaux périostaux, à la surface du parenchyme d'un os déjà exostosé, prennent quelquefois des formes vraiment étonnantes. Le crâne d'un individu entaché de syphilis, et qui est conservé dans le cabinet anatomique du professeur Nanula, se trouve dans ce cas. Indépendamment de plusieurs exostoses parenchymateuses, toute la surface extérieure de la calotte de ce crâne est hérissée d'un nombre infini de végétations osseuses éburnées, blanches comme de l'albâtre, et ayant 2 à 3 pouces de hauteur. La symétrie, l'ensemble de ces cristallisations osseuses luisantes, qui s'élèvent sur la voûte crânienne comme une multitude d'arbrisseaux chargés de neige, forment un coup-d'œil vraiment admirable. Cette pièce, qui a été préparée par feu le professeur Boccanera, est peut-être unique en Europe par sa beauté ; elle est remarquée par tous les étrangers qui visitent le riche et magnifique cabinet de M. Nanula. On y peut étudier en effet jusqu'à quel degré une maladie particulière du péricrâne est susceptible de donner lieu aux élaborations osseuses épiphysaires. Une pièce du même genre, remarquable aussi par sa beauté et par les circonstances particulières qu'elle présente, m'a été donnée par mon estimable ami et confrère M. Carron du Villard : c'est l'extrémité supérieure du tibia d'une jeune fille scrophuleuse. Cet os est d'abord considérablement hyperostosé, avec oblitération complète du canal médullaire ; il est en même temps éburné et dur comme de l'ivoire véritable ou comme la défense d'un rhinocéros, et hérissé d'un nombre infini de végétations osseuses périostales ou épiphysaires, ce qui offre un exemple de quatre maladies différentes à la fois sur une même pièce, mais dont l'une a pu être la suite de l'autre ; savoir hyperostose, éburnation, destruction de l'organe médullaire, et élaborations osseuses périostales. La substance de cet os est tellement serrée et éburnée, que je me propose, à l'exemple de Ruysch (1), d'en faire deux manches de scalpel. M. Breschet a, l'année dernière, amputé une cuisse à l'Hôtel-Dieu, dont le fémur présentait à peu près les mêmes conditions. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que, bien que l'amputation soit pratiquée sur une portion d'os altérée, comme ci-dessus, cet état de l'os restant n'empêche pas la cicatrisation du moignon de s'accomplir.

Faisons cependant remarquer que ces sortes de dégénérescences sont plus fréquentes dans les petits os que dans les grands. En effet, on peut avancer, sans craindre d'être démenti par l'observation, que les exostoses parenchymateuses ont une prédilection pour le tissu spongieux des petits os, tandis que les exostoses épiphysaires ne se montrent le plus ordinairement que sur la partie compacte et duce des grands os. Mais cette règle n'est pas sans exception.

La combinaison des deux espèces d'exostoses sur une même pièce avait déjà été observée par une foule d'auteurs anciens ; mais par cela même qu'ils méconnaissaient les productions osseuses épiphysaires, ils ne savaient pas se rendre raison de ce double tissu que ces exostoses présentaient après leur section. Delpech cependant a bien compris cette disposition anatomique. « Ces deux espèces d'exostoses, dit cet » auteur, sont quelquefois combinées dans une seule et même tumeur. » Ainsi une coupe verticale qui la pénètre dans toute son élévation, dé» montre alors qu'une couche plus ou moins épaisse de sa surface est » formée d'un tissu bien différent et bien distinct de celui de l'os pri» mitif, tandis que la partie profonde, où l'on voit se perdre insensible» ment ce dernier, présente le tissu des organisations osseuses déve» loppées dans l'intimité du tissu préexistant, et une intumescence ma» nifeste de celui-ci qui, dans un os cylindrique, par exemple, efface » plus ou moins la cavité médullaire. » (Delpech, *Mal. chir.*, t. 3, p. 574.) Les derniers exemples que nous venons de citer viennent à l'appui de l'exactitude des assertions du chirurgien de Montpellier. On peut encore voir dans la planche 87 du *Museum anatomicum* de Sandifort (fig. 10, 11, 12), un autre exemple remarquable d'exostose parenchymateuse du tibia, surmontée par des dépôts épiphysaires multiples. Sandifort décrit ainsi la pièce sciée : « Substantia quæ tumorem componit eadem est quæ reliquis ossis ; externa autem crusta tenuissima existit. Superficies tumoris admodum inequabilis est, etc., » t. 1, p. 219. » Quelques auteurs enfin assurent avoir scié des exostoses qui n'étaient éburnées que dans une de leurs moitiés latérales : cela se conçoit.

Dans l'exposé d'anatomie pathologique que nous venons de faire, on sera peut-être étonné de notre silence à l'égard des exostoses dites suppurées, cariées, etc. Je dois déclarer à cet égard que je ne connais pas un seul exemple bien constaté d'exostose dégénérée de la sorte. Les cas de ce genre rapportés par J.-L. Petit, Léveillé et par d'autres me paraissent plutôt indiquer des abcès enkystés du parenchyme des os, avec ou sans carie, que des exostoses suppurées, etc. Du reste, je n'en nie pas la possibilité, mais ces sortes de terminaisons des exostoses sont encore pour moi au nombre des *inconnues*. J'en dirai autant des fractures des exostoses dont quelques auteurs, J.-L. Petit entre autres, ont parlé : bien qu'il ne soit pas impossible qu'un os exostosé se fracture à l'endroit de l'ostéocèle, néanmoins je ferai remarquer que les cas de ce genre qu'on a cités se rapportent plutôt à ces boîtes osseuses qu'on a rangées au nombre des spina-ventosa, qu'à de véritables exostoses. Je pense d'ailleurs qu'un os exostosé est toujours plus résistant à l'endroit de l'ostéocèle que dans le reste de son étendue. Il n'en est pas de même de la nécrose bien avérée des exostoses épiphysaires ; mais une exostose parenchymateuse est-elle susceptible de nécrose isolée comme les dernières ? C'est-ce que nous discuterons ailleurs.

— Nouvelles observations sur la cataracte, par M. F. Gondret. Chez Just Rouvier et Lebouvier. 44 pages in-8°.

Nous avons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur le traitement qu'emploie M. Gondret pour resondre des cataractes commençantes. Les novelles observations qu'il rapporte dans ce dernier opuscule, viennent à l'appui des faits qu'il avait déjà publiés.

---

(1) « Hominis os tibia, etc... Notandum, in osse tibiæ nullam reperi cavitatem, » sed ita compactum et durum esse observari, ut curiositatis ergo *aliquot manu» bria ex iis confici curavi.* » (Ruyschii opera, t. 4, p. 175.

---

doute il y a des scories, mais le métal pur et brillant n'en existe pas moins, il s'agit de le reconnaître et de s'en emparer ; c'est là précisément le caractère de la bonne et solide érudition. Lire pour lire, pour parcourir et classer des livres, pour charger sa mémoire de mots, de phrases et de dates, pour empiler des souvenirs, pour remuer la poussière des bibliothèques et les décombres du passé, c'est errer les yeux bandés dans un vaste et magnifique palais. Si vous laissez constamment votre pensée en jachère, pour commenter celle des autres, si cette pensée des autres, en pénétrant dans votre cerveau, le paralyse et en détruit la spontanéité, vous ne serez qu'un commentateur, un glossateur, un compilateur, un âne chargé du butin d'autrui, ayant cette *suffisance livresque* dont Montaigne se moque tant. Et si jamais, à votre tour, vous faites gémir la presse, ayez grand soin de vous rappeler le vers d'Homère, parodié par un moderne :

« Vulcain, viens ici, Ke pler a besoin de toi. »

En médecine, à moins d'un travail spécial sur un texte à éclairer, il faut laisser aux philologues, aux scoliastes, la science des mots, c'est la science des choses dont il faut s'enquérir dans les travaux de nos devanciers. Cette étude paraît d'abord stérile, et il n'en est peut être pas en réalité de plus productive. L'érudition est comme une montagne aride et sauvage en apparence, et qui recèle des mines d'or. Mais pour les exploiter, il faut se défier de ce savoir indigeste dont quelques savans se pavanent si orgueilleusement et si mal à propos. Qu'on se garde de ressembler à Maglia becchi, ce célèbre et triste érudit, qu'on appellait le *Helluo* à cause de sa voracité quand il s'agissait de livres et de manuscrits. Il en est de l'étude comme de l'expérience en médecine, la récolte dépend entièrement de la tête de celui qui travaille et médite. L'érudition ne fournit que la connaissance historique, mais c'est à un esprit observateur et sagace qu'il convient de conclure de découvrir dans les travaux des générations passées, le germe de découvertes importantes, de hautes données pratiques, enfin de ces vérités éternellement rédivives, bases fondamentales de notre art. C'est à l'aide d'un discernement exquis, d'un jugement sain, d'une certaine force d'absorption et d'assimilation, que les bonnes idées des autres, *ces vierges fécondes* de Bacon, porteront d'heureux fruits. Sans rejeter les études anatomico-pathologiques, bien moins encore l'observation clinique, ne négligeons donc pas les travaux de ceux qui nous ont précédés. Encore une fois pénétrons, fouillons constammment, mais avec soin, mais avec art, dans les trésors amassés par les siècles. De cette manière on peut suivre, à travers les mouvemens palingénésiques de la science, la LOI DE CONTINUITÉ du progrès, loi qu'on ne méconnait jamais impunément. C'est aussi par ce moyen qu'il est donné de se soustraire à l'impérieux *sic volo* des systématiques, d'apprécier l'inanité des abstractions et des paradoxes, les livres sans portée et sans avenir, les prétendues découvertes d'aujourd'hui, les assertions du charlatanisme, les bévues d'une routine ignorante, les illusions d'un progrès imaginaire, vastes étables d'Augias, qui usurpent la place du bon droit et du vrai savoir.

R. P.

— Traité élémentaire de thérapeutique médicale, suivi d'un formulaire ; par L. Martinet, ancien chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, etc. 2e édition considérablement augmentée. 1 vol. in-8°, prix 8 fr. Paris, 1835.

A Paris, librairie de Deville Cavallin, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 10 ; Montpellier, Louis Castel, Grande-Rue.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ.

LEÇONS DE M. LISFRANC SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES.

(Premier article.)

En rendant compte des succès prodigieux obtenus par M. O'Beirne de Dublin, à l'aide du traitement mercuriel, dans l'ulcération des cartilages des articulations (GAZETTE MÉDICALE, 16 août 1834), nous avions annoncé que M. Lisfranc se proposait d'essayer cette méthode à sa clinique, et que nous tiendrions nos lecteurs au courant des résultats. De nombreuses expériences ont été faites, et si elles n'ont pas toutes également réussi, il n'en résulte pas moins que l'emploi du mercure est, à une certaine période de ces affections, une ressource héroïque, dont il importait seulement de bien préciser les indications. M. Lisfranc a saisi cette occasion de remettre sous les yeux de ses auditeurs les bases du traitement particulier qu'il a adopté depuis longtemps, et de le comparer au traitement du chirurgien irlandais. Ce sont ces leçons intéressantes que nous allons reproduire.

Il est essentiel avant tout, pour poser les indications thérapeutiques des tumeurs blanches, de se former une idée exacte de leur nature, ou du moins des élémens morbides qui tombent sous nos sens et qu'il s'agit de combattre. On les rapportait autrefois à une atonie des tissus, favorisant l'accumulation dans leurs mailles d'une lymphe concrète et acrimonieuse ; à ce point de vue, il était logique de les combattre par des excitans. D'autres n'y ont vu qu'une inflammation, contre laquelle ils dirigeaient dès lors tout l'appareil antiphlogistique ; des deux côtés on avait trop généralisé. Pour nous, dit le professeur, toute tumeur blanche est un engorgement des tissus mous articulaires ou des extrémités osseuses elles-mêmes, affectant une marche lente et chronique ; mais souvent, chose importante, cet engorgement se complique d'une inflammation tantôt manifeste, tantôt obscure et latente. Enfin, s'il est incontestable qu'il peut exister des tumeurs blanches idiopathiques, c'est-à-dire indépendantes d'un état morbide général, on ne saurait nier aussi qu'elles sont fréquemment entretenues par un vice de la constitution et principalement par l'habitude scrophuleuse. Ce sont là des données essentielles pour la direction du traitement.

Lorsque l'inflammation existe dans une tumeur blanche, elle est en général facile à reconnaître. Les douleurs sont aiguës, même dans le repos, quelquefois atroces ; la chaleur locale augmente ; plus rarement la peau devient rouge, la phlogose siégeant d'ordinaire dans les tissus les plus profonds. Quelquefois elle existe réellement sans donner au dehors aucun signe de sa présence, que par le résultat de la médication employée. Nous avons vu en 1822 un malade affecté de tumeur blanche du genou venir à pied à cet hôpital ; ni le mouvement, ni la pression ne développaient de douleur. Quelques jours après, il s'enivra, fit une chute sur la tête, et expira presque immédiatement. A l'autopsie, on trouva dans l'articulation les traces de l'inflammation la plus vive ; la synoviale d'un rouge lie-de-vin, ramollie, presque pulpeuse, et contenant un épanchement séro-purulent.

Il n'est pas besoin d'indiquer ici à quels caractères on reconnaît un état morbide général, scrophuleux ou autre. Disons quelques mots de l'anatomie pathologique.

En général, les auteurs qui s'en sont occupés n'ont guère disséqué que des tumeurs blanches parvenues à un degré d'altération organique très-avancé, et qui avaient ou nécessité l'amputation, ou même emporté les malades ; on ne pouvait alors en tirer pour le traitement aucune conséquence. Nous avons été plus heureux ; sur six individus, morts d'autres accidens, nous avons pu examiner les tumeurs blanches dans leurs premières périodes, et voici ce que nous avons trouvé. Le tissu cellulaire sous-cutané hypertrophié, d'un blanc terne, et un peu plus humide qu'à l'ordinaire. Un peu plus profondément, et par gradation insensible, il prenait une couleur jaune-serin, puis safranée ; des flocons de ce tissu étaient séparés par des lames celluleuses abondant en vaisseaux sanguins, rouges, épaissies et ramollies ; plus avant encore on le voyait semé de granulations blanches, assez semblables à des tubercules ; puis enfin on arrivait à des tissus complètement lardacés. Les ligamens articulaires étaient d'un blanc terne, un peu épaissis et ramollis, et comme infiltrés de sérosité. La synoviale était d'un rouge brun, et contenait un liquide séro-sanguinolent. On voit donc que dans tous ces cas l'inflammation était révélée par l'anatomie. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; et nombre de fois nous avons trouvé une induration simple et sans aucune trace de complication inflammatoire.

On voit assez bien, dans cet exposé, par quels degrés passe cette induration lardacée qui est, dans les tissus mous articulaires, la dernière limite où peut atteindre le pouvoir de l'art. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que, dans le retour à l'état sain, les tumeurs blanches paraissent suivre la même marche. Nous avons traité une tumeur blanche du pied avec induration, remontant jusqu'à la partie moyenne de la jambe ; une amélioration notable avait été obtenue ; l'engorgement au-dessus de l'articulation était presque totalement dissipé ; lorsqu'on eut l'imprudence, malgré notre recommandation, de poser cinq sangsues sur le dos du pied encore assez fortement induré. Il y survint une inflammation aiguë qui se termina par gangrène, et nécessita l'amputation. A l'examen, nous trouvâmes le tissu cellulaire, au point où l'engorgement s'était limité en haut, complètement revenu à l'état sain ; plus bas, il était encore épaissi et un peu infiltré ; plus bas, il affectait la couleur jaune serin, puis se montrait semé de granulations, et enfin tout-à-fait lardacé vers le centre de la tumeur. Nous avons eu plusieurs occasions de faire des observations de ce genre.

Mais ce ne sont là que les cas les plus simples. Quelquefois une partie de la tumeur est constituée par le gonflement des os eux-mêmes. Cette complication qu'on croyait très-fréquente autrefois, et que les recherches modernes ont montré être fort rare, est souvent simulée par un engorgement tellement dur, qu'on dirait que la peau recouvre des cailloux ; tellement fixe, qu'il semble faire corps avec l'os. On n'est détrompé que quand, par le progrès du traitement, le ramollissement se manifeste, et que la tumeur devient mobile sur les os dont on la croyait une dépendance.

Bien plus souvent les surfaces articulaires osseuses s'ulcèrent ; et en les mouvant en sens opposés, on obtient une sensation et un bruit de crépitation, comme si l'on frottait l'un contre l'autre deux morceaux de porcelaine. Nous avons vu ces extrémités osseuses, même dans les articulations ginglymoïdales, tellement mobiles l'une sur l'autre, qu'on pouvait les luxer incomplètement dans le sens du diamètre latéral. Alors surtout on a jugé le cas hors d'espoir, et l'amputation inévitable. Nous sommes cependant parvenus quelquefois à obtenir des guérisons, même sans ankylose.

Une variété beaucoup plus grave de la tumeur blanche est celle à laquelle nous avons donné le nom de *tumeur fongueuse*. Elle donne au toucher la sensation d'un tissu mou, spongieux, comme si l'on palpait un lipôme. Elle s'abcède avec beaucoup plus de facilité, et donne issue à un pus sanieux, grisâtre, mêlé de flocons de tissu cellulaire blanchâtre et comme tuberculeux. L'autopsie la montre composée d'un tissu rougeâtre, comme érectile, parsemé d'une plus ou moins grande quantité de petites granulations blanches et ayant l'aspect du tubercule. Jamais jusqu'à présent, à quelque traitement que nous ayons eu recours, nous n'avons réussi à guérir les affections de ce genre. L'amputation est l'unique ressource.

Lorsque le praticien a soigneusement examiné à quelle sorte de tumeur il a affaire, et qu'il est prêt à entreprendre le traitement, une condition plus importante peut-être que toutes les autres est de s'assurer de l'état des viscères. Il y a entre les affections des organes intérieurs et les tumeurs blanches une corrélation souvent tellement intime, que, si la maladie interne s'aggrave, la tumeur blanche fond à vue d'œil, et disparaît au point de ne pas même laisser de traces anatomiques ; et, d'un autre côté, si l'on traite la tumeur blanche à part, à mesure qu'on obtient quelque amélioration, l'état des viscères s'aggrave jusqu'à mettre les malades dans un danger sérieux. Bien plus, il nous est arrivé plusieurs fois, après avoir interrogé les viscères, de les trouver sains et de commencer ainsi le traitement d'une tumeur blanche ; les premiers progrès vers la guérison étaient le signal d'une affection viscérale, soit qu'elle existât auparavant à l'état latent, soit qu'elle se développât d'une manière inopinée ; et les deux maladies se tenaient en balance, de façon que l'une s'aggravait à mesure qu'on amendait l'autre.

De là résulte cet important précepte, de ne point attaquer les tumeurs blanches sans s'être assuré de l'état sain des viscères ; et si quelque affection interne préexiste ou même se développe durant le cours du traitement, de tout suspendre jusqu'à ce que cette redoutable complication soit complètement disparue. Si même on voyait la tumeur blanche diminuer en même temps que l'autre maladie augmente, il serait prudent d'exciter une certaine inflammation dans l'articulation affectée, et de l'y fixer jusqu'à la guérison complète de l'organe intérieur.

Ceci posé, il se présente une autre question générale sur laquelle les praticiens ne sont pas encore fixés. Le malade doit-il garder un repos absolu du membre ; ou peut-on lui permettre de marcher? Le repos est à notre avis indispensable. Ne sait-on pas qu'une tumeur blan-

che, même guérie, renaît souvent sous l'influence d'un exercice immodéré? Si le contraire a été observé, ce que nous sommes loin de nier, c'était dans des cas exceptionnels, qui ne sauraient infirmer la règle générale. Lorsque l'iode fut appliqué au traitement des tumeurs blanches, on prétendait que le médicament nouveau rendait toute autre précaution inutile, et qu'on pouvait faire marcher les malades. Nous essayâmes cette manière de faire, et il survint des accidens que la marche seule avait développés.

Mais, sans conseiller la marche, ne peut-on pas au moins imprimer au membre des mouvemens ménagés, lorsqu'on redoute une ankylose? La réponse est facile et le principe très-simple à concevoir. Lorsqu'il n'y a ni inflammation ni douleur, ces mouvemens se font sans inconvénient. S'il demeure encore un peu d'inflammation, on se contente d'imprimer tous les jours, une fois seulement, de légers mouvemens à l'articulation malade. Mais quand ils s'accompagnent de vives douleurs, qui se renouvellent à chaque tentative, il faut s'arrêter; l'ankylose est tout ce que le malade peut espérer. Ceci nous conduit à dire un mot de la position à donner au membre, quand une fois l'ankylose est prévue; car si elle est complète et irrémédiable, il faut au moins que la position fixe du membre entraîne le moins possible d'inconvéniens; et si elle était fausse, on aurait d'autant plus de peine à ramener le membre à sa position la plus usuelle qu'il en aurait été plus éloigné. La tumeur blanche siégeant au coude, l'avant-bras sera mis dans la demi-flexion; si elle est au genou, la jambe au contraire sera étendue; et même il y aurait de l'avantage à fixer tout le membre inférieur dans une gouttière matelassée, à l'aide de lanières transversales attachées aux deux bords de la gouttière. Et qu'on ne croie pas que cette extension soit bien douloureuse; nous y avons eu souvent recours sans inconvénient. Si cette pratique était généralement adoptée, on ne verrait pas tant de malades, après leur guérison, obligés de traîner après eux une jambe demi-fléchie, à jamais inutile, et qui leur est nuisible à raison des chocs auxquels elle est exposée. De même pour la coxalgie, si, au lieu de laisser mouvoir le membre, on le fixait dans une gouttière, on éviterait ces raccourcissemens énormes auxquels il est si difficile de remédier.

Enfin une précaution fort utile pour suivre exactement les effets du traitement, consiste à environner la tumeur de trois raies circulaires tracées avec le nitrate d'argent, savoir, une en haut, l'autre à la partie la plus renflée, la troisième à la partie inférieure. On mesure la circonférence du membre au niveau de ces lignes à l'aide d'un lien de fil large et solide; cette mensuration, renouvelée tous les dix ou quinze jours, indique d'une manière précise les variations en volume de la tumeur.

Tout étant ainsi disposé, le chirurgien doit d'abord s'attaquer à l'inflammation, quand elle existe; ce qui constitue pour nous la tumeur blanche à l'état aigu. Le caractère de cette inflammation n'est pas indifférent à considérer; elle a généralement une date assez ancienne; elle siége sur des tissus préalablement altérés; on ne saurait donc s'attendre à la dissiper aussi rapidement qu'une inflammation franche, phlegmoneuse. En outre, la constitution des malades, affaiblie par la douleur ou par un vice général, ne permet pas de prodiguer les émissions sanguines; il faut ménager les forces, si l'on veut conserver la faculté de revenir et d'insister plus long-temps sur ce moyen.

Quand les malades sont robustes et la phlogose vive, on peut, dit le Professeur, débuter par cinquante sangsues; dans tout autre cas, nous ne dépassons pas le chiffre de trente, et souvent même nous nous limitons à quinze. Il ne faut pas les appliquer sur la tumeur même, de peur que l'irritation causée par leurs morsures ne se propage à l'intérieur et ne hâte la dégénérescence; on les place à l'entour et à un ou deux pouces de distance, et après cette première application faite, on étudie avec soin le résultat.

Quelquefois l'inflammation diminue dès ce moment même; on laisse alors le progrès se faire, et ce n'est que quand il s'arrête qu'on revient à une seconde application. D'autres cas, la phlogose reste stationnaire ou même augmente; il est utile, deux jours après, de prescrire de nouveau une vingtaine de sangsues. Nous n'admettons qu'une seule exception à cette règle, savoir, quand le malade est affaibli, le pouls petit et déprimé; nous laissons alors aux forces le temps de se relever, et nous nous bornons à l'emploi des bains locaux et des cataplasmes. Les bains ont assez souvent pour effet d'accroître le volume de la tumeur; mais cette augmentation n'est que passagère et par là même peu alarmante.

Après les émissions sanguines, nous prescrivons les narcotiques appliqués le long de la face interne du membre. Le régime doit être sévère, et il est bon que le malade vive beaucoup de sa propre substance.

Tel est le traitement que nous avons mis en usage jusque dans ces derniers temps, avec des succès variés. Tantôt six semaines suffisaient pour dissiper tout vestige d'inflammation; mais plus d'une fois il nous est arrivé de la voir se rallumer plus vive que quand nous la croyions éteinte, et nécessiter une nouvelle série d'évacuations sanguines; persister ainsi 3 mois, 6 mois; une fois enfin nous avons lutté quatorze mois avant de faire disparaître l'état aigu; après ce long espace seulement il nous fut permis de recourir aux excitans; et en vingt-deux mois la guérison fut complète.

Nous avons supposé le chirurgien appelé pour une tumeur blanche offrant des symptômes d'inflammation manifeste. Si au contraire ces symptômes manquent dès l'abord, doit-on s'en fier à ces apparences et en venir au traitement de l'état chronique, c'est-à-dire aux excitans? Nous avons vu que l'inflammation pouvait être latente; les excitans alors feraient beaucoup de mal. Il est prudent de commencer par une ou deux applications de sangsues, pour se mettre en garde contre tout accident. Lors même que l'état aigu, combattu avec vigueur, ne se révèle plus par aucun symptôme, il ne faut pas encore se hâter de recourir aux excitans; ils pourraient ramener l'inflammation dans des tissus qui sont encore trop sous son influence; il faut laisser le malade se reposer et s'affermir dans son nouvel état durant huit à dix jours. Alors commence en toute sécurité un traitement tout différent du premier.

Les moyens proposés pour résoudre l'engorgement chronique qui constitue la tumeur blanche, sont très-multipliés. Nous allons examiner les plus puissans, étudier le mode d'agir de chacun, dire comment on doit les manier, ou, en d'autres termes, signaler les indications qui nous dirigent dans notre pratique.

Nous plaçons en première ligne les évacuations sanguines locales, mais peu abondantes et pour ainsi parler à petite dose. Il n'en est pas autrement de ce moyen que de tous les agens de la matière médicale qui, à doses diverses, affectent diverses propriétés. Ainsi, pour congestionner l'utérus et rappeler les règles supprimées, on a recours avec avantage aux sangsues en petit nombre ou à une très-petite saignée du pied; tandis que pour détruire la congestion dans la péritonite, par exemple, on fait une large saignée générale, et l'on pose des sangsues en nombre considérable. Qui ne sait que quelques sangsues seulement déterminent souvent un érysipèle, qui a très-rarement lieu lorsqu'on en applique davantage? L'expérience a également démontré que suivant le nombre de sangsues appliquées sur une tumeur blanche à l'état aigu, dans la plupart de cas on augmente ou on diminue la douleur pour ainsi dire à volonté.

A l'état chronique nous prescrivons de 4 à 10 sangsues, selon les forces des malades, avec cette précaution essentielle d'arrêter l'écoulement des morsures au bout d'une demi-heure, pour assurer la congestion. Les résultats de ces applications varient. Quelquefois l'effet est nul les premiers jours; il faut attendre quatre ou cinq jours avant de rien préjuger, et alors seulement revenir à la charge. Dans quelques cas la tumeur diminue et se ramollit dès le lendemain. Dans d'autres, au contraire, elle augmente immédiatement d'un demi-pouce et plus en circonférence. Ce phénomène, sur lequel il est besoin de rassurer les malades, est en général avantageux; il témoigne d'une modification énergique dans la vitalité de la tumeur. D'ordinaire au bout de 24 ou de 48 heures, cette tuméfaction tombe; et une diminution progressive a lieu et se continue quelquefois durant une dizaine de jours.

C'est encore un bien quand les sangsues produisent à la surface de la peau une légère rougeur érysipélateuse; elle dure peu et favorise beaucoup la résolution. Chez certains sujets, il survient un peu d'œdème qui ne tarde pas à disparaître, ou qu'on dissipe à l'aide de la compression. Chez d'autres enfin nous avons vu se développer un érysipèle très-intense; alors l'effet qu'on voulait obtenir est dépassé, et il faut combattre l'inflammation par une application de 30 ou 40 sangsues.

Nous avons dit que quand les sangsues n'amènent aucun changement même après quatre ou cinq jours, on procède à des applications nouvelles; il ne faut pas toutefois s'opiniâtrer à employer cette médication à pure perte; et si, après plusieurs tentatives, elle ne produit rien, il convient d'en essayer une autre.

Lorsqu'au contraire l'amendement est manifeste, on poursuit avec le même moyen; mais encore alors il y a une règle à suivre. Ainsi, tant que l'affection marche à bien, il ne faudrait pas troubler ce travail de résolution par des stimulations intempestives; mais on attend qu'il demeure stationnaire; et quand un ou deux jours se sont passés sans aucun progrès, il est temps de revenir à de nouvelles applications.

Les premières évacuations sanguines sont ordinairement suivies d'effets de plus en plus avantageux; puis ce moyen finit par s'épuiser et ne plus rien produire; on passe à un autre que l'on continue jusqu'à ce qu'il s'épuise à son tour; et l'on peut ensuite revenir aux sangsues, qui se montrent de nouveau avec leur ancienne efficacité.

Il est toutefois des cas à noter dans lesquels les sangsues pourraient

produire de fâcheux effets. Il faut s'en abstenir chez les femmes durant l'écoulement menstruel, et même six ou huit jours avant, de même qu'un jour au moins après. Chez les sujets disposés à l'apoplexie, ou atteints de quelque affection des organes thoraciques, elles ne conviennent point pour les tumeurs blanches des membres supérieurs; et il y a également contr'indication dans les tumeurs blanches des membres inférieurs, chez les femmes en état de gestation, ou atteintes d'une subinflammation utérine.

Le plus puissant résolutif après les évacuations sanguines est sans credit la compression. Ses bons effets sont tellement incontestables, que plusieurs praticiens l'ont conseillée indifféremment dans tous les cas de tumeurs blanches. Qu'ils aient obtenu des succès, c'est ce qu'on ne saurait nier, principalement dans l'état chronique; mais à l'état aigu, la compression, comme tout autre excitant, peut causer beaucoup de mal. Nous en avons fait l'essai dans cet hôpital, et nous avons été contraints d'y renoncer. Cela est aisé à concevoir; car si, même à l'état chronique, la compression finit par devenir douloureuse, et même par ramener l'inflammation, que sera-ce sur une partie encore en proie aux phénomènes inflammatoires?

La compression est moins efficace quand la tumeur est dure; mais lorsque, sous l'influence d'autres moyens, le ramollissement a commencé, que le tissu cellulaire sous-cutané ne semble plus qu'infiltré et œdémateux, c'est alors qu'elle opère ses plus beaux résultats. Mais pour en retirer tout l'effet possible, il faut savoir bien la manier, et quelques mots sur la manière de l'appliquer ne seront pas inutiles.

De même que tout autre agent thérapeutique, la compression doit être *dosée*, pour ainsi dire, si l'on ne veut manquer ou dépasser le but qu'on se propose. Pour rendre notre idée par une comparaison sensible pour tout le monde, c'est ainsi que la pommade ophthalmique de Desault irrite souvent l'inflammation du bord libre des paupières, qu'elle apaise au contraire si on l'affaiblit par l'addition de trois parties de cérat. De même, la compression à un degré médiocre réussit très-bien dans des cas où une compression plus forte aurait tout gâté, et *vice versâ*.

Nous distinguons cinq degrés, ou, pour nous servir d'une expression qui rend mieux notre idée, cinq *doses* différentes de compression. La plus faible est représentée par un simple bandage roulé. Dans la seconde, on ajoute des cônes d'agaric de deux pouces de hauteur, terme moyen, qui recouvrent la tumeur en se touchant exactement par leurs bases, et qu'on maintient avec des circulaires de bandes. Si l'on a affaire à des tumeurs mobiles, comme on en voit quelquefois sur les parties latérales d'une articulation, on cerne la base de la tumeur avec un cercle plus ou moins épais d'agaric maintenu par des circulaires; puis on applique au centre le cône d'agaric destiné à agir directement sur la tumeur. Le troisième degré s'établit avec des compresses graduées, qui sont plus dures que l'agaric et compriment davantage. Pour opérer une compression plus forte encore, on se sert d'attelles ou de pièces métalliques enveloppées de linge. Enfin le cinquième et dernier degré est la *malaxation*; elle consiste à pétrir fortement la tumeur jusqu'à y déterminer quelque douleur, et à comprimer ensuite avec des cônes d'agaric. Le lendemain, si l'irritation persiste, c'est un signe que la vitalité des tissus a été réveillée, et il est bien rare qu'il ne s'en suive pas une diminution notable. On laisse l'amélioration se faire, et ce n'est que quand elle s'arrête qu'on revient à la malaxation.

Comme on le conçoit, il y a une grande importance à déterminer quel est le degré de compression qu'il faut employer. En général, on débutera d'abord par la compression la plus légère, sauf à l'augmenter selon les effets produits. Cette précaution est surtout essentielle lorsqu'il s'agit d'une articulation naguère encore envahie par l'inflammation, et où l'on craint de la voir reparaître. Si, au contraire, on veut attaquer un de ces engorgemens durs comme du bois, qu'on rencontre principalement autour de l'articulation radio-carpienne, à la suite de violences extérieures, on peut dès l'abord recourir au quatrième et au cinquième degré. Nous avons vu disparaître par la malaxation une tumeur circonscrite, d'une épaisseur de deux pouces au moins, occupant tout le côté externe de l'articulation du genou. Les autres modes de compression, après avoir produit une amélioration médiocre, étaient restés tout-à-fait impuissans.

Quel que soit le degré de compression qu'on emploie, il est nécessaire de placer une bande roulée sur l'extrémité du membre, jusqu'à la tumeur, pour éviter l'infiltration que la compression supérieure ne manquerait pas de produire. Il ne suffit pas ensuite que la compression porte uniquement sur les points engorgés; il faut qu'elle s'étende, terme moyen, à deux pouces au-dessus et au-dessous; les vaisseaux qui se rendent à la tumeur se trouvent ainsi comprimés, et l'afflux des liquides en est d'autant diminué. Enfin la compression a besoin d'être renouvelée toutes les vingt-quatre heures; d'une part, parce que ce laps de temps suffit pour la relâcher, surtout quand la tumeur diminue; d'autre part afin de laisser reposer l'organe, qui sentira mieux l'effet du moyen, si on le suspend par exemple chaque jour une demi-heure.

La compression, comme tout autre agent, use son action, et au bout d'un certain temps ne produit plus rien; il faut recourir alors à d'autres moyens. Si au contraire on est arrivé par son emploi à la guérison d'une tumeur blanche, il est indispensable d'en continuer l'usage quelque temps encore, en en diminuant progressivement la force, jusqu'à ce qu'on soit revenu au simple bandage roulé.

Le professeur commence alors l'histoire des moyens médicamenteux proprement dits, employés contre les tumeurs blanches; nous en ferons l'objet d'un second article (1).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 avril.

— L'Académie procède à la nomination d'un membre correspondant pour une place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

La liste des candidats présentés par la section offre, dans l'ordre suivant, les noms de MM. Prunelle de Lyon, Bretonneau de Tours, Abercrombie d'Edimbourg, Fleury de Toulon, et Berlinghieri de Turin

Au premier tour de scrutin M. Prunelle obtient 35 suffrages, M. Bretonneau 11; M. Abercrombie 2; M. Prunelle est declaré élu.

— Le ministre de l'instruction publique adresse ampliation de l'ordonnance royale qui confirme l'élection de M. Breschet comme membre de l'Académie des sciences.

ENGORGEMENT DES TUYAUX DES FONTAINES DE GRENOBLE.

M. Payen adresse sur ce sujet quelques nouvelles observations. En janvier 1835, M. Gaymard lui apprit qu'on avait observé avec étonnement que les conduites de distribution d'eau dans la ville, ne contenaient point de tubercules. En cherchant à déterminer par des essais de laboratoire quelle pouvait être la cause de cette singularité, M. Payen fut conduit à reconnaître que la fonte blanche ne donnait pas lieu à l'oxidation qui cause l'engorgement signalé dans les tuyaux hors la ville. Ayant communiqué ce résultat à M. Gaymard, celui-ci lui apprit qu'en effet les tuyaux de distribution dans la ville ont été moulés au sable vert, et sont en *fonte blanche*, tandis que les conduites obstruées par les tubercules ayant été moulées au sable d'étuve sont en fonte grise.

— M. Masson adresse le détail de quelques expériences qu'il a faites il y a plus de trois ans en presence de M. Savary, expériences dans lesquelles il a obtenu avec l'electricité ordinaire les phénomènes d'induction obtenus par M. Faraday avec l'electricité voltaïque. Il demande que sa note soit soumise à la commission chargée de faire un rapport sur un travail de M. Aymé, relatif à des recherches de même genre.

FRAGMENT POUR COMPLÉTER DANS LEURS PRINCIPALES PARTIES LES THÉORIES DE NEWTON SUR L'ATTRACTION ET LA LUMIÈRE; par M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

« Tout ce qui vit et prend consistance dans le monde, dit M. Geoffroy, est un produit d'actes qui se correspondent dans le temps et dans l'espace, suivant que se trouvent prolongées indéfiniment leurs lignes d'opérations; et, à cet effet, ces événemens sont soumis au balancement des causes qui s'entremêlent réciproquement et se renouvellent sans cesse en départ comme en retour. Ces opérations sont incessantes, defaisant sur un point et reformant sur un autre; c'est un mouvement de *va et vient* continuel, un remaniement et une transformation inépuisables de la matière, où les décompositions et les recompositions ne s'interrompent jamais.

» Or, c'est la lumière comme substance qui est le sujet et le grand artisan de ces métamorphoses. Deux grands leviers lui sont donnés pour se modifier ou se transformer dans la succession des temps. Ce sont les deux puissances phénoménales qui interviennent dans le cours des événemens, et qui, opposées plutôt dans leur mode d'agir que dans leur but, détruisant sur un point pour reconstruire sur un autre, maintiennent le balancement nécessaire dans l'univers. Ces deux principes d'action ont été déjà designés par moi dans les dictionnaires, où j'ai placé les mots *nature* et *monstre* sous les noms de *combustion* et *d'électrisation*.

» La lumière, poursuit M. Geoffroy, n'est point *mouvement*, mais une substance, comme je le prouverai dans un prochain mémoire. Cela admis, la lumière directe à la fin de sa course, rencontre auprès de la terre la lumière réfléchie. Les cônes lumineux de l'une et de l'autre se rencontrent par *affrontement* face à face; alors tous les filets lumineux ou les rayons isolés, lesquels sont si divers, rencontrent leurs corrélatifs à l'attraction de *soi* pour *soi*, s'exerçant irrésistiblement, amènent leur fixation en corpuscules atomiques, qui, après cette première

(1) Après avoir expérimenté le traitement d'O'Beirne, nous apprenons avec plaisir que M. Lisfranc se propose d'essayer la méthode préconisée par M. Pirondi (Voir la GAZETTE MÉDICALE, 1834), et qui consiste dans l'administration du muriate de baryte à doses rasoriennes. Les premiers essais ont été commencés cette semaine à la clinique de la Pitié; nous rendrons un compte exact des résultats.

conversion, sont moins tenus qu'ils ne l'étaient auparavant, et profitent à la terre en se versant d'abord dans l'atmosphère, où ils auront à subir une première révolution, l'électrisation, en attendant un second événement, leur seconde révolution; car c'est dans les êtres organisés que s'achèvent en plus grande partie tous les actes phénoménaux, où c'est toujours l'attraction de soi pour soi qui joue le rôle principal.»

L'attraction de soi pour soi est, dans les idées de M. Geoffroy, la loi générale qui préside à tous les phénomènes de l'univers, à la marche des corps planétaires comme aux actions moléculaires, dans les phénomènes chimiques et dans les actes de la vie animale ou végétale. Cette loi préside aux désagrégations que produit sur un point la *combustion*, et aux réagglomérations qu'opère sur un autre l'*électrisation*.

« Observons maintenant, reprend M. Geoffroy, ce qui se passe dans les combustions ou conflagrations qui ont lieu à la surface de la terre, afin d'en pouvoir tirer des conclusions sur ce qui doit avoir lieu à des distances inaccessibles. Nos bougies allumées, nos bois en ignition se consument plus ou moins rapidement, en jetant dans l'espace, au prorata de leur volume, les élémens qu'ils ont puisés dans l'atmosphère, puis les effluves calorifiques et lumineuses. Voilà donc qu'il sort d'une matière concrète, solide et pondérable, une substance que nous désignons comme un *fluide élastique impondérable*. Cette substance est, au reste, tout-à-fait semblable à celle qu'avait apportée dans l'atmosphère la lumière céleste.

» Qu'a produit la combustion dans les cas que nous venons de donner comme exemple? Elle a désuni ce qui était joint; elle a amené la matière de son état aggloméré, solide et pondérable, non pas à sa première origine, à l'état des fluides lumineux primitifs venus des cieux, mais à l'état de fluides atmosphériques, aquatiques, et à un résidu, fruit de la précédente électrisation. Mais tous ces fluides de deuxième formation venaient originairement de la conversion dans l'atmosphère, de la rencontre des lumières directes et réfléchies alors employées à faire des atômes.

Les êtres organisés, dit plus loin M. Geoffroy, sont réellement le moyen de transmutation de la matière élastique, ténue et impondérée, qui nous arrive des astres, et est prédestinée à la consolidation et au grossissement de la terre; c'est dans eux et par eux que s'élaborent, se combinent et se coordonnent tous les actes du phénomène de l'attraction de soi pour soi ou de l'électrisation.

Après la lecture du mémoire dont nous venons de donner quelques extraits, le secrétaire perpétuel, M. Arago, prie M. Geoffroy de vouloir bien dire en quelques mots ce qu'il entend par ces mots: *attraction de soi pour soi*, ajoutant que faute de savoir précisement la valeur de cette expression, il n'a pu, malgré toute l'attention qu'il a apportée à la lecture, comprendre les applications qui en ont été faites dans le mémoire.

M. Geoffroy répond que la définition avait été donnée dans un mémoire précédent, et la reproduit à-peu-près dans les mêmes termes. La discussion ne va pas plus loin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 avril. — Présidence de M. Lisfranc.

La correspondance ministérielle comprend un arrêté du ministre qui approuve toutes les modifications faites par l'Académie à son réglement, par suite de la suppression du titre d'adjoint.

Une discussion s'engage sur la lettre de M. Arnal lue à la précédente séance. M. Mérat déclare que l'ancienne commission nommée pour l'examen du pain de riz a donné sa démission; il convient donc d'en nommer une autre. Après un débat assez prolongé, l'Académie décide qu'il ne sera point nommé de commission nouvelle.

M. Gérardin a la parole pour la lecture du rapport de la commission de vaccine. M. Velpeau réclame son tour, et demande comment il se fait qu'inscrit depuis long-temps, il voie passer avant lui d'autres rapporteurs.

M. LE PRÉSIDENT. Parce que les rapports demandés par le gouvernement ont toujours la priorité.

Le reste de la séance est rempli par la lecture du rapport de M. Gérardin. Nous en donnerons l'extrait quand il aura été approuvé par l'Académie.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLE SONDE POUR SERVIR A L'INJECTION DU CANAL NASAL par son orifice inférieur, modifiée sur celle de M. Gensoul; par le docteur SIRUS PIRONDI.

Il y a peu de maladies du ressort spécial de la chirurgie, dont la méthode curative ait été autant changée, que pour la fistule lacrymale. La description de tous ces procédés plus ingénieux les uns que les autres, a donné matière à des volumes entiers. Toutefois, une seule de ces méthodes, qui semblerait préférable à toutes les autres puisqu'elle exclut l'instrument tranchant, a toujours trouvé peu de partisans. Depuis Anel, on a rarement tenté de guérir les fistules lacrymales à l'aide d'injections faites par les points lacrymaux; l'insuffisance de ce moyen a dû y faire renoncer dans plusieurs cas. Mais depuis que M. Gensoul, généralisant l'idée d'Anel, nous a montré, à l'aide de ses sondes, comment on peut attaquer par ses deux orifices à la fois le canal nasal oblitéré, on aurait pu faire plus souvent usage de la méthode des injections; méthode qui, j'ose le croire, rendra plus tard inutiles toutes les autres, dans le plus grand nombre des cas au moins. Bien rarement, en effet, l'oblitération du canal nasal pourra résister à des injections faites avec un liquide convenable, si l'on sait associer le procédé de M. Gensoul à celui d'Anel; et je crois que si cette méthode combinée n'a pas été généralement adoptée, c'est que d'un côté on n'est jamais parvenu à trouver un liquide d'une grande efficacité, et que d'ailleurs les sondes de M. Gensoul, telles que ce savant chirurgien les a imaginées, sont toujours d'une application difficile et souvent impossible.

Le cathétérisme avec les sondes de M. Gensoul est rendu difficile par deux causes principales: la direction parfois trop courbe du canal, et le trop peu de distance entre le bord libre du cornet inférieur et la face supérieure de l'apophyse palatine.

Dans le premier cas, la sonde reste seulement placée sous le cornet, et son extrémité ne pouvant dépasser l'orifice inférieur du canal, l'injection est nulle. Dans le second, il est impossible de pratiquer le second temps de ce cathétérisme, la rotation, et il faut renoncer à de nouvelles tentatives, car on s'exposerait à briser le cornet inférieur, comme je l'ai vu arriver parfois dans les amphithéâtres, lorsque les élèves s'exercent à cette opération.

M. Gensoul a fait donner au bec de ses sondes une direction qui suit autant que possible la direction du canal nasal; mais il suffit de les essayer sur quelques malades, pour s'apercevoir de suite qu'une même courbure ne saurait servir à tous les cas. La longueur du bec ensuite empêche que l'on puisse tourner l'instrument si le cornet est placé trop bas. Supposé donc que l'on eût le moyen de reconnaître d'avance la direction du canal et la position du cornet, il faudrait avoir pour ainsi dire autant de sondes qu'on aurait de malades à traiter, chose fort embarrassante, surtout dans un hôpital.

Les sondes de M. Gensoul, étant métalliques, ont surtout l'inconvénient d'être inflexibles et de ne pas suivre assez les contours de la face externe du cornet qu'elles *soulèvent* plus ou moins, ce qui cause des *tiraillemens* parfois insupportables aux malades.

On a, je crois, songé avant moi à des sondes en gomme élastique; mais, outre qu'étant tout en gomme, elles ne présentaient pas assez de solidité pour pouvoir bien pratiquer le cathétérisme, on n'a pas cherché à remplir toutes les indications que je vais indiquer.

La sonde que je propose est composée d'une partie que je nommerai *externe*, et qui est en argent, et d'une partie *interne* (1), qui est en gomme élastique. Celle-ci présente à son extrémité interne un bout qui est encore en argent. Des deux parties de la sonde en argent, l'externe, qui porte deux anneaux comme la sonde ordinaire, a deux pouces de long; l'interne, deux lignes seulement; la partie intermédiaire, en gomme élastique, a deux pouces huit lignes de long, ce qui donne quatre pouces trois quarts pour la longueur totale de la sonde. Légèrement conique dans toute sa longueur, elle a deux lignes de diamètre extérieur à son extrémité externe, et une ligne environ à son extrémité interne. Un stilet en argent flexible remplit presque exactement la capacité de la sonde, dès qu'il est parvenu à sa portion intermédiaire; un peu renflé à son extrémité interne, où il fait légèrement saillie à l'extrémité correspondante de la sonde, il porte un bouton à l'extrémité externe, plus deux petits tenons qui s'engagent dans deux mortaises pratiquées en arrière des anneaux de la sonde; cela sert à maintenir le stylet toujours uni à la sonde, de manière que l'un ne puisse pas tourner l'un sans l'autre. La portion intermédiaire de la sonde est graduée par lignes (2).

Voyons maintenant comment ces sondes peuvent faciliter le cathétérisme du canal nasal.

Avant de me servir de la sonde, j'ai soin d'examiner avec un stilet boutonné, flexible et de grosseur moyenne, quelle est la distance de l'orifice inférieur du canal au plancher des fosses nasales, et en même temps la position du cornet; je ne cherche point à faire pénétrer le stilet dans le canal, il me suffit de le sentir placé dans le méat inférieur, en touchant la partie supérieure de ce méat par l'extrémité de la courbure que je lui ai primitivement donnée. Il faut rarement changer plus de deux fois la courbure de ce stilet, pour trouver le point indiqué; d'ailleurs, ne voulant pas pénétrer dans l'intérieur du canal, cette courbure est si courte que le mouvement de rotation est toujours imperceptible au malade.

Ce stilet m'indique alors quelle courbure je puis donner à la sonde,

(1) Par ces deux dénominations, j'entends parler de la partie de la sonde qui reste *hors* des fosses nasales, et de celle qui est placée en *dedans*, une fois la sonde en place.

(2) C'est à M. Charrière qu'on en doit l'exécution.

que je *moule* pour ainsi dire sur lui à l'aide du stilet également flexible qui la traverse. Me servant alors de cette sonde comme de celle de M. Gensoul, j'arrive aisément à placer son extrémité interne dans le méat inférieur (1). Après quelques légers mouvemens pour trouver l'orifice du canal nasal, mouvemens que je puis multiplier en toute direction en tournant le bouton du stilet dégagé des mortaises, dès que je sens le bec de la sonde un peu engagé, je ne fais aucun mouvement pour le faire pénétrer, car c'est ce mouvement de bascule qui fait souvent manquer le canal; mais je tire doucement le stylet, et l'extrémité interne de la sonde, poussée par l'élasticité propre à la portion intermédiaire, monte dans l'intérieur du canal nasal aussi haut que peut le permettre sa capacité. Je sors alors entièrement le stilet, et il ne me reste qu'à faire l'injection comme à l'ordinaire. Je puis d'ailleurs laisser la sonde en place aussi long-temps que je le veux, sans crainte de fatiguer le malade; en effet que la portion intermédiaire s'adapte si aisément à tous les contours qu'elle doit parcourir, que tout tiraillement ou froissement devient impossible.

Les lignes marquées sur la portion intermédiaire ont pour but, dans les cas difficiles, de faire reconnaître sans nouvel essai quelle courbure on donnera à la sonde toutes les fois qu'on reviendra aux injections. On n'a qu'à noter la première fois à combien de lignes on a courbé l'instrument. Une seule sonde aussi pourrait, à la rigueur, suffire pour les deux côtés; mais il est mieux d'en avoir deux; car, les directions étant opposées à droite et à gauche, les stylets intérieurs ainsi que les portions intermédiaires se mouleront toujours mieux, si on s'en sert constamment du même côté.

En adaptant un bout de métal à l'extrémité de la sonde, j'ai eu pour but d'éviter que le tissu de la gomme élastique, un peu défait par l'humidité, ne finît par faire arcbouter la sonde contre cette espèce de diaphragme formé par un repli de la pituitaire à l'orifice inférieur du canal. Telle qu'elle est, la sonde pénètre toujours très-facilement; et, comme nous l'avons dit plus haut, la portion extérieure *inflexible* donne de la sûreté, de l'aisance et de la régularité au cathétérisme.

OBSERVATION DE RAGE COMMUNIQUÉE, développée malgré l'emploi du galvanisme; par le docteur L. PARIS, médecin de l'infirmerie royale et de la maison des jeunes détenus.

OBS. — Le 4 mai 1834, à cinq heures et demie du matin, le nommé George Joseph, ancien militaire, surveillant du parc de Versailles, est assailli par un chien de la race des doguins, de moyenne taille. Cet homme, d'une force athlétique, est obligé de lutter environ dix minutes avec l'animal avant d'en être débarrassé. Dans cette lutte il reçoit plusieurs blessures: 1° deux au genou gauche, très-superficielles, et que la dent n'a pu produire qu'après avoir percé un pantalon de drap; 2° deux autres, l'une à la main droite, de près d'un pouce d'étendue en longueur et d'une grande profondeur, et l'autre au poignet gauche, moins grande et moins profonde. Toutes les circonstances de l'accident pouvant donner lieu de craindre que l'animal ne soit enragé, la cautérisation des blessures est faite presque immédiatement (six heures du matin), au moyen de cautères lenticulaires par MM. les docteurs Voisin et Boucher de Versailles. Dans la journée suivante, MM. les docteurs Marc et Pravaz, ayant été instruits de l'accident, se transportent près du blessé, et le 6, à une heure du matin, ils font à chacune des plaies l'application du galvanisme au moyen de conducteurs en argent. Cette opération fait éprouver au malade des douleurs extrêmement vives, accompagnées de secousses tétaniques dans les membres et dans le tronc; cependant les aiguilles ne peuvent pénétrer à une profondeur aussi grande que les opérateurs le désiraient, à cause des escarres charbonneuses produites par le fer incandescent. Celles-ci étant tombées quelques jours plus tard, on juge convenable de cautériser de nouveau au moyen de l'application du nitrate acide de mercure. Les docteurs avaient l'intention de faire suivre cette seconde cautérisation d'une nouvelle application qui aurait pu atteindre des parties plus profondes du galvanisme, mais le blessé s'y est refusé d'une manière absolue.

Vers le milieu du mois de juillet, six semaines environ après l'accident, toutes les plaies sont cicatrisées; mais à compter de cette époque le blessé devient chagrin et morose, et cependant nul pressentiment d'accidens fâcheux ne paraît tourmenter son esprit.

Le 23, les cicatrices commencent à se gonfler; le malade en parle à ses camarades, mais comme d'une chose à peu près indifférente. Vers le soir il survient de l'anxiété, une douleur intense dans le bras droit, et particulièrement au poignet, à l'endroit de la cicatrice. George consulte alors M. Voisin, qui fait appliquer sur le membre malade un liniment calmant, des cataplasmes narcotiques, et conseille l'usage à l'intérieur d'une potion antispasmodique.

Le 24 au matin, diminution notable des symptômes; journée assez calme. Vers le soir retour des douleurs et de l'anxiété générale. Point de fièvre. (Même prescription que la veille.)

Le 25. Rémission moins marquée que la veille; retour de douleurs vives vers le soir. (40 sangsues au poignet.)

26. L'évacuation de sang paraît avoir produit un bon effet. Le malade est tout-à fait calme. Afin de le maintenir dans cet état, on juge convenable de le mettre au bain. Il y reste environ une heure et demie sans manifester la moindre horreur du liquide. Le mieux-être continue jusque vers le milieu de la nuit; mais à ce moment les douleurs reparaissent avec une intensité plus grande; l'anxiété est extrême. Un érysipèle d'apparence phlegmoneuse s'étend depuis l'endroit des cicatrices et des piqûres de sangsues jusqu'aux ganglions axillaires. Le malade commence alors à manifester de l'horreur pour les liquides. Il se plaint de ressentir une chaleur vive à la gorge, et lorsqu'il consent à boire la déglutition est très-difficile. La langue, examinée avec soin, ne présente aucun développement de pustules lyssiques.

27 au matin. Les douleurs du bras vont toujours croissant; l'irritabilité est extrême; la face est rouge, animée; les yeux deviennent brillans; le malade est tourmenté d'un besoin continuel de changer de position; ses idées se troublent par instans. On prend alors le parti de le faire transporter à l'infirmerie de la maison du roi. Il est, à cet effet, placé dans un fiacre, et M. Adolphe Guillery, chirurgien militaire à l'hôpital de Versailles, consent à l'accompagner, mission qui certainement n'était pas sans danger. Heureusement, pendant le trajet, George fut assez calme et se plaignit seulement, à plusieurs reprises, d'un sentiment de défaillance que l'inspiration de l'éther sulfurique faisait bientôt cesser. A onze heures, il était rendu à l'infirmerie.

A son arrivée, il est assez tranquille. Une légère fréquence du pouls, sans irrégularité; un peu d'incertitude dans le regard, ainsi qu'un léger embarras dans la parole, sont les seuls symptômes apparens. La langue, examinée de nouveau, n'offre pas de traces de pustules. Dès que le malade est placé dans son lit, on lui demande s'il veut boire; il répond affirmativement, et accorde une certaine préférence à la bière. On lui en présente; mais dès que ses lèvres ont touché le vase, il le repousse avec horreur; il est comme suffoqué, et ses idées se troublent; mais ce léger dérangement n'est que passager, et il s'entretient bientôt de son état avec le plus grand calme. *J'ai mal au bras seulement*, répète-t-il à plusieurs reprises, *mais ce ne sera rien; je suis sûr que le chien n'était pas enragé; je crains seulement d'avoir un abcès à l'aisselle.* (20 sangsues au col, 40 sur l'érysipèle du bras; cataplasmes aux jambes.)

Vers deux heures, malgré l'évacuation de sang qui a eu lieu, l'état fébrile augmente; le pouls est d'une dureté remarquable; le malade est en proie à une agitation très-grande; il est très-inquiet, parle beaucoup et ses idées ont peu de suite; il craint qu'on l'approche, est toujours tourmenté par l'idée qu'on va le galvaniser, et compare les douleurs qu'il éprouve à celles produites par les premières opérations. (Saignée de 4 palettes au bras gauche; sinapismes mitigés aux jambes; application de la camisole de force.)

Pendant le reste de la journée, George est beaucoup plus calme; sa raison semble entièrement revenue, et la camisole de force paraît produire sur son moral une impression si vive, que, pour éviter toute cause d'excitation, on juge convenable de la lui ôter.

A neuf heures, il survient une céphalalgie intense; le trouble des idées reparaît plus marqué que dans les accès précédens; l'agitation est aussi plus grande; le malade veut se lever et s'habiller; on a peine à le maintenir dans son lit. Vers onze heures, son état semble s'améliorer un peu; mais à peine a-t-il eu quelques instans de calme, qu'il est saisi d'un accès des plus violens; il saute hors de son lit, s'élance avec fureur sur toutes les personnes qui l'approchent, menace de mordre et essaie de le faire. Une mousse épaisse couvre ses lèvres; ses yeux sont étincelans; sept personnes, dont quelques-unes sont renversées sous ses coups, suffisent à peine pour le replacer dans son lit et lui remettre la camisole. Maintenu avec force, il fait de constans efforts pour briser ses liens, lance sa bave sur tous ceux qui l'environnent, et semble la diriger surtout au visage. Les paroles qu'il prononce n'ont aucune suite, et toutes sont l'expression de la fureur. (Sinapismes aux pieds, glace à la tête, lavement calmant.)

Pendant toute la nuit, le malade présente les mêmes symptômes avec plus ou moins d'intensité. Vers cinq heures du matin, il parvient à rompre ses liens, et l'horrible scène de la nuit se renouvelle. Dans la lutte, un infirmier est mordu à la main droite; heureusement la dent n'a fait qu'enlever l'épiderme dans une très-petite étendue. Après les plus grands efforts, le malade est de nouveau contenu et replacé dans son lit, où de nouveaux et plus forts liens sont destinés à le maintenir. Le même délire furieux persiste; le ptyalisme a lieu sans interruption. (40 sangsues aux jambes, lavement d'assa fœtida.)

Même état pendant une grande partie de la journée, et à l'exception de quelques instans d'affaissement que l'extrême fatigue, produite par une agitation si grande, devait nécessairement amener de temps en temps, le malade ne cesse de crier, de se débattre avec violence, de menacer toutes les personnes qui l'approchent, et de cracher sur tout ce qui l'entoure.

A trois heures, une légère rémission semble avoir lieu; on en profite pour faire administrer un lavement avec 6 grains de sulfate de quinine, dans l'intention de prévenir un nouvel accès. Bientôt le délire reparaît; seulement, il offre un caractère particulier. La fureur a disparu; toutes les idées du patient se tournent vers un sujet érotique; les paroles les plus obscènes et les plus ordurières sont sans cesse prononcées par lui, avec des éclats de rire et des contorsions ridicules.

Huit heures du soir. Toujours même délire; mais le malade perd ses forces; sa loquacité devient moins grande; la voix s'affaiblit peu à peu. Bientôt on n'entend plus que quelques sons rares et mal articulés. A dix heures, le malade a cessé tout-à-fait de parler; les mouvemens de la respiration sont difficiles et rares, mais encore très-apparens; il n'en est pas de même des mouvemens de la circulation; on ne sent déjà plus le pouls; l'oreille appliquée sur la poitrine ne perçoit plus les battemens du cœur; les yeux sont immobiles et ternes; la cornée de l'œil gauche est plissée et comme racornie. Enfin, à dix heures et demie, la respiration cesse aussi d'avoir lieu; la vie est éteinte, sans que l'on ait aperçu d'autres mouvemens convulsifs qu'un léger spasme des paupières.

NÉCROPSIE VINGT HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Rigidité cadavérique peu prononcée; lividités peu marquées à la partie postérieure du tronc; nul autre signe de putréfaction, et cepen

(1) On pourrait aussi se servir primitivement de la sonde, en lui donnant une nouvelle courbure, si par la première on n'a pu se placer; mais je préfère me servir primitivement d'un stylet, comme je viens de l'indiquer.

dont la température est très-élevée. Les cicatrices des morsures cautérisées, étant fendues dans toute leur longueur, paraissent superficielles.

Cavité crânienne. Injection très prononcée de la pie-mère, ainsi que des vaisseaux qui rampent à la surface des lobes du cerveau; coupe de la substance cérébrale humide, offrant un piqueté très-marqué; pas de sérosité dans les ventricules ni à la base du crâne.

Cavité rachidienne. La moelle épinière conserve sa couleur, sa consistance ordinaire; on remarque seulement, comme au cerveau, une injection très-prononcée de l'arachnoïde.

Région buccale. Pas de salive dans la bouche; pas de traces de pustules lyssiques sous la langue. Les glandes salivaires ne présentent qu'un développement ordinaire.

Thorax. L'intérieur du larynx, de la trachée-artère, des bronches, est tapissé par une légère couche de mucosités grisâtres. La membrane muqueuse qui tapisse ces parties est pâle; il en est de même de celles du pharynx et de l'œsophage. Il existe de fortes adhérences de formation ancienne entre les plèvres costale et pulmonaire du côté droit. Les poumons sont parfaitement crépitans; les veines et les artères sont gorgées d'un sang noir et caillé. On rencontre des caillots de même nature dans le cœur, qui paraît être d'un volume ordinaire.

Cavité abdominale. L'estomac, qui contient une quantité assez grande d'un liquide épais, visqueux, incolore, présente vers sa grande courbure une légère injection. La muqueuse semble un peu ramollie dans la même partie. Ce sont là les seules altérations appréciables dans le ventre.

NOTE SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE, par M. PRAVAZ.

Cette observation peut donner lieu à quelques réflexions assez importantes. La première est relative à l'inefficacité du cautère actuel comme moyen prophylactique, malgré la promptitude de son application. Déjà le docteur Trollier avait remarqué combien il est difficile de faire pénétrer son action dans la profondeur des blessures, soit parce qu'il s'éteint trop promptement, ou que la première escarre charbonneuse qu'il produit préserve du calorique les parties sous-jacentes. Dans le cas particulier dont on vient de lire l'histoire, les escarres ont été un obstacle manifeste à la décomposition, par le galvanisme, des tissus imprégnés de virus.

A l'occasion de ce nouveau procédé de cautérisation, qui m'a réussi chez les animaux dans plusieurs expériences communiquées à l'Académie royale de médecine, je noterai une circonstance omise dans l'observation de George, c'est que les douleurs que le malade éprouvait à la suite de la cautérisation par le fer rouge, cessèrent aussitôt après l'application du galvanisme.

La durée insolite de l'incubation, qui a été de quatre-vingt-quatre jours, est-elle liée par quelque rapport de causalité avec l'emploi de ce moyen, bien qu'il n'ait pu, en raison de son application tardive et incomplète, préserver le malade? Je me garderai de rien prononcer sur ce point; mais j'appellerai l'attention des médecins sur les sensations douloureuses qui ont précédé l'explosion de la rage, et que le malade comparait à celles produites par le galvanisme. Elles me semblent prouver, d'une part, que cette maladie est essentiellement nerveuse, et de l'autre, elles peuvent laisser pressentir que l'électricité serait un moyen à tenter dans les paroxismes mêmes de la rage, avec une probabilité de succès que l'on peut déduire de son efficacité dans quelques cas d'épilepsie.

EMPOISONNEMENT PAR UN LAVEMENT BELLADONISÉ; par M. PUTÉGNAT, D.-M.-P. à Lunéville (Meurthe).

OBS. — Une femme de 39 ans, d'une constitution délicate, d'une susceptibilité nerveuse extrême, ayant eu un avortement et neuf enfans tous morts, s'est confiée à mes soins dans les premiers jours d'octobre dernier. Alors, voici quel était son état. Corps maigre, facies jaune, terreux (celui d'une personne qui a perdu beaucoup de sang), muqueuses pâles, pouls serré, petit et fréquent; 100 pulsations par minute. Douleurs dans les aines et à la partie supérieure des cuisses; douleurs atroces dans les régions lombaire et hypogastrique; cette dernière augmente à la moindre pression. Pertes abondantes en rouge et en blanc par le vagin. Le toucher par ce canal fait reconnaître un prolapsus de la matrice hypertrophiée et une large ulcération du diamètre d'un pouce au moins) profonde de deux lignes, rongeant le corps et le col de cet organe et située au devant du rectum. Les bords en sont durs. La température et la sensibilité de la matrice sont augmentées. Le spéculum ne fait voir qu'une partie de l'ulcération. Constipation opiniâtre, grande difficulté pour uriner, organes respiratoires sains.

La malade se soumet au traitement suivant jusqu'au 7 novembre. Grands bains, dans lesquels elle ne demeure jamais moins de deux heures de suite, et dans lesquels elle se fait des injections; petites saignées du bras; trois applications de sangsues sur le bas-ventre, pour combattre les exacerbations de la péritonite. L'hypogastre continuellement couvert d'un cataplasme fait avec de la farine de lin délayée dans une décoction de guimauve et de belladone (la dose de celle-ci est d'une once pour une livre d'eau). Dans la journée, quatre à six injections avec la décoction narcotico-émolliente employée pour le cataplasme. Des demi-lavemens opiacés, quelquefois une pilule composée d'un demi-grain d'extrait d'opium et de deux grains de camphre. Pour boisson, une diète délayante; pour nourriture, du laitage, du bouillon de veau et du poulet rôti.

Le 7 novembre, un quart de lavement contenant huit gouttes de laudanum de Sydenham n'ayant point calmé les douleurs atroces de la malade, je conseillai de mettre dans le demi-lavement du soir environ une demi-cuillerée de la décoction narcotico-émolliente. L'effet désiré eut lieu sans aucun signe toxique. Le 8, même traitement, même effet. Le 9, deux semblables lavemens, celui du matin n'ayant calmé la douleur que pour un moment. Le 10 au matin, la malade ne souffrant que peu, prend, d'après mon avis, seulement un lavement émollient.

Vers 6 heures du soir, ses douleurs étant atroces, elle se fait préparer un lavement de belladone. Jusqu'alors elle-même, d'après ma recommandation, avait préparé ses lavemens narcotiques. La confection de ce dernier fut confiée à une domestique; on verra quelles en furent les suites. Immédiatement après la prise du lavement, j'arrive chez la malade, et n'y reste que fort peu de temps, celui nécessaire pour la toucher. A peine cinq minutes étaient-elles écoulées, qu'on m'appelle, disant que Mme X a une *attaque de nerfs* (la malade était épileptique). J'accours, et voici les symptômes qu'elle m'offre. Extrême faiblesse dans tous les membres, qui augmente à chaque instant; la malade se dit être paralysée. Point de céphalalgie; air hébété; désir de mordre. Ces symptômes n'étant pas ceux de l'épilepsie, je pensai aussitôt au lavement de belladone; et en effet, je vis que les pupilles étaient dilatées. L'indication était de faire prendre un lavement purgatif; mais j'étais retenu par le voisinage de la matrice. Cependant, comme le danger augmentait, je fis administrer un lavement d'eau ordinaire pendant qu'on en préparait un avec 2 onces d'huile de ricin. Celui-ci ne fut pris qu'en partie. La malade alors avait tout-à-fait perdu connaissance; ses membres étaient dans un état complet de résolution; le pouls faiblissait toujours; il y avait trismus. J'ouvre la veine médiane céphalique, qui est énorme; le sang ne sort qu'en bavant, vu l'état d'asphyxie dans lequel se trouvait la malade. J'ordonne 8 sangsues derrière les oreilles, des sinapismes aux poignets, des frictions sèches sur les bras; en même temps, on applique sur la tête deux serviettes trempées dans de l'eau froide, et que je fais renouveler à tout instant. Les sinapismes des poignets sont enlevés et remplacés par deux autres aux avant-bras. La figure de la malade est arrosée de vinaigre. Comme il y a trismus, je profite de l'absence de la première molaire inférieure droite pour introduire dans la bouche le tuyau d'un petit entonnoir dans lequel je verse par cuillerées la boisson, composée tantôt d'eau vinaigrée, tantôt d'une infusion de café.

A neuf heures et demie, malgré tous ces soins, la malade est dans l'état suivant: Pupilles aussi larges que la cornée transparente; pâleur générale; résolution complète des membres et du tronc; extrémités froides; pouls filiforme, régulier et très-fréquent: 115 pulsations à la minute; trismus; respiration rare, mais égale; l'auscultation la plus minutieuse ne peut faire entendre le bruit de l'air pénétrant dans les vésicules pulmonaires; le bruit du cœur est excessivement faible. Voyant l'accroissement du mal, au risque d'augmenter la lésion utérine, je fais continuer le même traitement, et j'ordonne, en outre, des sinapismes autour des articulations tibio-tarsiennes, que vingt minutes après je fais remplacer par deux autres, appliqués aux mollets; puis des frictions irritantes sur les cuisses et un demi-lavement d'infusion de café.

A onze heures, je remarque un léger changement en mieux, mais qui ne dure que quelques minutes. Une demi-heure après, je trouve le pouls moins petit. A minuit, le pouls se relève toujours; les extrémités me paraissent, contrairement aux assistans, moins froides, ce qui me donne de l'espoir. A une heure, la malade sent une forte chiquenaude appliquée sur le dos de la main, et élève un peu les bras vers la tête. A deux heures moins un quart, elle pousse un cri. A deux heures, après l'avoir beaucoup tourmentée, je lui demande où siége son mal, ce qu'elle paraît comprendre, car elle élève ses bras vers la tête. Bientôt après, elle tire la langue d'elle-même et à ma demande; dès-lors, je fais suspendre tout traitement, excepté l'application des réfrigérans sur la tête; on lui donne de l'eau d'orge. A trois heures, elle me reconnaît à la voix. Vers quatre heures, elle commence à délirer, à crier au voleur, etc.; ses mains épluchent (crocidisme). A cinq heures et demie, après avoir été tourmentée, elle paraît sortir d'un profond sommeil, a l'air hébété, puis sourit, reconnaît tous les assistans, se plaint d'une douleur siégeant là où furent les sinapismes. Sa vue, dit-elle, est trouble. Les pupilles sont un peu moins dilatées; point de céphalalgie. La voyant hors de tout danger imminent, je la quitte.

A neuf heures du matin, elle me dit qu'on lui a tout rapporté, me remercie les larmes aux yeux, me dit ne plus souffrir de la matrice, ce qui la réjouit fort, et se plaint d'être *toujours assoupie et d'avoir de drôles d'idées*. Ce ne fut que *trente-quatre heures* après l'accident que les pupilles reprirent leur dimension habituelle.

La sensibilité de la malade resta diminuée de beaucoup; car pendant huit jours elle ne ressentit aucune douleur du côté de l'utérus.

Cette femme est morte, le 12 janvier, des suites de son affection de la matrice.

REMÈDE CONTRE LA MASTURBATION HABITUELLE.

Monsieur,

En parcourant, il y a quelque temps, votre analyse d'un ouvrage sur les abus vénériens, je me suis rappelé quelques faits très-intéressans de la pratique de M. le docteur Ferroresi, à Naples.

En voyant tout récemment les réflexions que vous avez insérées sur un aliéné adonné à la masturbation, et sur les inconvéniens de la continence forcée produite par l'appareil coercitif dont on avait dû le munir, je me suis décidé à vous communiquer ces faits, dont le succès pourrait conduire à de hautes réflexions, mais qu'en l'état il s'agit d'abord de constater. Or, c'est à vous, monsieur, à appeler sur cet objet l'attention des praticiens.

M. le docteur Ferroresi a guéri une jeune fille qui était en proie à la nymphomanie la plus effrénée, et deux jeunes gens qui se mouraient sous l'habitude la plus incorrigible de la masturbation, *au moyen de simples applications de glace sur le lobe postérieur du cervelet*, ou plutôt *sur la protubérance occipitale*.

Ceci, je le dis bien, sont *des faits* indépendans de tout système, et des faits d'un haut intérêt pratique. Comme il m'a paru que vous n'aviez jamais aucune répugnance à louer la médecine étrangère à la France, et à lui faire des emprunts, j'espère que vous accueillerez cette observation.

Agréez, etc.,

Michel Saint-Martin.

Turin, 9 mars 1835.

RÉCLAMATION.

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous avez rapporté dans votre estimable journal (1834, n° 10, page 158) un article succinct sur les propriétés sédatives du sirop de pointes d'asperges, que j'avais eu l'honneur de vous adresser; mais il s'y est glissé une erreur que je vous prie de rectifier. Il y est dit qu'il entre un grain de digitale dans la formule que j'ai employée. J'ai assuré, au contraire, qu'il n'entrait point de digitale dans la composition de ce sirop, et voici la formule qu'ont suivie les pharmaciens à qui je l'ai donnée :

Suc dépuré et filtré, obtenu par contusion et expression des pointes d'asperges, 4 livre.
Sucre blanc et cristallisé, 28 onces.

Faites au bain-marie un sirop que vous passerez au travers d'une chausse de laine.

Cette formule a été indiquée par M. Girardin, pharmacien à Neufchâteau, et se trouve dans le *Journal de pharmacie*, année 1831.

Agréez, etc.,

Maurice Fuzet-Dupouget,
D.-M., inspecteur-adjoint des eaux thermales de Saint-Laurent les-Bains.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ COMPLET DE L'ART DES ACCOUCHEMENS, OU TOCOLOGIE THÉORIQUE OU PRATIQUE, avec un abrégé des maladies qui compliquent la grossesse, le travail et les couches, et de celles qui affectent les enfans nouveau-nés; par M. VELPEAU, professeur de clinique chirurgicale, etc. — Deuxième édition, corrigée et augmentée (1).

Il avait paru en 1829 un *Traité de tocologie* qui se recommandait par les qualités qui distinguent généralement les ouvrages de M. Velpeau, une expérience personnelle solide et étendue, et une étude approfondie des travaux des autres. Ce premier essai méritait dès-lors une place distinguée parmi les traités classiques de l'art des accouchemens; mais dans beaucoup de points on regrettait de trouver une concision qui allait jusqu'à la sécheresse; plusieurs questions importantes avaient été omises; enfin l'auteur puisait à pleines mains aux sources, sans donner à ses lecteurs aucun moyen de vérification. M. Velpeau reconnaît lui-même dans sa nouvelle préface tout ce qui manquait à son œuvre; et il a pris à tâche de la compléter sous tous ces rapports. Ce qu'il annonce comme une seconde édition est donc, à vrai dire, un livre tout nouveau, auquel le premier a fourni seulement quelques matériaux utiles. Il a aussi changé de titre, et il annonce aujourd'hui rien moins qu'un *Traité complet de l'art des accouchemens*.

Ce titre, un peu ambitieux sans doute, promet évidemment plus qu'il ne pourra tenir. Sans compter que le livre paru la veille est déjà dépassé par les travaux du lendemain, quel est le savant assez sûr de son érudition pour prétendre qu'il n'a oublié aucune idée utile dans les écrits de ses devanciers? Nous croyons qu'il serait très-facile de citer à M. Velpeau quelque mémoire bien obscur, quelque fait bien ignoré, qui ne se trouvent pas cités dans son ouvrage. Mais ce serait là une critique pauvre et mesquine en face d'un travail tel que le sien. Ce que nous tenons à dire et à constater avant tout, c'est que ce livre marque un progrès évident dans la manière de traiter la science, et que nous n'en connaissons aucun autre, ni en France ni à l'étranger, qui puisse soutenir le parallèle pour l'abondance des faits, l'exposition des doctrines et la multiplicité des recherches. Aussi ne nous bornerons-nous pas, cette fois, à une analyse ordinaire; mais après avoir brièvement indiqué le plan et les divisions de l'ouvrage, nous parcourrons les chapitres les plus importans, pour y signaler les idées principales qui se sont fait jour depuis une quinzaine d'années dans l'art des accouchemens, et dont nulle part ailleurs on ne trouverait un tableau aussi complet.

Dans une introduction fort étendue, l'auteur examine d'abord la valeur de l'art des accouchemens, question assez oiseuse; puis cet autre problème tout aussi grave : Qui doit exercer l'art des accouchemens? Ici du moins la conclusion est nouvelle : M. Velpeau pense que le progrès des sociétés humaines tend à faire disparaître les fonctions de sage-femme du rang des professions scientifiques, pour les réduire à celles de gardes-malade instruites et prudentes. Nous ne doutons pas que les sages-femmes n'aient d'excellentes raisons pour être d'un avis opposé; et quant à nous, nous laissons volontiers la solution de ce débat à l'avenir. Cette introduction est terminée par une notice historique sur les progrès de l'art des accouchemens, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, article intéressant, mais qui semble accuser une rédaction trop rapide; puis par un résumé synoptique des diverses positions du fœtus admises par les auteurs, et des tableaux de statistique tocologique dont les résultats sont consignés dans divers chapitres de l'ouvrage.

Le corps de l'ouvrage est divisé en huit livres. Le premier traite de l'anatomie des organes de la femme; le second, de la partie physiologique ou de la conception; le troisième de la gestation; le cinquième de l'anatomie et de la physiologie de l'œuf humain; le sixième de la partie pratique ou de l'accouchement; le septième des suites de couches, des soins à donner à la mère et des soins à donner à l'enfant.

L'étude des diamètres du bassin est si importante qu'à partir de Levret, tous les accoucheurs se sont occupés d'en déterminer l'étendue. M. Velpeau a trouvé, terme moyen, quatre pouces trois lignes pour le diamètre sacro-pubien, cinq pouces pour le bis-iliaque, quatre pouces et demi pour les obliques. Les accoucheurs anglais donnent des chiffres plus élevés; mais il faut faire attention que le pouce anglais est un peu moins long que le nôtre. A ces trois diamètres généralement admis, l'auteur en ajoute un quatrième, qui va d'une cavité cotyloïde à l'angle sacro-vertébral, et qu'il nomme *sacro cotyloïdien*. Il y en a donc un de chaque côté; leur étendue moyenne est de trois pouces huit à dix lignes.

L'axe de ce détroit est sujet à des variétés sans nombre; M. Nægelé l'a vu vertical chez une femme et parallèle à l'horizon chez une autre, quoique l'accouchement chez toutes deux se fût fait naturellement. Toutefois, d'après des recherches faites sur plus de 800 femmes, le même auteur conclut que l'angle qui sépare le plan du détroit supérieur d'une ligne horizontale tirée du pubis au sacrum est, terme moyen, de 50 à 60°. Levret ne lui en donnait que 35°. Quant au détroit inférieur, M. Nægelé a observé que, sur 500 femmes, le niveau du coccyx se trouvait 454 au-dessus du sommet de l'arcade, 26 fois au-dessous, 20 fois à la même hauteur. Toutefois lorsque le coccyx est abaissé par la tête du fœtus, sa pointe descend un peu plus bas que l'arcade sous-pubienne; cette remarque appartient à M. Velpeau.

Dans l'excavation le diamètre antéro-postérieur s'agrandit, le transverse et les obliques décroissent, en sorte qu'ils deviennent tous à peu près égaux, et offrent de quatre pouces trois lignes à quatre pouces neuf lignes.

Nous sauterons par-dessus l'article qui a trait aux vices de conformation du bassin et aux divers moyens de le mesurer. Notons seulement le peu de sécurité que donnent en général les mesures prises sur le vivant; une femme rachitique explorée par M. Deneux au moment du travail, offrit à un premier examen trois pouces pour le diamètre sacro-pubien, à un deuxième, deux pouces et quart seulement; elle mourut; on vérifia que ce diamètre avait quatre pouces moins une ligne.

L'étude des parties molles, à part le temps de la grossesse, offre peu d'intérêt à l'accoucheur. M. Velpeau pense, avec Huoter, que les règles sont une sécrétion et non une simple exhalation du sang naturel. Le sang menstruel en général ne contient point de fibrine; et sa non-coagulabilité est démontrée par l'état visqueux et fluide qu'il conserve dans les cas de rétention le plus prolongée. Nous hasarderons cependant un doute sur cette dernière preuve. Dans les plaies de poitrine où le cavité pleurale se remplit d'un sang moitié artériel et moitié veineux, nous avons toujours vu ce sang se conserver visqueux et liquide. Le

(1) Deux volumes in-8° de 600 à 700 pages, avec 16 planches gravées. Paris, 1835. Chez J.-B Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis.

phénomène de la coagulation du sang est soumis à des conditions trop peu connues encore pour autoriser des conséquences bien rigoureuses.

On sait toutes les discussions auxquelles a donné lieu la structure de la matrice. Est-elle ou non musculeuse? Sa muscularité parait du moins hors de doute dans les derniers temps de la gestation. Quelle est la direction de ses fibres? Les descriptions varient tellement qu'il n'est guère permis de penser qu'elle suit toujours la même; d'ailleurs on n'a guère disséqué la matrice qu'après l'issue du fœtus et quand elle était revenue sur elle même; mais c'est lorsqu'elle est pleine encore qu'il serait intéressant de savoir comment ses fibres se disposent, pour déterminer comment elle agit. On sait qu'elle se tourne habituellement du côté droit. M. Meirieu a constaté que chez une femme gauchère l'inclinaison avait lieu à gauche; et M. Velpeau incline à ériger ce fait en règle générale.

L'épaisseur de la matrice au terme de la grossesse est un autre point fort controversé. Mauriceau prétend qu'elle ne se distend qu'aux dépens de l'épaisseur de ses parois; ce qui est évidemment trop absolu. Mais M. Velpeau, qui enseigne que ses parois conservent à peu près la même épaisseur que dans l'état de vacuité, nous semble donner dans une autre exagération. Il ne faut pas confondre la matrice encore pleine avec la matrice déjà revenue sur elle-même après la fuite des eaux; dans le premier cas, Meckel l'a trouvée épaisse de deux à quatre lignes, selon les régions, vers le huitième mois; et plus mince encore au neuvième.

Le toucher par le vagin est suffisamment connu. Il rend à peu près inutile le toucher par le rectum; mais il ne donne toutes les lumières qu'on a droit d'en attendre, que secondé par le toucher abdominal. M. Velpeau consacre à ce dernier un excellent article où il démontre toute son importance, et combien il mérite peu l'oubli où il est tombé. Chez une femme couchée, la dépression abdominale permet d'arriver assez près des deux tiers du bassin, au-dessous du promontoire, pour que rien n'échappe à la recherche des deux mains réunies. Cela est si vrai, qu'en glissant l'indicateur par le vagin sur les différens points de la moitié antérieure du bassin, ce doigt parvient sans difficulté au-dessus ou au niveau du détroit supérieur, de manière à pouvoir être senti distinctement par l'autre main, soit au niveau des pubis, soit par le bord interne des fosses iliaques. Aussi est-il rare qu'un simple engorgement des ovaires ou des trompes, et même des ganglions lymphatiques, échappe à un pareil examen. Pour moi, ajoute M. Velpeau, je ne crains pas de le dire, après l'avoir souvent éprouvé; en s'y prenant ainsi *on pourra constater l'état de gestation chez autant de femmes dans le deuxième ou le troisième mois, que dans le quatrième, par le toucher simple.*

L'auscultation est un autre moyen de s'assurer de la grossesse, dont on a tour à tour beaucoup réduit ou beaucoup exagéré les avantages. De la comparaison des faits allégués de part et d'autre, il résulte ceci: 1° que le bruit du cœur du fœtus est un signe certain de la grossesse et de la vie de l'enfant; 2° que son existence simultanée sur deux points opposés permet d'annoncer la présence de deux jumeaux; 3° que ce signe, rencontré chez une femme dont l'utérus est peu développé, indique une grossesse extra-utérine; 4° mais que son absence ne prouve rien, ni contre la réalité de la grossesse, ni contre la vie de l'enfant. Le bruit de souffle est infiniment moins décisif, puisqu'on l'a entendu après la délivrance, et même chez une femme qui portait dans le bassin deux tumeurs fibreuses, sans grossesse, et sans développement marqué du système vasculaire utérin. Du moins, avant d'en tirer quelque induction, faudrait-il arriver à distinguer nettement le souffle qui appartient à la grossesse, de celui qu'on entend dans d'autres cas; mais cette distinction est encore à établir.

Les grossesses extra-utérines ont divers siéges. L'une de celles qu'on regardait comme les plus fréquentes était la grossesse ovarique, c'est-à-dire, pour plus de clarté, le fœtus développé dans l'intérieur de l'ovaire. Elle est aujourd'hui plus que douteuse, malgré les observations décisives en apparence qu'on a rapportées à l'appui. « J'ai appris à mes dépens, dit M. Velpeau, combien il est facile de s'en laisser imposer sur ce point. » En 1824 et 1825, il avait cru trouver quatre faits de ce genre; il les présenta à la société philomatique, qui chargea MM. de Blainville et Serres de les examiner; trois de ces tumeurs furent d'abord reconnues être en dehors de l'ovaire. La quatrième, qui ne dépassait pas le volume du pouce, offrit plus de difficultés; toutefois, après avoir isolé la trompe qui était saine, on constata que le détritus de conception occupait un sac particulier entre la couche péritonéale et la membrane propre de l'ovaire, qui en était entièrement distinct.

En revanche, l'histoire des anomalies de la conception s'est enrichie d'une nouvelle grossesse, dite *interstitielle*, et siégeant dans le tissu utérin même, sur laquelle M. Breschet a publié un excellent mémoire.

La partie consacrée à l'histoire de l'œuf humain est empruntée au beau travail de l'auteur sur l'*ovologie*; nous en avons rendu compte ailleurs; il est donc superflu de nous y arrêter. Nous arrivons à la part e pratique.

La position de beaucoup la plus commune du fœtus, au terme de la grossesse, est celle dans laquelle la tête est tournée en bas. Dans un mémoire fort intéressant, que n'ont point oublié les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, M. Paul Dubois avait combattu la théorie généralement admise, et substitué aux causes mécaniques l'instinct même du fœtus. M. Velpeau n'est point de cette opinion, et il préfère l'explication tirée du plus grand poids de la tête. La discussion aurait mérité plus d'étendue, et nous avouons qu'elle nous a laissé inclinant pour la théorie de M. P. Dubois.

Un grand sujet de débat entre les accoucheurs, c'est le nombre et les espèces des positions admissibles de la tête au détroit supérieur. La classification de Baudelocque, plus ou moins modifiée, a long-temps régné dans nos écoles; mais elle perd peu à peu de son crédit, et les accoucheurs modernes penchent davantage vers celle de M. Nægele de Heidelberg. Celle-ci a du moins le mérite de la simplicité; M. Nægelé n'admet que deux positions du vertex, qu'il nomme *occipito-cotyloïdienne gauche*, et *fronto cotyloïdienne gauche*. Tandis que l'école de Baudelocque partageait le bassin en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, et ne reconnaissait que des positions antéro-postérieures directes ou obliques, l'école nouvelle divise le bassin, du moins au détroit supérieur, en moitié droite et en moitié gauche, et n'admet comme fondamentales que les positions occipito-latérales. On a modifié après cela la classification de plusieurs manières; mais le principe gagne chaque jour des adhérens, et M. Velpeau l'adopte sans réserve. Il y a toutefois dans les termes dont il se sert une contradiction apparente qu'il importe d'expliquer. Ainsi pour lui toutes les positions du vertex se réduisent à deux; l'une dans laquelle l'occiput sort en avant, l'autre dans laquelle il sort en arrière, et il les nomme *occipito-antérieure* et *occipito-postérieure*. Mais il a grand soin de noter que ces expressions ne doivent s'entendre que du passage de la tête à travers le détroit inférieur. Il classe les positions diverses, au détroit supérieur, selon qu'elles ont plus de tendance à se convertir en l'une ou en l'autre de ces deux positions de sortie; et c'est ainsi que, tout en admettant en haut les positions occipito-latérales comme fondamentales, il arrive cependant à six variétés absolument semblables à celles de Baudelocque.

Cette conclusion semble rallier les deux systèmes et donner l'explication de tous les faits. Il est essentiel de remarquer cependant qu'elle n'est fondée que sur des possibilités et non sur des observations bien précises; on admet bien généralement que l'occiput *peut* s'appliquer à tous les points de la circonférence du détroit supérieur; mais on n'en administre aucune preuve. Bien plus, nombre d'accoucheurs renommés nient formellement les positions antéro-postérieures directes; et M. Nægelé, observateur consciencieux, rejette même, comme on l'a vu, deux des positions obliques. D'où vient une semblable incertitude? C'est que rien n'est moins sûr, en vérité, que les notions acquises à l'aide du toucher au détroit supérieur; à tel point qu'on dispute encore pour savoir si c'est le vertex qui se présente au centre de ce détroit, ou bien la bosse pariétale droite, ou bien la bosse pariétale gauche; à ce point que MM. Nægelé et Stoltz ont fini par donner comme un des meilleurs moyens de reconnaître les positions du vertex, la tumeur du cuir chevelu qui se remarque sur la tête des nouveau-nés. Aussi inclinons-nous fortement à adopter, comme les seules vraies et incontestables, les deux positions fondamentales de M. Velpeau, qui se constatent, à la sortie de la tête, à la fois par la vue et par le toucher; au détroit supérieur, toutes paraissent se réunir aux positions occipito-latérales.

Nous n'admettons qu'avec la même réserve tout ce que racontent les accoucheurs des quatre mouvemens opérés par la tête du fœtus durant le passage, savoir: la flexion, la rotation, l'extension, la restitution. Les phénomènes généraux sont réels et observables, à part peut-être encore celui de la flexion; mais tous les détails sont sujets à controverse, parce qu'ils échappent à la constatation précise des sens. On se souvient, par exemple, de l'influence qu'on accordait aux parois latérales du bassin, représentant des plans inclinés, pour favoriser la rotation graduelle de la tête; aujourd'hui il paraît, nous ne dirons pas démontré, mais assez probable, que la rotation ne commence que quand la tête touche le plancher du bassin et se présente au détroit inférieur.

Les positions occipito-postérieures sont bien plus douteuses encore, attendu la rareté des occasions de les observer. C'est surtout ici que M. Nægelé s'écarte de tous les autres accoucheurs; tandis que les trois positions postérieures réunies ne seraient aux antérieures que dans la proportion de 1 ou tout au plus de 2 à 100, le professeur de Heidelberg dit avoir rencontré la *fronto-cotyloïdienne gauche* la seule qu'il admette, 30 fois sur 100. Tandis que tous les auteurs regardent ces positions comme très-difficiles, et exigeant presque nécessairement l'emploi du forceps, M. Nægelé les donne comme presque aussi favorables à la sortie de l'enfant que les autres. Enfin, on enseignait avant lui que l'occiput devait alors sortir du détroit inférieur en arrière; et il professe qu'il sort presque toujours en avant, et qu'il est à la fois rationnel et facile de favoriser la rotation dans ce sens. Ces idées sont neuves et importantes; car elles n'influent pas seulement sur le pronostic à porter, mais aussi sur la pratique à suivre. M. Velpeau déclare qu'après avoir regardé cette rotation de l'occiput en avant comme une exception, il s'est convaincu qu'elle constitue véritablement la règle; et nous nous souvenons d'avoir ouï M. P. Dubois soutenir la même opinion à l'Académie de médecine.

Les présentations de la face étaient aussi rangées par Baudelocque parmi celles qui nécessitent les secours de l'art; madame Lachapelle a montré que lorsque le menton sortait en avant, l'accouchement était presque aussi naturel et facile que dans la présentation du sommet. Lorsque le menton est placé en arrière, le pronostic n'est point aussi favorable; cependant M. Velpeau cite déjà quelques faits de parturition spontanée; et le mémoire récent de M. Guillemot, que nous avons analysé, a levé à cet égard toute espèce de doute.

Pour les présentations des pieds, des genoux, du bassin, M. Nægelé, suivi par M. P. Dubois, n'admet que deux positions; dans l'une le dos regarde à droite; dans l'autre à gauche. M. Velpeau objecte qu'il importe peu de savoir, lorsque le tronc est sorti, si le dos regardait à droite ou à gauche, mais bien s'il était tourné en avant ou en arrière. Il décrit ensuite quatre positions pour les pieds, autant pour les genoux et autant pour le siége, *par respect*, dit-il, *pour les idées reçues*. Cette raison a lieu de surprendre dans un auteur qui s'en est si souvent écarté avec avantage; c'est de reste peut-être la seule concession de ce genre qu'il fait dans son livre; et elle porte sur un sujet assez peu important.

Dans ces accouchemens spontanés, le rôle de l'accoucheur est presque tout d'expectation. Nous avons dit qu'il doit favoriser la rotation de l'occiput en avant chaque fois que cette région paraît incliner en arrière. Pour s'opposer à la rupture du périnée, l'auteur rappelle le précepte de Flamant déjà indiqué par Puzos, et qui consiste à saisir la peau des fesses avec les deux mains et à la ramener en avant, « pour procurer de l'étoffe au lieu qui est en souffrance.» Contre l'inertie utérine, il conseille le seigle ergoté et la compression de l'abdomen, sur laquelle nous avons publié un dernier plusieurs articles.

Parmi les causes qui rendent les secours de l'art indispensables, même dans les positions les plus naturelles, il faut ranger au premier rang l'hémorrhagie interne. M. Burns la combat avec l'alun; Hamilton, Gooch donnent l'opium à des doses énormes; M. Dewees préfère le sucre de saturne. Nous négligeons trop en France de vérifier les résultats annoncés ailleurs; et c'est ainsi que les meilleures applications thérapeutiques restent dans un oubli immérité. M. Velpeau, d'après un petit nombre d'essais, pense que l'alun et l'opium ne sont point des ressources à dédaigner; mais il se loue spécialement, pour son compte, d'un sinapisme appliqué entre les deux épaules. La compression du ventre, la compression de l'aorte au niveau de l'ombilic sont suffisamment connues.

L'article *convulsions* est emprunté à la savante thèse soutenue par l'auteur dans le concours pour la chaire de clinique d'accouchemens, et dont nous avons rendu compte. Nous passerons légèrement sur les autres causes de dystocie qui appartiennent soit à l'enfant, soit à la mère, non toutefois sans signaler à nos lecteurs un excellent chapitre sur les évolutions spontanées, dont nous aurions donné une analyse étendue, si nos lecteurs n'avaient encore présente à l'esprit la discussion soulevée par M. Velpeau lui-même à l'Académie de médecine sur cet important sujet.

Les opérations qui sont du ressort de l'accoucheur, sont: les diverses espèces de versions; l'application du forceps et du levier; l'accouchement provoqué, la symphyséotomie, l'opération césarienne, la céphalotomie et la céphalotripsie. La version céphalique, tant vantée par Flamant, commence à être admise par les accoucheurs comme une ressource de quelque importance. M. Velpeau n'a pas peu servi à cette révolution dans les idées, en démontrant mieux qu'on ne l'avait fait avant lui les dangers que fait courir au fœtus la version podalique. Il ne pense pas cependant, comme Flamant, que la version par la tête doive être préférée dans presque tous les cas, même quand il y a des accidens du côté de la mère. Les seules indications qu'il admette sont: 1° lorsque le bassin est bien conformé, qu'aucun autre accident n'est venu s'adjoindre à la position du fœtus, et que la tête se trouve aux environs du détroit en position inclinée; 2° dans les présentations de l'épaule, du dos ou de la partie antérieure du thorax, si le bras lui-même n'est pas sorti, et si l'utérus n'est pas trop fortement contracté. En somme, il paraît prudent de l'essayer toutes les fois que les pieds sont plus éloignés du détroit que le sommet, et que la tête semble devoir permettre à la parturition de se terminer ensuite spontanément.

Le chapitre consacré à la présentation du bras est un des mieux traités de l'ouvrage. Toutes les discussions de l'Académie de médecine s'y trouvent résumées, et complétées par des recherches nouvelles.

Le forceps est un instrument sur l'emploi duquel les accoucheurs sont loin d'être fixés. Depuis Levret jusqu'à Baudelocque, on y recourait en France avec une facilité excessive. Les idées ont changé depuis, et nous ne voudrions pas dire qu'on n'est pas tombé dans une exagération opposée. On l'a appliqué à l'Hôtel-Dieu de Paris une fois sur 280, en 1829; à Saint-Louis; une fois sur 240; à Troyes, une seule fois sur 1262, selon M. Pigeotte. Les étrangers en font un plus fréquent usage; ainsi M. Carus s'en est servi 19 fois sur 220, en 1827; Siébold, 15 sur 137; M. Merrem, 14 sur 157; enfin M. Hagen, 93 fois sur 350 accouchemens. En Angleterre, M. Burns, qui blâme la méthode expectante, l'emploie environ une fois sur 53. Si la version céphalique était plus généralement adoptée, sans doute que l'emploi du forceps deviendrait aussi plus fréquent; et ce serait probablement avec avantage. Dans un relevé de Riecke, on voit que 3,000 versions ont donné 1,600 fœtus morts, tandis qu'il n'y en a eu que 130 pour 2,700 accouchemens faits avec le forceps. M. Velpeau est d'avis, d'après ces faits et d'autres semblables, que le forceps doit être préféré à la version quand on peut l'appliquer; nous partageons pleinement cet avis. Nous irions même plus loin que lui; et le forceps nous paraît indiqué toutes les fois que le travail se prolonge extrêmement, et que le seigle ergoté reste sans action sur la matrice. En hâtant l'accouchement, alors on évite à la mère des douleurs cruelles, et on diminue les chances de métrite puerpérale; et l'on parviendrait aussi à sauver des enfans que tue la longueur du travail. Les objections contre l'emploi du forceps se résument dans cette phrase de M. Velpeau: « La plupart de ceux qui s'en servent plus fréquemment (qu'une fois sur 200) n'ont pas tort simplement parce qu'ils pratiquent une opération inutile, mais aussi et surtout parce qu'ils dérangent sans besoin la marche d'une fonction naturelle, parce qu'ils s'exposent volontairement à rendre les suites des couches plus compliquées, en admettant même qu'ils soient sûrs de ne blesser aucun organe. »

On peut répondre que l'opération n'est jamais inutile quand elle sauve des douleurs à la mère; que la fonction ne s'exécute pas naturellement quand elle se prolonge trois jours et plus, et qu'en la hâtant, on la ramène au contraire à son rhythme ordinaire; que la lésion des organes est rare quand on sait manier l'instrument, et qu'elle est encore de peu d'importance. La seule objection valable est la crainte de suites de couches plus compliquées. Or, il faudrait démontrer que le forceps donne réellement lieu à des accidens de ce genre. L'hémorrhagie seule est à craindre; mais il suffirait, pour l'éviter, de n'appliquer le forceps que quand il existe des contractions utérines, et de n'extraire le tronc du fœtus qu'à mesure que l'organe revient sur lui-même. Ce sujet nous paraît digne de toute attention; et si nos accoucheurs méritent quelque reproche, c'est assurément de trop attendre. On n'y gagne rien, et l'on y risque beaucoup.

Nous pouvons glisser rapidement sur les autres opérations, les unes connues depuis long temps; les autres toutes nouvelles, comme la céphalotripsie et l'accouchement prématuré; mais la GAZETTE MÉDICALE a pris soin de publier tous les travaux relatifs à ces importantes questions; et nous ne ferions que nous répéter. La longueur de cette analyse nous avertit aussi qu'il est temps de la terminer.

Seize planches gravées ornent cet ouvrage; elles représentent les organes de la femme, une partie de l'ovologie, les positions du fœtus, les principales manœuvres et enfin les instrumens. Elles sont dues au crayon de M. Chazal et au burin de M. A. Tardieu.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale de Paris.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UN ÉTAT PATHOLOGIQUE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE QUI N'AVAIT PAS ENCORE ÉTÉ DÉCRIT, par le docteur Griffin, médecin de l'infirmerie et de l'hôpital des Femmes-en-Couches de Limerick (1).

L'état morbide dont il va être question dans cet article comprend une foule d'affections désignées par des noms différens, mais qui ont été réunies récemment sous le terme générique d'*irritation spinale*. Nous ne chercherons pas à donner ici une définition exacte de cette expression; il est plus difficile qu'on ne le pense communément de donner de bonnes définitions en médecine, et d'ailleurs les détails dans lesquels nous allons entrer suffiraient déjà pour faire comprendre le sens que nous attachons aux mots irritation spinale; cependant nous dirons que toutes les fois que cette expression sera employée dans le travail que nous publions ici, elle aura pour but d'indiquer un état morbide différent de l'inflammation, que l'on ne peut rattacher, comme effet, à aucune altération organique appréciable, et qui offre, en outre, comme caractère constant et pathognomonique, une douleur déterminée par la pression sur le rachis, non dans le point où elle est exercée, mais sur des points plus ou moins éloignés.

On n'avait pas tenu compte jusqu'à ces derniers temps de ce symptôme particulier aux affections dont nous nous occupons, et même on peut dire qu'il avait été complètement passé sous silence par la plupart des observateurs. La douleur que détermine dans cette circonsstance, et sur des points différens du corps, la pression exercée sur une partie de la colonne vertébrale, quelque légère que soit cette pression, varie suivant les cas. Les malades la rapportent habituellement aux parties où se rendent les nerfs dont les racines partent du point de la colonne vertébrale sur lequel s'exerce la compression. Cette douleur, nous la désignons sous le nom de douleur correspondante, pour la distinguer de celle qu'éprouvent quelques sujets sur la partie même du rachis, sur

(1) Ce mémoire est le résumé d'un ouvrage qui vient de paraître tout récemment sous ce titre : *Observations on the functional affections of the spinal chord*, by William Griffen. London, 1834.

Déjà la Gazette médicale avait, dans un article spécial, appelé en 1831 l'attention sur les importans travaux du docteur Griffen; mais à cette époque, il n'avait encore publié qu'une très-petite partie de ses recherches; et depuis lors il les a continuées. Depuis la même époque aussi, plusieurs médecins anglais et américains ont adopté la même manière de voir, ainsi qu'on l'a constaté dans nos revues de journaux anglais et américains.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Mon cher confrère, tous les journaux politiques ont retenti des événemens auxquels a donné lieu l'ouverture d'un cours public d'hygiène par M. H. Royer-Collard. Toute l'histoire de cette affaire vous est suffisamment connue, sans doute. Vous savez que M. Desgenettes ayant témoigné l'intention de suspendre son cours cette année, la Faculté s'empressa de lui trouver un suppléant parmi les agrégés professeurs. Il arriva par malheur que ce suppléant, n'importe par quel motif, ne convint pas à M. Desgenettes, qui se décida à revenir sur sa première détermination et à continuer son cours. Le professeur suppléant, arrêté tout court à son début, a désiré prouver qu'il était capable d'enseigner l'hygiène, et a ouvert en conséquence un cours public et gratuit. Jusqu'ici il n'y a rien de bien extraordinaire. Tout le monde a agi dans la parfaite limite de ses droits, le professeur titulaire, le suppléant et la Faculté. On aurait dû même se féliciter du résultat; car au lieu d'un seul cours d'hygiène, on en avait deux maintenant, sans que le budget de l'école fût grevé d'un centime. Mais le malheur a voulu que la politique s'en soit mêlée.

Pourquoi la politique s'en est-elle mêlée? Ne nous le demandez pas. Elle est intervenue dans l'affaire toute scientifique et scolaire de M. Royer-Collard, comme elle intervient aujourd'hui dans toutes les questions possibles d'art, de littérature, d'industrie, et, comme c'était inévitable, elle l'a gâtée et dénaturée; elle a amené à sa suite l'injustice, l'exagération, les mauvais procédés, la colère, toutes les fatales passions qui souillent la lutte des partis.

Il est évident d'abord que tout le désordre dont nous venons d'être témoins tient à une question de personne. Si la Faculté, au lieu de nommer M. Hip. Royer-Collard pour suppléer M. Desgenettes eût choisi tout autre agrégé, M. Cas. Broussais par exemple, qui, dit-on, avait quelques raisons de l'espérer, tout se serait passé à merveille. M. Desgenettes aurait tranquillement cédé la place, et serait allé terminer dans une douce retraite la seconde partie de ses intéressans mémoires. M. Cas. Broussais aurait fait de l'hygiène physiologique sans risquer d'être interrompu par personne, et la plus grande partie de la studieuse jeunesse ne se serait même pas aperçue de ce changement. Le destin a voulu que le suppléant nommé ne fût ni M. C. Broussais, ni aucun de ceux qui le pouvaient être sans danger pour la chose publique. Il a fallu qu'on prît tout exprès M. Hip. Royer-Collard. Vous ne connaissez pas probablement ce jeune

laquelle on exerce la compression, et qu'il est très-important de ne point confondre avec elle.

La sensation déterminée par la pression sur un point du rachis dans une partie plus ou moins éloignée se présente sous la forme, tantôt d'une céphalalgie frontale plus ou moins intense, tantôt d'une douleur aiguë sur d'autres parties du crâne ou dans les points où se distribue la cinquième paire. D'autres fois, elle affecte la forme de différentes affections des organes respiratoires ou du cœur; la syncope, les palpitations, une orthopnée subite; ou bien elle offre la plupart des symptômes que l'on attribue à l'inflammation aiguë des divers organes contenus dans l'abdomen; ou ceux qui appartiennent à la gastralgie, à l'entéralgie et aux autres affections nerveuses des mêmes régions. Aussi la première division qui se présente à l'esprit pour l'étude de ces maladies, c'est celle que les anatomistes ont adoptée pour la colonne vertébrale elle-même, et qui distingue les affections simulées par l'irritation spinale cervicales, dorsales et lombaires. Cependant on ne doit pas regarder cette division comme absolument rigoureuse; car il y a un grand nombre de cas où une ou deux vertèbres seulement semblent compromises, et il en est d'autres où l'irritation s'étend non-seulement sur toutes les vertèbres cervicales, mais encore sur quelques-unes des premières dorsales; enfin, dans quelques cas, la pression sur toutes la colonne vertébrale détermine des douleurs depuis l'occiput ou le front jusqu'à la plante des pieds. Nous allons exposer les plus importantes de ces formes en donnant des exemples de chacune d'elles.

Irritation de la portion cervicale de la moelle épinière.

On peut ranger parmi les symptômes les plus fréquens de l'irritation de cette portion de la moelle épinière, certaines espèces de céphalalgie, soit aiguës, soit chroniques; quelques douleurs névralgiques du front, des joues, de la face, des mamelles, du sternum, de l'épaule et du bras; puis quelques cas d'affection des sens, telles que la perte de la vue, les hallucinations, l'héméralopie, les vertiges, la surdité ou l'audition de bruits étranges dans les oreilles, le délire, la syncope.

Ces symptômes s'observent quelquefois seuls; mais le plus souvent ils existent simultanément, sinon tous, au moins plusieurs à la fois, et même il arrive aussi fréquemment qu'ils sont combinés aux symptômes d'irritation des autres parties de la moelle. Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque la maladie est bornée à un petit nombre de vertèbres, il n'y a pas de réaction générale; tandis que quand les symptômes d'irritation sont fournis par une longueur considérable du rachis, et offrent une grande intensité, le système circulatoire prend part à la maladie, qui se complique d'accidens fébriles; mais cette circonstance est loin de se présenter dans le plus grand nombre de cas.

Les phénomènes morbides qui indiquent l'irritation spinale se rencontrent si fréquemment dans la pratique, que nous avons cru devoir examiner tous les malades qui se présentaient au dispensaire, afin de nous assurer jusqu'à quel point on peut les considérer comme appartenant à une affection spéciale; et le résultat de ces recherches fut qu'ils existent dans la plupart des affections que l'on regarde généralement comme nerveuses, et où l'on ne peut constater aucune lésion locale. On les retrouve en outre dans un certain nombre de cas d'une origine douteuse; et que l'on considère fréquemment comme dépendant d'une autre cause, tandis que réellement on ne peut les ranger que parmi les affections nerveuses; c'est précisément sous ce rapport que ces recherches offrent une utilité pratique incontestable, puisqu'elles nous donnent un moyen, que l'on peut regarder comme certain, de rapporter à leur véritable origine des cas jusqu'ici douteux, et dans le traitement desquels le praticien commet presque nécessairement de graves erreurs. L'un des faits les plus remarquables en pathologie, et en même temps des plus embarrassans, c'est la ressemblance qui existe entre deux ordres d'affections essentiellement différentes, les phlegmasies et les névroses, ressemblance qui avait été déjà signalée par plusieurs observateurs, et particulièrement par Abernethy dans son *Essai sur l'origine constitutionnelle des maladies locales*, et par M. Brodie dans ses *Recherches sur les maladies des articulations.*

Nous allons rapporter d'abord quelques cas où la maladie s'est offerte dans sa plus grande simplicité.

CÉPHALALGIE FRONTALE ET SURDITÉ AUGMENTANT PAR LA PRESSION SUR LES VERTÈBRES CERVICALES. — GUÉRISON PAR LES PURGATIFS ET LES VÉSICATOIRES.

OBS. I. — J. O'Brien, âgé de 44 ans, dit éprouver depuis un an une douleur très-vive au front et dans toutes les parties supérieures de la tête accompagné de surdité. La pression sur la première et la seconde vertèbres cervicales détermine une violente douleur au sommet de la tête. Il guérit par l'emploi des purgatifs et par l'application d'un vésicatoire à la nuque.

DOULEURS AIGUES DANS LES DEUX MACHOIRES ET LES JOUES, AUGMENTANT PAR LA PRESSION SUR LES PREMIÈRES VERTÈBRES CERVICALES.

OBS. II. — E..r, âgé de 44 ans, se plaint d'une douleur qui occupe les deux mâchoires, toutes les dents et la joue du côté droit. Cette douleur semble partir de l'angle de la mâchoire, immédiatement au-dessous de l'oreille et s'étend jusque sur le col et jusqu'à la clavicule. La pression sur les premières vertèbres cervicales détermine des douleurs lancinantes qui pénètrent dans toutes les dents.

Il n'est pas également facile d'expliquer tous les phénomènes qui appartiennent à l'irritation spinale. Ainsi, les douleurs que détermine soit au col, soit dans les épaules, soit même dans les côtés de la poitrine, la pression sur les premières vertèbres cervicales peuvent être facilement expliquées par la compression des racines des nerfs, dont la sensibilité est morbidement exaltée, mais il n'en est pas de même de la douleur soit au front, soit à l'occiput, où l'on ne peut suivre aucun nerf spécial qui soit comprimé par la pression sur ces vertèbres; cependant telle est la liaison intime qui existe entre les grands centres nerveux, le cerveau et la moelle épinière que le fait que nous signalons ici, bien qu'inexplicable, ne peut cependant surprendre.

Ce que nous venons de dire du cerveau nous pouvons le répéter pour les nerfs de la cinquième paire dont les racines sont hors d'atteinte de la compression occasionée par la pression sur les vertèbres, et pourtant le dernier fait ne permet pas de douter que les névralgies de la cinquième paire ne se compliquent quelquefois de l'irritation spinale. Le fait suivant en est encore un autre exemple frappant.

DOULEURS QUI SUIVENT LA DISTRIBUTION DES BRANCHES DE LA CINQUIÈME PAIRE, AUGMENTANT PAR LA PRESSION SUR LES VERTÈBRES CERVICALES.

OBS. III. — Anne Day, âgée de 30 ans, dit éprouver fréquemment une céphalalgie avec sensibilité de tout le cuir chevelu et des douleurs très-aiguës qui suivent la division des divers rameaux de la cinquième paire à la face. Ces douleurs s'étendent au col et jusqu'au bras gauche et l'empêchent de travailler. La pression

---

professeur, bien que le nom qu'il porte ait bien souvent retenti à vos oreilles, et vous désirez savoir peut-être quels sont les motifs réels ou supposés de l'opposition qu'il a rencontrée. Il nous sera plus facile de vous répondre sur le premier point que sur le second.

M. Hip. Royer-Collard est agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Il a obtenu cette place au concours. Il a rempli constamment depuis plusieurs années tous les devoirs imposés par le titre et les fonctions d'agrégé. Ceux qui ont assisté aux divers concours où il a figuré s'accordent à dire qu'il possède un talent de parole rare. Nous connaissons de lui quelques écrits relatifs à de hautes questions de physiologie bien pensés et bien écrits. Ceci n'est pas une apologie, ce sont des faits. Ce sont là des titres modestes sans doute, mais suffisans pour égaler ceux de la plupart des agrégés ses confrères. Les grands hommes sont fort rares, et s'il fallait en trouver un à chaque vacance de chaire, on risquerait d'attendre long-temps et l'enseignement resterait fort incomplet. Il suffit pour être professeur d'être au courant de la science et de savoir parler convenablement. Or, il est extrêmement probable que M. Hip. Royer-Collard réunit ces deux conditions aussi bien que qui que ce soit des ayans-droit à sa suppléance; du moins personne n'avait le droit de le mettre en doute jusqu'à la preuve du contraire. Aussi n'est ce pas sur cette base qu'ont été établies les réclamations. Ce n'est pas sa science qu'on réprouve, ni son talent, ni son aptitude enfin à remplir sa tâche de professeur; c'est sa personne qui déplait. On ne veut pas de lui, uniquement parce qu'il est lui et pas un autre; et cette antipathie est si forte que M. Hip. Royer-Collard ne peut pas, tout agrégé qu'il est, se permettre d'ouvrir un cours, comme vous ou moi pourrions le faire demain si cela nous convenait. Il n'est pas maître d'enseigner librement à ceux qui voudront l'écouter les préceptes de l'hygiène, et s'il l'essaie on viendra troubler les leçons qu'il donne gratuitement, auxquelles personne n'est forcé d'assister, l'insulter dans sa chaire, le poursuivre dans la rue, le menacer même, et le forcer, contre toute justice et toute convenance, à sacrifier son droit et à se retirer de peur que l'ordre public ne soit troublé. Tout cela vient d'arriver de point en point à M. Royer-Collard. La lettre qu'il a écrite au doyen et que les journaux ont publiée explique parfaitement les motifs de sa détermination, et il faudrait être bien aveugle par la passion pour ne pas les trouver aussi sensés qu'honorables.

En lisant le récit des scènes de la dernière semaine, vous avez dû être péniblement affecté. Nous sommes loin de croire que les étudians, en quelque nombre qu'ils soient, aient le droit d'exclure un professeur légalement nommé, quand même ils auraient les meilleures raisons pour en être mécontens. Si on admettait ce mode d'épuration, il n'est pas sûr qu'un seul des professeurs actuels de l'école fût maintenu dans sa chaire. Laisser casser la nomination d'un professeur supposé indigne ou incapable par une autorité aussi suspecte que l'émeute, c'est un remède pire que le mal. L'émeute ne tarderait pas à se jeter sur les habiles, après avoir fait justice des ignorans. Il en est des professeurs, en effet, comme des ministres; il n'y a de capables que ceux qui ne sont pas nommés, et on en compte alors des milliers; mais une fois nommés, leur mérite s'évanouit tout d'un coup et on n'en veut plus. Ce pouvoir exhorbitant d'élimination, inadmissible déjà quant aux professeurs titulaires et rétribués, l'est bien moins encore à l'égard des professeurs libres ou gratuits. Tout citoyen a le droit, avec la permission de l'autorité compétente, d'ouvrir un cours. Dès ce moment, son amphithéâtre peut être re-

sur toutes les vertèbres cervicales détermine les mêmes douleurs et dans tous les points que nous venons d'indiquer.

Après la cinquième paire le nerf qui souffre le plus fréquemment de l'irritation spinale, c'est celui de la huitième paire. Il arrive même assez fréquemment, dans les cas graves, que ces deux nerfs souffrent alternativement. La participation de la huitième paire à l'irritation spinale se manifeste par des symptômes tout-à-fait spéciaux qui sont les nausées, les vomissemens, l'anorexie, les douleurs gastriques, le pyrosis et les divers troubles des fonctions respiratoires.

Il y a un grand nombre de cas où ces symptômes constituent la maladie tout entière que l'on attribue ordinairement à une lésion, soit organique, soit nerveuse de l'organe qui en est le siége. Dans l'opinion que nous exposons ici, c'est vers l'origine de la huitième paire que l'on en doit chercher la cause, car alors constamment la pression sur les vertèbres cervicales renouvelle tous les symptômes s'ils sont calmés, ou les exaspère singulièrement, s'ils persistent encore; et cela sans déterminer de douleurs dans l'endroit même sur lequel la pression est exercée.

VOMISSEMENS CONTINUELS PENDANT PLUSIEURS MOIS. — DOULEURS VIVES A L'ÉPIGASTRE PAR LA PRESSION SUR LES QUATRE PREMIÈRES VERTÈBRES CERVICALES. — GUÉRISON PAR LES VÉSICATOIRES.

OBS IV. — Pendant une visite accidentelle que nous fîmes à la maison d'industrie, on nous montra une malade qui n'avait rien pu garder sur l'estomac depuis cinq mois. C'était une jeune fille d'environ vingt-cinq ans, pâle, faible, très-amaigrie. Elle était obligée de garder constamment le lit; depuis sept mois que ses règles étaient complètement suspendues, elle avait pris un grand nombre de médicamens sans aucun soulagement. A l'examen de la colonne vertébrale nous trouvâmes la seconde, la troisième et la quatrième cervicales extrêmement douloureuses. La plus légère pression faisait pousser des cris à la malade. Il n'y avait ni tension ni sensibilité à la région épigastrique, mais l'abdomen était rentré, en forme de coupe. Le vomissement avait lieu aussitôt que la malade avait pris quelque chose. Un vésicatoire fut appliqué sur les vertèbres douloureuses, et à peine eut-il été levé que les vomissemens avaient déjà cessé. Un second vésicatoire fut appliqué et les vomissemens ne reparurent plus.

On rencontre fréquemment dans la pratique des cas d'hystérie plus ou moins compliqués, et qui dépendent de l'irritation soit de la cinquième paire, soit de la huitième, soit de ces deux paires ensemble et de quelques-uns des nerfs dorsaux et lombaires. Le fait suivant nous présente un exemple de ce genre, mais avec des circonstances qui diffèrent un peu de celles qu'offrent ordinairement les cas d'hystérie.

ATTAQUES SUBITES AVEC PERTE COMPLÈTE DE CONNAISSANCE. — DOULEURS CORRESPONDANTES A LA TÊTE ET A L'ÉPIGASTRE PAR LA PRESSION SUR LES PREMIÈRES VERTÈBRES CERVICALES. — GUÉRISON.

OBS. V. — Marie Congney, âgée de 44 ans, tombait depuis plusieurs jour dans des attaques qui duraient de une à quatre heures pendant lesquelles elle restait complétement insensible, la face vultueuse et sans parole. Ces attaques revenaient deux ou trois fois par jour. La langue était blanche, le pouls naturel donnait 90. La malade se plaignait quelquefois avant l'attaque de mal à la tête ou au ventre. La pression sur la seconde et la troisième vertèbres détermine instantanément une vive douleur à la tête et celle sur les troisième, quatrième et cinquième dorsales un élancement qui arrive jusqu'au front et que la malade croit sentir traverser le canal de la moelle épinière.

On essaya pendant huit jours un traitement par les purgatifs, mais sans succès, car les attaques bien que moins fréquentes n'en continuèrent pas moins. Alors on eut recours à une saignée de six onces qui suspendit les attaques pendant six semaines, après lesquelles elles revinrent avec les mêmes symptômes qu'auparavant. Une nouvelle saignée fut pratiquée et suivie de l'application d'un vésicatoire à la nuque, et cette fois la guérison fut complète.

L'étude de ces cas, qui sont beaucoup plus fréquens qu'on ne le pense communément, est d'un grand intérêt. Elle établit une distinction positive, facile à apprécier, au moins dans la plupart des cas, entre deux ordres de maladies essentiellement différentes, celles qui dépendent d'une lésion organique et celles où il y a absence de cette même lésion et dont l'origine souvent obscure se rattache à l'irritation spinale; les cas de ce genre étant faciles à distinguer par les douleurs que la pression sur la moelle fait éprouver dans les parties correspondantes. Chez les enfans en très-bas âge, on ne peut, il est vrai, compter absolument sur ce moyen de diagnostic, la moindre pression suffisant pour leur faire pousser les hauts cris. Cependant il arrivera souvent que l'expression des traits, l'intonation des cris suffiront pour faire distinguer une véritable douleur d'une simple impatience. Il y a une foule de cas où les enfans sont affectés soit de convulsions, soit d'insensibilité, que l'on attribue au spasme, à la dentition, et plus fréquemment encore à l'inflammation du cerveau, et où l'examen cadavérique ne révèle aucune altération appréciable à laquelle on puisse rapporter les phénomènes observés pendant la vie. Dans ce cas l'examen du rachis pourra être d'une grande utilité. Le fait suivant va nous en offrir un exemple remarquable.

CONVULSION CHEZ UN ENFANT DE SIX MOIS AVEC MORT APPARENTE. — DOULEURS PAR LA PRESSION SUR LA MOELLE ÉPINIÈRE. — APPLICATION DE VÉSICATOIRES SUR LE RACHIS. — GUÉRISON PAR LES VÉSICATOIRES.

OBS VI. — Un enfant, de l'âge de 6 à 8 huit mois, paraissant jouir d'une bonne santé, bien que souffrant quelquefois des dents, devint tout à coup très-inquiet et d'une pâleur extrême. Il eut quelques mouvemens convulsifs; ses lèvres devinrent livides; les yeux se tournèrent en haut et il tomba dans un état de syncope et de mort apparente, d'où il ne fut tiré que par un bain chaud. Des incisions profondes furent pratiquées sur les gencives et de légers laxatifs lui furent administrés. Cependant il éprouvait tous les six ou sept jours une attaque analogue, et quelquefois même elle se prolongea de manière à inspirer les plus vives alarmes. Le rachis fut alors examiné avec attention, et comme une légère pression sur la vertèbre cervicale supérieure semblait occasioner beaucoup de douleurs, on appliqua un vésicatoire sur ce point. L'enfant resta quinze jours sans avoir d'attaque et alors il en éprouva une très légère. Le vésicatoire fut donc appliqué de nouveau et on en posa un derrière chaque oreille aussitôt qu'il fut séché. Trois semaines s'écoulèrent encore sans aucun accident. Une nouvelle attaque étant survenue, alors on résolut d'entretenir continuellement une irritation à la nuque et aussi long-temps que l'on eut ce soin, la santé de l'enfant sembla parfaite; cependant comme après un certain nombre de semaines on croyait n'avoir plus rien à redouter et qu'on avait laissé sécher le vésicatoire, le petit malade fut pris tout à coup, au milieu de la nuit, d'une attaque plus forte que toutes celles qu'il avait éprouvées jusqu'alors et qui se répéta plusieurs fois pendant la même nuit. On eut recours au moyen qui avait déjà si bien réussi; et l'on entretint un écoulement au col jusqu'à ce que le travail de la dentition fût achevé; et depuis, cet enfant a joui d'une parfaite santé.

Le cœur étant l'un des principaux organes auxquels la huitième paire distribue ses rameaux, il est probable que dans beaucoup de cas où le sujet perd complétement la sensibilité, c'est spécialement par le trouble de l'action qu'exerce la huitième paire sur le cœur que cet accident est produit. Il y a encore un grand nombre de cas où l'irritation spinale est uniquement ou presque uniquement bornée au cœur et ne se traduit que par des palpitations, un sentiment d'étouffement, des nausées fréquentes et des syncopes. Ces cas, qui sont quelquefois pris pour des cas d'affection organique du cœur, sont excessivement fréquens,

gardé comme sa maison, et il n'est permis à personne de venir l'y troubler et l'y insulter; et si des mécontens, en grand ou en petit nombre, majorité ou minorité, n'importe, viennent interrompre ses leçons, ils commettent un acte arbitraire, oppressif et brutal que rien ne saurait excuser. M. Royer-Collard était, lui, dans ce cas. Sa chaire était une chaire privée; s'il déplaisait, on n'avait qu'à le laisser seul prêcher aux bancs, et le cours aurait cessé bientôt faute d'auditeurs. Les auteurs de ces violences n'ont pas peut-être réfléchi combien, toute question de légalité et de justice à part, il était peu généreux d'attaquer et d'insulter un homme seul, qui n'avait d'autre protection que son bon droit, et qui n'a pas voulu recourir à celle des lois. C'est là un abus de la force, qui, de quelque nom qu'on le décore, ne saurait être approuvé.

Nous insisterions moins là-dessus si ces scènes affligeantes n'avaient trouvé des apologistes. Le pouvoir, a-t-on dit, ne respecte pas la liberté d'enseignement, pourquoi le public la respecterait-il davantage? Si le gouvernement ferme les cours et destitue les professeurs qui ne lui conviennent pas, le peuple (c'est-à-dire quelques centaines d'élèves sur trois mille) peut bien user du même privilége. Nous n'avons pas besoin de vous faire sentir la singularité de cette logique, qui prétend légitimer à titre de représailles la violation des lois et de la justice. D'ailleurs, dans le cas dont il s'agit, il n'y avait pas même de prétexte pour exercer le prétendu droit de représailles. M. Royer-Collard n'était qu'un simple particulier, usant du privilége que tout citoyen a de professer une science ou un art quelconque, en se conformant aux lois; et nous le répétons, ceux qui l'ont troublé dans l'exercice de ce privilége ont porté atteinte, non-seulement à la liberté d'enseigner, mais encore à la liberté individuelle.

Mais enfin, me direz-vous, tout ce tumulte n'est pas survenu sans quelque raison. Si on a insulté un professeur et envahi brutalement son cours, ce n'est pas pour passer le temps. Votre remarque est fort juste : je vous l'ai déjà dit, la seule cause appréciable des préventions dont ce professeur est l'objet, c'est qu'il déplaît, à ce qu'il paraît, à un certain nombre d'élèves. Mais pourquoi déplaît-il? Cette question est difficile à résoudre, car on ne s'est pas expliqué clairement là-dessus. Cependant nous supposons qu'on peut attribuer cette antipathie aux motifs suivans :

1° M. Hip. Royer-Collard s'appelle Royer-Collard;

2° Il est chef de la division des sciences et lettres au ministère de l'instruction publique;

3° Il est doctrinaire;

4° Il porte assez habituellement des gants jaunes.

Vous vous étonnez, et c'est bien naturel, car vous n'êtes pas initié à ces mystères de notre monde. Je vais tâcher de vous expliquer tout cela.

Le premier grief, vous le voyez, c'est le nom même du professeur. Il a le malheur d'avoir pour proche parent un homme qui a illustré ce nom, et comme philosophe, et comme orateur, et comme homme d'état. Or, vous concevez que dans un pays libre les grandes illustrations sont dangereuses. Il ne faut pas permettre aux gens d'avoir trop d'esprit, car ils pourraient en abuser, et concevoir la pensée orgueilleuse de se faire distinguer du reste de leurs concitoyens, ce qui détruirait l'égalité. Il ne faut pas permettre surtout que l'illustration d'un homme soit un titre d'honneur pour sa parenté; il y aurait là un principe de distinctions héréditaires. Le fils d'Achille et le fils de Thersite sont au même niveau. Ceci est à

et il suffit pour les distinguer de porter la main sur le rachis et en pressant légèrement sur quelques points on ne tarde pas à en trouver un sur lequel on ne peut exercer la moindre pression sans reproduire à l'instant même tous les phénomènes dont le malade se plaint habituellement.

Le symptôme le plus commun de l'irritation de la portion cervicale de la moelle épinière, c'est la toux; lorsqu'elle se lie à l'irritation spinale, elle se présente sous différentes formes : quelquefois elle est dure, sèche et continue, d'autres fois elle ne vient qu'à certaines heures de la journée et par de violentes quintes, avec ou sans fièvre. Elle accompagne ordinairement sous l'une de ces formes diverses affections de l'estomac et du foie, l'irritation utérine et dentaire, ou celle que déterminent les vers intestinaux; quelquefois elle ressemble au simple rhume avec un peu d'oppression; mais elle en diffère par l'absence d'expectoration.

Après la toux, le symptôme le plus fréquent est l'oppression, qui peut se présenter à tous les degrés, depuis la plus légère dyspnée jusqu'à la suffocation imminente, suivant que l'irritation est plus ou moins intense, ou suivant la série de nerfs qu'elle affecte. Lorsque les nerfs supérieurs ou internes sont compromis, la respiration est difficile; on dirait une augmentation de la pression atmosphérique. Lorsque c'est le nerf phrénique qui est affecté, il y a un sentiment d'oppression assez fort, l'expiration est difficile, et l'action des muscles respirateurs externes est laborieuse. Lorsque c'est la huitième paire qui est le siége de la maladie, le malade éprouve une suffocation accablante; si, au contraire, le trouble fonctionnel est borné aux nerfs qui se distribuent au larynx, on observe ou une action spasmodique des muscles arythnoïdiens, ou l'aphonie ou la raucité de la voix, ou la respiration sifflante ou même croupale. Peut-on rapporter à la même cause, c'est-à-dire à l'irritation spinale l'affection connue sous le nom de croup spasmodique? c'est ce qu'il semble naturel de supposer; mais, jusqu'à ce moment, l'expérience ne nous a encore rien appris à ce sujet.

Les organes des sens et ceux de la respiration ne sont pas seuls sujets à être troublés sous l'influence de l'irritation spinale; mais les organes locomoteurs peuvent également y participer; et ici nous trouvons une nouvelle application, et plus heureuse encore que les précédentes, de l'étude de cet état pathologique. L'hystérie se trouvant souvent liée à l'irritation spinale, il était naturel de rechercher s'il n'en serait pas de même de l'épilepsie, quelques cas où l'on a examiné la portion cervicale de l'épine ayant démontré que chez ces malades il y a quelquefois irritation spinale, on a essayé si le même traitement réussirait encore, et les essais qui ont été faits ont démontré que, dans un certain nombre de cas de cette maladie si souvent incurable, les données fournies par l'examen de l'épine peuvent être d'une grande utilité dans le traitement. Parmi les faits nombreux qui se présentent ici, nous prenons au hasard le suivant.

ACCÈS ÉPILEPTIFORMES FRÉQUENS. — DOULEURS EXTRÊMEMENT VIVES PAR LA PRESSION SUR LES VERTÈBRES CERVICALES. — VÉSICATOIRES ET EMPLATRES ÉMÉTISÉS SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DE L'ÉPINE. — GUÉRISON.

OBS. — VII. — Une jeune femme se trouvant accidentellement au Dispensaire, y fut prise d'un accès d'épilepsie avec des convulsions violentes. Lorsqu'il fut passé elle rapporta qu'elle était depuis quinze ans sujette à ces accès qui revenaient quelquefois jusqu'à trois fois par jour. Depuis bien des années elle avait complétement renoncé à toute espèce de traitement. Elle souffrait fréquemment du front, de l'estomac, de l'abdomen et des reins. A l'examen, on trouva que ces douleurs étaient produites successivement par la pression sur les parties correspondantes de l'épine et surtout sur les trois cervicales supérieures. La saignée, les purgatifs et l'application de vésicatoires à la nuque furent suivis immédiatement de la cessation des accès, et une année s'est écoulée depuis sans qu'ils aient reparu. Cette malade est âgée de 29 ans, et a toujours été bien réglée. Comme la sensibilité de l'épine revenait après quelque temps, on pratiqua fréquemment le long de l'épine de légères frictions avec l'onguent ou le tartre antimonié afin d'y entretenir une irritation constante. La malade se trouva si bien de cette médication qu'elle la continua de son chef pendant plusieurs mois.

Aux cas dont nous venons de parler, nous devrons en joindre d'autres non moins importans, bien que moins communs, et où la médication est également basée sur les résultats fournis par l'examen de l'épine : nous voulons parler de quelques cas de paralysie soit permanente, soit temporaire, qui se lient également à l'irritation spinale. Ainsi, chez une femme âgée de 25 ans, et dont le bras était complétement paralysé depuis six semaines, la première et la seconde vertèbres cervicales ayant été trouvées sensibles à la pression, on appliqua plusieurs vésicatoires à la nuque, et au bout de quinze jours il ne restait plus de sensibilité à l'épine, et la paralysie avait complétement disparu. Dans un cas analogue, mais dans lequel la paralysie n'était que temporaire, le même traitement a été suivi d'un succès semblable.

IRRITATION DES PORTIONS DORSALE ET LOMBAIRE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

C'est aux extrémités supérieures et à la partie supérieure du tronc que l'on observe ordinairement les symptômes de l'irritation de la portion dorsale de la moelle. Ces symptômes sont, comme ceux de l'irritation de la portion cervicale, des douleurs, une diminution ou une perte de la sensibilité, des mouvemens spasmodiques ou la paralysie. Parmi les premières, nous trouvons les douleurs de la région de la clavicule, de l'épaule, de l'aisselle et du bras, que l'on prend souvent pour des douleurs de rhumatisme; des douleurs dans la région moyenne et inférieure du sternum, et que l'on attribue quelquefois à la phthisie, surtout lorsqu'elles se rencontrent chez des individus délicats et avec une toux sèche, et enfin la sensation d'un serrement à l'épigastre ou autour de la poitrine analogue à ce qu'éprouvent les sujets qui sont affectés de carie des vertèbres. On observe encore une diminution de la sensibilité sur les côtes ou à l'épigastre, la dyspnée, la paralysie partielle ou complète d'un bras, ou d'une main, ou des muscles respiratoires internes.

De toutes les vertèbres dorsales, c'est la huitième qui fournit le plus fréquemment les symptômes de l'irritation spinale. La pression sur cette vertèbre ou sur la septième est douloureuse dans les cas d'irritation les plus graves; elle l'est même dans la plupart des plus légers, et il arrive souvent qu'elle constitue seule toute la maladie. On trouve fréquemment cette pression douloureuse dans les dernières périodes de la grossesse, dans les cas de trouble utérin, de dérangement des organes digestifs et de désordre intellectuel chez les femmes hystériques.

La portion lombaire de la moelle épinière est moins fréquemment que les deux précédentes le siége de la maladie que nous étudions. Les symptômes par lesquels elle se traduit sont les mêmes que ceux que nous avons exposés ci-dessus, à l'exception qu'ils sont présentés par d'autres organes. Ainsi, les douleurs des parois abdominales, des reins, de la région de la vessie, de l'utérus ou de l'ovaire, des articu-

---

la rigueur soutenable, quoique bien absolu, et démenti par le sentiment universel des hommes; mais on devrait au moins dans l'application ne pas outrepasser les conséquences du principe. Qu'un nom illustre ne soit pas une recommandation, soit; mais n'en faites pas non plus un motif de réprobation; car dans ce cas il vaudrait mieux être le fils de Cartouche que celui de Socrate. Quoiqu'il en soit, le nom du professeur suppléant de M. Desgenettes lui a porté malheur, et c'est peut-être là la principale cause de sa mésaventure.

Le deuxième grief, ce sont ses fonctions dans l'administration. Il a paru évident qu'un administrateur ne pouvait qu'être un ignorant médecin, et un professeur ridicule. On ne s'est pas même donné la peine d'examiner le fait. On l'a pris pour accordé. Nous n'avons à ce sujet qu'une observation à faire : c'est qu'il ne nous manque pas de praticiens fort habiles et de professeurs renommés qui remplissent des fonctions administratives. Pour ne citer qu'un exemple, nous rappellerons que le cours de chimie le plus brillant et le plus suivi des cours de l'école a été fait jusqu'ici par le doyen de la Faculté, c'est-à-dire par l'administrateur le plus occupé du royaume. On prétend en outre qu'un chef de division ne peut devoir une chaire qu'à l'intrigue et à des influences de position. Cela peut-être vrai, mais cela peut être faux. Nous ne saurions d'ailleurs nous plaindre d'une prétendue intrigue qui amènerait au professorat un talent remarquable, une véritable capacité. C'est cette capacité qu'il faut d'abord examiner, mais c'est à quoi on songe le moins.

Le troisième grief, c'est que M. Hip. Royer-Collard est doctrinaire. C'est ici une accusation des plus formidables; mais nous ne saurions vous dire si elle est fondée ou non, car il faudrait savoir d'abord ce qu'on entend par ce mot. Ce qui nous rassure pourtant sur son compte, c'est que nous connaissons plusieurs professeurs fort habiles et des savans très-distingués qui sont également désignés sous ce nom. M. Orfila, par exemple, est, je crois, de cette catégorie, ce qui ne l'empêche pas d'être bon chimiste et bon professeur. Il ne nous est pas démontré que la doctrine, quoi que ce puisse être, soit nécessairement incompatible avec la science et l'hygiène. C'est là un sobriquet de parti dont nous n'avons que faire dans notre paisible république scientifique. Il nous importe peu que nos professeurs entendent le gouvernement représentatif comme M. Guizot, comme M. Dupin, comme M. Garnier-Pagès, ou comme M. de Fitz-James.

Enfin, je vous l'ai dit, il porte assez souvent des gants jaunes, ce qui sent l'aristocrate. Voyez à quoi tiennent les choses en ce monde! Si M. Hip. Royer-Collard s'était présenté à son auditoire avec des gants noirs, ou même sans gants, ce qui est moins propre, mais plus patriotique, il n'aurait peut-être pas attiré sur lui cette tempête. Des gens qui ont assisté à toutes les phases de cet événement nous ont assuré que les gants jaunes avaient été un des principaux motifs d'irritation. Mais on ne s'avise jamais de tout.

Vous réfléchirez à votre aise sur ce que je viens de vous dire, et sans doute vous serez de notre avis. Veuillez aussi garder nos confidences pour vous seul, et ne pas nous compromettre inutilement. Nous désirons rester neutres autant que possible. Nos réflexions mal interprétées pourraient nous mettre dans un mauvais cas. On pourrait fort bien nous soupçonner de doctrinarisme, s'apercevoir que nous portons quelquefois des gants jaunes; et la GAZETTE MÉDICALE serait à jamais perdue dans l'esprit public.

Quant à vous, qui nous connaissez, vous savez que notre opinion sur cette triste affaire est pure de toute passion de parti, et qu'elle aurait été la même si la personne opprimée eût été M. C. Broussais, ou tout autre enfin que M. Hip. Royer-Collard.

lations des membres inférieurs, appartiennent à l'irritation de la partie inférieure de la moelle. Il en est de même des crampes et de la paralysie partielle ou complète des extrémités inférieures.

Une circonstance assez curieuse et importante à la fois, c'est que quelquefois les douleurs vives connues sous le nom de coliques nerveuses, et qui souvent se lient à l'irritation spinale, se compliquent, même dans ce dernier cas, de diarrhée.

Les affections doulnureuses de l'utérus liées à l'irritation de la portion lombaire de l'épine ne sont pas très-rares. Les affections nerveuses de la vessie le sont davantage et sont susceptibles d'être confondnes avec la gravelle, qu'en effet elles compliqnent souvent.

CHLOROSE; DOULEURS DANS L'ESTOMAC ET LE VENTRE AUGMENTANT PAR LA PRESSION SUR LES VERTÈBRES LOMBAIRES AVEC BESOIN IMMÉDIAT D'URINER. — GUÉRISON PAR LES VÉSICATOIRES APPLIQUÉS SUR LE SACRUM ET LE CARBONATE DE FER.

Obs. VIII. — Une jeune dame qui avait toujours joui d'une bonne santé, devint tout à coup très-délicate; elle se plaignit fréquemment de violentes douleurs dans l'estomac et le ventre. Elle avait perdu l'appétit et la fraîcheur; ses joues s'étaient creusées; sa peau avait pris une couleur chlorotique prononcée. Comme on ne put trouver aucun signe d'une affection du foie, de l'estomac ou de l'uterus, on examina le rachis et l'on trouva une sensibilité extrême dans toute l'étendue du sacrum, mais à laquelle elle n'avait fait aucune attention, ne pensant pas qu'elle eût aucun rapport avec son état de souffrance. Cette sensibilité existait à un degré plus ou moins fort depuis plus de deux ans, au moins elle avait beaucoup augmenté depuis quelque temps et était presque insupportable lorsque la malade allait en voiture. Ce que ce cas a offert de plus remarquable c'est que la plus légère pression sur la partie douloureuse determinait immédiatement le besoin d'uriner. Elle se plaignait encore quelquefois de douleurs et d'un sentiment d'engourdissement dans les extrémités inférieures. Toutes les souffrances de cette dame furent complétement dissipées en cinq ou six semaines par l'application de sangsues et d'un vésicatoire au sacrum. A l'intérieur elle prit de fortes doses de carbonate et quelques apéritifs.

Après avoir étudié l'irritation spinale sous les formes sous lesquelles elle se présente le plus souvent et qui varient suivant la portion de la moelle où l'on peut penser qu'existe cette irritation et suivant les nerfs qui en sortent, il nous reste encore à exposer quelques généralités dont la connaissance est nécessaire, avant d'arriver au traitement.

Chez quelques sujets, l'irritation, au lieu d'être bornée à quelques vertèbres, occupe tout le rachis et est alors *générale*. Dans ces cas qui sont assez rares et qui ne se rencontrent que chez des sujets excessivement nerveux, tout le corps est le siége de douleurs plus ou moins vives, et que l'on peut ou augmenter ou reproduire, suivant qu'elles sont diminuées seulement ou entièrement dissipées, en appuyant successivement sur chacune des vertèbres. Du reste les phénomènes qui sont produits alors ne diffèrent en rien de ceux que nous avons remarqués dans les différentes portions de la longueur de l'épine.

L'irritation générale ne reste pas toujours sur le même point de la moelle; il arrive quelquefois que les symptômes varient de place; et passent par exemple de la tête à l'estomac, on aux extrémités inférieures; et alors, en examinant le rachis, on découvre que la sensibilité de la moelle à la pression s'est également déplacée. On peut donc avancer d'une manière générale que l'irritation spinale est sujette à la *métastase*, aussi bien que plusieurs autres affections. Nous avons vu un cas remarquable d'irritation spinale opiniâtre, où la sensibilité des vertèbres lombaires alternait avec le même état de quelques-unes des premières vertèbres cervicales ou des dernières dorsales. Dans ce cas la malade éprouvait un changement correspondant dans les symptômes, ayant alternativement une diarrhée avec tenesme, ou une ménorrhagie, ou une gastralgie, ou enfin une violente odontalgie.

Si, dans le plus grand nombre des cas, l'irritation spinale existe sans phénomènes fébriles marqués, il en est pourtant quelques-uns où elle est accompagnée d'une fièvre très-forte et qui peut alors faire prendre la maladie pour une inflammation du cerveau, des méninges, de la poitrine, du cœur, du péritoine, de l'utérus, etc., suivant le point de la moelle où sera l'irritation. L'étude de ces cas est d'une grande importance; car, ainsi que nous allons le voir tout à l'heure, il s'en faut qu'ils réclament la même médication que les véritables phlegmasies, et le pronostic est beaucoup moins défavorable, malgré l'apparence de gravité, et quelquefois même de danger imminent, que présentent les cas d'irritation les plus aigus. Ce point est d'autant plus important à connaître qu'il n'y a pas une seule phlegmasie interne qui ne puisse être simulée par l'état pathologique dont nous nous occupons. L'irritation spinale comprend donc, ainsi qu'il est facile de le voir, une foule de cas qui jusqu'ici ont été rangés par les écrivains et les praticiens au nombre des maladies nerveuses, plutôt par l'impossibilité de les rattacher à un autre groupe que pour un motif réel.

On ne devrait cependant pas conclure des recherches précédentes que toutes les maladies connues sous le nom générique d'affections nerveuses doivent être rapportées à l'irritation spinale. Il n'est pas facile, sans doute, de dire quelle est la différence intime qui existe entre ces diverses affections; mais il doit nous suffire pour le moment d'avoir constaté que le traitement qui convient aux unes est très-nuisible ou au moins inefficace pour les autres, et d'avoir trouvé les moyens de les distinguer. Résumons ici les phénomènes propres à l'irritation spinale et qui ne permettent pas de la confondre, soit avec les affections nerveuses simples, soit avec les phlegmasies aiguës.

1° Le défaut de rapport entre la douleur ou le trouble local et l'état général.

2° L'augmentation de la douleur toutes les fois que la malade veut soulever un poids.

3° La douleur déterminée dans certaines parties par la pression sur les points correspondans du rachis.

4° La disposition aux métastases.

Les causes de l'irritation spinale nous échappent entièrement, comme celles de la plupart des maladies. On l'observe chez les deux sexes, mais plus fréquemment chez la femme vers l'âge de la puberté, et surtout chez celles qui sont douées d'un tempérament nerveux.

TRAITEMENT.

Le traitement de l'irritation spinale ne peut être le même pour tous les cas. Nous distinguerons donc trois groupes principaux dont chacun peut exiger une médication différente.

Le premier groupe contient tous les cas où la maladie peu étendue semble n'occuper qu'un seul nerf, avec sensibilité à la pression sur la partie correspondante du rachis et sans trouble général.

Le second comprend des cas plus compliqués. La pression sur une certaine étendue de la moelle est douloureuse; et il y a des symptômes continus de trouble dans un appareil important; les organes digestifs, la matrice, le cerveau, etc.

Le troisième renferme tous les cas analogues à ceux du second, mais qui en diffèrent par leur disposition à la métastase ou par leur complication avec d'autres affections.

Le traitement des cas qui appartiennent au premier groupe doit être simplement local, et consiste dans l'application plus ou moins souvent répétée de sangsues et de vésicatoires sur la portion de l'épine douloureuse à la pression. Ces moyens sont en général d'autant plus efficaces qu'ils sont employés à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

On devra laisser un intervalle de quelques jours entre l'application des sangsues et celle du vésicatoire, car si la première était suivie d'une amélioration notable, il vaudrait mieux y revenir que d'avoir immédiatement recours aux contre-irritans; et il arrive assez fréquemment que deux ou trois applications de sangsues rendent l'emploi de tout autre moyen inutile. Les contre-irritans peuvent cependant être très-avantageux, et quelquefois suffisent pour enlever entièrement la maladie, lorsque la saignée locale n'a été suivie d'aucun heureux effet; enfin, nous les avons vus réussir même dans un certain nombre de cas où nous n'avions pratiqué aucune émission sanguine.

Il est cependant quelques occasions où l'on doit aider l'action de ces moyens locaux par quelques autres moyens que réclament soit une cause spéciale, soit un état d'irritabilité du système nerveux. Ainsi, si l'on soupçonne que la maladie peut être entretenue ou par l'acidité des fluides fournis par l'estomac, on par la présence des vers dans les intestins, on cherchera à faire disparaître cette cause secondaire par des moyens convenables. Si la sensibilité générale est trop exaltée, on aura recours à l'emploi soit des narcotiques, tels que l'extrait de belladone et de ciguë, soit aux toniques végétaux ou minéraux, tels que le carbonate de fer et le sulfate de quinine. Ces dernières remarques sont d'autant plus importantes que, depuis que l'attention générale a été appelée sur l'irritation spinale, on paraît avoir cru assez généralement qu'elle pouvait toujours être guérie par les moyens locaux, erreur funeste, puisqu'elle a été la cause non-seulement de nombreux désappointemens, mais encore du discrédit qu'elle a jeté sur des recherches d'ailleurs utiles.

Dans les cas qui appartiennent au second groupe, le traitement ne peut plus avoir la même simplicité. Ainsi, quand la sensibilité à la pression sur la moelle épinière occupe une grande étendue, on doit éviter, en appliquant des sangsues sur toute cette étendue, de faire des évacuations sanguines trop abondantes; elles sont constamment nuisibles dans le cours de cette maladie, et spécialement dans les cas dont nous parlons.

Les vésicatoires doivent être très-étroits et assez longs pour couvrir le plus grand nombre des vertèbres douloureuses. Mais souvent l'irrita-

tion générale est telle, que l'excitation produite par les vésicatoire est la pommade stibiée peut être suivie d'effets désavantageux, lorsqu'on persévère trop long-temps dans l'emploi de ces moyens. Cependant on voit assez fréquemment, dans ces cas, la maladie, qui s'était aggravée pendant l'excitation produite par le vésicatoire, s'améliorer lorsque cette excitation a cessé. Alors on ne doit réappliquer les vésicatoires que quand les accidens fébriles ont complétement disparu.

Les frictions sur toute la longueur du rachis, faites chaque jour pendant long-temps peuvent être employées avec beaucoup d'avantage en place des vésicatoires et de la pommade stibiée. On a aussi retiré des effets assez heureux de l'application, sur toutes les vertèbres douloureuses, de l'emplâtre suivant :

Prenez : Extrait de belladone, } de chaque, partie égale.
Savon médicinal, }

Les cautères et les moxas, qui sont d'une si grande utilité dans le traitement de plusieurs affections organiques du rachis, ne peuvent convenir dans celui de l'irritation spinale; ils affaiblissent l'économie et entretiennent l'irritation qu'ils devraient faire cesser.

Quant à la position horizontale, que l'on a recommandée d'une manière toute spéciale depuis quelque temps, elle peut être utile dans la période la plus aiguë de la maladie, et encore on ne doit, dans cette circonstance, l'employer qu'avec beaucoup de mesure et n'y astreindre le malade que pendant un certain nombre d'heures par jour. Dans les cas, au contraire, où la maladie offre une marche peu aiguë, le repos continuel serait non-seulement inutile, mais même nuisible; car l'exercice, les promenades en plein air à la campagne, doivent être regardés comme l'une des parties les plus importantes du traitement. Les bains tièdes, les affusions d'eau fraîche, les bains de mer, rentrent dans la même catégorie; enfin, tout ce qui peut distraire l'esprit du malade et détourner son attention de sa maladie devra être employé; ainsi le changement d'air, les voyages, lorsque les circonstances le permettront.

Quant au régime diététique qu'il convient d'adopter, il est impossible de rien établir de général à cet égard. Chez quelques malades, une diète purement végétale est seule supportée, tandis qu'il en est d'autres qui réclament une alimentation riche et généreuse. Cependant on ne doit pas, dans ces cas, suivre tous les goûts des malades chez lesquels la sensibilité de l'estomac est quelquefois tellement altérée qu'ils demandent avec avidité du vin et les stimulans les plus énergiques. Dans ces cas, on retire souvent de grands avantages de l'emploi des opiacés.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers de février et de mars contiennent les articles suivans : 1° *leçons de clinique chirurgicale sur les luxations de l'avant-bras, sur celles du bras, de la jambe, et sur les fractures du genou*, par M. Gerdy; recueillies et sous ses yeux par M. Beaugrand, interne; 2° *mémoire sur le rapport qui existe entre la direction des conduits nourriciers des os longs, et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec le corps de l'os*, par M. Bérard jeune. Ce mémoire a été lu à l'Académie des sciences le 10 novembre 1834, et nous en avons rendu compte dans le numéro du 15 novembre; 3° *quelques faits pratiques : observations thérapeutiques sur diverses névralgies*, par M. Mondière; 4° *mémoire sur l'emploi de l'eau froide comme antiphlogistique dans le traitement des maladies chirurgicales*, par M. Bérard jeune. Ce dernier article contient cinq observations qui n'avaient point été publiées dans les *Archives*, mais qui étaient comprises dans le mémoire tiré à part dont nous avons donné l'analyse (GAZETTE MÉDICALE, 15 février); 5° *bulletin de la Société anatomique, et compte-rendu des travaux de cette société en 1834*, par M. Chassaignac. Deux autres mémoires, l'un *sur la suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement*, par M. Duplay, l'autre *sur les épidémies de grippe, et en particulier sur celle qui a régné à Paris en 1833*, par M. Richelot, ne sont que commencés; nous attendrons la fin pour en rendre compte.

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE, par M. Gerdy, publiées par M. BEAUGRAND, interne.

M. Gerdy paraît donner une attention toute particulière aux maladies des os qui se présentent à sa clinique; l'importance des faits, la valeur des recherches historiques et la sagacité des réflexions, donnent un haut intérêt à ses leçons sur cette matière.

I. *Luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant.* Héliodore est le seul auteur de l'antiquité qui paraisse avoir connu cette luxation; et il faut arriver jusqu'à Duverney, au dix-huitième siècle, pour la voir réintégrée dans le cadre chirurgical, où J.-L. Petit lui-même ne voulait pas l'admettre. En 1786 Rouyer présenta à l'Académie royale de chirurgie un mémoire sur le diastasis, où il rapportait quatre cas de cette sorte de déplacement; depuis lors, Léveillé, Delpech et M. Richerand l'ont admis comme réel; M. Willaume en a publié une observation très-détaillée dans les *Archives*; M. Dugès en a consigné trois autres dans le *Journal hebdomadaire*, 1831, t. 4; mais aucun n'a traité si largement cette question que Sir A. Cooper, qui en cite huit observations dont quatre lui sont propres. Voici un cas nouveau raconté par M. Gerdy.

OBS. — Rolet, âgé de 8 ans, jouait le 5 octobre avec d'autres enfans dans une charrette vide. En voulant sauter à terre, son pied heurta la roue, et il tomba en avant, tout le poids du corps portant sur la main droite qu'il avait étendue pour préserver sa tête. Douleur immédiate dans tout l'avant-bras; impossibilité de mouvoir ce membre; on conduit sur-le champ l'enfant à l'hôpital Saint-Louis.

A son arrivée, l'avant-bras était très-légèrement fléchi sur le bras, et la main dans une demi-pronation. La direction du radius semblait changée; il se portait directement en haut vers le pli du bras; toute la masse des muscles épicondyliens était reportée en dedans et augmentait le diamètre antero-postérieur de l'avant-bras; on reconnaissait au toucher, au-devant de l'articulation cubito-humérale, une éminence osseuse, lisse et polie, continue avec le radius; et au sommet de cette éminence, on constatait parfaitement avec le doigt la dépression centrale qui caractérise l'extrémité du radius. Outre ces signes évidens de la luxation du radius en haut et en avant, une mobilité et une crépitation manifestes, un peu au-dessous de la partie moyenne du cubitus, dénotaient une fracture de cet os.

On procéda sur-le-champ à la réduction. Le petit malade assis, un aide saisit l'humérus un peu au-dessus du coude; un autre s'empara de la main qu'il ramena à une supination modérée, et sur laquelle il exerça des tractions médiocres, en même temps qu'il l'inclinait vers le bord cubital. Durant cette extension, le professeur refoulait avec les deux pouces la tête du radius en arrière et en dehors, tandis que ses doigts fléchis prenaient un point d'appui sur la partie postérieure de l'articulation. Bientôt l'os déplacé reprit ses rapports, mais sans faire entendre aucun bruit. L'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras fut appliqué, avec la précaution de mettre sur l'extrémité supérieure du radius en avant une petite compresse pliée en plusieurs doubles, destinée à prévenir un déplacement consécutif en augmentant la pression d'avant en arrière. Là s'arrête l'observation.

Cette luxation est fréquente chez les enfans; on compte huit enfans sur les seize malades atteints de ce déplacement, dont les auteurs nous ont conservé l'histoire. Presque toujours elle a été produite par une chute sur la main. Par quel mécanisme s'opère-t-elle? Léveillé, Delpech, MM. Richerand et Marjolin l'attribuent à des mouvemens de supination forcée, opinion peu d'accord avec les faits. Sir A. Cooper l'explique par une sorte de rebondissement qu'éprouverait la tête du radius en pressant brusquement sur l'extrémité supérieure du cubitus, hypothèse inadmissible. N'est-il pas très-probable que, dans la chute sur la main, l'effort agit de manière à exagérer l'extension de l'avant-bras, ou mieux encore à le fléchir en arrière; et n'est-ce pas ainsi, en ajoutant peut-être la contraction violente et instantanée du biceps brachial, que le radius glisse d'arrière en avant?

On n'a que des conjectures sur les désordres qui accompagnent cette luxation. Pour la réduction, Léveillé et M. Richerand conseillent de mettre la main en pronation, conséquence logique de la théorie erronée qui attribue la luxation à un mouvement forcé de supination, et qui reste conséquemment sans valeur. Il y a plus; dans l'observation de M. Willaume la réduction ne peut être obtenue de cette manière, tandis qu'elle le fut avec facilité en portant la main dans la supination. Duverney avait déjà recommandé cette dernière position. Tous s'accordent, du reste, à prescrire de presser avec le pouce sur la tête déplacée. Une autre précaution utile, qui a pour but de diminuer l'action du biceps et du rond pronateur, c'est de fléchir légèrement l'avant-bras sur le bras; et enfin de pratiquer l'extension sur le radius seul, en inclinant la main vers le bord cubital.

II. *Luxation latérale du radius.* M. Gerdy n'a trouvé dans les auteurs qu'un seul cas de luxation latérale du radius; il est rapporté par A. Cooper; la luxation produite par un choc violent du coude contre un arbre avait été accompagnée d'une fracture de l'olécrâne. Le hasard a offert un cas semblable à la consultation de l'hôpital Saint-Louis; malheureusement le malade n'étant point revenu, M. Gerdy ne s'est rappelé de ce fait que les circonstances suivantes.

« L'accident est arrivé dans l'enfance, je crois, à l'occasion d'une chute. Depuis lors, le radius fait une saillie considérable en dehors de l'épicondyle; et non-seulement le doigt peut sentir et apprécier les formes de la cupule qui termine le radius, mais même la peau conserve habituellement en ce point une dépression qui s'est moulée sur la tête de l'os déplacé. Les mouvemens de flexion et d'extension s'exécutent avec facilité; le malade n'est nullement gêné par cette conformation vicieuse de l'articulation du coude. »

Nous regrettons que M. Gerdy ait omis de noter si le cubitus avait été ou non fracturé. La luxation du radius en dedans semble à peine possible sans cette circonstance; et nous avons vu, il y a trois ans, dans le service de M. Dupuytren, un cas de luxation de ce genre chez un vieillard, où le cubitus avait été fracturé vers son quart supérieur. D'après le récit du malade, la luxation avait été méconnue par un chirurgien qui jouit toutefois de quelque réputation, et traitée comme une fracture simple. Le cal était excessivement vicieux.

III. *Luxations de la jambe.* Plusieurs cas de luxations de ce genre ont été cités dans un rapport récent fait à l'Académie royale de médecine; et de la discussion qui a eu lieu entre M. Larrey et MM. Sanson et Gimelle, il résulte que la conduite à suivre n'est pas encore invariablement fixée. M. Gerdy rappelle une observation de M. Duvivier, dans laquelle une luxation du tibia en devant et en dehors, réduite avec facilité, fut suivie d'une guérison parfaite, sauf un peu de gêne dans les mouvemens de flexion; et une autre de luxation partielle en avant, par M. Garnier, également traitée avec un plein succès. Un nouveau cas s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis; en voici l'histoire.

Obs. — Régnier, charpentier, âgé de 36 ans, homme d'une vigoureuse constitution et d'un tempérament pléthorique, tomba d'un quatrième étage sur un escalier de cave, le 4 décembre 1834. Il sentit immédiatement une douleur aiguë et une tension très-forte dans l'articulation du genou gauche, et ne put se relever. Transporté à midi à l'hôpital Saint-Louis, on trouva, outre une fracture de côtes qui n'offrit rien de remarquable, les désordres suivans.

La jambe gauche était d'un demi-pouce plus courte que la droite, et légèrement fléchie en arrière. En palpant l'articulation, on sentait la tubérosité interne du tibia faisant saillie à la partie antérieure interne à tel point qu'on pouvait en déprimant la peau, plonger la main dans la cavité articulaire qui reçoit le condyle interne du fémur, et toucher l'épine supérieure du tibia. La tubérosité externe était cachée sous le tendon de la rotule et sous la rotule elle-même; le condyle interne tendait violemment le faisceau des muscles internes du jarret dont il était recouvert, et la main ne pouvait en apprécier exactement les formes; le condyle externe, moins reculé en arrière, tendait aussi très-fort le biceps et la tête correspondante du jumeau. L'épine antérieure du tibia, la facette triangulaire qui la surmonte et le tendon rotulien étaient tellement saillans en avant, que le professeur prit d'abord l'éminence qu'ils formaient pour la rotule; mais il reconnut bientôt que celle-ci était immédiatement au-dessus, couchée obliquement sur la surface supérieure du tibia, entre cette extrémité et le fémur, où elle se trouvait retenue par les muscles extenseurs de la jambe, bridés eux-mêmes par l'aponévrose fémorale. Au-dessus et en dehors du genou existait un gonflement œdémateux très-considérable; le mollet était également altéré dans ses formes. Le malade ne pouvait fléchir la jambe, et y ressentait une douleur sourde qui s'exaspérait dès qu'on voulait lui faire exécuter le moindre mouvement.

Il y avait donc luxation du tibia en avant et en dedans, mais incomplétement dans ce dernier sens; ainsi la tubérosité interne dépassait le condyle correspondant du fémur, et la tubérosité externe était en rapport avec la gorge qui sépare les condyles.

On appliqua sur-le-champ cinquante sangsues sur le genou, et on y joignit une forte saignée. A cinq heures on procéda à la réduction. Un lacs solide fut fixé à la partie inférieure de la jambe jusqu'aux tubérosités du tibia, afin de répartir les substances extensives sur les plus larges surfaces possibles. Trois aides furent chargés de l'extension, d'autres maintenaient le blessé immobile; et le professeur refoulait l'extrémité supérieure du tibia en bas et en arrière et en dehors. La réduction fut prompte et ne causa pas une douleur bien violente; un craquement se fit entendre lorsque le genou reprit sa forme naturelle. (Compression du genou et lotions froides sur le bandage.)

La nuit fut très-calme. A la visite du lendemain, le malade pouvait déjà soulever seul le membre blessé, et n'y éprouvait pas la moindre douleur. Il en fut de même les jours suivans.

Le 19 décembre, il essaya de marcher, mais la jambe était encore trop faible pour le soutenir. Le 25, il se levait et marchait très-facilement; le genou conservait à peine un peu de faiblesse.

La cause du déplacement ne put être appréciée chez ce malade, qui ignorait complétement les circonstances de sa chute. M. Gerdy examine successivement les divers symptômes; il trouve le raccourcissement naturellement expliqué par la position des parties déplacées. Ceci nous paraît sujet à controverse. Il ne paraît pas possible, avec deux os secs, de placer le tibia sur le fémur de telle sorte qu'il donnerait sur le vivant un raccourcissement d'un demi-pouce; il faudrait pour cela qu'il y eût luxation complète. La jambe était immobile sur la cuisse, ce qui tient, comme M. Gerdy l'indique fort bien, à la conservation de quelques portions des ligamens. On conçoit cependant que la luxation complète, qui ne peut guère se faire sans rupture complète, permette aux deux os quelques mouvemens l'un sur l'autre, comme plusieurs observateurs l'ont noté. Quant au traitement, M. Gerdy pense que la réduction est parfaitement indiquée; et c'est aussi la solution qui résulte du plus grand nombre des faits connus.

Les deux derniers paragraphes de cet article ont trait à la fracture de la rotule et à la fracture des condyles du fémur; M. Gerdy cite une observation de chacune de ces fractures qu'il a traitées avec succès. La rotule semblait même réunie par un cal osseux; car en la comparant à celle du côté sain elle n'offrait pas une demi-ligne de différence pour la longueur. Au reste le défaut de réunion exacte n'offre pas de bien grands inconvéniens; et le professeur rappelle un fait qu'il a cité dans sa *Physiologie*, d'un homme qui, malgré une fracture consolidée avec écartement, pouvait encore faire jusqu'à sept lieues par jour.

QUELQUES FAITS PRATIQUES. — OBSERVATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR DIVERSES NÉVRALGIES, par J. MONDIÈRE, médecin à Loudun (Vienne).

Les névralgies de l'utérus sont une maladie rare; peut-être cependant sont-elles plus communes qu'on ne le pense communément, et peut-être leur rareté dépend-elle en partie de ce qu'elles sont le plus souvent prises pour des métrites ou d'autres affections organiques de l'utérus. Toutefois, d'après les recherches du docteur Gooch sur l'utérus irritable et celles de M. Genest sur l'hystéralgie (voyez GAZETTE MÉDICALE, année 1830), le diagnostic de ces névralgies n'offre pas une telle difficulté qu'elles dussent être souvent méconnues. Cependant les observations de névralgie utérine intermittente sont encore plus rares que les névralgies continues; aussi nous allons analyser l'observation suivante, que rapporte M. Mondière, et qui en offre un exemple très-tranché.

NÉVRALGIE UTÉRINE INTERMITTENTE; EMPLOI INUTILE DES SANGSUES; GUÉRISON PROMPTE PAR LE SULFATE DE QUININE.

Obs. — Mme Raderer, âgée de 25 ans, d'une forte constitution, avait quelquefois des fleurs blanches avec ses règles; le 7 octobre 1830, elles ne coulent qu'un jour au lieu de trois ou quatre qu'elles durent habituellement.

Le 8, elle se fatigue beaucoup pour son déménagement, et éprouve le soir un sentiment de fatigue générale et des douleurs dans les hanches et les parties supérieures du bassin.

Le 9 au réveil, elle est bien et vaque à ses affaires. A dix heures, en rentrant chez elle, elle est prise, après une course peu fatigante, de frissons et de douleurs vives qu'elle compare à celles de l'accouchement. Ces douleurs partent de la région lombaire, se répandent vers la partie supérieure des cuisses, et surtout dans la région hypogastrique; elles se font sentir plus vivement par intervalles et à chacune de ces exacerbations, il sort par le vagin de gros flocons de mucosités épaisses, filantes et légèrement colorées. A une heure de l'après-midi, cessation complète des douleurs et calme parfait pendant tout le reste de la journée.

Le 10, à neuf heures du matin, retour de tous les accidens annoncé par un frisson plus prolongé que celui de la veille. Une heure après on trouva la malade dans l'état suivant : décubitus sur le dos; jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin; figure exprimant par intervalle une vive souffrance; peau chaude et légèrement humide; pouls sans fréquence; langue blanche, etc.; pesanteur sur le fondement; besoin continuel d'aller à la selle, hypogastre tendu et extrêmement sensible à la plus légère pression. Le vagin examiné par le toucher fait éprouver au doigt une chaleur cuisante et est abondamment lubrifié par des mucosités visqueuses. Le corps de la matrice paraît être dans son état normal; mais son col est mat, surtout en arrière et d'une sensibilité telle, que le seul contact du doigt arrache des cris à la malade. (Demi-bains, lavemens émolliens, cataplasmes sur le bas-ventre; diète, repos au lit, orgeat pour boisson.) Les douleurs cessent vers les trois heures.

Le 11, retour des douleurs vers les trois heures du matin, avec écoulement très-abondant; même état que la veille. (Même prescription, de plus, 20 sangsues sur l'hypogastre.)

Le 12, mieux marqué; accès presque nul.

Le 13, retour de l'accès vers les six heures du matin avec les mêmes symptômes et les mêmes accidens. Trente sangsues sont encore appliquées aux cuisses; les douleurs cessent. Vers onze heures du soir retour des mêmes douleurs et plus violentes encore.

Le 14, on prescrit 24 grains de sulfate de quinine avec quart de lavement et 12 gouttes de laudanum.

Le 15, accès légers. On continue le sulfate de quinine en diminuant graduellement les doses; et la maladie disparaît complétement.

Les cas de névralgie utérine intermittente sont, ainsi que nous l'avons déjà dit, fort rares. M. Mongellaz, dans son *Traité sur les irritations intermittentes*, n'en cite que deux exemples dont un est rapporté ici par M. Mondière, et offre à peu près la répétition de ce que nous venons de voir dans l'observation précédente.

Le mémoire que nous analysons en ce moment contient encore trois autres observations de névralgie où la maladie a cédé à l'emploi de l'acétate de morphine appliqué d'après la méthode endermique. Dans le premier cas, il s'agit d'une sciatique déjà traitée en vain par plusieurs méthodes, et spécialement par la méthode endermique; mais alors le

vésicatoire avait été appliqué à la partie moyenne de la cuisse, c'est-à-dire dans un point où le nerf sciatique est séparé de la peau par une épaisseur considérable de muscles et de graisse; et c'est à cette circonstance que M. Mondière attribue l'insuccès. Il suivit donc dans une nouvelle application la méthode de Cotugno, c'est-à-dire qu'il fit appliquer deux vésicatoires, l'un sur la tête du péroné, et l'autre dans l'espace qui se trouve entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion. Le lendemain il n'y avait aucun soulagement; un tiers de grain d'acétate de morphine est appliqué sur chaque vésicatoire, et, au bout d'une heure, la douleur était considérablement diminuée; après quelques jours, la douleur avait complètement disparu. Le second fait est la répétition du dernier, avec cette différence seulement que l'acétate de morphine ne fut déposé que le dixième jour après l'application du vésicatoire, c'est-à-dire après que l'on fut assuré de l'inefficacité du traitement de Cotugno seul. Le troisième fait est un cas de névralgie fronto-lacrymale promptement guérie par le même moyen.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Nous trouvons dans les cahiers de février et de mars : 1° *quelques réflexions sur l'état actuel de la médecine en France*, par M. Saint-George Ransol; 2° *sur l'emploi de la digitale dans la phthisie pulmonaire*, article extrait du troisième volume de la Bibliothèque de thérapeutique, par M. Bayle; 3° *observation suivie de réflexions sur un cas de pneumo-thorax*, par M. Prus; 4° *observations d'ascite compliquée d'affections organiques*, par M. Lemoine; 5° *description d'un cas de monstruosité*, par M. Dugès; 6° *exposé de plusieurs expériences homœopathiques faites en Allemagne*, par M. Martin; 7° *fragment d'un mémoire sur l'origine de la médecine et sur la source de ses progrès*, par le docteur Lafont Gouzi; 8° *histoire de l'épidémie de dysenterie qui a régné en Bretagne*, etc., par MM. Verger et Chanvin, 2e article; 9° *observation d'une fracture de l'os maxillaire inférieur*, par M. Gérard; 10° *hypertrophie de la langue guérie par une opération*, par le docteur Rey; 11° *histoire médicale et statistique des ouvriers mineurs de la houillère de Decise*, par M. Valat. Nous avons rendu compte de ce dernier mémoire lors du rapport qui en a été fait par M. Double à l'Académie des sciences.

OBSERVATION D'UNE FRACTURE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR, par M. Ch. GÉRARD, médecin à Gray.

OBS. — Un homme de 34 ans reçoit dans une rixe un coup de poing ou de bâton sur la mâchoire; il en résulte une fracture du corps de l'os maxillaire inférieur, dirigée obliquement d'avant en arrière, à partir de la face antérieure de la dernière molaire jusqu'au-devant et à un demi-pouce de l'angle de la mâchoire. On pouvait écarter les fragmens, quoiqu'à un faible degré; mais en faisant des efforts pour ouvrir la bouche, le fragment antérieur se laissait entraîner, en se déviant légèrement à droite, et alors les deux dernières molaires présentaient un écartement d'environ deux lignes. Le moindre mouvement imprimé aux fragmens occasionait une hémorrhagie dans l'intérieur de la bouche et de très-vives douleurs, qui faisaient croire à la lésion des vaisseaux et du nerf maxillaire.

Le chirurgien se borna à garnir la région sous-maxillaire avec des compresses imbibées d'un liquide résolutif et d'appliquer une fronde ainsi construite. Elle était formée d'une bande de toile neuve large d'environ 6 pouces, d'une longueur mesurée exactement sur la circonférence occipito-mentonnière de la tête couverte d'un bonnet, et présentait à chacune de ses extrémités six à huit œillets dans lesquels passait un lacet. Pour appliquer ce bandage, on le prend par sa partie moyenne et on l'applique exactement sous la mâchoire, en ayant soin que son bord antérieur embrasse la partie inférieure du menton, et que son bord supérieur s'appuie sur les deux angles de la mâchoire; et on le serre en laçant sur le vertex.

La bouche était de temps en temps abstergée des mucosités fétides qu'elle sécrétait, à l'aide d'une décoction émolliente, avec addition ou de miel rosat ou de chlorure de chaux; et pendant trente jours le malade ne prit que des alimens liquides. Des spasmes nerveux très-pénibles avaient affecté le malade dès le troisième jour. Cet état spasmodique, qui chaque jour présentait des exacerbations irrégulières, surtout durant la nuit, vers le onzième jour prit les caractères d'une véritable fièvre quotidienne, dont l'accès revenait le soir. Le sulfate de quinine la dissipa dès la première dose.

La consolidation ne fut achevée qu'au quarantième jour.

Une des difficultés que présente le traitement des fractures de la mâchoire consiste surtout à concilier l'alimentation du malade avec l'immobilité de l'os fracturé. Quand la fracture siége en avant, les appareils de MM. Houzelot, Jousset, Lonsdale, permettent de remplir facilement ces deux indications; lorsqu'elle est plus en arrière ou même qu'elle affecte la branche de l'os, le seul appareil est la fronde plus ou moins modifiée, qui rapproche toujours les mâchoires l'une de l'autre. Les auteurs conseillent alors d'extraire une dent pour livrer passage aux alimens liquides. M. Gérard remarque avec raison que, pour peu que les dents présentent d'intervalle, les liquides peuvent être attirés par une sorte de succion que le malade s'apprend à exercer. Dans l'observation qu'on vient de lire, le sujet avait perdu les deux premières molaires supérieures gauches et usé en fumant une partie de la couronne des canines et des incisives; ce qui lui donnait plus de facilité.

HYPERTROPHIE DE LA LANGUE, observée à l'Hôtel-Dieu de Chambéry et guérie par l'opération, par le docteur REY, professeur à l'école médico-chirurgicale de Chambéry, etc.

OBS. — Marie Orseille, âgée de 14 ans, non réglée, se présenta, le 4 août 1834, à l'Hôtel-Dieu de Chambéry, avec une telle hypertrophie de la langue, que cet organe faisait saillie au dehors d'une longueur de près de 4 pouces sur 3 pouces environ de largeur. L'extrémité antérieure, comme étranglée par les arcades dentaires, formait une tumeur pyriforme, aplatie d'avant en arrière, dont la base légèrement bilobée dépassait le menton d'un pouce et demi. La face supérieure était couverte de granulations dont quelques-unes avaient le volume d'une lentille. L'irritation entretenue par le contact de l'air et du petit sac de toile dans lequel la malade avait coutume de renfermer sa tumeur, en avaient détaché l'épiderme, et l'on voyait à nu le corps muqueux, qui était rouge et enflammé, et même excorié en quelques points. Un sillon large et superficiel divisait cette face dans toute sa longueur en deux moitiés symétriques. La face inférieure était lisse et recouverte par la muqueuse buccale; le frein de la langue, attiré en avant, avait passé entre les deux incisives moyennes, et par son action prolongée les avait écartées l'une de l'autre de plus de 3 lignes. De chaque côté du frein étaient de petits ulcères qui logeaient les dents correspondantes de la mâchoire inférieure. Ces dents étaient toutes inclinées en avant, à l'exception des grosses molaires, en sorte que la tumeur était supportée par une espèce de gouttière formée par les incisives et les canines.

La tumeur était partout molle et indolente. La malade se plaignait seulement d'une tension à la base de la langue, de l'écoulement continuel de la salive et de la gêne de la déglutition. Elle balbutiait encore assez bien pour se faire comprendre.

Elle raconta que dès l'âge de trois ans elle avait eu mal à la langue; depuis lors l'organe avait crû en volume, mais lentement, jusqu'au 18 mai 1834. A cette époque le développement devint énorme, et la langue fit saillie au dehors; en même temps la malade ressentit des maux de tête, perdit l'appétit et fut obligée de garder le lit plusieurs jours.

M. Rey diagnostiqua une simple hypertrophie, et se décida à l'opération. La malade assise sur une chaise élevée, les mâchoires maintenues écartées au moyen de morceaux de linge, la langue fut saisie de chaque côté par des aides, avec des pinces garnies de linge pour s'opposer aux mouvemens de rétraction. L'opérateur attira à lui de la main gauche la pointe de la langue; puis il plongea un bistouri à lame étroite à la partie moyenne de l'organe, à environ un pouce au-delà de la portion correspondant aux arcades dentaires, et le ramenant obliquement en avant et à gauche, il fit de ce côté un lambeau d'un pouce de longueur. Il avait dessein de tailler un lambeau semblable à droite, puis de réunir les deux lambeaux par suture, et de conserver ainsi à l'organe une pointe artificielle; mais après le premier temps de l'opération, la langue échappa à la pince qui la tenait à droite, et le lambeau de ce côté ne fut pas assez exactement semblable à l'autre pour y être affronté. On se contenta donc d'enlever avec des ciseaux ce que le premier lambeau avait d'excédant sur le second; on lia les artères canines; on toucha avec un bouton de fer une autre petite artériole, et la malade fut reconduite à son lit.

Elle souffrit beaucoup, durant cinq ou six heures, d'une douleur vive dans le larynx; puis le calme revint et la nuit fut bonne. Le lendemain le moignon était très-gonflé et douloureux; il y avait fièvre. Du deuxième au troisième jour, la tuméfaction diminua; le cinquième la plaie commença à se déterger; on permit un potage de semoule. Depuis lors la cicatrisation marcha avec rapidité; en moins de trois semaines, la guérison fut complète. Les deux lambeaux se sont rapprochés spontanément en sorte que la forme de la langue se rapproche beaucoup de l'état naturel. Les dents déviées se sont même redressées peu à peu; et la malade n'a conservé que très-peu de difficulté dans la prononciation.

L'auteur n'a trouvé dans les Annales de la chirurgie qu'un seul cas analogue, publié par Mirault d'Angers, dans les *mémoires de la société de médecine de Montpellier*, partie IV, p. 517, et que M. Mirault fils, a rappelé à l'Académie de médecine, GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 506. La langue fut divisée dans ce cas au moyen de trois ligatures. « Mon observation, dit M. Rey, prouve qu'on ne doit pas craindre en pareille circonstance d'employer l'instrument tranchant, plus expéditif et moins douloureux. » Cette remarque nous paraît très-juste quand on n'a à enlever qu'une portion de la partie libre de la langue; mais si l'amputation devait être faite à la base, la ligature serait beaucoup plus sûre, surtout par les procédés nouveaux. Cette question a été discutée à fond à l'Académie de médecine. (V. GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 521.)

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE.

Les cahiers de février et mars contiennent : 1° des *considérations pratiques sur la nature et le traitement de la dysenterie*, par le docteur Ségond; 2° *note sur une épidémie de fièvre grave (dothinentérie)*, par M. Mondière; 3° *hernie congéniale des viscères abdominaux à travers le diaphragme, chez un enfant mort peu d'instans après la naissance*, par le docteur Anthony de Bordeaux; 4° *chapitre huitième sur l'humorisme rationnel;* par M. Forget; 5° *résumé général de la clinique de la Charité pendant l'année 1834, service de M. Bouillaud*, par M. Pelletan; 6° *réplique de M. Chervin à*

M. le ministre du commerce : nous avons donné les deux lettres essentielles de cette correspondance; 7° *Compte-rendu de la clinique médicale de l'hôpital de Cayenne, pendant le premier semestre* 1834, par le docteur Ségond.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA DYSENTÉRIE, par le docteur SEGOND, chargé en chef du service de santé à Cayenne.

La nature de la dysentérie, comme celle de la plupart des maladies, est une chose fort obscure; aussi attachons-nous en général fort peu d'importance aux recherches sur ce sujet. Mais, ce qui est d'une grande utilité, c'est la distinction des formes sous lesquelles cette maladie, ainsi que la plupart des autres, se présente. Les praticiens savent que l'on ne traite pas une pneumonie bilieuse comme une pneumonie inflammatoire, ni une pneumonie adynamique comme les deux précédentes. Il en est de même de la dysentérie qui varie suivant les épidémies et spécialement suivant les climats. C'est ainsi qu'à Cayenne elle offre des caractères bilieux qui y sont beaucoup plus fréquens qu'en Europe; de là les effets funestes de la saignée dans le traitement de cette maladie, dans les climats tropiques.

C'est ce que l'auteur dit avoir constaté par sa propre expérience. « Moins prévenu que je n'étais à mon arrivée, dit-il, de cette circonstance qui doit dominer la pensée du thérapeutiste, j'ouvrais assez fréquemment la veine. Les insuccès qui s'ensuivaient, je n'avais garde de les rapporter à cette pratique. Trop souvent témoin de l'insuffisance des moyens purement physiologiques pour triompher de cette espèce de dysentérie, aujourd'hui éclairé sur la marche à suivre en pareil cas, je dévie volontiers des préceptes broussaisiens. » Aussi c'est à la méthode évacuante combinée à l'emploi des narcotiques, que M. Segond donne la préférence, à l'imitation des médecins anglais, qui emploient constamment cette méthode, et avec un succès presque constant. Car nous voyons, d'après un relevé fait à Demerari, que, sur 400 dysentériques traités par cette méthode, 4 seulement ont succombé; tandis que, d'après l'auteur, la mortalité de la même maladie aux Antilles, où la méthode antiphlogistique est exclusivement employée, est effrayante, bien que les circonstances du climat et des sujets affectés soient à peu près les mêmes. Nous regrettons de ne pas trouver ici le chiffre de la mortalité de la dysentérie aux Antilles françaises.

Il resterait pourtant encore un point à démontrer, c'est l'identité aussi absolue que possible entre la dysentérie de Cayenne et celle qui règne aux Antilles françaises, et la comparaison des résultats obtenus dans ces dernières localités par le traitement antiphlogistique et le traitement évacuant combinés aux narcotiques et aux astringens. Bien que nous soyons disposés à admettre les conclusions tirées par M. Segond des observations importantes qu'il a recueillies lui-même, et que nous ayions déjà quelques données sur l'efficacité de la méthode des Anglais dans le traitement de la dysentérie aux Antilles, cependant nous prenons ici cette réserve, afin d'appeler de nouveaux renseignemens de cette dernière localité.

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE GRAVE (dothinentérie) qui a régné dans le canton de Loudun (Vienne) pendant les quatre derniers mois de l'année 1834, par le docteur MONDIÈRE.

Ce mémoire sur une maladie qui a été dans ces derniers temps l'objet de tant de travaux ne peut offrir beaucoup de faits nouveaux. Nous y trouvons la confirmation d'une partie des résultats déjà admis généralement par la plupart des observateurs. Nous n'avons donc rien à dire sur ce point. Quant aux questions sur lesquelles il y a moins d'unanimité, voici ce que nous trouvons à cet égard.

Il y a une espèce de lutte, comme on le sait, entre les médecins de Paris et la plupart des observateurs qui ont été témoins d'épidémies de fièvres typhoïdes dans les départemens, sur la nature contagieuse de cette maladie. Les premiers, ou au moins le plus grand nombre d'entre eux, soutiennent que la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse, parce que, disent-ils, ils n'ont jamais observé d'exemples de contagion dans les hôpitaux de Paris. La plupart des autres, au contraire, soutiennent qu'elle est contagieuse, apportant à l'appui de leur opinion de nombreux faits, et même prétendent expliquer pourquoi les médecins des hôpitaux de Paris n'observent et même ne peuvent que très-rarement rencontrer des exemples de contagion dans les hôpitaux de cette ville. M. Mondière se joint encore ici à l'opinion de nos confrères des départemens. Nous allons faire connaître ici son opinion, qui est certainement de quelque valeur dans une question de cette importance.

« Il ne nous a pas été donné, dit-il, de pouvoir remonter à la connaissance des causes premières sous l'influence desquelles s'est développée l'épidémie. Mais, du moins, nous pouvons nous prononcer hardiment pour son mode de propagation par infection. Sans entrer à ce sujet dans des discussions qui nous feraient sortir des limites que nous devons nous imposer, nous dirons que l'épidémie dont nous venons d'être témoins nous a fourni bien des faits qui mettent au grand jour cette vérité. Parmi ces faits, nous n'en citerons que deux; mais les autres sont aussi concluans. La nommée Georgette de Nousilly va, avec sa maîtresse, à Berry, bourg situé à quatre lieues de chez elle, passer quelques jours; elle visite plusieurs fois une personne atteinte de l'épidémie. A peine de retour de son voyage, elle tombe malade, et bientôt la dothinentérie se répand dans son village jusqu'alors épargné. Vers la fin de l'épidémie, la nommée Louise Perrot va, à trois lieues de Loudun, soigner sa sœur et son beau-frère atteints de l'épidémie, et elle en est frappée elle-même aussitôt après son retour à la ville. Nous ajouterons encore que, dans un grand nombre de maisons, tous ou presque tous les habitans sont tombés malades les uns après les autres, et d'abord ceux qui étaient le plus souvent en contact avec les premiers malades pour leur donner des soins, et c'est même presque exclusivement dans ces cas que nous avons observé des maladies, surtout parmi les femmes ayant dépassé l'âge pour lequel la dothinentérie a réellement une funeste prédilection. »

Le traitement de la fièvre typhoïde est dans ce moment l'objet de trop de discussions pour que nous ne fassions pas connaître rapidement les résultats obtenus par M. Mondière des différentes médications qu'il a employées.

Au début de l'épidémie, il avait rarement recours à la saignée générale, effrayé de l'état de prostration dans lequel tombaient les malades dès les premiers jours. « Plus tard, dit-il, et nous devons déclarer que pour nous, que la connaissance des beaux résultats obtenus par les saignées à la clinique de M. le professeur Bouillaud n'a pas été sans influence sur notre détermination, nous eûmes recours à la saignée générale, et dès lors, soit que l'intensité de l'épidémie eût réellement diminué, soit que les succès que nous obtîmes fussent exclusivement un effet des saignées, toujours est-il que nous perdîmes moins de malades. » Voilà pour le traitement par la saignée. Voici maintenant ce que nous trouvons plus loin sur l'emploi des toniques. « Sous l'influence des toniques employés dès le début, aussitôt que l'éréthysme inflammatoire était diminué, nous avons vu, et constamment vu, la langue s'humecter, perdre sa coloration brune ou noirâtre, la soif disparaître, le délire sourd qui persistait souvent disparaître entièrement, les selles devenir et moins liquides et moins abondantes, l'expectoration se faire plus aisément, enfin survenir une amélioration générale. »

Les chlorures n'ont pas moins réussi lorsqu'ils ont été employés. Chez douze malades qui avaient un météorisme très-prononcé, des évacuations alvines nombreuses et fétides, le chlorure de soude fut administré d'après la méthode de M. Chomel. Aucun n'a succombé, et dès le second jour de l'emploi de ce médicament, il y eut de la diminution dans les accidens. Nous ne craignons pas de dire ici que, sous ce rapport, M. Mondière a été plus heureux que M. Chomel lui-même.

Les purgatifs ont eu aussi leurs succès entre les mains de M. Mondière, surtout lorsqu'ils étaient employés dans les cas où le météorisme avait résisté aux autres moyens et pendant la convalescence, alors que persistaient l'anorexie, quelques envies de vomir et une bouche pâteuse.

Enfin, un moyen qui est plus rarement employé, et dans lequel M. Mondière paraît avoir une grande confiance, c'est le vésicatoire appliqué à la nuque. Constamment, dit-il, et dans un nombre considérable de faits, cette application a eu une longue et heureuse influence sur la marche de la maladie.

IV. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Nous analyserons ici les articles les plus saillans qu'a publiés ce journal dans le premier trimestre 1835.

NOTE SUR UN NOUVEAU PURGATIF CHEZ LES ENFANS, et sur ses applications dans différentes affections, par M. CONSTANT.

L'un des inconvéniens les plus graves attachés à l'emploi des purgatifs, c'est qu'ils déterminent fréquemment les vomissemens, surtout chez les enfans. Aussi le docteur Corry, voulant éviter cet accident, fit préparer la potion suivante.

Prenez : Huile de croton tiglium, 2 gouttes.
Sucre blanc, 2 gros.
Gomme arabique, demi-gros.
Teint. de petit cardamome, demi-gros.
Eau distillée, 9 L

Faites une potion d'une once et demie, dont on donnera deux ou trois cuillerées à café toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à évacuation abondante. Cette préparation, qui réussit merveilleusement au docteur Corry, fut prise par tous les malades sans répugnance. M. Bandelocque a répété cette expérience à l'hôpital des Enfans, et a obtenu les résultats suivans. Vingt femmes malades âgées de deux à quinze ans, ont fait usage de cette préparation. On l'administra d'abord aux malades les plus âgés, qui ont soigneusement rendu compte des phénomènes qui ont accompagné ou suivi son ingestion. Aucune d'elles ne lui a trouvé une saveur désagréable. Deux seulement ont éprouvé à la gorge ce sentiment d'ardeur qui se manifeste après l'ingestion des préparations de croton tiglium. Dans la moitié des cas les vomissemens ont eu lieu; tantôt ils sont survenus après la première prise, tantôt après les suivantes. Les évacuations alvines ont été constamment moins nombreuses chez les malades qui ont éprouvé des vomissemens. Le nombre des selles a varié depuis quatre jusqu'à douze. Chez deux malades la diarrhée a persisté pendant trois jours, mais elle devenait de moins en moins abondante à mesure qu'on s'éloignait de l'époque de l'administration du médicament. Les selles étaient précédées, chez tous les malades, de borborygmes; quelques-unes ont éprouvé des coliques passagères et une légère anxiété épigastralgique; mais dans aucun cas, quelle qu'ait été la durée du flux intestinal, on n'a vu la langue rougir, la soif devenir vive, l'appétit se perdre, le pouls prendre de la fréquence, etc.

Bien que cette potion purgative ait déterminé des vomissemens dans la moitié des cas, cependant on peut la considérer comme devant être utile dans la médecine des enfans, auxquels on a si souvent beaucoup de peine à faire prendre les médicamens même les moins répugnans.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'HUILE D'ÉPURGE, par M. Martin Solon, médecin de l'hôpital Beaujon.

Parmi les huiles connues par des qualités purgatives, l'huile fournie par l'euphorbia latyris, vulgairement appelée épurge, mérite certainement notre attention par les propriétés remarquables dont elle est douée, ainsi que MM. Calderini et Bally l'ont constaté. Les expériences que M. Martin Solon rapporte ici, ont eu pour but de voir si les trois procédés employés par M. Soubeiran pour la préparation de ce médicament, la simple expression, l'alcool et l'éther sulfurique, donnent au produit qui en résulte des propriétés particulières, et de déterminer quelques-uns des cas dans lesquels on pourrait les employer avec avantage.

1° *L'huile d'épurge obtenue par expression*, donnée à la dose de 4, 5, 8 et 12 gouttes, données dans une cuillerée de potion gommeuse ou de tisane, à plusieurs malades atteints d'embarras gastrique ou de constipation, n'a produit aucun effet appréciable sur le canal intestinal ni sur le reste de l'économie.

Vingt-quatre gouttes ont déterminé quelques coliques légères et trois garde-robes chez une femme de constitution nerveuse, âgée de 34 ans, affectée d'embarras gastrique.

Chez un malade âgé de 36 ans, et atteint d'une colique saturnine, un gros d'huile d'épurge détermina une lypothymie de quelques instans, plusieurs vomissemens et des garde-robes.

Chez un autre du même âge, 3 gros de la même huile pris pour vaincre une constipation rebelle déterminèrent quelques coliques légères, un vomissement et cinq garde-robes abondantes.

2° *L'huile d'épurge préparée par l'alcool*, prescrite à la dose de 5, 8 et 10 gouttes, n'a produit autre chose que quelques nausées; 12 gouttes ont occasioné des nausées et des vomissemens; 24 gouttes ont produit quelques étourdissemens, des coliques assez fortes, plusieurs vomissemens bilieux et cinq selles de même nature.

A la dose de 2 scrupules, elle occasione des nausées insupportables, trois vomissemens et une seule garde-robe, et l'apparition des règles quelques jours avant leur époque.

3° *L'huile d'épurge préparée à l'éther*, administrée à la dose de 5 gouttes à un homme atteint d'ictère, ne produisit aucun effet sensible. Seize gouttes déterminèrent chez le même malade des nausées peu marquées, quelques gargouillemens et quatre selles liquides et bilieuses. Vingt-quatre gouttes le lendemain occasionèrent une selle bilieuse de plus.

Deux scrupules, donnés dans un cas de constipation opiniâtre, furent suivis de nausées à peine sensibles et de deux garde-robes qui rétablirent la santé.

Quelques-unes des conclusions qui terminent l'intéressante notice de M. Martin Solon, et que nous allons reproduire, feront connaître les autres résultats obtenus, et qui sont consignés dans les faits rapportés avec détail.

1° Les trois préparations d'épurge n'ont aucune action sur l'économie à la dose de 2 à 8 gouttes.

2° A la dose de 16 à 24 gouttes, les deux premières jouissent de propriétés eméto-cathartiques assez prononcées, et à la même dose la troisième est seulement purgative.

3° A une dose plus élevée, les effets sont plus prononcés et s'accompagnent, pour les deux premières, quelquefois de dispositions à la syncope et même de lipothymie.

Cette dernière propriété mérite surtout d'être constatée, et que l'on examine dans quelles conditions elle se développe le plus fréquemment, car elle indique une action toute différente de l'action purgative, et dont on pourrait tirer de grands avantages dans quelques états morbides.

4° L'appareil digestif n'éprouve qu'une action passagère des trois préparations, au moins en ne dépassant pas les doses de 2 à 3 gros.

5° Enfin, les préparations d'huile d'épurge méritent de fixer l'attention des thérapeutistes.

NOUVEAU MODE DE RÉDUCTION DES LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES, par M. VERGNIES, D.-M.

M. Vergnies se borne à décrire son procédé, sans le comparer à d'autres, sans spécifier à quelles sortes de luxations et dans quelles circonstances il est applicable; ce qui le réduirait à la valeur de ces recettes dont abondent les livres de médecine populaire, si les nouvelles données acquises sur le mécanisme de ces luxations ne permettaient de l'apprécier avec plus de précision. Le voici d'abord tel qu'il est donné par l'auteur.

« Le malade étant placé debout, ou assis sur une chaise, l'opérateur prend le membre luxé, et le tient dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps; il place à cet effet une main vers le milieu du bras et l'autre vers le poignet; puis il lève le pied et le place sous l'articulation de la tête luxée; il l'appuie sur le côté de la poitrine et tire légèrement le bras à lui, en même temps qu'il l'abaisse peu à peu en le tirant en avant; il augmente d'ailleurs de plus en plus la force en procédant d'abord avec promptitude; à mesure que la luxation se réduit, les mouvemens d'abaissement doivent être suivis d'autres mouvemens, selon la nature de la luxation. »

En plaçant le membre dans cette position, M. Vergnies le rapproche beaucoup de celle où les deux os chevauchent l'un sur l'autre, et où l'extension est rationnelle pour lui rendre sa longueur normale. Le procédé est donc un peu moins mauvais que beaucoup d'autres; mais il pèche encore par les côtés suivans: 1° l'extension ne se fait pas en ligne directe; 2° la contre-extension n'agit que très-médiatement sur l'omoplate; 3° les mouvemens en bas et en avant vont contre le but qu'on se propose, et seraient supprimés avec avantage. On conçoit qu'il ait pu réussir dans quelques luxations sous coracoïdiennes récentes; très-probablement il échouerait dans tout autre cas.

RECHERCHES SUR L'ACTION DE L'HUILE DE CROTON TIGLIUM; par M. PIÉDAGNEL.

M. Soubeiran ayant obtenu l'huile de croton tiglium de la semence de cette plante par deux méthodes, c'est-à-dire, d'une part par l'expression simple, et de l'autre en traitant cette graine par l'alcool, remit ces deux espèces d'huile à l'auteur de cette notice, afin de constater leur action sur l'homme et d'établir les différences qu'elles pourraient offrir dans leur mode d'action. Les expériences faites par M. Piédagnel, qui paraissent avoir été nombreuses, lui ont démontré qu'il n'existe pas de différences entre leur manière d'agir. Les seules qu'il ait pu constater chez les individus auxquels il les a administrées étaient purement individuelles; car elles ne se présentaient pas constamment dans l'emploi de la même huile. Le résultat de ces expériences, bien que peu important en apparence, ne laisse pas que d'avoir une grande utilité sous le rapport de l'économie domestique, puisqu'il démontre que l'huile obtenue par simple expression, et dont le prix ne peut être que très-élevé, n'est point préférable à celle que l'on obtient par l'alcool.

M. Piédagnel est presque nécessairement amené à exposer les effets médicamenteux de l'emploi de cette huile, tels qu'il les a observés dans le cours de ses expériences. Ces effets sont trop connus des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE pour que nous nous croyions obligés de présenter une analyse de cette partie de sa notice. Cependant nous ap-

pellerons un instant leur attention sur un effet de cette huile déjà indiqué, mais que M. Piédagnel nous paraît avoir fait ressortir mieux que ceux qui en ont parlé avant lui. Il s'agit ici, non plus des effets purgatifs produits par l'action immédiate de l'huile de ricin sur la muqueuse du tube digestif, mais de cette série de phénomènes qui ne peuvent être attribués qu'à l'absorption de cette substance. L'étude de ces phénomènes est d'autant plus curieux qu'ils paraissent surtout se manifester davantage lorsque l'effet purgatif n'a pas eu lieu et que le médicament a été administré à doses élevées. Y aurait-il donc pour l'huile de croton à haute dose un état de *tolérance*, comme il y en a pour l'opium, le calomel, le tartre stibié? Voici, au reste, ce que dit M. Piédagnel de ces phénomènes.

« Chez quelques malades qui avaient pris deux ou trois gouttes d'huile de croton tiglium, je n'ai observé ni vomissemens ni selles, mais des gargouillemens chez plusieurs; ainsi, point d'action purgative; puis une ou deux heures après l'ingestion, les malades se plaignaient d'un poids à la région épigastrique et de malaise. D'autres ont offert une gêne au creux de l'estomac, de la difficulté à respirer, de l'anxiété, de l'agitation, des douleurs dans les membres, des palpitations violentes, de la céphalalgie avec de l'incertitude dans les idées. Ces divers symptômes étaient bientôt suivis d'une chaleur générale, de sueur abondante, puis de sommeil. Le lendemain, les malades étaient fatigués, courbaturés. Ces phénomènes ont quelquefois été assez intenses pour nécessiter l'emploi de quelques bains de pieds et de sinapismes. »

DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE PAR LES COURANS CONTINUS D'EAU TIÈDE, par M. SERRES, d'Uzès.

Il y a quatre ans que M. Serres a proposé l'emploi des courans continus d'eau tiède dans le traitement de la gonorrhée; et il préconise de nouveau ce moyen, bien que d'après lui-même, il ne convienne qu'à des malades intelligens et aisés, et que la classe pauvre ne puisse *jamais* y avoir recours. Mais il en a étendu l'application à une affection beaucoup plus grave, que la gonorrhée laisse trop souvent après elle, c'est-à-dire aux rétrécissemens.

La dilatation, dit-il, provoque des érections incommodes, des pollutions, des uréthrites, des catarrhes de vessie, des ulcères dans cette cavité, et souvent une fièvre générale qui fait perdre tout le fruit de plusieurs semaines de traitement. La cautérisation est plus fâcheuse encore; loin d'élargir le canal, elle le rétrécit; si le nitrate d'argent agit superficiellement, il détermine une contraction du canal qui rend très-difficile l'entrée de la sonde pendant plus de vingt-quatre heures; si son action est plus profonde, il en reste une longue plaie qui se réunit par un tissu de cicatrice; en un mot, on ne guérit en cautérisant que parce qu'on emploie la dilatation après.

Il y a beaucoup d'exagération dans ces idées. A en croire M. Serres, on ne guérirait aucun rétrécissement avec le caustique; et le contraire se voit cependant tous les jours. Les récidives sont nombreuses sans doute; mais cela tient à ce qu'en détruisant le rétrécissement on n'a pu enlever sa cause morbide, la disposition du canal à s'engorger, et souvent aussi à ce que les malades guéris vont comme à plaisir au-devant de toutes les occasions capables de rendre à cette cause permanente toute son énergie. Cette double raison des récidives se présente après quelque mode de traitement que ce soit; et nous n'osons espérer que le nouveau moyen proposé par M. Serres ait plus de vertu que les autres. Voici en quoi il consiste :

On introduit jusqu'au-delà du rétrécissement une sonde de mince calibre; lorsqu'elle a acquis un peu de jeu, ce qui arrive lorsqu'on l'a seulement introduite deux ou trois jours de suite, le malade se met dans un bain, ajuste un clysoir avec la sonde, le suspend à un clou et le remplit d'eau de la baignoire ou d'une décoction émolliente et mucilagineuse; l'eau sort par les ouvertures de la sonde, revient par les côtés entre le tube et le canal, et lave ainsi le rétrécissement; l'irrigation doit durer une heure et se répéter matin et soir. On renouvelle cette opération tous les jours pendant une semaine, en ayant la précaution d'augmenter chaque fois le diamètre de la sonde. Au bout de ce temps, le canal a repris son diamètre naturel. Au lieu du clysoir on peut se servir d'une seringue.

Le malade dans aucun cas ne doit se sonder hors du bain. Il est bon de retirer la sonde chaque fois qu'on urine, pour éviter la sensation pénible que le passage de l'urine entre la sonde et le canal ne manquerait pas de provoquer. On évitera les excitans de toute espèce; on prescrira des tisanes adoucissantes; et enfin on fera appliquer au périnée une légère couche d'extrait délayé de belladone.

M. Serres pense que les guérisons ainsi obtenues sont *infiniment durables*. Toutefois il recommande au malade même guéri, de se sonder chaque fois qu'il prend un bain de propreté, et de s'y injecter avec le clysoir. Cette précaution est très-sage; mais en s'y assujétissant après toute autre espèce de traitement, on est également sûr d'éviter les récidives. Reste donc à décider quel est le moyen le plus doux et le plus prompt à agir, du courant continu d'eau tiède ou des autres opérations. La dilatation est au moins aussi commode; mais dans quelques cas elle est douloureuse. La cautérisation et même les scarifications peuvent trouver leur place dans les rétrécissemens durs, étroits, calleux. Nous ne croyons donc pas que la nouvelle médication rende désormais les autres inutiles; mais, si l'expérience confirme son efficacité, elle prendra rang dans la thérapeutique chirurgicale comme une ressource simple, facile, sans douleur ni danger, et qu'on pourra employer dans un grand nombre de cas.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 AVRIL.

POSSIBILITÉ D'APPRÉCIER L'EXISTENCE DE TRÈS-PETITES PROPORTIONS D'ACIDE NITRIQUE OU D'ACIDE NITREUX DANS UN PRODUIT COMPOSÉ.

M. Desbassyns de Richemont annonce l'envoi prochain d'un mémoire sur les combinaisons anhydres que forment le proto-sulfate de fer et le sulfate de cuivre avec le deutoxide d'azote. Il fait connaître à l'avance les applications qu'il a tirées de ses recherches sur l'analyse. Voici quelques-unes de ces applications.

La couleur pourpre ou bleue que prend l'acide sulfurique concentré dans lequel le protoxide de fer et le deutoxide de cuivre se trouvent en présence, lui a fourni un moyen de reconnaître la présence des moindres quantités d'acide nitrique ou nitreux, libre ou combiné. Ce procédé, suivant l'auteur, est tellement sensible, que l'on peut apprécier 1/200,000 d'acide nitrique dans l'acide sulfurique, et 1/24,000 du même acide dans une dissolution aqueuse, tandis que les réactifs les plus délicats connus aujourd'hui, signalent tout au plus la présence de 1/500 d'acide nitrique dans une dissolution.

M. Desbassyns a mis à profit cette extrême sensibilité pour construire un *nitromètre* analogue aux *chloromètres* et aux *alcalimètres*, et destiné à l'essai des salpêtres et des sulfates de soude du commerce. Il s'en est servi aussi pour reconnaître l'acide nitrique formé dans les mélanges d'oxigène et d'azote sons l'influence de l'étincelle électrique, et en a tiré un caractère *positif* pour distinguer ce dernier gaz dont on ne pouvait jusqu'à présent constater que les caractères négatifs. Enfin diverses réactions ont donné à M. Desbassyns les moyens de distinguer l'un de l'autre les acides nitrique et nitreux dans les dissolutions où ils se trouvent, et de reconnaître directement la présence des moindres quantités de fer et de cuivre dans l'acide sulfurique et dans le mercure.

M. Desbassyns espère que les réactifs nouveaux qu'il présente pourront servir à éclairer plusieurs questions importantes pour la théorie et la pratique, telles que celle de la nitrification, par exemple; à perfectionner certains procédés analytiques et à découvrir les falsifications de beaucoup de substances employées dans la médecine, dans les arts et le commerce.

M. Desbassyns annonce l'envoi de deux nouveaux mémoires, l'un sur les combinaisons de l'oxigène et de l'azote, et l'autre sur différentes causes d'erreur que présente l'analyse des gaz.

PAPIERS DE SURETÉ.

M. Mozard, acquéreur du procédé de M. Vidocq pour la fabrication de ces papiers, annonce un nouveau mode de préparation qui rend les fraudes plus difficiles. Ce nouveau moyen consiste à tracer sur le papier des contours multipliés, avec des couleurs tellement fugaces qu'ils ne peuvent manquer de s'enlever par tous les réactifs qu'on emploierait pour effacer l'écriture.

Sa lettre et les échantillons qui y sont joints sont renvoyés à la commission chargée de s'occuper de cette question.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES INSECTES.

M. Léon Dufour lit l'analyse de l'ouvrage manuscrit qu'il a présenté récemment à l'Académie des sciences sous le titre suivant : Recherches anatomiques et physiologiques sur les orthoptères, les hyménoptères et les névroptères, accompagnées de considérations relatives à l'histoire naturelle et à la classification de ces insectes.

« L'étude de l'entomologie, long-temps négligée, se poursuit aujourd'hui avec une extrême ardeur, et de nouvelles espèces arrivent incessamment de toutes les parties du monde, enrichir les collections déjà si nombreuses, et prendre place dans les ouvrages des naturalistes qui travaillent avec un zèle infatigable à les décrire et à les classer.

Les savans qui, imbus d'une saine méthode d'observation et doués d'un tact heureux, ont dû par l'étude combinée des traits extérieurs et du genre de vie, distribuer dans des groupes bien limités, dans des familles naturelles, ces milliers de physionomies diverses, ces structures qui se jouent sous toutes les formes imaginables, ont, dit M. Dufour, rendu à la science un éminent, un indispensable service. Ceux qui ont consacré et leur temps et une patience cent fois éprouvée à décrire les historiens des mœurs, du genre de vie, des habitudes et l'utilité des insectes, ont jeté sur eux un intérêt, un charme qui entraînent puissamment vers leur étude et leur contemplation.

Mais ce n'est pas tout que de payer un juste tribut d'admiration à ces formes

séduisantes par leur élégance ou leur bizarrerie, à ces couleurs qui surpassent en éclat ou en combinaisons nuancées tout ce que l'art a de plus parfait, à ces contextures partielles si bien adaptées aux besoins de l'individu, à ces prodiges de l'instinct, de l'industrie et de l'intelligence de tous ces êtres innombrables dont la petitesse semble blesser notre orgueil. L'esprit humain, toujours avide d'impressions nouvelles, toujours stimulé par ce besoin inné de remonter aux causes, est irrésistiblement poussé à pénétrer les ressorts secrets des actes extérieurs, à rechercher les appareils d'organes qui en garantissent l'existence, enfin à constater les corrélations admirables établies entre la vie animale et la vie organique des insectes. C'est donc à l'anatomie et à la physiologie de ceux ci qu'est réservée la solution du problème dont les élémens sont fournis par l'entomologie proprement dite. Ainsi l'étude qui envisagera simultanément ces deux bases essentielles de l'existence des insectes, constituera la philosophie de la science, celle qui est appliquée à toutes autres branches de la zoologie.

Comme les habitudes, les mœurs, le genre de vie, et même la structure extérieure des animaux, sont sous la dépendance de l'organisation viscérale, l'étude de celle-ci doit fournir les données les plus positives pour établir sur des bases solides une distribution naturelle des êtres, c'est-à-dire leur encadrement méthodique d'après les analogies des organes.

L'anatomie devient donc la pierre de touche de la classification en même temps que, par la découverte de certaines spécialités d'organes, elle nous met à même de diriger les investigations vers la particularité des mœurs ou du genre de vie qui doit leur correspondre. C'est ainsi, par exemple, dit M. Dufour, que le scalpel m'ayant dévoilé un appareil sécréteur spécial, une glande sérifique dans les femelles du genre taupin (*elater*), ce fait m'a mis à même d'en inférer, sans qu'aucune observation directe l'ait encore confirmé et sans qu'aucune analogie dans les genres voisins ait pu me mettre sur la voie, que ces coléoptères doivent fournir à leurs œufs une espèce de coton. C'est ainsi que l'existence dans les apiaires et les andrenètes d'un organe propre à la sécrétion d'une matière soyeuse m'autorise à prédire qu'un très-grand nombre d'hyménoptères de ces deux familles enveloppent leurs œufs d'une coque dont les élémens constitutifs sont puisés, non dans les matières récoltées au dehors et mises en œuvre par leur bouche, ainsi qu'on l'a cru jusqu'à présent, mais dans les organes même de ces insectes et fabriqués par un appareil situé au voisinage de l'anus; vérité très-importante par ses applications, et qui n'avait pas été soupçonnée. Enfin, je citerai un troisième exemple de l'incontestable utilité de l'anatomie en entomologie; j'annoncerai par anticipation que l'étude de l'appareil générateur femelle du *chelonus oculator*, hyménoptère que sa petitesse rend presque inaperçu, m'a fourni de fortes présomptions pour croire que cet insecte bizarre, dont l'histoire des mœurs est encore inconnue, doit être *pupipare* (enfanter ses petits vivans) comme l'hippobosque. Ces inductions, fournies par l'entomologie, ne contribuent pas peu à rehausser l'importance de cette science.

Les auteurs peu nombreux qui ont écrit sur l'anatomie des insectes se sont presque tous bornés à l'étude spéciale du canal digestif, ou à des généralités vagues sur les autres appareils organiques. Non-seulement ils n'ont pas saisi toutes les attributions physiologiques des diverses parties qui constituaient ces appareils, mais dans la description même de ceux ci ils sont loin d'avoir satisfait aux exigences de la science.

Dans l'ouvrage dont nous avons donné le titre, M. Dufour s'est attaché à réunir un grand nombre de faits, et à les présenter avec toute la concision conciliable avec la clarté. Dans sa manière d'envisager la science, il ne devait pas se borner à la simple exposition des formes et de la texture anatomique; il importait, dans le but même des explications physiologiques, de faire précéder cette exposition d'un aperçu sur les habitudes des insectes, lorsque celles-ci étaient connues, et de mettre ainsi en regard le but et les moyens de l'organisme. Il importait aussi à l'auteur, pour sa responsabilité, de formuler avec rigueur les signalemens de toutes les espèces qu'il soumettait à l'examen anatomique, afin de fournir à d'autres observateurs les moyens d'infirmer ou de confirmer ses assertions. Ce soin était d'autant plus nécessaire que plusieurs des espèces examinées par lui sont nouvelles ou mal connues.

Pour chaque famille d'insectes, M. Dufour passe en revue les divers appareils vitaux des genres qu'il a disséqués, et afin d'éviter des répétitions oiseuses, il a placé en tête de l'ordre auquel appartiennent ces familles la description anatomique et physiologique de ces systèmes organiques généraux qui n'éprouvent dans les divisions secondaires que des modifications organiques peu importantes. Tels sont l'appareil respiratoire, le prétendu vaisseau dorsal, le système nerveux, le tissu cellulaire splenchnique. Dans ces mêmes généralités de l'ordre, l'auteur a esquissé à grands traits l'appareil de la digestion, celui de la génération dans les deux sexes, tant sous le rapport matériel que sous celui des fonctions, afin de ne réserver pour les familles et les genres que les spécialités organiques qui les concernent. Enfin, à l'occasion du premier ordre, il est entré dans des développemens qui deviennent communs aux autres.

Dans les sciences exactes, et en particulier dans l'histoire naturelle descriptive, le moyen le plus sûr d'éviter des longueurs et de sauver l'embarras des périphrases, est de donner aux dénominations une valeur positive, une acception rigoureuse et univoque dont on ne dévie point. Une technologie sévèrement établie est donc d'une importance incontestée, et peut seule rendre véritablement substantiel le texte d'un ouvrage. Malgré l'énorme distance de l'homme et de l'insecte, j'ai cherché, dit M. Léon Dufour, les analogies entre ce type suprême de la zoologie et des insectes; mes résultats ont dépassé mes espérances, et ma nomenclature entomotomique n'offre que peu de différences avec celle de l'anatomie humaine ou des vertébrés.

C'est en quelque sorte, poursuit M. Dufour, une loi établie par le fait que plus l'organisation est compliquée, plus elle approche de la perfection; et c'est parce que l'homme est considéré comme le plus parfait des êtres organisés, qu'il est devenu le type des comparaisons, le principe, la cause, le but de cette échelle animale dont il forme la sommité. Un second corollaire est la conséquence et la confirmation du précédent; c'est que plus les organes ou les instrumens de l'organisme sont multipliés, plus les actes de l'animal sont variés, plus aussi ce dernier éprouve de besoins, de jouissances ou d'obligations à remplir. On a méconnu l'application de ces principes de philosophie organique dans la classification des insectes, et notamment dans la distribution successive des ordres.

Relativement à la série des genres, M. Dufour a adopté dans l'exposition de ses recherches le *Genera* de Latreille, mais avec cette différence très-essentielle qu'il a suivi cette série en sens inverse, c'est-à-dire qu'il a pris par la fin les ordres de ce grand entomologiste. Cette méthode rétrograde était une conséquence obligée de ses principes, ainsi que le prouvent les considérations suivantes:

D'après la composition et la structure de la bouche, les insectes hexapodes se divisent en deux grandes sections déjà indiquées par M. Duméril, mais dont aucun entomologiste n'a fait une application pratique. Les uns sont pourvus de mandibules et de mâchoires, ils se nourrissent d'alimens plus ou moins solides: ce sont les insectes *broyeurs*; les autres, destinés à puiser une nourriture liquide ou très-subtile, se servent d'une trompe, d'un rostre, d'un suçoir: ce sont les insectes suceurs.

A la première section correspondent, dans l'ordre de la prééminence organique, les *orthoptères*; les *labidoures*, les *coléoptères*, les *hyménoptères*, les *névroptères*. M. Dufour a déjà publié l'anatomie des *labidoures* et des *coléoptères*; c'est de celle des trois autres ordres qu'il s'occupe dans son nouveau mémoire, en sorte que la vaste section des insectes broyeurs aura été soumise aux investigations du scalpel.

Dans la seconde section sont compris les *hémiptères*, les *diptères*, les *lépidoptères*. L'Académie a déjà couronné les recherches de M. Dufour sur le premier de ces ordres, les deux autres seront plus tard l'objet d'un travail de l'auteur.

La même hiérarchie organique doit s'observer dans le classement des genres de chaque ordre. Or, comme les orthoptères occupent, d'après le développement et la complication des appareils vitaux, le poste le plus élevé de l'échelle entomologique, c'est à cet ordre qu'a lieu le point de départ de la série descendante des insectes hexapodes, et non à celui des coléoptères, ainsi que Latreille et la plupart des entomologistes l'ont établi.

Le travail de M. Dufour est le résultat de la dissection de cent quatre-vingt-dix espèces et de plusieurs milliers d'individus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 avril. — Présidence de M. Lisfranc.

M. Lordat, professeur à la Faculté de Montpellier, est présent à cette séance. — M. Cruveilhier adresse un ouvrage de M. Grillo, professeur d'anatomie à Naples, intitulé: *Storia della fabrica del corpo humano*.

M. Guéneau de Mussy demande qu'il soit fait un rapport sur cet ouvrage. M. le président fait observer que l'Académie n'en a reçu que trois volumes; on nommera un rapporteur quand on aura reçu l'ouvrage complet.

L'ordre du jour est la discussion sur le rapport de la commission de vaccine. Nous donnerons dans le prochain numéro un extrait étendu de ce rapport; et nous remettons également jusque là le compte-rendu de cette discussion.

On procède au tirage au sort de la députation chargée de complimenter le roi le jour de sa fête. Parmi les noms désignés par le sort, se trouve celui de M. Deneux. (Rire général.)

M. Deneux se levant et saluant: je remercie la compagnie. (On rit de nouveau.)

M. Cornac. Il faut donc tirer un nouveau membre, puisque l'un de ceux que le sort avait nommés refuse.

M. Deneux. Je n'ai pas refusé; j'ai remercié.

Les douze membres qui feront partie de cette députation sont MM. Rochoux, Danyau, Rullier, Virey, Bostan, Delens, Villeneuve, Sanson, Lacournère, Deneux, Roche et Robinet.

M. Bricheteau lit un rapport au nom de la commission des remèdes secrets. Il conclut au rejet de tous les remèdes examinés par la commission. Le rapport et les conclusions sont adoptés.

MÉMOIRE SUR PLUSIEURS INSTRUMENS NOUVEAUX, par M. Noblécourt, ex-chef interne de chirurgie à l'hôpital de Mons. — Rapport par M. Capuron.

Les instrumens proposés par M. Noblécourt ont trait à divers objets:

1° *Opération césarienne ou métrotomie.* L'auteur veut que l'incision extérieure soit faite à gauche ou à droite du droit abdominal, selon la position de la tête du fœtus; toujours en ligne droite pour affecter moins de muscles; et enfin le plus haut possible, pour que le sang s'écoule de préférence par le vagin. Il divise à l'ordinaire la peau, les muscles et le péritoine; mais pour l'incision de l'uterus, il introduit dans cet organe une spatule fenêtrée, qui ressemble assez bien à la cuiller d'un forceps. Cette spatule, appliquée à la paroi interne de l'organe, sert à le tendre et à en écarter le fœtus, et l'incision se fait de dehors en dedans, par un instrument à détente, dans le genre du lithotome de frère Côme, que l'auteur nomme *métrotome caché*. Un forceps à cuillers inclinées à angle droit sur le manche sert à retirer l'enfant.

2° *Lithotomie.* L'auteur propose pour remplacer les tenettes une *pince à coulisse*, qui n'est autre chose qu'une pince à trois branches enfermée dans une canule droite, et qu'on peut fixer à volonté par une vis de pression.

3° Enfin M. Noblécourt a aussi imaginé une clé tournante pour l'extraction des dents et de leurs racines, et un appareil pour réchauffer les cholériques.

M. le rapporteur désapprouve complétement les premiers instrumens; la pince à coulisse lui paraît, *à ne consulter que la raison*, supérieure aux tenettes; mais il faut attendre la sanction de l'expérience. La clé tournante lui semble très propre à remplir son but, mais il soumet son opinion sur ce point à celle des dentistes; quant à l'appareil pour réchauffer les cholériques, il serait peut-être bon de le renvoyer à la commission du choléra.

« Voici, en attendant, ajoute M. Capuron, la conclusion définitive de mon examen et de mon rapport: Dépôt du manuscrit aux archives; remercimens à l'auteur; et à vous, Messieurs, très-savans et très-honorables confrères, liberté d'adopter ou de rejeter. » (On rit.)

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

DE LA LITHOTRIPSIE CHEZ LES ENFANS EN BAS AGE, par M. LEROY; rapport par M. VELPEAU.

Dans ce mémoire, l'auteur commence par prouver, à l'aide d'observations qui lui sont propres, que la possibilité de soumettre les enfans à la lithotritie est depuis long-temps un fait démontré, et qu'on a eu tort de l'annoncer récemment comme une pratique nouvelle. Les observations qu'il rapporte sont au nombre de cinq. Toutes concernent des enfans âgés de moins de six ans.

Le premier de ces enfans, âgé de 4 ans, fut opéré à l'hôpital de la Faculté en 1828. La pierre avait près d'un pouce de diamètre. Quoique fragile, elle exigea six séances. Des fragmens de cette pierre s'arrêtèrent à deux reprises différentes dans l'urètre, et causèrent beaucoup de souffrance au petit malade, qui s'est d'ailleurs très-bien rétabli. MM. Bougon, Ribail, Velpeau, avec un grand nombre d'élèves, ont été témoins de cette opération.

Chez le deuxième enfant, qui était âgé de 5 ans, et dont le calcul offrait le même volume à peu près que dans le cas précédent, cinq séances suffirent.

Le troisième souffrait depuis un an; sa pierre du volume d'une aveline environ, partiellement engagée dans l'urètre, fut repoussée et brisée avec la pince à trois branches. Un des fragmens de ce calcul parvint le surlendemain au-devant de la prostate et causa de vives douleurs. Deux jours après, un nouveau fragment, arrêté de la même manière, ramena les mêmes accidens. On eut une peine infinie à le repousser, puis à l'écraser. L'indocilité de l'enfant, qui cessa dès lors de souffrir, ne permit pas de s'assurer absolument de la guérison par le cathétérisme.

Le quatrième malade, opéré par M. Leroy, était âgé de 4 ans, et d'une docilité admirable. La pierre, d'ailleurs très-petite, fut broyée deux fois avec facilité. A la troisième séance il resta un fragment de la pince dans la vessie, et l'auteur, qui seul s'en aperçut, eut le bonheur de le retirer quelques jours après au moyen d'une nouvelle pince. Une portion de la pierre s'engagea du même coup dans l'urètre et ne put être repoussée d'abord. M. Dupuytren, qui parvint cependant à la faire rentrer, et dans le service duquel l'enfant se trouvait placé, résolut dès lors de recourir à la taille bilatérale, qui eut un plein succès.

Le cinquième cas enfin, concerne un enfant âgé de 8 ans, dont le calcul, du diamètre de trois à quatre lignes, fut saisi et brisé en une seule séance.

Ces faits, dit M. le rapporteur, prouvent sans réplique que la lithotritie est possible dans l'âge le plus tendre; mais prouvent-ils qu'alors elle doive être préférée à la taille? En séparant, comme on devrait toujours le faire, la possibilité de l'utilité, M. Leroy décide cette question par la négative, excepté pour les cas dans lesquels on s'est assuré du petit volume de la pierre. Sous ce rapport, nous partageons entièrement son avis. Chez les enfans la taille expose à peine aux hémorrhagies, à la blessure du rectum, aux infiltrations, à la péritonite, à la cystite, et ne réclame que quelques secondes pour débarrasser le malade. Le broiement au contraire se présente ici avec toutes ses difficultés. Un calcul d'un pouce de diamètre n'exigera pas moins de huit à dix séances, de plus en plus fatigantes et douloureuses. L'urètre des jeunes sujets ne permet pas d'employer de forts instrumens lithotriteurs, et nécessite un écrasement très-minutieux de la pierre. La vessie, plus contractile, chasse avec force les fragmens dans le canal excréteur, où ils s'arrêtent fréquemment de manière à donner beaucoup d'inquiétudes. Enfin les souffrances sont si vives et si prolongées qu'on est obligé d'employer la force pour maintenir le malade à chaque séance.

Il suffit au surplus de se rappeler les propres observations de M. Leroy, pour être convaincu que, dans l'enfance, la taille a véritablement moins d'inconvéniens que la lithotritie.

Oserai-je ajouter, ajoute M. Velpeau, que dans son ensemble le broiement de la pierre mérite infiniment moins d'éloges qu'on ne lui en accorde généralement aujourd'hui? Les esprits sont trop prévenus en sa faveur; ses prétendues merveilles, et le prestige dont on a su l'entourer, ont, je le sais, trop complètement ébloui le public et la plupart des médecins, pour qu'on puisse espérer de le réduire maintenant à sa juste valeur. Peut-être même le peu de mots que je viens de hasarder ont-ils déjà indisposé contre moi quelques hommes consciencieux. Cependant, étonnée de nos illusions, la postérité n'hésitera point, ou je me trompe fort, à porter sur cette invention un jugement encore plus sévère que le mien. Il serait donc peu conforme à la haute raison de notre époque, qu'aucun chirurgien n'eût au moins le courage de proclamer une pareille opinion au sein de l'Académie, elle qui doit tout entendre, tout examiner, tout juger avec calme, et ne jamais s'en tenir à de simples apparences.

La société, abusée par des annonces fastueuses, a d'ailleurs besoin d'être éclairée à cet égard. D'un côté on a grossi comme à plaisir les dangers de la taille; de l'autre on a considérablement exagéré l'innocuité de la lithotritie. Enfin, quand on a tenté de comparer les deux opérations entre elles, on a constamment évité de les placer dans des conditions analogues.

Il y avait une première manière d'apprécier la valeur relative de la lithotritie, c'était de voir s'il succombe positivement moins de calculeux depuis, qu'il n'en mourait avant son invention; mais personne n'a daigné s'engager sur ce terrain. Le travail de M. Blandin, qui seul l'a osé, prouve déjà que sous ce point de vue l'expérience témoigne incontestablement en faveur de la taille. Un autre moyen peut-être encore plus décisif, reste pourtant à invoquer, mais les partisans exclusifs de la lithotritie ne le voudront pas; ce serait de placer dans le même établissement un certain nombre de sujets affectés de la pierre, et se trouvant autant que possible dans les mêmes conditions d'âge, de constitution, de santé générale, de volume et de composition du calcul, d'altération du côté des voies urinaires, de bonnes ou mauvaises dispositions morales; puis d'en traiter la moitié par la taille, et l'autre moitié par la lithotritie, en ayant soin en outre que les uns et les autres fussent opérés par des hommes également habiles et de bonne foi. Le résultat alors serait en effet péremptoire, et résoudrait définitivement la question; tandis que les épreuves annoncées jusqu'ici sont réellement incapables de convaincre les esprits réfléchis.

Ce qui a donné tant d'importance à la lithotritie aux yeux du monde, c'est la peur de l'instrument tranchant; c'est là ce qui a fait également la fortune des caustiques, du *cura famis*, de la compression dans le traitement des cancers, des antiphlogistiques, des sangsues, et des divers topiques préconisés contre les tumeurs lacrymales, etc.

Dans la lithotritie, est-ce la douleur que l'on prétend éviter? Mais l'opération de la taille en cause infiniment moins. Il en est de même pour la durée de l'opération, pour les chances de récidives, etc. Si donc la lithotritie est une conquête heureuse de la chirurgie moderne, elle n'en restera pas moins, comparée à la lithotomie, une méthode simplement exceptionnelle, lorsque la raison humaine permettra de la resserrer dans ses limites naturelles; non-seulement chez les enfans, mais encore chez les adultes, elle expose à plus d'inconvéniens que la taille, toutes les fois que le calcul offre une grande dureté ou dépasse le volume d'une grosse noix, et que le malade n'a pas une trop grande répugnance pour cette dernière opération.

C'est là une opinion qui m'est propre, au surplus, et que je n'entends imposer à personne. Je prévois même, par le murmure improbateur que vos esprits ont peine à contenir en ce moment... (Rire général. En effet, l'Académie observait en ce moment un silence inaccoutumé. M. Velpeau rit lui-même; puis il reprend:) Je prévois le sort qui l'attend aujourd'hui; mais, convaincu que l'avenir la justifiera, je n'ai pas craint de l'émettre et de venir en prendre acte devant l'élite de la médecine française, dix ans plus tôt qu'il ne faudrait pour la faire adopter pleinement.

La commission conclut à l'insertion du mémoire de M. Leroy dans les fascicules de l'Académie, et propose en outre d'adresser des remercîmens à l'auteur.

M. AMUSSAT. Messieurs, le langage que vous venez d'entendre est tellement étrange, que je ne puis m'empêcher de m'élever contre avec force. Dans l'état actuel des choses, pour quiconque a été témoin des suites déplorables qu'entraîne si souvent la taille, c'est un devoir de conscience de repousser des accusations aussi peu fondées, contre une opération qui peut prévenir tant de malheurs. La séance est trop avancée pour traiter cette question avec toute l'étendue qu'elle mérite; je demande donc que la discussion soit renvoyée à la séance prochaine.

Aucune réclamation ne s'élevant contre cette proposition, elle est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret, pour statuer sur les récompenses à accorder aux vaccinateurs.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'ORIGINE DE L'HOMOEOPATHIE, par M. MEYNIER, D.-M. à Ornans.

Permettez-moi de rectifier, dans votre excellent journal, ce qui a été dit à l'Académie de médecine, le 17 de ce mois, que c'est en 1805 que Hahnemann a publié ses premières idées de réforme. Il faut remonter à l'année 1796, et chercher dans *Hufeland's journal der praktischen heilkunde*, t. 2, p. 391, pour trouver les premiers mots que l'homœopathe en a jetés dans le public. Et, à ce sujet, je vais transcrire un passage curieux de Sprengel; je me servirai de la traduction de M. Jourdan.

« Samuel Hahnemann tenta de renouveler les idées de l'ancienne
» secte méthodique au sujet des mutations des corps, en démontrant,
» *par une bonne induction*, que la plupart des médicamens énergi-
» ques connus sous le nom de spécifiques, ne sont utiles que parce
» qu'ils déterminent un excitement artificiel qui produit souvent des
» phénomènes très-analogues à ceux de la maladie. En effet, sa théo-
» rie *est parfaitement confirmée* par l'observation journalière des
» contr'excitations excitées par l'art, à l'aide desquelles on parvient à
» détruire l'irritation morbifique. »

On ne sait vraiment que dire de l'espèce d'approbation accordée par le savant auteur de l'Essai d'une histoire pragmatique de la médecine, à cette doctrine renouvelée des Grecs; et il ne serait pas sans intérêt de savoir s'il a conservé la même opinion jusqu'à sa mort. Cela pourrait donner à penser que le jugement de Kurt n'égalait pas son érudition profonde.

Il paraît d'ailleurs que le patriarche de Dœthen a toujours passablement aimé à faire du bruit.

En 1792, il publiait un journal populaire de médecine, l'*Ami de la santé*, tom. I, cah. 1, in-8°. Francfort-sur-le-Mein.

A cette époque, il dénonça les médecins de Léopold II, à l'Europe entière, comme ayant jugulé ce prince dans sa dernière maladie.

En 1800, Hahnemann se vanta d'avoir découvert, contre la scarlatine, un remède qu'il tint secret. (*Salzburger medicinische Zeitung, im Jahr* 1800. T. I, p. 191; t. II, p. 287.) C'était sans doute la belladone. Qui ne sait aussi combien il a vanté son mercure soluble?

J'ai cru qu'il était bon de retracer tout ceci pour contribuer à former le jugement du public français sur le docteur saxon et sur sa doctrine.

Enfin, je dirai que la première thèse où l'on ait parlé de ce système de ce côté-ci du Rhin, est, si je ne me trompe, celle du docteur Théodore Boeckel. (Strasbourg, 1826.)

Si vous pensez, monsieur, que ces remarques aient quelque utilité, veuillez les insérer dans un de vos prochains numéros.

MEYNIER, D.-M. P.

EXSTROPHIE DE LA VESSIE; ABSENCE COMPLÈTE DES PARTIES GÉNITALES; SORTIE DE L'URINE PAR L'OMBILIC; DÉPLACEMENT DE L'ANUS. Par M. E. BARRÉ, D.-M. aux Andelys.

OBS. — Vallée (Pierre-Louis), âgé de 10 ans, demeurant à l'Ile, arrondissement des Andelys (Eure), se présente comme il suit à l'observation.

Grandeur et développement ordinaires; teint frais; léger strabisme; absence complète des parties génitales; perforation de l'abdomen pour la sortie des urines.

L'ombilic, au lieu d'être, comme dans l'état normal, au milieu de l'abdomen, est placé à sa partie inférieure, à 1 pouce 4 lignes du pubis; l'espace contenu entre le pubis et le sternum étant de 8 pouces 9 lignes. L'ombilic est représenté par un enfoncement triangulaire large à sa base d'un pouce 6 lignes; dans cet enfoncement existent deux tumeurs, ou mieux deux excroissances de chair avec les différences suivantes: l'une, de la grosseur d'une noix à peu près, est arrondie irrégulièrement et recouverte d'une peau rougeâtre, l'autre, plus petite, est divisée en trois par des scissures. Ces trois divisions, qui ont la grosseur d'une cerise, paraissent plutôt des excroissances de chair assez récentes, que des parties dont les tégumens sont en contact avec l'air depuis fort long temps, quoiqu'il n'en soit pas ainsi.

De chaque côté de cette dernière tumeur trilobée est un sillon allongé et fort étroit, par lequel l'urine sort presque continuellement en nappe.

Au mont de Vénus est une peau inégale et marquée d'aspérités. L'arcade des pubis est difficile ou mieux impossible à distinguer, soit à cause de son absence, soit à cause de l'indocilité du sujet, qui se plaint fortement lorsque l'on vient à faire des recherches dans cet endroit.

L'échancrure iliaque gauche est occupée par une tumeur volumineuse, formée par une hernie des intestins; en appuyant sur cette tumeur, l'urine sort plus abondamment. Du côté opposé est une élévation qui ne paraît formée que par le tissu graisseux.

La région pubienne laisse, entre le sommet du triangle ombilical et l'anus, 2 pouces 6 lignes seulement. Cet anus, dont l'ouverture est extrêmement étroite, paraît avoir un muscle sphincter peu développé. De cet anus part le sillon qui sépare les fesses, et au fond duquel est le raphé. Ce sillon a, du coccyx à l'anus, 3 pouces 4 lignes, et semble très-profond; de manière que cette partie, qui forme le plancher du petit bassin, paraît en rétrécir la capacité.

Le père et la mère de cet enfant ont un teint jaunâtre; leur maigreur est grande; quand aux autres enfans ils ont une constitution scrophuleuse; le dernier est atteint d'une hernie ombilicale.

Plus cet enfant a avancé en âge, moins il a dormi; son appétit s'est développé d'une manière extraordinaire pour chaque âge; maintenant il mange à peu près trois livres et demie de pain; son estomac, qui souvent est douloureux après avoir mangé, éprouve des besoins presque continuels.

Vu la sensibilité des bords des deux scissures qui donnent passage à l'urine, il a été impossible de s'assurer de la profondeur de l'organe qui contient ce liquide et de sa disposition.

La sortie des fèces est très-fréquente, ne se faisant jamais sentir la nuit et rarement le jour.

Le décubitus sur le dos étant très-douloureux, l'enfant se tient souvent assis dans son lit, et par un balancement de tête d'arrière en avant se frappe le front contre la barre de son lit, ce qui, selon lui, le soulage de fréquentes coliques nocturnes.

La progression est très-pénible, et la course presque impossible; à la faiblesse de la jambe droite qui a toujours existé, s'est jointe depuis six mois la faiblesse du bras du même côté. L'intelligence de cet enfant bien développée rend sa position très-pénible, et le force parfois à désirer la mort.

D'après les observations de monstruosités et les travaux des naturalistes modernes, il est impossible de ne pas reconnaître dans ce fait un arrêt de développement, une absence de la paroi antérieure de la vessie, en un mot ce que l'on a désigné sous le nom d'exstrophie de cet organe.

Cet être appartient-il au sexe masculin, ou au sexe féminin? Les lois de développement des êtres feraient pencher pour cette dernière opinion; la matrice pouvant exister à l'intérieur, et cette saillie de la peau du côté droit près de la région pubienne en étant une indication, légère à la vérité. La hernie du côté gauche paraît formée par le rectum, qui ne descendant point de là dans le bassin, semble passer immédiatement au-dessous de l'organe qui contient l'urine et venir, en se recourbant à angle droit, aboutir au-dessous du pubis.

E. BARRÉ, D.-M. P.

FRACTURE DU FÉMUR TRAITÉE PAR LA PLANCHETTE SUSPENDUE; GUÉRISON. Par M. RICARD, docteur à Corné près d'Angers (Maine-et-Loire).

OBS. — Le 6 octobre 1834, Juteau, cultivateur, âgé de 57 ans, très-vigoureux, fortement musclé, portant une somme de vendange sur un brancard dont il tenait les branches antérieures tandis que son domestique tenait les branches postérieures, tomba en avant et de côté, de manière que le poids du corps, augmenté de celui de la vendange qui glissa contre lui, porta sur le genou droit. Relevé avec effort; il fut placé assis, les deux jambes étendues dans une charrette, et ramené au trot sur un terrain inégal, dans sa maison distante d'une demi-lieue. Après l'avoir fait coucher sur un lit étendu au milieu de sa chambre, et l'avoir dépouillé de ses vêtemens, je reconnus facilement une fracture transversale du fémur à environ 3 pouces au-dessus des condyles; les fragmens, légèrement portés en dehors, s'affrontaient avec facilité et s'abandonnaient de même dès qu'on cessait de les maintenir. Le raccourcissement du membre, peu prononcé, n'était dû qu'à l'inclinaison latérale des fragmens; la crépitation était manifeste; la douleur peu considérable, au point que le malade disait n'en avoir pas ressenti à l'instant de sa chute, et croyait plutôt s'être déboîté le genou, selon son expression. En effet, le genou et le creux du jarret étaient le siège d'un gonflement assez prononcé et douloureux à la pression; mais il n'y avait là que contusion, et point de luxation ni de fracture. Le malade pouvait remuer les orteils et le pied qui s'incline en dehors;

C'était là le cas, je le pensai du moins, d'employer la planchette suspendue; mais comme je n'avais rien de ce qu'il me fallait sous la main, je fus obligé de revenir au bourg éloigné d'un quart de lieue, et de faire dresser à la hâte un appareil bien imparfait. Deux planchettes larges de six pouces et demi, articulées par deux charnières mobiles, recouvertes d'un épais coussin rempli de balle d'avoine, reçurent la cuisse et la jambe placées en demi-flexion; des cordes passées dans des trous pratiqués aux extrémités supérieures de la planchette fémorale et inférieure de la tibiale, allaient chacune par une anse se suspendre aux deux bouts d'un bâton fixé longitudinalement à quelques pieds au-dessus du malade; une troisième corde à la partie supérieure de la planchette tibiale, et soutenue par le milieu du bâton, servait à déterminer l'angle de flexion des deux planchettes, correspondant au creux du jarret. Les deux fragmens affrontés, une cravate entoura la partie supérieure de la cuisse, puis embrassant la planchette, vint par ses deux extrémités se fixer à une boucle en dehors; une deuxième cravate, disposée de même au-dessus du genou, attira aussi la partie inférieure du fémur en dehors, tandis qu'une troisième, embrassant la cuisse et ramenée immédiatement au-dessous d'elle, réunissait les deux bouts de l'os fracturé et les attirait en dedans de la planchette, à laquelle elle était fixée. Une quatrième cravate maintenait la jambe, et une dernière, se fixant à un montant vertical dressé au bas de la planchette tibiale, au-dessous de la plante du pied, empêchait celui-ci de se dévier en dehors.

Le malade souffrit très peu pendant et après l'opération; des compresses résolutives furent placées sur le genou.

11 octobre. Le gonflement et la douleur du genou ont diminué. Le malade se remue facilement sans que l'appareil se dérange; sommeil, appétit.

13 octobre. Le genou est plus douloureux; du reste même état. Cataplasmes émolliens. Les cravates qui s'étaient relâchées sont resserrées.

17 octobre. Plus de douleur dans le genou; le lieu de la fracture est légèrement douloureux au toucher; toutes les fonctions se font bien.

Tout alla de mieux en mieux jusqu'au 18 novembre, jour où cédant aux prières et à l'impatience habituelle de Juteau, je détachai toutes les cravates. La jambe s'allonge et se meut avec un peu de raideur dans le genou; le membre est aussi long et aussi bien conformé que l'autre.

20 novembre, Juteau marche en s'appuyant sur deux béquilles. Hier il est resté trop long-temps levé, ce qui a fait enfler la cuisse et la jambe. Frictions avec l'eau-de-vie camphrée.

30 novembre. Juteau est venu à pied dans le bourg avec ses béquilles. Le 15 décembre, il a pu se rendre à la ville, distante de trois lieues de sa maison.

Ainsi, facilité d'application, commodité pour le malade qui peut se tourner dans son lit, se placer sur son séant; commodité pour le médecin qui à chaque instant a sous les yeux tout le membre, et peut surveiller les changemens qui s'opèrent; promptitude dans le travail de la nature qui n'a été ni gênée, ni ralentie; tels sont en somme les avantages incontestables que j'ai trouvés dans cet appareil, tout imparfait qu'il était; car à cette époque je n'avais pas lu le mémoire du docteur Mayor, et je ne manquerai pas de le mettre à profit à la première occasion qui se présentera.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ESSAI SUR LA LEUCORRHÉE ET LES CAUSES DIVERSES QUI LA PRODUISENT, par A.-M. BUREAUD-RIOFREY, D.-M. P., membre correspondant de la Société anatomique d'Edimbourg, etc. (1).

L'auteur de cet essai est un élève de l'école de Paris, qui essaie de transporter et de populariser à Londres les idées nouvellement intro-

(1) Un vol. in-12 de 161 pages. — Londres, 1834; et se trouve à Paris, chez J.-B. Baillière.

duites dans la théorie et la pratique des maladies des femmes par les observateurs de notre pays. Il adresse son livre à la fois au public profane et au public médical ; et si les éclaircissemens destinés aux gens du monde sont pour nous de nul intérêt, il n'en est pas de même de la pratique scientifique, appuyée sur des observations nombreuses, presque toutes tirées de la pratique de l'auteur.

Il émet d'abord, à propos du nom vulgaire de la leucorrhée, une remarque qui n'est pas sans vérité. On a traduit la dénomination latine : *fluores albi*, *écoulemens blancs*, par les mots de *flueurs blanches*, métamorphosés depuis, à la faveur d'une ellipse absurde, en *fleurs blanches*. Ce nom, tout joli et tout poétique, abuse les malades sur la gravité de leur mal ; on fait à peine attention dans le monde à une affection si innocente ; ce n'est que quand la gêne augmente, quand la douleur devient excessive, qu'on se détermine à consulter un chirurgien. Combien de fois alors une terrible révélation n'a-t-elle pas fait tomber le voile, et derrière ces fleurs blanches négligées, montré un affreux et incurable cancer !

M. Bureaud insiste donc avec raison pour que toute femme affectée de fleurs blanches rebelles consulte son chirurgien ; et que le chirurgien ne se borne pas, pour le diagnostic et le traitement, aux simples dires de la malade, mais s'attache à reconnaître la cause de l'écoulement, à l'aide du toucher et du spéculum. Ces causes sont infiniment variables. La première observation de M. Bureaud concerne une demoiselle de 28 ans, traitée pendant plus d'un an par les astringens, par les bains de mer, et même par les mercuriaux pour des fleurs blanches qui ne diminuaient pas. Enfin, au bout de ce temps, on s'avisa d'examiner la chose de plus près ; le toucher révéla de prime abord la présence d'un polype qui fut enlevé par M. Dupuytren ; et deux mois après la malade était guérie. Tous les chirurgiens qui ont eu occasion de traiter des polypes utérins, savent combien cette méprise est fréquente, quand le premier médecin appelé a négligé le toucher.

La présence de corps étrangers dans le vagin produit presque inévitablement un écoulement blanc, et ce n'est pas là le moindre inconvénient des pessaires. Mais il n'est pas même besoin que le corps étranger reste à demeure ; M. Bureaud cite deux observations de femmes qui, craignant de faire des enfans, ne se livraient au coït qu'après avoir introduit au fond du vagin un corps étranger destiné à servir de préservatif ; une leucorrhée s'en suivit chez toutes deux, d'autant plus rebelle qu'elles l'attribuaient à toute autre cause, et qu'une certaine pudeur les empêchait même d'indiquer celle-là. La cause étant une fois découverte et enlevée, l'effet disparut assez vite.

L'inflammation de l'utérus, les ulcérations, le squirrhe et le cancer de cet organe sont autant d'affections qui s'accompagnent de ce symptôme commun, les fleurs blanches.

Enfin, il est des écoulemens qui tiennent à une simple irritation de l'utérus, ou du vagin, ou de l'urètre ; tantôt dus à la contagion vénérienne ou blennorrhagique, ou bien à une cause purement mécanique, comme l'onanisme ou l'abus du coït, ou enfin à toute autre cause ; ainsi, certaines leucorrhées paraissent dues au changement de climat, à la suppression d'une transpiration habituelle ou d'un exutoire ; d'autres sont liées à quelque affection viscérale ; en un mot, dit M. Bureaud, je ne connais point de leucorrhée *essentielle* ; c'est toujours un simple symptôme à la cause duquel il faut remonter.

Le traitement est tout entier basé sur ces idées ; l'auteur s'élève surtout contre deux sortes de moyens qui ont été recommandés avec trop peu de réserve, savoir, les mercuriaux, pour détruire la condition syphilitique, qui souvent n'existe pas ; et les astringens, qui en supprimant trop brusquement la leucorrhée, peuvent entraîner des conséquences fâcheuses ; en un mot, il s'attache à trouver la cause de la maladie et à préciser les indications.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES ANNEXES DU FOETUS, mémoire qui a remporté un des premiers prix accordés en 1833 par la Société chirurgicale d'émulation ; par F. Bouisson, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi de Montpellier, etc. (1).

Il est peu de sujets qui aient autant attiré l'attention des modernes observateurs, que l'histoire de la fécondation et de ses produits. On a repris en sous-œuvre les magnifiques travaux laissés par Harvey, Haller, Spallaozani, etc. ; aux expériences sur les animaux on a joint les recherches anatomiques sur l'homme même ; là où le scalpel a manqué, on a usé et abusé du microscope ; à quoi est-on arrivé enfin ? quelles vérités a-t-on découvertes ? Si l'on divisait, comme il serait bien temps de le faire en physiologie, toutes les données acquises en positives, probables et purement hypothétiques, la troisième catégorie laisserait bien peu de choses dans les deux autres, et la première serait certainement la plus vide. C'est déjà beaucoup, toutefois, d'arriver à quelques probabilités dans une question aussi obscure ; et quiconque songera à la difficulté de ces recherches, pourra s'étonner encore du chemin qui a été fait.

M. Bouisson n'a pas ajouté grand'chose à ce qu'avaient vu ses devanciers ; mais il a rassemblé avec soin leurs observations, leurs idées, leurs conjectures ; et en les pressant dans un cadre rétréci, il nous a donné un très-savant chapitre de physiologie. Il eût été meilleur encore, si l'auteur avait mis plus de réserve dans ses affirmations. Il ne faut pas donner comme démontré ce qui a grand besoin de l'être. Voici, au surplus, comment la physiologie moderne présente le roman de la genèse humaine.

L'ovule préexiste à la fécondation ; au moins Baer affirme l'avoir vu à l'œil nu, sous la forme d'un point jaunâtre *d'un trentième de ligne de diamètre* ; et Schweighaeuser, avant lui, avait remarqué, chez les nymphomanes, que les œufs avaient un plus grand volume que d'ordinaire. Cet ovule, d'un trentième de ligne de diamètre, n'en est pas moins composé de trois parties, une masse centrale opaque, une membrane transparente et une autre granulée. M. Bouisson se demande si ces deux membranes ne seraient pas le rudiment du chorion et de l'amnios ; nous avouons qu'avant d'admettre cette hypothèse, nous tiendrions à être bien convaincus de l'existence des deux membranes de l'ovule même.

Cet ovule nage dans le fluide de la vésicule de Graaf ; pendant l'acte de la fécondation, on dit que la trompe s'applique sur une de ces vésicules, laquelle se rompt et verse l'ovule dans le pavillon de la trompe. M. Bouisson rend compte de ce phénomène à l'aide d'une inflammation qui ramollit le tissu des vésicules et en favorise la rupture. Quoi qu'il en soit, la cicatrisation de ces ruptures garde une couleur jaune, dit-on, qui provient du sang épanché ; chose d'autant plus remarquable que nous ne connaissons pas d'autre exemple d'une cicatrice jaune.

Telle est, selon quelques physiologistes et selon M. Bouisson, l'origine des *corps jaunes* de l'ovaire ; malheureusement pour cette opinion, on a trouvé de ces corps jaunes chez des filles physiquement vierges et même chez des mules, animaux ordinairement stériles ; de plus Meckel et bien d'autres décrivent dans les corps jaunes une cavité, ce qui ne saurait convenir à une cicatrice.

Pendant que la trompe est ainsi occupée, la matrice de son côté sécrète une lymphe concrescible qui, en s'organisant, donne naissance à l'*épichorion*, ou *périone*, ou *membrane caduque*. Ceci paraît assez bien démontré, quoique M. Dutrochet, dont l'opinion n'est pas de peu de poids, professe une théorie toute différente, et Oken une autre plus singulière encore. Cette membrane tapisse toute la cavité utérine, et quand l'œuf arrive par la trompe, il est obligé de la refouler devant lui ; explication très-simple de la disposition ultérieure de cette membrane en *caduque utérine* et *caduque réfléchie*. Il faut ajouter cependant que M. Lesauvage a ébranlé assez fortement le crédit dont jouissait cette théorie ; et il semble en effet que, selon la rapidité ou la lenteur avec laquelle l'œuf arrive dans la matrice, il trouve la caduque presque liquide, ou solidement organisée.

Enfin l'ovule est arrivé dans la matrice, et entouré par la *caduque* ou *périone*. On sait que ce périone contient dans son intérieur un liquide auquel M. Breschet a donné le nom d'*hydropérione*. Ce liquide, dit-on, pénètre dans l'ovule par endosmose, et *va fonder les premiers organes vivans* ! Il pourrait bien encore constituer le vitellus ; mais M. Bouisson n'ose pas l'affirmer.

Jusqu'à présent nous voyons l'œuf formé dans l'ovaire, transporté dans l'utérus, nourri aux dépens de l'hydropérione ; mais tout se passe dans l'organisme de la femme ; l'influence de l'homme n'y paraît point. Nous devons l'avouer, de tout ce que nous avons lu sur ce point, il est résulté pour nous que cette nécessité du concours de l'homme est ce qui embarrasse le plus les physiologistes ; ils seraient infiniment à l'aise sans cela. M. Bouisson ne touche qu'en passant cette question désagréable ; il admet pourtant, sans hésiter, *qu'on a trouvé le sperme dans les trompes utérines peu d'instans après le coït* ; et pour le reste, *il n'est pas difficile de supposer* que le sperme puisse exercer son action sur l'ovule, à travers les parois de la vésicule de Graaf même. Cela est au contraire très-facile, du moins à notre avis. Mais passons.

Nous savons quelle est l'origine du chorion ; car ce que M. Bouisson proposait comme un doute à la seconde page, est devenu une certitude à la dix-huitième. Le chorion, en contact avec le périone, convertit ses granulations en villosités. Ces villosités sont-elles cellulaires

(1) In-8° de 58 pag. — Paris, 1834, chez Germer-Baillière ; et à Montpellier, chez Sevalle et Castel, libraires.

ou vasculaires? elles paraissent cellulaires aujourd'hui; MM. Carus, Velpeau, Breschet et Raspail en déposent. M. Bouisson a voulu vérifier le fait: il a donc examiné au microscope de M. Delille une portion de la face externe du chorion; il n'a vu aucune villosité, mais seulement des lignes arborisées que M. Delille, dont l'habileté en ce genre de recherches est bien connue, a regardées comme fibreuses. Cela n'empêche pas l'auteur d'affirmer que cette sorte de chevelu n'en existe pas moins, et même est visible à l'œil nu. A la page suivante, il raconte encore qu'il a étudié un œuf humain de trois mois, et malgré l'examen le plus attentif, il n'a pu apercevoir aucune villosité; mais sa croyance reste ferme, et ses deux expériences ne lui ont pas permis de soupçonner même que d'autres avaient pu se tromper.

Il est plus hardi quand il se trouve appuyé par quelques autorités en ovologie. Ainsi il assure, contre M. Velpeau, mais avec Hewson et MM. Chevreul, Dutrochet, etc., que le chorion est divisible en plusieurs couches; il en a fait l'expérience sur un œuf à terme, après avoir préalablement élagué l'amnios et la caduque, pour n'avoir aucun doute sur la sûreté de l'opération.

L'autorité de Hewson l'enhardit aussi à poser en fait que le chorion fournit des prolongemens qui engaînent les vaisseaux du placenta et du cordon ombilical. Ainsi on a trouvé aux vaisseaux placentaires trois tuniques dont l'externe représentait la celluleuse. Il a étreint ensuite par une ligature une artère ombilicale qu'il avait préalablement dépouillée de cette tunique externe, et la ligature a coupé complétement le vaisseau. Au contraire après avoir ôté à un cordon ombilical sa tunique amniotique, il a lié les vaisseaux, et rompu ainsi leurs membranes internes sans diviser leur tunique externe. Ces expériences, très-intéressantes, démontrent d'abord que les vaisseaux du cordon ont une tunique celluleuse; mais M. Bouisson ne va-t-il pas trop loin, en concluant que cette tunique est formée par le chorion? Nous en avons cherché la preuve dans son mémoire et ne l'avons pas trouvé.

Il assure avoir trouvé sur le chorion des vaisseaux sanguins venant du placenta, des vaisseaux lymphatiques sur l'origine desquels il ne s'explique pas; et enfin il a suivi sur la tunique externe des vaisseaux ombilicaux, quelques rameaux nerveux du système ganglionnaire du fœtus. Nous aurions désiré que M. Bouisson exposât avec détails les précautions qu'il a dû prendre pour s'assurer qu'il n'avait point été induit en erreur dans la vérification de ces faits si importans; car dans cette anatomie, presque microscopique, qu'on a décorée du nom de *transcendante*, il ne suffit pas de dire qu'on a vu; il faut prouver qu'on a réellement vu ce que l'on a cru voir.

Pour le développement de l'amnios, il suit la description de M. Velpeau. L'eau de l'amnios qu'il a trouvée, par l'analyse chimique, entièrement semblable au liquide contenu dans l'estomac du fœtus, lui paraît une liqueur nutritive destinée à être avalée et digérée. Il incline même à penser « que les embryons sont dans des conditions favorables » pour recevoir l'influence d'un gaz respirable tenu en dissolution » dans un liquide, attendu que leurs poumons, semblables aux branchies des poissons, peuvent remplir les mêmes fonctions, puisqu'ils » sont organisés d'une façon analogue. »

Enfin, le placenta « sert à soumettre le système sanguin de l'enfant » au système sanguin de la mère, pour opérer la respiration fœtale, » complétée par le foie et le thymus; et les lymphatiques portent dans » les voies circulatoires du fœtus la majeure partie des matériaux assimilables exhalés par la mère à la surface du placenta utérin. » L'auteur peut hardiment nous défier de prouver la fausseté de cette théorie.

Revenons, avant de finir, à des considérations plus sérieuses. Nous n'avons pas voulu, en critiquant le travail de M. Bouisson, affliger un jeune confrère qui n'a fait d'ailleurs que reproduire des opinions émises par de très-hautes autorités; loin de là, nous rendons une pleine justice à la science, à l'esprit d'investigation, à l'imagination, qui se révèlent dans son travail. C'est pour cela qu'il importe de lui signaler la fausse voie où il est entré, en suivant la trace de ses maîtres. Il semble ridicule de professer de nos jours que l'imagination ne doit entrer pour rien dans les recherches anatomiques; et cependant il est très-vrai que l'imagination fait presque tous les frais de ce qu'on appelle l'*anatomie transcendante*. On permet plus facilement de ces écarts à la physiologie; et cependant la physiologie a besoin d'autant de rigueur que l'anatomie, si elle veut être regardée comme une science. Il faut se méfier de ces hypothèses brillantes, auxquelles s'abandonnent trop facilement même les esprits du premier ordre; n'en pas croire aveuglément à la parole des maîtres; oser douter même en certains cas lorsqu'ils allèguent des faits qu'il est impossible de vérifier. Il est trop évident que tout ce qu'on a raconté des usages de l'hydropérione, du placenta, etc., ne mérite pas même d'être réfuté; mais à part ces hypothèses toutes gratuites, il est des assertions de faits qui ne le sont pas moins, et l'ovologie surtout en fourmille. Ainsi, nous ne croyons pas qu'on ait trouvé du sperme dans la trompe, attendu que nous ne connaissons aucun moyen, après plusieurs heures, de discerner le sperme du mucus, et qu'en supposant ce moyen trouvé, la petite quantité du sperme contenu dans la trompe échapperait encore à l'analyse; et quand M. Baer ou d'autres disent avoir aperçu des ovules d'un trentième de ligne de diamètre enfermés dans une double membrane, nous demeurons convaincus, avant toute chose, qu'ils avaient une forte envie de les voir.

ESSAI SUR LA GRAVELLE ET LA PIERRE, **considérées sous le rapport de leurs causes, de leurs effets et de leurs divers modes de traitement; par P.-S. Ségalas, docteur et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.—Première partie,** GRAVELLE (1).

Sous la titre modeste d'essai, M. Ségalas se propose de donner au public la substance des leçons qu'il fait annuellement sur les graviers et les calculs. Cette première partie est un fort bon résumé de nos connaissances acquises sur la gravelle; l'auteur en examine successivement les causes puis les symptômes selon le siége qu'occupent les graviers dans les reins, dans les uretères, dans la vessie, dans la prostate, dans l'urètre, sous le prépuce, et dans des trajets fistuleux; puis il traite du diagnostic, du pronostic, du traitement; et enfin le dernier chapitre, le plus considérable de l'ouvrage, est consacré à la prophylactique. Après les belles recherches des chimistes et des chirurgiens modernes, il était difficile d'arriver à des résultats nouveaux; mais du moins M. Ségalas confirme les résultats connus par des faits nombreux tirés de sa pratique.

Pour reconnaître les calculs engagés dans l'urètre et surtout dans la prostate, quand leur petitesse et leur châtonnement s'opposent à ce qu'ils se fassent sentir par le toucher médiat, il se loue beaucoup de l'emploi d'une petite bougie de cire qui, en passant sur le corps étranger, se laisse entamer et érailler selon sa longueur.

Nous n'avons guère à opposer à la gravelle rénale que les boissons diurétiques et dissolvantes. Quand le calcul est engagé dans l'uretère, les frictions sèches et les émétiques sont utiles, dit-on, pour en favoriser la progression et la sortie; dans la vessie, on a des intrumens pour les broyer ou les extraire; lorsqu'ils sont arrêtés dans l'urètre, on les attire au dehors avec une curette ou des pinces; ou bien, s'ils sont mous, on les broie; et enfin, s'ils sont trop volumineux, on les repousse dans la vessie, où il est plus facile d'aller les broyer. La difficulté est plus grande quand il s'agit d'un calcul gros qu'on ne peut ni faire avancer, ni faire reculer. M. Ségalas renvoie l'examen de ce cas souvent fort embarrassant à l'histoire des calculs proprement dits.

VARIÉTÉS.

— Dans un de nos derniers numéros, il a été commis une erreur relative aux propriétés chimiques des eaux minérales d'Engbien. On lit qu'elles se mêlent à l'eau ordinaire sans prendre l'aspect laiteux: c'est précisément le contraire qu'il fallait dire. La teinte laiteuse qu'elles communiquent à l'eau dans leur mélange avec ce liquide, est un de leurs caractères les plus prononcés.

—RÉPERTOIRE ANNUEL DE CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, ou Résumé de tout ce que les journaux de médecine français et étrangers renferment d'intéressant sous le rapport pratique. Rédigé par Carron du Villards, docteur en médecine et en chirurgie, membre de plusieurs sociétés, etc. 3e année. Un fort vol. in-8°, prix 8 fr. On publie un volume au commencement de chaque année: il contient les faits pratiques observés dans le cours de l'année précédente. La première année a été publiée en 1833, la deuxième en 1834, la troisième en 1835. Paris, à la librairie des sciences médicales de Just-Rouvier et E. Le Bouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

(1) In 8° de 68 pages. — Paris, 1835. Chez J.-B. Baillière.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°; 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

VACCINE.

DE L'ÉTAT ET DES PROGRÈS DE LA VACCINE EN FRANCE DURANT L'ANNÉE 1833; extrait d'un rapport adressé à M. le ministre de l'intérieur par l'Académie royale de médecine. — M. Gérardin, rapporteur.

Dans le dernier rapport adressé au ministre par l'Académie (V. Gazette médicale, 1834, pag. 215), nous avons vu comment la vaccine, négligée et suivant une marche sans cesse décroissante depuis 1828, s'était relevée en 1832, grâce à l'impulsion réclamée par l'Académie et donnée par le gouvernement. De nouveaux efforts ont été faits l'année suivante, et le plus magnifique résultat en est sans doute celui-ci : c'est que, dans soixante départemens où la variole avait fait irruption, sur une multitude de points souvent peu accessibles, cette maladie a été en général comprimée dans son développement et arrêtée dans ses progrès.

Les documens relatifs au service de la vaccine en 1833 ont été divisés en trois sections; la première fera connaître les départemens et les vaccinateurs qui se sont le plus distingués pour l'entretien et la propagation de la vaccine; la seconde renfermera l'histoire des épidémies varioleuses; enfin la troisième comprendra les recherches et les expériences tentées sur la nature et la reproduction du virus-vaccin.

I. *Progrès généraux de la vaccine.*

Dans quatre départemens, le chiffre des vaccinations a surpassé celui des naissances. Ce sont les suivans :

Lozère	4080	naissances.	6939	vaccinations.
Haute-Marne	6193	—	7451	—
Seine-et Marne.	8345	—	12549	—
Vosges.	11758	—	12313	—

Dans six autres, le chiffre des vaccinations a presque égalé celui des naissances, savoir :

Allier.	7498	naissances.	7340	vaccinations.
Aube.	7667	—	7372	—
Côte d'Or.	10154	—	9337	—
Manche.	13929	—	13490	—
Meuse.	8507	—	7620	—
Bas-Rhin.	17481	—	16488	—

Dans la Côte-d'Or, le nombre des vaccinations a égalé ou approché constamment et sans interruption, depuis 1819, le chiffre des naissances. La Meuse vote 5,000 fr. pour frais d'encouragement; aussi en est il résulté un accroissement notable dans les vaccinations, dont on n'avait compté que 6.027 l'année précédente. Dans le Bas-Rhin, trente-trois médecins cantonnaux reçoivent chacun environ 600 fr. sur les

Feuilleton.

UN CHEF-D'OEUVRE.

Nous annonçons au monde littéraire un chef-d'œuvre. Les chefs-d'œuvre sont rares en tous temps, et surtout aujourd'hui. On nous saura donc gré de mettre en lumière une des plus étonnantes productions de la littérature médicale, depuis le commencement des siècles. Nous assurons même que celle-ci ne sera jamais surpassée. La dernière limite de la perfection et du sublime étant atteinte, il ne restera à nos descendans que la stérile ressource de l'imitation.

Cette rare et prodigieuse composition littéraire n'est pas sortie de la plume de nos illustres. L'auteur n'est ni professeur, ni académicien, ni membre d'aucune société savante; il n'a même jamais respiré l'air de Paris; c'est la province qui nous envoie ce Messie. C'est un de ces génies privilégiés formés par les mains de la nature, qui ne doivent rien ni à l'education ni à l'étude, et tirent toute leur force d'eux-mêmes. Né dans un coin obscur des montagnes du Jura, et arrivé à l'âge mûr sans que son nom ait dépassé l'enceinte de son village natal, voilà que tout à coup, sans antécédens, sans maitres, il debute comme finit le songe d'Idoménée, par un coup de tonnerre. Avant peu toute la France retentira de sa gloire, et c'est nous qui aurons eu l'honneur d'en être les premières trompettes.

Ce morceau unique et sans pareil n'est pas un gros livre, ce n'est pas une brochure, pas même un article de journal. Aussi modeste que grand, l'auteur, comme s'il s'ignorait lui-même, ce qui est, dit-on, le vrai signe du génie, a déposé ce chef-d'œuvre sur une simple affiche collée aux murs de la bonne ville de Châlons-sur Saône, à côté de la taxe périodique du pain et d'une annonce d'un spectacle de funambules.

Cette affiche, puisqu'il faut l'appeler par ce nom vulgaire, est d'environ un pied et demi de largeur sur un pied de hauteur. Elle est imprimée sur du papier vert tendre. Le contenu est divisé en trois colonnes séparées par des filets typographiques d'une rare élégance. Nous devons être minutieux et exacts dans cette description, car la pièce est si curieuse que dans ce siècle incrédule on pourrait nier son authenticité. C'est nous qui l'avons arrachée des murs de Châlons, et nous la conservons religieusement pour la montrer aux amateurs des belles choses.

O grand orthopédiste angevin, toi qui te croyais le maître du genre, brûle tes prospectus, tes annonces, tes affiches, car tu n'es qu'un écolier. Fais place à cet astre nouveau. Respectable Leroy, arrache de tes bouteilles leur étiquette jadis si brillante, mais désormais éclipsée; et vous tous, heros de l'industrialisme médical, pileurs de poudre de santé, fabricateurs d'alexitère, vendeurs de grains de moutarde, guérisseurs de maladies secrètes, inventeurs de méthodes végétales,

fonds communaux; mais, outre le service de la vaccine, ils doivent traiter gratuitement les indigens, faire des rapports sur l'état sanitaire du canton, etc. (1). En outre, le département alloue chaque année 1,500 fr. pour prix aux vaccinateurs, qui leur sont décernés par la Faculté de médecine de Strasbourg.

Après ces départemens, l'Académie a cru devoir mentionner d'une manière spéciale les quinze suivans :

Ardennes.	Jura
Arriége.	Lot-et-Garonne.
Basses-Alpes.	Oire.
Dordogne.	Haut-Rhin.
Doubs.	Deux-Sèvres.
Haute-Garonne.	Tarn:
Ille-et-Vilaine.	Haute-Vienne.
Indre.	

En confrontant ce tableau avec celui de 1832, on voit que plusieurs départemens ont conservé leur rang honorable; d'autres sont restés en arrière et ont été remplacés par de nouveaux compétiteurs.

Enfin, l'Académie a dressé le tableau suivant des personnes qui ont le plus contribué à l'entretien et à la propagation de la vaccine :

MM.	Bonnet, à Coutances (Manche).	2443	vaccinations.
	Labesque, à Agen.	2337	—
Mme	Maillet, sage-femme à Vannes (Morbihan).	1991	—
MM.	Feitu, à Pontivi (Morbihan).	1747	—
	Boisson, à Lure (Haute-Saône).	1642	—
	Boucher, à Versailles.	1586	—
	Barrey, à Besançon, 451 envois de vaccin, et	1387	—
	Christophe, à Mirecourt (Vosges).	1135	—
	Chaillier, à Ragecourt (Haute-Marne).	1117	—
	Benoit, à Grenoble.	1000	—

M. Cochin, desservant à Mottereau, a fait parvenir une liste de 642 vaccinations faites dans cinq cantons des arrondissemens de Châteaudun, Nogent et Chartres; bel exemple à proposer à ses confrères. Enfin, M. Nedey, de Vesoul, malgré ses infirmités, a encore pratiqué 853 vaccinations.

II. *Épidémies de variole.*

Les documens relatifs aux épidémies varioliques ont mis dans tout leur jour deux vérités sanctionnées par une longue expérience, savoir :

« 1° Que dans tous les départemens où la propagation de la vaccine » est entretenue et encouragée, la variole est rarement observée, et » facilement réprimée au moment de son apparition. »

« 2° Que la vaccine est toujours l'unique et infaillible moyen de s'op- » poser aux ravages des épidémies varioliques. »

Quant à la durée de l'action préservative de la vaccine, les opinions se partagent. MM. Barrey, à Besançon, Hennequin, à Charleville, Guyétant, à Lons-le-Saulnier, n'ont point encore, depuis trente ans, observé de variole, et n'ont pu réussir à produire une seconde vaccination sur les individus qu'ils avaient vaccinés; et ils attribuent ces heureux résultats au grand soin qu'ils ont mis à vérifier la marche, la régularité, en un mot, la validité de leurs premières opérations. Ce fait est d'autant plus remarquable que M. Barrey est parvenu à conduire sans interruption son vaccin à sa 1708e reproduction.

Toutefois, des faits contraires paraissent avoir été observés dans la Gironde. La variole s'est montrée sporadiquement à Bordeaux en 1833; elle a même pris pendant l'été le caractère épidémique, et a atteint plusieurs individus réputés vaccinés. Le conseil de salubrité, consulté par le préfet, a examiné ces faits; il a remarqué que chez plusieurs de ces malades les traces des boutons n'offraient pas les caractères suffisans pour faire croire que la vaccine eût parcouru régulièrement ses périodes; chez d'autres plus nombreux, les cicatrices étaient si peu marquées qu'on pouvait douter avec raison qu'ils eussent vraiment été vaccinés. Quatre ou cinq cas seulement, observés en ville par des médecins respectables, pourraient passer pour des varioles développées après une vaccine normale; mais le conseil, malgré tous ses efforts, n'a pu en vérifier l'exactitude.

Le conseil a été plus loin; et à cette occasion il a posé aux praticiens la question suivante : « Parmi les individus que vous avez vaccinés, et » sur lesquels vous avez pu constater la marche franche et régulière de » la vaccine, en est-il qui auraient réclamé vos soins pour être traités » de la petite-vérole? » Tous ceux qui ont répondu à cette question ont fait une réponse négative. M. le docteur Lamothe, ancien conservateur du dépôt de vaccin, qui a vacciné officiellement, d'après ses registres, depuis 1810 jusqu'à ce jour, 20,000 enfans abandonnés, et 2,450 enfans dans sa pratique, a affirmé que sur cette masse considérable, il ne s'est pas présenté à son observation un seul individu avec les caractères réels de la variole.

Ce qui a pu faire croire au public que la vaccine ne préservait pas, c'est qu'en même temps que la variole, il régnait à Bordeaux une épidémie de varioloïde qui attaquait indistinctement les individus vaccinés et non vaccinés. Bien plus, quelques vaccinations ayant été pratiquées dans l'imminence de la varioloïde, on a été jusqu'à dire que la vaccine donnait la variole.

Cette varioloïde concomitante et se développant six à huit jours après la vaccination, est un fait d'une telle importance, qu'il est nécessaire de l'entourer de toutes les observations qui peuvent l'éclairer. Le docteur Moyne, à Libourne, déclare que chez tous les enfans vaccinés en mai, juin et juillet, la varioloïde a marché avec la pustule vaccinale; par suite de cette complication, cette pustule a été sensiblement altérée dans sa forme; elle était moins élevée que de coutume, entourée d'autres petits boutons miliaires et comme frangés sur les bords de l'ulcération; sa durée était d'ailleurs la même que dans la vaccine régulière.

(1) M. le rapporteur a rappelé quelques passages d'une circulaire ministérielle adressée aux préfets, en date du 18 novembre 1833, et que nous croyons devoir reproduire. Après avoir réclamé de nouveau leur appui et leur protection en faveur des vaccinateurs, et fixé leur attention sur l'utilité des comités de vaccine dans les chefs-lieux de sous-préfecture, le ministre ajoute :

« L'institution des médecins cantonnaux sur un plan analogue à celui qui est réalisé avec le plus grand succès dans le département du Bas-Rhin, pourrait, si elle était généralisée, non-seulement assurer le triomphe de la vaccine, mais encore fournir à l'administration et à la science de riches et nombreux matériaux, soit pour l'hygiène publique, soit pour la topographie médicale de la France. Toutefois, comme la création des médecins cantonnaux pourra trouver sa place dans la réorganisation médicale, sur laquelle l'Académie royale de médecine et d'autres corps savans viennent d'être consultés de nouveau par le gouvernement, je me bornerai à appeler d'avance votre attention sur la possibilité de naturaliser cette institution dans votre département, sous une forme appropriée aux ressources, aux besoins, aux usages du pays. »

quelles que soient votre renommée, vos succès et votre impudence, voici un homme qui en sait plus que vous tous ensemble; lisez la pièce suivante, et dites-nous si jamais vous avez déployé tant d'audace, tant de mépris pour l'intelligence de cette bête débonnaire qu'on appelle le public, tant de confiance dans la crédulité de cette sotte espèce humaine; dites-nous encore qui d'entre vous a jamais égalé ce style naïf, ces tours originaux, ces expressions trouvées, cet heureux accord de la pensée et de la forme, qui est le cachet des grands artistes? vous n'êtes que de beaux esprits, mais Boilley est un grand écrivain; jugez en.

ATTENTION.

Inventa perficere non est inglorium

Il y a toujours du mérite à perfectionner les choses inventées.

M. BOILLEY,

MÉDECIN, CHIRURGIEN, ACCOUCHEUR, HOMOEOPATHE, UROMANTE, OCULISTE, DENTISTE, GYMNASTE, ETC.,

De la Faculté de médecine de Paris, de celle de Strasbourg, etc., auteur de plusieurs ouvrages scientifiques,

N'a quitté son pays Mont-Barrey, arrondissement de Dôle (Jura), où sa réputation est colossale, que parce qu'il y a un fils aussi médecin, et que la campagne n'offrait pas un cercle assez considérable à ses talens.

Quelques circonstances particulières, dont les annonces du *Patriote* ont fait mention, l'ont déterminé à se fixer à Châlons-sur-Saône, Grande-Rue du faubourg Saint-Laurent, n. 46.

Déjà plusieurs cures opérées tant à Châlons qu'aux environs, attestent ce qu'il sait faire.

Il guérit beaucoup de maladies à la garantie, et tient pour cette raison des pensionnaires malades.

Il a tous les instrumens nouveaux et nouvellement perfectionnés, tous les ouvrages en gomme élastique.

Que le public se persuade que la *galvano puncture*, moyen nouveau de guérir pour la province, et si efficace dans beaucoup de maladies, ne se pratique à Châlons que chez lui, et que l'appareil de l'immortel *Ducamp* pour les difficultés d'uriner et les rétrécissemens des voies urinaires, n'y a jamais été employé que par lui.

Attaquer la cause primitive des maladies, voilà de la saine *physiologie*; on simplifie le traitement, on guérit, et promptement, et pour presque toutes les maladies on fait des demi-miracles; telle la guérison de certaines variétés d'*épilepsie*.

La maladie vénérienne (vrai Prothée) se complique facilement, et l'abus du mercure et sa mauvaise administration laissent des infirmités; les écoulemens presque sans *fin* chez les hommes sont guéris comme par enchantement d'après sa manière ingénieuse et savante.

C'est à l'aide de différens sthétoscopes qu'il apprécie l'état des organes intérieurs.

Il opère la cataracte de deux manières; le nombre et les variétés des maladies des yeux demandent une adresse que l'habitude favorise à la vérité, et qui, très-souvent, n'est qu'un don de la nature.

Les observations suivantes, recueillies par M. Moyne, renferment même des circonstances bien autrement graves.

1° Un enfant vacciné et ayant, comme tous les autres, la varioloïde concomitante, têtait sa mère non vaccinée; celle-ci contracte la petite-vérole et court de grands dangers.

2° Le docteur Monlont envoie à M. Lalanne, médecin à Coutras, du vaccin recueilli pendant cette épidémie. Ce dernier vaccine à la fois une mère et son enfant qu'elle allaitait; l'enfant a la vaccine avec la varioloïde concomitante; la mère contracte la petite-vérole et meurt.

3° Le docteur Mériée envoie à Guitres du vaccin recueilli sur un bouton de bonne apparence; on vaccine deux enfans avec ce même vaccin; l'un contracte la varioloïde; l'autre la variole; ce dernier succombe.

Et chose bien remarquable, du vaccin venu de Dublin ayant été employé à Bordeaux, M. Monlont reçut du vaccin provenant de ces vaccinations, et les enfans vaccinés eurent une vaccine régulière, sans accidens ni complication de varioloïde.

Des faits analogues se montraient, à la même époque, à Pagny-sur-Moselle (Meurthe) et attiraient l'attention de l'autorité. Il résulte du rapport de M. Béchet, médecin des épidémies, que depuis une quinzaine de jours on avait observé à Pagny plusieurs exemples d'une varicelle très-bénigne, lorsque, le 2 juin, onze enfans non atteints de l'affection régnante furent soumis à la vaccination. Tous, un seul excepté, furent atteints huit jours après d'une maladie éruptive particulière. C'étaient des boutons arrondis, durs au toucher, entourés d'une auréole plus élevée que la surface de la peau, suivant dans leur développement celui des boutons varioleux, se remplissant de pus comme eux, et ayant à peu près la même durée; leur desquamation ne se déclarait que du dixième au quinzième jour; distincts du reste de la variole par l'absence de la dépression centrale et par la moindre gravité des accidens.

Le 9 juin, dix autres enfans ayant été vaccinés, tous furent pris d'une éruption semblable; en sorte qu'on suspendit les vaccinations dans cette commune.

Chez plusieurs de ces enfans, la vaccine fut sensiblement modifiée: elle présentait des boutons plus étendus, à bords irréguliers, comme déchirés, et contenant un liquide trouble. Notez que durant ce temps l'épidémie primitive de varicelle suivait sa marche sur les enfans non vaccinés, les rendait à peine malades, et se terminait dans l'espace de six à dix jours.

Enfin, le comité central de Pau a consigné dans son rapport le passage suivant:

« Les vaccinations de 1833 commencèrent sous l'influence d'une épidémie variolique; le premier virus employé produisit une fièvre éruptive qui ne fut pas toujours sans danger; nous jugeâmes prudent de renoncer à son emploi. Du vaccin reçu de Paris développa une éruption locale, régulière, exempte d'accidens. »

Comment expliquer des accidens aussi graves? D'après le rapprochement de ces faits, l'Académie a l'intime conviction que le virus dont l'inoculation a été accompagné d'une éruption varioleuse plus ou moins modifiée, n'était point le virus-vaccin de Jenner, et que c'était le virus d'une varioloïde qui, à Libourne, a donné naissance à la variole elle-même. Le fait suivant, après tous ceux qui ont été consignés dans les rapports antérieurs, montre comment se fait cette substitution malheureuse. Le comité central de Pau déclare que, dans le canton de Morlaàs, M. Defüs a arrêté par de prompts secours le développement de la variole, dans une commune où elle avait été apportée par un vaccinateur peu instruit qui, au lieu de vaccin, inoculait du virus variolique pris dans la commune de Navailles, principal foyer de l'épidémie.

L'Académie insiste donc de nouveau sur l'importance et la nécessité des dépôts de vaccin, soit dans les chefs-lieux de départemens, soit dans ceux d'arrondissemens; elle croit devoir également recommander aux vaccinateurs de se défier de tout vaccin dont l'origine leur est inconnue ou suspecte, et de suspendre à l'instant l'usage de celui dont l'inoculation est suivie d'une éruption varioleuse quelconque. Il est bien entendu que ce précepte n'est point applicable aux varioles qui n'ont pu être prévenues ou neutralisées par l'action du vaccin; cette circonstance, fréquemment, observée dans les épidémies varioliques, a été trop souvent mentionnée pour qu'il soit nécessaire de la soumettre à un nouvel examen.

III. *Recherches et expériences sur la nature et la reproduction du virus-vaccin.*

Lorsque la varioloïde parut sur des individus régulièrement vaccinés, plusieurs médecins expliquèrent ce phénomène, rarement observé jusqu'aux épidémies varioliques de 1825, par l'altération que tant de transmissions successives avaient dû faire éprouver au virus-vaccin. Quoique l'étude de cette affection ait fait justice de cette opinion, l'Académie a distingué les expériences nombreuses et pleines d'intérêt de M. Fiard pour éclairer la question.

Si le vaccin n'avait point dégénéré, il devrait, comme dans les premiers temps de son introduction en France, jouir de la propriété de se reporter de l'homme à la vache, et de la vache à l'homme; tel est le principal argument et le point de départ de M. Fiard.

Or, tandis qu'au commencement de ce siècle, d'après les procès-verbaux de l'ancien comité de vaccine, la transmission du vaccin de l'homme à la vache et de la vache sur l'homme réussissait fréquemment, aujourd'hui M. Fiard rapporte que, sur 70 vaches de différentes espèces auxquelles il a inoculé le virus-vaccin actuel, il n'a obtenu que six ou sept fois une éruption moins développée que le plus faible vaccin ordinaire, et que la matière de cette éruption, inoculée à des enfans, n'a jamais rien produit à son tour.

Cette série d'expériences avait été tentée en 1824 et 1825, lorsque, en 1828, M. Fiard reçut d'Angleterre quatre plaques chargées de cowpox pris sur les vaches. Quoique l'origine de ce cowpox n'ait pas été suffisamment justifiée, il se hâta d'acheter une jeune vache bien portante, lui pratiqua neuf piqûres, trois sur chaque pis, en laissant deux pis intacts pour la traire. Le quatrième jour, une légère rougeur entourait les piqûres; le cinquième, l'éruption était évidente. Enthousiasmé de son succès, l'auteur conçut aussitôt le projet de former un établissement destiné à perpétuer le vaccin sur les vaches; et, sur une seule note qu'il publia dans un journal politique, le 10 mai 1828, déjà le 12 mai onze personnes étaient inscrites chez lui pour se soumettre à l'inoculation.

Cependant les boutons de la vache continuèrent à se développer régulièrement; au huitième jour ils avaient tous les caractères de beaux

boutons de vaccin, seulement plus gros et plus larges qu'ils ne le sont ordinairement chez l'homme; l'auréole commençait à s'étendre, et le dixième jour, les boutons s'entourèrent d'une rougeur brunâtre accompagnée de gonflement des tissus environnans. Le treizième, les auréoles étaient presque éteintes; le centre d'un bouton qui avait été ménagé avait pris une couleur brun noirâtre; enfin les croûtes se formèrent. N'ayant plus besoin de cette vache, M. Fiard la fit vendre, et ne put savoir le jour de la chute des croûtes.

Sur onze personnes inscrites, huit seulement se trouvèrent à l'heure indiquée. L'inoculation fut sans succès sur deux enfans, dont l'un, âgé de 7 ans, avait déjà subi plusieurs fois la vaccination ordinaire. Sur un troisième enfant, huit piqûres donnèrent naissance à huit boutons; sur quatre autres, il s'en développa de quatre à sept; et sur le dernier, on n'en obtint qu'un seul. Mais ce manque de succès peut être attribué à l'indocilité de l'animal effarouché, qui ne permettait pas de bien charger les lancettes. Les boutons qui se développèrent différaient d'une manière notable de ceux du vaccin ordinaire, par le degré d'intensité des symptômes locaux et généraux. En outre, avec le cowpox de cette première vache, M. Fiard en inocula successivement plusieurs autres, et vaccina par ce moyen vingt-quatre enfans qui offrirent des phénomènes semblables aux précédens.

Toutefois des difficultés insurmontables se présentèrent. Les vaches rendues irritables par l'engorgement des mamelles, refusaient de se laisser traire par une personne à laquelle elles n'étaient pas accoutumées; on ne pouvait vider complètement les mamelles par les deux trayons ménagés; la plupart des vaches ne se laissent point approcher du côté gauche et conséquemment on ne pouvait inoculer les pis de ce côté; ajoutez des mamelles encroûtées de matières par la malpropreté de l'animal, léchées par sa langue râpeuse; les boutons écorchés par la paille de la litière, et souvent desséchés, enlevés au moment où ils pouvaient servir; enfin de grands frais sans résultats proportionnels; en sorte que M. Fiard finit par perdre son cowpox.

Dans ces expériences une circonstance mérite d'être notée. Lorsque le cowpox se développe naturellement sur les vaches, l'animal présente des symptômes généraux qui avaient fait redouter cette maladie dans les troupeaux d'Angleterre. Dans les inoculations tentées par M. Fiard, les vaches n'ont point été atteintes de fièvre; elles n'ont pas perdu l'appétit, n'ont pas même paru tristes; et enfin la sécrétion du lait n'a été nullement tarie.

M. Fiard ne s'est point borné à ces expériences, et ses recherches relatives à l'existence du cowpox en France, ont fixé toute l'attention de l'Académie. On sait que la petite-vérole des vaches est plus difficile à rencontrer en Angleterre qu'on ne le pense communément en France. Déjà le docteur Baron écrivait à L. Valentin que, depuis quinze ans, elle n'avait paru qu'en 1818 et 1819, dans le voisinage de Berkley; et les renseignemens pris par M. Fiard en Angleterre, confirment cette extrême rareté. Il y a une autre éruption particulière à la vache, qui se montre sur les trayons, et dont les boutons sont, sous bien des rapports, semblables au cowpox. C'est cette maladie, très-commune en France comme en Angleterre, qui a souvent été prise pour le cowpox lui-même, et qui a fait proclamer à tort ses fréquentes apparitions.

En 1823, M. Fiard exerçait la médecine dans cette partie du département de l'Ain qu'on appelle la Bresse marécageuse; les circonstances locales lui paraissant favorables au développement du cowpox, il questionna les paysans, et d'abord il crut être arrivé à son but. On lui assura en effet qu'une éruption toute semblable à celle qu'il décrivait se rencontrait très souvent sur les pis des vaches, et que les femmes chargées de les traire avaient soin de se laver les mains pour ne pas la communiquer aux autres vaches. Une occasion se présenta bientôt de constater le fait: sur une vache récemment velée, il trouva plusieurs boutons inégalement développés sur les trayons, transparens, nacrés, déprimés au centre, avec une auréole inflammatoire à la base, en un mot tous les caractères du cowpox. Il inocula à deux enfans la matière de ces boutons; en outre il en recueillit dans un tube et vaccina un troisième enfant; mais aucune des huit piqûres pratiquées sur chaque enfant ne présenta la moindre trace d'inflammation ou d'inoculation d'un virus. Douze jours après, examinant la même vache, il remarqua que d'autres boutons naissaient à mesure que les premiers se desséchaient, circonstance qui lui suggéra quelques doutes sur la nature de la maladie; et en effet une nouvelle inoculation sur les deux premiers enfans n'eut pas de meilleurs résultats.

Cette expérience répétée plusieurs fois en 1823, 1824 et 1825, n'ayant jamais réussi, M. Fiard pensa que les vaches des bords du Rhône, placées dans un pays moins humide, pourvues de meilleurs pâturages, donneraient des résultats plus satisfaisans; mais ils furent encore les mêmes. Il arriva donc à cette conclusion, qu'une éruption semblable au cowpox se développe fréquemment sur les pis des vaches, durant assez long-temps sur le même animal, et souvent, dans l'espace d'un mois, faisant succéder des boutons nouveaux aux boutons desséchés; elle se manifeste de préférence dix ou douze jours après le vêlage, offre même un caractère épidémique; car il est rare de n'en trouver qu'une seule vache atteinte dans une étable; mais elle diffère du cowpox, et ne tarit pas la sécrétion du lait.

En 1827, M. Fiard rencontra cette même éruption aux environs de Paris, et dans le département de Seine-et-Oise, aux environs de Poissy. En mars 1828, un vétérinaire fort instruit ayant cru reconnaître le cowpox chez un marchand de vaches à La Chapelle, M. Fiard prit du pus de ces boutons, et se hâta d'en inoculer trois enfans du village d'Orsel, près Montmartre. Les piqûres séchèrent encore sans donner lieu à aucun phénomène d'inflammation ou d'éruption. Enfin, au mois de juin, il retrouva l'éruption signalée chez un nourrisseur de l'allée des Veuves, aux Champs-Elysées; mais des inoculations faites sur quatre enfans, à côté de l'animal, demeurèrent également sans succès.

Après toutes ces observations, que penser des avis souvent donnés à l'Academie et aux divers comités de vaccine, des éruptions de vaccine naturelle? Si le cowpox existe en France, comme quelques personnes l'assurent, pourquoi ne pas le constater authentiquement, et surtout de manière à ce que l'on puisse y croire? Car il ne suffit pas, comme on vient de le démontrer, de trouver des éruptions sur les pis des vaches; il faut encore vacciner et bien vérifier le résultat de l'opération.

Mais si le cowpox naturel est si rare, ne peut-on pas, du moins, en provoquer le développement? Trois opinions existent dans la science sur l'origine du vaccin naturel: Jenner pensait qu'il provenait d'une maladie du cheval appelée *les eaux aux jambes*, et transformée en cowpox en se communiquant à la vache; le docteur Robert de Marseille croit qu'il résulte du virus varioleux inoculé à la vache, et les résultats obtenus par le docteur Sunderland en Angleterre, donnent quelque importance à cette théorie; enfin d'autres pensent que la vaccine

5° Un *Mémoire pour le traitement de la* teigne, *des* dartres *et autres* exanthèmes.

Le médecin Boilley ira où il sera demandé, et au besoin à la campagne; mais on est assuré de le trouver régulièrement chez lui chaque jour, depuis 9 heures du matin jusqu'à 4 heures du soir.

Imprimerie de J. Duchesne, rue St-Antoine, n. 1. à Châlons-sur Saône.

Il ne nous reste plus qu'une observation à faire. M. Boilley est probablement officier de santé, et c'est à l'abri de ce titre qu'il exploite le pays soumis à sa domination. Il est certain qu'il ne peut manquer, avec un manifeste de ce genre et avec un système de conduite et de pratique à l'avenant, d'acquérir à lui seul une clientelle plus forte que tous les honorables praticiens de Châlons et lieux circonvoisins; il n'est pas moins probable que ce grand homme, médecin, chirurgien, accoucheur, homœopathe, uromante, oculiste, dentiste, bandagiste, galvano-puncteur, gymnaste, *et cætera*, peut et doit, dans l'exercice de ses vastes talens, faire des ravages incalculables parmi les populations au milieu desquelles il a élevé ses tréteaux; enfin ce qu'il y a de plus évident, c'est qu'il peut faire tout cela et pis encore, *impuné per totam terram*, et que nos lois si vantées et notre admirable organisation sociale n'y peuvent rien. Il y a là matière à réfléchir pour les rédacteurs de cette loi sur l'exercice de la médecine, qui viendra Dieu sait quand.

VARIÉTÉS.

HÔPITAL SAINT LOUIS.

Mercredi dernier, M. le professeur Alibert, en faisant à l'hôpital Saint-Louis l'ouverture de son cours sur les maladies de la peau, a décerné une médaille d'or à M. François Renucci, pour avoir retrouvé l'acarus de la gale humaine.

— Nous avons reçu de M. Doguy, chirurgien-major du 4e régiment d'artillerie, une lettre pleine de réflexions judicieuses sur l'homœopathie. L'auteur combat par des argumens puissans les prétentions de la doctrine de Hahnemann. Nous les aurions reproduits volontiers, si déjà ce système n'avait été récemment l'objet de nombreuses discussions.

— DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, par J.-E. Dézeiméris, docteur en médecine, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris. Quatrième partie. Prix 5 fr. 50 c. pour les souscripteurs, et 6 f. pour ceux qui n'auront pas souscrit avant la mise en vente de la sixième et dernière partie. La cinquième partie est sous presse et paraîtra dans 4 mois à partir de ce jour. On souscrit à Paris, chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

est propre à la vache, comme la clavelée au mouton, la variole à l'homme.

Ici M. le rapporteur reproduit une note de M. Fiard contenant à cet égard des expériences fort curieuses. Comme nous l'avons publiée en enti r (GAZETTE MÉDICALE, 1833, p. 693), il suffira de rappeler ici que les *eaux aux jambes* du cheval furent inoculées à quatre vaches et ne produisirent rien; que le virus variolique fut inoculé à onze vaches, au moyen de 58 piqûres, et qu'il n'en résulta rien davantage.

A cette même époque, M. Girard, membre de l'Académie et de la commission de vaccine, s'était concerté avec M. le directeur de l'école d'Alfort, pour répéter les expériences annoncées par le docteur Sunderland. Ces opérations ne purent commencer qu'en septembre 1833. M. Delafond, professeur à Alfort, fut chargé de les surveiller et de noter par écrit les résultats. Ce qui suit est extrait de son rapport, transmis à la commission de vaccine.

Le 17 septembre 1833, trois draps en fil et deux couvertures en laine, qui avaient servi à des varioleux de l'Hôtel-Dieu, furent envoyés à l'école d'Alfort par M. Gérardin. Ces objets examinés attentivement, on trouva que les draps seuls faisaient voir, répandues çà et là, des taches fournies par du virus desséché. Le même jour, et après avoir constaté sur trois vaches, avec la plus scrupuleuse attention, que la peau des mamelles, de la face interne des cuisses, et celle qui borde les ouvertures naturelles, ne présentaient aucune cicatrice de cowpox, on fit un essai d'inoculation sur ces trois animaux avec les draps et les couvertures ci-dessus désignés. Deux vaches furent recouvertes par un drap et une couverture; une troisième fut entourée seulement par un drap. Ces objets furent maintenus en contact avec la peau par des liens qui entouraient le corps, et restèrent ainsi fixés pendant dix jours et dix nuits. Pendant ce laps de temps, et les vingt jours suivans, les trois vaches furent visitées tous les matins, sans qu'aucune trace de la maladie qu'on cherchait à inoculer se fit remarquer.

Le 7 octobre 1833, une longue bande, une serviette, deux chemises et deux taies d'oreiller, retirées du lit de malades affectés de la variole, et portant de nombreuses taches de virus, furent déposées à l'école par les soins de MM. Husson et Gérardin, pour servir à de nouvelles tentatives. On y soumit les trois mêmes vaches. Sur le corps de la première, on plaça une chemise maintenue par des liens; sur la seconde, on mit deux taies d'oreiller, et on frotta ses mamelles pendant cinq minutes avec une chemise imprégnée de virus; sur la troisième, on frictionna de même les mamelles, puis on les entoura avec une bande dont les deux extrémités furent liées sur les reins; cette bande resta appliquée pendant quatre jours, après lesquels on la plaça autour du corps. Enfin, tous ces objets restèrent en contact avec la peau des trois vaches durant dix sept jours. Tous les matins, jusqu'à la fin d'octobre, les vaches furent attentivement visitées; aucune ne présenta de pustules varioliques.

Le même jour, 7 octobre, ayant encore deux serviettes imprégnées de virus, on tenta l'inoculation par simple contact sur la peau d'un chien et d'un porc, animaux qui contractent très-facilement cette maladie par l'inoculation directe, dans le but de s'assurer si les linges tachés de virus possédaient évidemment des propriétés contagieuses. On entoura donc le corps de ces deux animaux avec les serviettes; mais ils s'en débarrassèrent, le chien après vingt-quatre heures, le porc après dix minutes. Examinés tous les jours durant un mois, ni l'un ni l'autre ne contractèrent la variole.

La serviette qui avait entouré le porc était restée dans une cour où séjournaient d'autres animaux de la même espèce, et avait été mise en pièces par ces derniers. Le 1er novembre, on s'aperçut que l'un d'eux portait sur la peau des testicules, du ventre, et de la face interne des cuisses, quelques pustules lenticulaires, grisâtres, déprimées au sommet, entourées d'une petite aréole rouge, en tout semblables aux pustules qui caractérisent la variole naturelle du porc. Huit jours après, d'autres porcs en furent également attaqués, et chez tous on remarqua les quatre périodes bien distinctes qui en caractérisent la marche, et tous les symptômes qui en accompagnent la durée.

Quoi qu'il en soit, il est impossible d'assurer qu'ils ont contracté la variole par le contact de la serviette imprégnée de virus, attendu que vingt-trois jours s'étaient passés depuis ce contact, et que la variole se déclare très-souvent spontanément chez ces animaux. Cette opinion serait seulement très-probable, si l'on admettait avec Viborg que la variole humaine peut se propager aux porcs par de vieilles hardes, et même de la paille de lit ayant servi à des personnes atteintes de petite-vérole. Mais du moins paraît-il certain que le contact, et même les frictions avec des linges imprégnés de pus, ne suffisent pas pour la transmettre de l'homme à la vache.

Pendant que ces expériences se poursuivaient à Alford, d'autres analogues étaient tentées dans les environs de Rambouillet par M. le docteur Brunelle, à qui M. Girard avait communiqué ses idées. Le 10 octobre 1833, il plaça sur une vache un des draps dans lesquels avait couché un varioleux durant la période de suppuration, et le laissa près de vingt-quatre heures. La vache ne présenta ni éruption ni aucun dérangement dans sa santé.

Une nouvelle tentative fut encore faite par M. Girard. S'étant muni d'un paquet de linges imprégnés de la matière des pustules varioliques, et de virus variolique même enfermé sous des plaques de verre et enveloppé de feuilles fraîches pour lui conserver son état d'humidité, il se rendit à la ferme des Bréviaires, et commença par inoculer une vache à trois de ses trayons, à l'aide d'une seule piqûre pour chacun d'eux. Le reste du virus fut employé à l'inoculation de deux moutons par le moyen de piqûres aux ars, tant antérieurs que postérieurs. Quant aux linges imprégnés, il en prit un d'abord pour en frotter légèrement le pis de la vache, plus particulièrement sur le trayon qui n'avait point reçu de piqûres; puis il en appliqua d'autres sous le ventre de quatre nouveaux moutons avec les précautions suivantes. Il dégarnit de laine le dessous du ventre de chaque bête dans une étendue de 3 à 4 pouces en tous sens, mit en contact immédiat avec cette portion de peau un morceau de linge de même grandeur, et le maintint par des points de suture qui l'unissaient à la laine environnante. Les six moutons furent mis à part dans un clos durant plus de quinze jours, et visités chaque jour avec soin; aucun d'eux n'offrit la moindre apparence d'une affection éruptive. La vache n'en eût pas davantage.

A ces expériences viennent se joindre les faits suivans, communiqués par M. Miquel, d'Amboise.

La variole ayant attaqué une famille pauvre des environs de Mosnes, deux des enfans, âgés de 15 à 20 ans, y succombèrent. Cette famille logeait dans une espèce de cave mal aérée, communiquant avec une autre cave plus profonde, où se trouvaient deux vaches, qui souvent pour sortir passaient par la chambre habitée. Pendant plus de quinze jours, les hardes ou dépouilles des deux personnes décédées restèrent déposées dans l'écurie des vaches, et celles-ci n'en éprouvèrent aucun effet.

A Noizai, M. Miquel traita un varioleux âgé de 20 ans, couché dans une étable où se trouvaient trois vaches; celles-ci n'en furent nullement incommodées.

Enfin dans la dernière épidémie de variole, M. Miquel ouvrit un grand nombre de pustules varioliques, au huitième jour de leur développement, pour imbiber deux mèches qui servirent à faire deux sétons au poitrail d'une vache âgée de dix-huit mois; au deuxième jour, il survint un gonflement peu considérable, qui se dissipa les jours suivans; du reste, la plaie ne différa en rien de celle d'un séton dans lequel on aurait passé une mèche à l'état sec.

Ainsi, d'une part, extrême rareté du cowpox naturel; d'autre part, impossibilité d'en provoquer le développement artificiel; *il paraît donc prouvé que, dans un urgent besoin, on ne serait point en mesure pour se procurer du cowpox; qu'en France, rien n'est moins certain, et qu'en Angleterre la chose est peu facile.*

Néanmoins, et malgré les insuccès de tant d'expériences, l'Académie est loin de regarder la question comme résolue; l'importance du sujet lui fait un devoir de le recommander à l'attention des nombreux amis de la science et de l'humanité. Et, en effet, si par une méthode quelconque on parvenait à reproduire le vaccin à volonté, quelle sécurité pour l'avenir! quel complément de la découverte de Jenner! quel nouveau champ d'observations ouvert à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique! Car si le virus variolique, communiqué de l'homme à la vache, peut être modifié par la constitution de cette dernière, pourquoi d'autres matières morbifiques ne seraient-elles point inoculées aux animaux, afin de voir si elles seraient transformées, par la constitution individuelle de ces derniers, en produits susceptibles de préserver de ces maladies, comme le vaccin préserve de la variole?

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

REVUE DES CLINIQUES DE CET HOPITAL PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1835.

1° EXANTHÈMES FÉBRILES ET FIÈVRES CONTIGUES.

Les exanthèmes fébriles règnent à l'hôpital des Enfans pendant tout le cours de l'année, et s'y montrent de temps en temps sous forme épidémique. De toutes les affections aiguës, ce sont celles qui font le plus de victimes parmi les jeunes malades admis dans cet hôpital. Les cas de variole ont été peu nombreux dans ce trimestre, et n'ont rien offert de remarquable. La rougeole a été souvent compliquée de pneumonie et a été mortelle dans un assez grand nombre de cas. Les scarlatines ont été assez nombreuses en janvier, ont diminué en février, et ont régné d'une manière épidémique dans le mois de mars. Cette affection s'est déclarée chez un grand nombre admis à l'hôpital par d'autres maladies; elle s'est présentée dans un assez grand nombre de cas avec la forme ataxique ou ataxo-adynamique; à l'ouverture des cadavres, lorsque la mort a eu lieu, nous avons trouvé les centres nerveux exempts d'altération; mais les follicules de Brunner offraient dans l'intestin grêle un développement remarquable. Le fait suivant nous offrira un exemple de la forme ataxo-adynamique et de ce développement anormal des follicules intestinaux que nous venons de signaler.

SCARLATINE ATAXO-ADYNAMIQUE; MORT LE TROISIÈME JOUR DE L'ÉRUPTION; DÉVELOPPEMENT CONSIDÉRABLE DES FOLLICULES INTESTINAUX.

OBS. I. — Pauline Bissercan, âgée de 8 ans, forte constitution, bonne santé habituelle, couchant dans la même chambre qu'une de ses sœurs atteinte de scarlatine, éprouve, dans la soirée du 25 janvier, un frisson suivi de fièvre, de douleur de gorge et de céphalalgie. Elle se couche, et quelques heures après apparaît, sur la face et les membres, une éruption de scarlatine.

Le lendemain 26, la fièvre est intense, l'éruption est générale; la malade est prise d'un délire violent. On la transporte à l'hôpital, où elle offre à la visite du 27 les symptômes suivans :

Rougeur vive, uniforme de toute la périphérie cutanée, de couleur plus foncée dans les aines, les plis des coudes et des genoux; agitation extrême, criailleries, réponses tantôt justes, tantôt incohérentes; céphalalgie, soubresauts des tendons; la langue, couverte d'un enduit épais et collant, n'offre pas encore la rougeur scarlatineuse; les amygdales sont très-tuméfiées et rouges, sans exsudation pseudo-membraneuse; l'haleine est fétide, la déglutition gênée, la voix nasonnée; le ventre est météorisé et douloureux à la pression; évacuations liquides et multipliées; pouls petit à 150 pulsations; peau médiocrement chaude. (Mauve, julep gommeux, gargarisme adoucissant.)

Dans la nuit, agitation, délire; nécessité d'employer la camisole.

Le 28. Somnolence, teinte violacée de la face et des mains; langue sèche; même gonflement des amygdales et de la luette que la veille; évacuations nombreuses et involontaires; douleur de ventre; 140 pulsations; soubresauts des tendons; prostration profonde des forces; air de stupeur; réponses incohérentes; plaintes continuelles. On prescrit *illico* 18 grains d'ipécacuanha et un grain de tartre stibié en trois paquets, et deux vésicatoires aux membres inférieurs après l'effet présumé du vomitif. Deux ou trois vomissemens ont lieu dans la journée; la prostration devient de plus en plus profonde, et la malade succombe le 29, à deux heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE 33 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Teinte violacée d'une grande partie de la périphérie cutanée; rigidité cadavérique; embonpoint considérable.

Tête. Dure-mère saine; caillot fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur; arachnoïde transparente, contenant dans sa grande cavité une cuillerée environ de sérosité limpide; légère infiltration du tissu cellulaire sus-arachnoïdien; injection médiocre des vaisseaux qui rampent à la périphérie du cerveau; substance cérébrale ferme non injectée; peu d'épanchement dans les ventricules.

Cou et poitrine. Teinte livide des amygdales qui sont notablement tuméfiées, mais n'offrant ni exsudation pseudo-membraneuse, ni traces de gangrène; même rougeur de la muqueuse du pharynx et de l'épiglotte; larynx, trachée et bronches à l'état sain; poumons gorgés de sang, mais contenant une assez grande quantité d'air; pas d'hépatisation ni de tubercules; cœur rempli de sang coagulé ayant la consistance de la gelée de groseille; sa membrane interne ainsi que celle des gros vaisseaux ne présente pas de rougeur anormale.

Abdomen. La muqueuse gastrique est d'un blanc légèrement rosé, et offre partout une bonne consistance; toute celle qui tapisse l'intestin grêle offre une multitude de follicules du volume d'un grain de millet ou de chenevis, dont la couleur est rosée comme le reste de la muqueuse. Cette éruption folliculeuse est confluente dans la partie supérieure comme vers la terminaison de l'intestin grêle. Les plaques de Peyer sont peu saillantes et présentent une surface réticulée sans aucune trace d'ulcération. Dans le cœcum et le colon, les follicules isolés sont discrets; il n'en existe pas dans le rectum. Du reste la consistance de la muqueuse est bonne partout; elle fournit des lambeaux de 5 à 6 lignes. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, violacés et mollasses. La rate est ramollie et se réduit en bouillie par la plus légère pression. Le foie et les reins offrent également moins de consistance que dans l'état normal.

Cette observation a présenté une circonstance qui rend presque constamment le pronostic grave, c'est la courte durée des prodrômes. On a depuis long-temps remarqué que la gravité de la scarlatine est en raison inverse de la durée des symptômes précurseurs. Nos observations de ce trimestre ont pleinement confirmé cette remarque. Du reste, dans ce cas comme dans tous ceux que nous avons eu occasion d'observer, les lésions trouvées sur le cadavre n'ont point offert de rapport avec les symptômes constatés pendant la vie. Une lésion cependant que nous avons presque constamment observée, et qui nous a paru mériter de fixer l'attention, c'est ce développement anormal des follicules intestinaux, avec rougeur et tuméfaction des ganglions mésentériques et ramollissement de la rate, que l'on rencontre également dans la variole, dans le typhus, et même dans le choléra épidémique, et qu'on avait désigné dans cette dernière affection par le nom de psorentérie.

Les fièvres typhoïdes ont continué à régner pendant ce trimestre, et se sont presque toutes présentées sous la forme adynamique ou ataxo-adynamique. Enduit fuligineux de la langue; météorisme du ventre; évacuations involontaires; prostration profonde; escarres au sacrum; ulcération des piqûres des sangsues appliquées en ville (car on n'en a pas appliqué une seule à l'hôpital); surdité plus ou moins complète; parotides dans deux cas; tel est l'ensemble de symptômes que nous ont présentés la plupart des malades atteints de fièvre grave. La médication évacuante a été employée dans la plupart des cas avec avantage. Nous avons vu des malades dans un état tout-à-fait désespéré, arrivés à l'hôpital à une période déjà avancée, guérir sous l'influence de cette médication. Nous pourrions rapporter plusieurs cas de guérison; mais nous donnerons la préférence à une observation relative à une jeune malade chez laquelle les plaques de Peyer étaient profondément ulcérées au moment où l'on a commencé l'usage des purgatifs salins. Sous l'influence de cette méthode de traitement, la cicatrisation des ulcères s'est rapidement effectuée, ainsi que nous avons pu nous en convaincre par l'examen cadavérique, la mort ayant eu lieu dans la convalescence par suite d'une pleurésie aiguë.

FIÈVRE TYPHOÏDE SOUS FORME ATAXO-ADYNAMIQUE; EMPLOI DES PURGATIFS SALINS DU 30ᵉ AU 40ᵉ JOUR DE LA MALADIE; CONVALESCENCE; MORT PAR SUITE D'UNE PLEURÉSIE AIGUE LE 57ᵉ JOUR DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; CICATRISATION COMPLÈTE DES PLAQUES; ÉTAT SAIN DE LA MUQUEUSE GASTRO-INTESTINALE.

OBS. II. — Julie Steiner, âgée de 11 ans, est transportée de la rue Saint-Honoré à l'hôpital des enfans, le 7 mars, dans l'état suivant : face pâle légèrement plombée, portant l'empreinte de la stupeur; criailleries; réponses lentes mais justes, suivies de divagations lorsqu'on ne fixe pas l'attention de la malade par des réponses rapides et fermes; céphalalgie obtuse; affaiblissement notable de l'ouïe; articulation des sons difficile; prostration profonde; soubresaut des tendons; les lèvres et la langue sont sèches, crevassées et recouvertes, ainsi que les dents, d'un enduit fuligineux; la déglutition est facile; la soif vive; le ventre météorisé, mais peu douloureux à la pression; les selles sont liquides, nombreuses et involontaires; le pouls est petit, régulier et donne 120 pulsations par minute; la peau médiocrement chaude est sèche et rugueuse; une large escarre existe au sacrum. On n'observe ni taches lenticulaires, ni sudamina; toux rare; expectoration nulle; sonorité de la poitrine normale; ronflement et sifflement à droite et à gauche; 40 inspirations pas minute.

Pour *commémoratifs* nous recueillons que cette jeune fille habite Paris depuis six ans, qu'elle jouit habituellement d'une bonne santé et qu'elle est malade depuis un mois. Pendant les dix-huit premiers jours, malaise général, sentiment de fatigue insolite, diminution de l'appetit, accès de fièvres irréguliers, épistaxis peu abondantes mais répétées. Dans les douze derniers jours, fièvre continue, intense avec paroxysme chaque soir, accompagnée de délire; agitation, criailleries, insomnie; diarrhée depuis quatre jours seulement; évacuations involontaires. On n'a employé que des boissons délayantes et des cataplasmes sur le ventre.

On diagnostique d'après l'ensemble de ces signes : *fièvre typhoïde sous forme ataxo-adynamique*, et on prescrit un pot de chiendent gommé et *une bouteille d'eau de Sedlitz*.

Dans les quatre jours qui suivent, aucun changement ne se manifeste dans l'état de la malade; les selles sont toujours involontaires; la surdité est complète; un délire violent a lieu chaque nuit. Le pouls se maintient entre 120 et 132 pulsations.

Le 12, les selles sont moins nombreuses; elles avaient été brunes jusqu'alors et elles ont pris une teinte jaunâtre; mais le délire persiste; la malade trouble la salle par ses vociférations; le ventre est ballonné et douloureux à la pression; le pouls reste accéléré, il donne 132 pulsations; on continue l'eau de Sedlitz, et on prescrit du bouillon.

A dater de ce jour, les symptômes vont en diminuant jusqu'au 20, où l'on suspend l'eau de Sedlitz qui avait été continuée tous les jours depuis le 7. Les évacuations sont alors rares, mais toujours involontaires. La langue s'est dépouillée de son enduit, elle est large et humide. On continue le bouillon, et on substitue au chiendent la limonade vineuse.

Le 23, la malade entre en convalescence, la diarrhée a cessé depuis deux jours. Le ventre est souple et indolent; la langue naturelle; l'intelligence est nette; la surdité a disparu; il s'est établi depuis quelques jours un écoulement par les deux oreilles. Le pouls donne 110 pulsations; la peau est plus souple et moins chaude; l'expansion pulmonaire est assez franche, on n'entend à l'auscultation que quelques bulles de râle muqueux; on observe sur le cou et la poitrine une éruption

confluente de sudamina. On prescrit une semoule et des bouillons. La malade va chaque jour de mieux en mieux jusqu'au 31, où elle reste long-temps assise sur son lit, placé près d'une porte qui reste entre-ouverte.

Dans la nuit du 31 mars au 1er avril, douleur vive du côté droit de la poitrine, précédée d'un frisson. Le lendemain dyspnée intense; toux sèche, fréquente; persistance de la douleur pleurétique; impossibilité de se coucher sur le côté droit; 130 pulsations, 44 inspirations; perte de l'appétit. On diagnostique : *pleurésie droite.* On supprime les alimens; on substitue à la limonade vineuse l'infusion de fleurs pectorales; et on prescrit un cataplasme émollient sur le côté malade, qu'on remplace deux jours après par un vésicatoire. Rien n'arrête la marche de cette pleurésie, qui se termine par la mort le 4 avril.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons le cerveau parfaitement sain. Le côté droit de la poitrine contient un litre environ de sérosité trouble, au milieu de laquelle nagent des flocons albumineux. Le poumon droit est refoulé vers la colonne vertébrale; son tissu est compacte et offre vers la surface du lobe inférieur plusieurs excavations pyriformes remplies d'un pus phlegmoneux. Ces excavations sont considérées par quelques-unes des personnes présentes à l'autopsie, comme des abcès métastatiques, et par d'autres comme des cavernes, résultant de la fonte des tubercules. On observe quelques tubercules miliaires au sommet du lobe supérieur. Le poumon gauche est sain.

La muqueuse gastrique est pâle, et conserve partout sa consistance normale. Le duodénum et le jéjunum ne présentent rien de remarquable. Dans les deux ou trois derniers pieds de l'iléon existent plusieurs plaques ponctuées de noir, ne faisant point saillie au-dessus du niveau de la muqueuse. L'une d'elles offre deux petites ulcérations dont le diamètre n'égale pas celui d'une lentille. Au-dessus de la valvule iléo-cœcale, qui présente une teinte ardoisée, on aperçoit trois dépressions de forme ovalaire, paraissant être le résultat d'une perte de substance de la muqueuse, que remplace une membrane mince, lisse, sans villosités ni granulations. Au niveau de ces dépressions, les parois intestinales sont transparentes. Au commencement du colon qui offre çà et là un ponctué noir, on observe également trois dépressions, moins larges que les précédentes, mais offrant le même aspect. Dans l'intervalle des plaques et des dépressions que nous avons signalées, la muqueuse a une bonne consistance, et ne présente pas de rougeur anormale. Des matières fécales bien liées et en partie moulées, sont contenues dans le gros intestin et dans une partie de l'intestin grêle.

L'ensemble des symptômes offerts par cette malade, au moment où elle a été soumise à notre observation, ne permet pas de douter que quelques-unes des plaques étaient le siége d'ulcérations plus ou moins profondes. Les purgatifs salins employés à cette période, bien loin d'aggraver l'altération des intestins, ont au contraire activé le travail de cicatrisation qui s'est effectué assez rapidement, comme nous l'avons constaté à l'ouverture du cadavre. La muqueuse intestinale, dans l'intervalle des plaques, offrait partout sa couleur et sa consistance naturelles; les matières trouvées dans l'intestin prouvent en outre que le travail de la digestion était tout-à-fait revenu à l'état normal.

2° AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES.

On observe chez les enfans toutes les lésions de la muqueuse gastro-intestinale, depuis le simple flux jusqu'à la phlegmasie et au ramollissement gélatiniforme. Les caractères qui servent à distinguer chez l'adulte les phlegmasies gastro-intestinales des fièvres graves, sont beaucoup moins tranchés chez l'enfant. Ainsi, il n'est pas rare de voir survenir à propos d'une gastro-entérite des troubles plus ou moins graves des fonctions cérébrales, tels que délire, convulsions, coma. Les entérites avec forme comateuse sont communes chez les très-jeunes enfans, qui présentent rarement cette altération des follicules intestinaux qu'on observe à un âge plus avancé. Rapportons quelques cas de phlegmasie gastro-intestinale.

ÉCLAMPSIE AUX APPROCHES DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION; ENTÉRITE AVEC DÉLIRE VIOLENT; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE; GUÉRISON.

OBS. III. — Louise Tinel, âgée de 13 ans, d'une constitution grêle, d'une stature élevée, entre à l'hôpital des Enfans le 19 janvier. On nous raconte que cette jeune fille éprouve depuis trois mois un malaise presque continuel; elle se plaint de douleurs qui ont tantôt leur siége à la tête, et tantôt aux lombes ou à l'épigastre. Elle a parfois l'air hébété, éprouve des troubles passagers de la vue, et quelquefois de véritables attaques d'éclampsie, auxquelles elle n'était point sujette auparavant. Enfin depuis huit jours les douleurs de ventre sont continuelles et s'accompagnent de fièvre et de constipation. Depuis deux jours il est survenu de la diarrhée et un délire violent qui a persisté jusqu'au moment de l'entrée.

Le 20 janvier, face rouge, animée; yeux brillans, agitation, délire loquace, sans surdité, sans trouble apparent de la vue; la langue est rouge à la pointe et sur les bords; les lèvres sont également rouges, sèches et fendillées; l'haleine fétide, la déglutition facile; soif vive, inappétence, ventre douloureux à la pression dans toute son étendue; évacuations liquides jaunâtres, multipliées et rendues quelquefois sans que la malade en ait la conscience. Le pouls est petit, accéléré; il donne 116 pulsations par minute. La température de la peau est élevée; toux sèche, purement sympathique de l'affection abdominale, sans diminution de la sonoréité du thorax, sans râle. On n'observe ni taches typhoïdes, ni météorisme du ventre. (Eau de gomme, 2 pots; lavement émollient, cataplasme sur le ventre, diète.)

Le délire persiste tout le reste de la journée; la malade croit voir sans cesse des cadavres autour d'elle; elle repousse la main de l'infirmier qui lui donne à boire, en lui disant que son vase contient des lambeaux de cadavre.

Le 21, la malade est plus calme; elle répond à quelques-unes des questions qu'on lui adresse; elle indique l'abdomen comme le siége de son mal. La pression y fait naître une vive douleur. Elle se plaint aussi de la bouche, dont la muqueuse est rouge et tuméfiée, et conserve au niveau des arcades dentaires l'impression des dents. (12 sangsues sur l'abdomen, cataplasme émollient, diète.)

Dans la soirée, retour du délire (Vésicatoire à chaque cuisse.)

Le 22, l'anxiété est moins grande que les jours précédens; l'agitation a cessé; on ôte la camisole à la malade, qui reste tranquille dans son lit. Le ventre est moins douloureux, les selles moins nombreuses. La malade demande le bassin. Le pouls est descendu à 100 pulsations. Du reste, pas de météorisme, pas de taches lenticulaires.

Le 23, le délire cesse complètement, ainsi que la diarrhée; le pouls est à 96 pulsations; l'abdomen supporte une assez forte pression.

Le 25, le délire n'a plus reparu; la malade accuse de la céphalalgie et une douleur qui se fait sentir autour de l'ombilic; le ventre est rétracté; il n'offre pas de météorisme, et supporte une assez forte pression. On continue les cataplasmes sur l'abdomen.

Le 27, l'intelligence est toujours nette; la langue est large et humide; pas de nausées, de vomissemens ni de diarrhée; quelques douleurs vagues vers l'hypogastre. Pouls à 90; chaleur de la peau naturelle; deux potages.

Cette malade quitte l'hôpital entièrement guérie le 8 février.

Les accidens nerveux qui ont, dans ce cas, précédé l'invasion de l'affection aiguë qui a amené le malade à l'hôpital, nous ont paru se rattacher au travail de la première menstruation. Il n'est pas rare de voir à cette période de la vie des jeunes filles se manifester divers troubles de l'innervation qui ont leur point de départ dans l'utérus. C'est à cet âge qu'on observe surtout la chorée, l'éclampsie, l'hystérie et diverses affections spasmodiques.

Lorsque nous examinâmes la malade pour la première fois, le diagnostic offrit quelques difficultés. Existait-il chez cette jeune fille une fièvre grave, ou bien une simple entérite? On se borna à l'expectation pendant vingt-quatre heures, mais la vive douleur du ventre, accusée par la malade le lendemain, au moment où le délire s'était calmé, parut réclamer l'emploi des antiphlogistiques. Sous l'influence d'une application de sangsues auxquelles on joignit deux vésicatoires aux cuisses, la diarrhée et les douleurs de ventre diminuèrent, et avec elles le délire, preuve bien manifeste que le trouble des facultés intellectuelles était purement sympathique de l'affection abdominale.

Le délire, disait récemment M. Esquirol, dont l'autorité est d'un grand poids en pareille matière, est, dans les dix-neuf vingtièmes des cas, indépendant de toute affection idiopathique de l'encéphale. Cette proposition est vraie pour l'enfant comme pour l'adulte. Nous pourrions ajouter pour les très-jeunes enfans, que les troubles de la motilité, les convulsions cloniques et toniques, sont pareillement, dans l'immense majorité des cas indépendantes de toute altération de texture appréciable des centres nerveux. Et nous pourrions citer à l'appui de cette proposition plusieurs cas de phlegmasies gastro-intestinales observées chez de très-jeunes sujets, qui se sont accompagnées de convulsions soit partielles, soit générales, dans lesquels la nécropsie n'a révélé aucune altération du cerveau et de ses enveloppes. Tout récemment encore, et je regrette que les limites de cette revue ne me permettent pas de rapporter ce fait, une jeune fille est apportée à l'hôpital dans le coma; les yeux étaient le siége de mouvemens irréguliers; il y avait des grincemens, du mâchonnement, des convulsions des membres; on écrivit sur la feuille du diagnostic méningite; la malade succomba. Le cerveau fut trouvé sain, et il existait une rougeur vive avec ramollissement de la muqueuse gastro-duodénale.

CHOLÉRA SPORADIQUE; ROUGEOLE CONTRACTÉE DANS L'HÔPITAL ET COMMUNIQUÉE A DEUX SOEURS QUI SUCCOMBENT, AINSI QUE L'AINÉE, A UNE COMPLICATION DE DIPHTÉRITE.

OBS. IV. — Marie Blanche, âgée de 10 ans, née en Piémont, à Paris depuis dix mois, où elle danse dans les rues au son de la vielle, éprouva, dans la première quinzaine de janvier, de la diarrhée, de la céphalalgie, de la courbature et de la fièvre. Elle fut obligée de garder le lit pendant six jours, et reprit ensuite ses occupations habituelles, conservant un malaise général, de l'inappétence, des alternatives de diarrhée et de constipation.

Entrée à l'hôpital le 19 février, elle n'accuse que quelques coliques légères; le pouls n'offre pas de fréquence; la chaleur de la peau est peu élevée; deux évacuations liquides ont eu lieu depuis la veille. On prescrit des boissons gommeuses et du lait.

Dans la soirée du 20, la malade est prise sans cause connue de vomissemens qui se répètent pendant tout le reste de la nuit. Il survient de l'agitation, des criailleries et une anxiété extrême; la soif est extrêmement vive; la malade demande à chaque instant à boire, et toutes les boissons qu'elle cherche à introduire dans l'estomac sont à l'instant rejetées par le vomissement.

Le 21, à la visite du matin, la face est profondément altérée; les yeux sont excavés et entourés d'un cercle livide; la voix cassée; la langue et les lèvres froides; le pouls à peine sensible. Les vomissemens et la diarrhée persistent; les selles sont bilieuses, et la matière des vomissemens est constituée par les boissons auxquelles est mêlée une petite quantité de bile. Du reste, on ne retrouve dans les évacuations aucun des caractères qui appartiennent au choléra épidémique. Les

urines sont rares, mais non entièrement supprimées; le ventre est souple et indolent dans tous les points; il n'offre ni tension ni météorisme; l'intelligence est nette; la prostration des forces peu marquée; la malade se rend elle-même au bassin. On applique sur l'estomac un épithème narcotique, et on donne alternativement pour boisson de la limonade froide et de l'eau de Seltz.

Le 22, les vomissemens cessent, mais la diarrhée persiste. Même altération des traits que la veille.

Le 23, retour des vomissemens qui sont simplement aqueux ou bilieux; soif toujours extrêmement vive; diarrhée moins abondante que la veille; trois évacuations dans les 24 heures; pouls développé à 104 pulsations; céphalalgie; intelligence nette; langue fraîche; ventre toujours complétement indolent. On prescrit de la limonade vineuse.

La diarrhée et les vomissemens persistent jusqu'au 27; ils diminuent toutefois chaque jour de fréquence. Le ventre reste rétracté et n'est nullement douloureux à la pression. Le pouls oscille entre 100 et 120 pulsations. On continue la limonade vineuse, et on prescrit en même temps des lavemens rendus narcotiques par l'addition de quelques gouttes de laudanum.

Le 28, l'expression de la physionomie est presque naturelle; l'intelligence est toujours intacte; la voix a son timbre normal; le ventre est rétracté et complétement indolent sous la main qui le presse. La malade demande des alimens à grands cris; elle a mangé la veille deux ou trois gâteaux qui ont provoqué un vomissement. Le pouls est régulier, assez développé, à 100 pulsations; on compte dans le même laps de temps 46 inspirations par minute. (Limonade vineuse et bouillons.) Les jours suivans la malade prend des alimens solides. Il ne survient plus aucun trouble des voies digestives, et elle quitte l'hôpital entièrement guérie le 8 mars.

Il est impossible de voir dans ce cas autre chose qu'un flux abondant de la muqueuse gastro-intestinale. Au milieu de ces graves désordres des voies digestives, le ventre est resté complétement indolent; la peau a conservé sa chaleur naturelle; le pouls s'est affaibli, ainsi que cela s'observait dans le choléra épidémique. L'altération des traits, le refroidissement de la langue, nous portèrent à soupçonner un instant l'invasion de cette maladie; mais la nature des évacuations, qui furent constamment bilieuses, ne nous permit pas de nous arrêter à ce soupçon. Des boissons froides légèrement toniques, des lavemens narcotiques, ont suffi dans ce cas pour amener la guérison.

A l'histoire de cette malade se rattachent encore quelques circonstances qu'il importe de mentionner. Cette jeune fille, huit jours après sa sortie de l'hôpital, fut prise d'une rougeole qu'elle avait évidemment contractée dans les salles, et succomba chez elle quelques jours après l'invasion de cette maladie avec des symptômes de croup. Deux sœurs plus jeunes qu'elles furent, quelques jours après, prises de rougeole, et entrèrent à l'hôpital, où elles nous offrirent, comme complication de cet exanthème fébrile, l'une des symptômes de croup, l'autre les signes d'une double pneumonie. Elles moururent, l'une deux jours et l'autre trois jours après son admission. La première présenta à l'ouverture du cadavre une fausse membrane qui tapissait tout l'intérieur du larynx, de la trachée-artère, et pénétrait jusque dans les dernières ramifications bronchiques. A droite, elle s'arrêtait à la bifurcation des bronches, n'occupait pas les tuyaux d'un gros calibre, mais siégeait dans les plus petits ramuscules bronchiques.

La seconde malade, qui succomba le lendemain, ne présenta à l'ouverture aucune trace de fausse membrane dans le larynx et la trachée; mais on en découvrit dans les dernières ramifications des bronches. Dans ce cas, elles avaient commencé par l'extrémité de l'arbre aérifère, et se seraient propagées probablement, si la malade avait vécu, de bas en haut, comme cela arrive quelquefois. Là ne se bornaient pas les altérations: une exsudation couenneuse recouvrait toute la surface interne de l'œsophage, où elle formait une espèce de tube enchâssé dans ce conduit musculo-membraneux. On découvrit aussi des traces d'exsudation pseudo-membraneuse dans l'estomac, soit vers ses orifices, soit en différens points de sa surface, où elles étaient disposées par plaques et par stries.

L'identité de lésions constatée chez les deux sœurs qui ont été soumises à notre observation nous porte à croire qu'il a existé une altération analogue chez l'aînée, qu'on nous a dit avoir succombé avec des symptômes de croup. Quelle est la cause sous l'influence de laquelle s'est développée chez ces jeunes malades cette tendance des membranes muqueuses à l'exsudation pseudo-membraneuse pendant le cours de la rougeole, qui plus rarement que la scarlatine et la variole, offre cette complication? C'est ce qui nous a paru difficile à expliquer.

3° ANASARQUE SYMPTOMATIQUE.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'anasarque est rarement idiopathique; il se lie dans le plus grand nombre des cas, soit à une lésion du foie, soit à une lésion des reins, et plus rarement à une affection organique de l'organe central de la circulation. Sur quatre malades qui ont succombé à l'hydropisie pendant ce trimestre, nous avons trouvé chez deux une lésion du foie et chez deux autres cette altération des reins qu'on a désignée par le nom de maladie de Bright. Nous rapporterons un exemple de chacune de ces affections.

HYDROPISIE GÉNÉRALE; URINES ALBUMINEUSES; MORT; ALTÉRATION DES DEUX REINS; CARIE VERTÉBRALE.

Obs. V. — Joséphine Colin, âgée de 9 ans, est apportée de la rue Guérin-Boisseau, à l'hôpital des enfans, le 9 février, dans l'état suivant: gonflement œdémateux de la face; infiltration des parois thoraciques et abdominales; tuméfaction considérable de l'abdomen qui offre une fluctuation obscure; œdème des membres inférieurs qui conservent l'impression du doigt. L'auscultation et la percussion du thorax pratiquées imparfaitement à cause de l'immobilité de la malade et de l'impossibilité de la mettre sur son séant, nous démontrent la présence d'une certaine quantité de liquide dans la plèvre et le péricarde. La respiration est très-gênée, 42 inspirations par minute; le pouls est régulier, il donne 112 pulsations. La peau est de chaleur naturelle; le cœur ne présente pas d'impulsion; aucun bruit anormal ne se fait entendre à la région précordiale; les voies digestives paraissent en assez bon état; la langue est large et humide; l'appétit persiste; deux ou trois selles liquides en vingt-quatre heures; urines involontaires, et rendues en petite quantité. Pour recueillir ce liquide et le soumettre à l'action des réactifs, nous sommes obligé d'employer le cathétérisme; les urines retirées de la vessie par le moyen de la sonde et traitées par la chaleur et par l'acide nitrique fournissent une assez grande quantité d'albumine. La malade est immobile dans son lit, constamment couchée sur le côté droit. Elle présente une gibbosité arrondie à la région dorsale, et trois fistules au niveau des vertèbres lombaires qui fournissent une suppuration assez abondante.

Pour commémoratifs nous recueillons que cette jeune fille est la 14ᵉ de quinze enfans, dont treize ont succombé avec des convulsions entre deux et trois ans; qu'elle est devenue rachitique à l'âge de quatre ans, à la suite d'un exanthème fébrile dont on n'a pu préciser la nature, que depuis plusieurs années elle porte ses fistules de la région lombaire, que depuis dix-huit mois elle a été plusieurs fois atteinte d'anasarque, que cette hydropisie a cessé pour reparaître ensuite, qu'enfin depuis deux mois elle a été à peu près générale.

Pendant les dix jours qui ont suivi l'admission de la malade à l'hôpital, aucun changement ne s'est manifesté dans son état; elle a succombé le 19 février.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Habitudes extérieures. Infiltration de tout le tissu cellulaire sous-cutané depuis le front jusqu'à la plante des pieds; les paupières sont énormément tuméfiées; les grandes lèvres ont le volume du poing du sujet; la paroi antérieure de l'abdomen a plus d'un pouce d'épaisseur. Au niveau de la région lombaire existent trois fistules communiquant avec des foyers purulens situés entre les muscles et le rachis, qui est carié en plusieurs points.

Crâne. Trois onces de sérosité limpide à la base du crâne; même quantité dans les ventricules; infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; substance cérébrale généralement molle et pâle.

Poitrine. Ganglions du cou hypertrophiés sans tubercules; le côté droit de la poitrine contient un litre environ de sérosité transparente; le côté gauche en renferme une petite quantité, ainsi que le péricarde; le poumon droit est refoulé vers la colonne vertébrale; son parenchyme offre l'aspect et la consistance du tissu musculaire; il est tout-à-fait imperméable à l'air; le cœur offre un volume normal; ses cavités ne présentent pas d'altérations; ses orifices sont libres.

Abdomen. Le rein droit a presque le volume et le poids d'un rein d'adulte; dépouillé de la membrane celluleuse qui le recouvre, son aspect général est d'un jaune pâle tirant sur le gris; sur cette teinte uniforme tranche un piqueté rouge, dû à l'injection de vaisseaux sanguins capillaires, qui forment comme un réseau délié à la surface de l'organe. Cette injection beaucoup plus marquée vers l'extrémité inférieure du rein où elle forme, ici un pointillé d'un rouge plus vif, là une plaque rouge au milieu de laquelle se trouvent plusieurs autres portions de substance corticale d'un blanc jaunâtre, formant comme une légère saillie; ces plaques anémiques se trouvent disséminées en grand nombre sur la surface du rein, leur dimension, leur forme, leur teinte, varient du plus au moins, mais sont toutes analogues; en les examinant avec soin, on s'aperçoit qu'elles sont constituées par un plus ou moins grand nombre de points blancs, arrondis, groupés les uns auprès des autres, plus rarement isolés et répandus çà et là; sur la surface de l'organe, on compte jusqu'à sept de ces plaques.

Le rein étant fendu dans le sens de sa longueur, on voit la substance corticale d'un blanc jaunâtre; cette teinte contraste avec celle de la substance tubuleuse qui dans certains points est d'un rouge pâle, dans d'autres seulement rosée. En comprimant la substance tubuleuse ainsi divisée dans le sens de sa longueur, on n'en fait presque pas sortir de sang. La membrane interne des calices et celle du bassinet est à l'état naturel.

La consistance de ce rein est encore assez grande. Il résiste à la pénétration des doigts. Les divisions de l'artère rénale et de la veine, ainsi que les troncs de ces vaisseaux, n'offrent rien de particulier.

Le rein gauche présente des altérations analogues.

Le péritoine contient deux litres environ de sérosité. Le foie, d'un rouge-brun, offre son volume et sa consistance ordinaires. La muqueuse gastrique est pâle et ramollie dans le grand cul-de-sac. Les parois de l'intestin sont œdématiées; la muqueuse pâle et ramollie.

Le nombre des lésions constatées chez ce sujet était remarquable. Nous avons passé rapidement sur celles qui ne se rattachaient pas à l'hydropisie, qui était l'affection principale. L'appareil circulatoire n'a offert aucune altération capable de l'expliquer; mais, en revanche, la lésion des reins, que la présence de l'albumine dans l'urine nous avait fait soupçonner pendant la vie, était très-caractérisée. Nous avons donné une description détaillée des altérations dont ces organes étaient le siége. Ce fait, auquel nous pourrions en joindre plusieurs autres,

que nous avons recueillis depuis un an, prouve jusqu'à l'évidence que la maladie de Bright existe chez les enfans. Le rein, dont nous avons donné la description, a été remis à M. Rayer, qui l'a fait dessiner et lui accordera une place dans le travail qu'il prépare sur ce sujet.

HYDROPISIE GÉNÉRALE; HYPERTROPHIE ET DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU FOIE; DÉCOLORATION DE LA SUBSTANCE CORTICALE DES REINS; TUBERCULES PULMONAIRES.

OBS. VI. — Am. Portra, âgée de 15 ans, entre à l'hôpital le 9 mars, accusant huit jours de maladie. Les renseignemens pris auprès de ses parens nous apprennent que cette jeune fille, de constitution scrophuleuse et rachitique, tousse depuis long-temps; qu'elle est sujette au dévoiement; que le ventre s'est plusieurs fois tuméfié depuis quelques mois, et que, depuis huit jours, l'hydropisie est devenue générale.

Le 10, décubitus sur le côté droit; infiltration considérable de la face, dont la peau est rosée et luisante; gonflement des paupières qui ne permet pas de constater l'état du globe oculaire; œdème des deux membres inferieurs et des grandes lèvres, qui offrent le volume du poing et sont ulcérées à leur surface; le membre supérieur droit participe à l'infiltration générale; le bras gauche en est seul exempt. L'abdomen est si volumineux et si tendu, qu'il n'est pas possible de reconnaître, par le palper, les tumeurs dont il pouvait être le siége. Les veines qui rampent à sa surface sont notablement dilatées. Le cœur, exploré avec soin, ne présente aucun désordre fonctionnel appréciable. Pas d'impulsion, pas de bruit de soufflet, pas de matité de la région péricardiale. Le pouls est petit et donne 96 plusations; la respiration est accélérée et se répète trente six fois par minute, thorax mal conformé; déviation du rachis à convexité droite; toux avec expectoration catarrhale; matité de la moitié inférieure du côté droit, qui indique la présence d'une certaine quantité de sérosité dans la cavité pleurale; langue violacée, large et humide; appétit vorace; diarrhée. Les urines ne présentent rien de remarquable. Traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles ne donnent pas de précipité; cependant elles se troublent lorsqu'on les laisse reposer. On pratique une saignée du bras qui ne fournit qu'une once de sang; on la renouvelle le lendemain, mais on ne peut pas en obtenir une plus grande quantité. Malgré l'existence de la diarrhée qui persiste les jours suivans, l'œdème fait chaque jour des progrès. La malade succombe dans un état d'asphyxie le 24, quinze jours après son admission.

A l'ouverture du cadavre on trouve une assez grande quantité de sérosité dans la plèvre droite et le péritoine. Les deux poumons renferment un grand nombre de tubercules crus et deux petites excavations tuberculeuses situées au sommet du lobe supérieur droit. Le cœur est exempt d'altération. Le foie remplit presque la totalité de la cavité abdominale; son poids est estimé dix ou douze livres; son tissu est jaunâtre, homogène, et se déchire avec la plus grande facilité; il graisse le scalpel. On cherche vainement à distinguer les granulations et les deux nuances que cet organe présente dans l'état normal. La substance corticale des reins est décolorée, et paraît crier sous le scalpel; la muqueuse intestinale présente des tubercules et des ulcérations.

Dans ce cas, les signes fournis par l'urine étant incertains, et la tension des parois abdominales s'opposant à l'examen de cette cavité, nous ne pûmes déterminer pendant la vie la lésion organique, qui était le point de départ de l'anasarque. La gêne de la respiration indiquait l'emploi de la saignée, qui fut renouvelée deux fois et ne fournit qu'une très-petite quantité de sang; l'examen nécroscopique a fait découvrir une grave altération du foie et des reins, qui rendent suffisamment compte de l'hydropisie générale et de l'impuissance des moyens thérapeutiques.

4° AFFECTIONS CÉRÉBRALES.

Il ne se passe pas un seul mois sans qu'on observe à l'hôpital des Enfans quelques cas d'affection cérébrale. C'est là en quelque sorte la terre classique de la méningite. L'on peut en observer toutes les formes et toutes les variétés : méningite aiguë ou chronique, cérébrale ou rachidienne; tous ces cas divers se présentent à l'observateur dans un laps de temps assez court. Parmi ceux de ce trimestre, il en est quelques-uns qui ont offert quelques circonstances remarquables sous le rapport de la cause. Dans un cas, l'influence de l'hérédité n'a pas paru devoir être révoquée en doute. Une femme fait transporter le même jour deux de ses enfans à l'hôpital, et nous raconte que son mari a succombé à une affection cérébrale, et que dix jours auparavant elle a perdu son dernier enfant, âgé de 2 ans, au milieu des convulsions. Des deux malades qu'elle fit admettre à l'hôpital, l'un était une fille âgée de huit ans, affectée d'une hémiplégie qui avait succédé à une ancienne céphalalgie, et s'était formée d'une manière lente progressive; l'autre, qui était un garçon âgé de quatre ans, offrait les symptômes d'une double pneumonie entée sur une affection tuberculeuse du poumon, compliquée des symptômes cérébraux. Ces deux malades ont succombé le même jour, et ils ont présenté à l'ouverture les mêmes altérations des méninges et de la substance cérébrale, bornées chez l'un et chez l'autre à l'hémisphère gauche. L'identité de lésion constatée chez le frère et la sœur ne porte-t-elle pas à croire que le père et la jeune fille qui avaient succombé hors de l'hôpital avec des symptômes analogues, étaient affectés de la même maladie.

Dans un autre cas, la méningite a succédé à la rétrocession d'un érysipèle de la face. La phlegmasie a d'abord affecté les méninges cérébrales, et s'est dissipée sous l'influence d'un traitement actif; mais elle a envahi ensuite les méninges rachidiennes et a causé la mort. Ce fait, remarquable sous le rapport de la cause, nous offre en outre un exemple de méningite spinale exempte de complication. Aussi avons-nous cru devoir le rapporter avec quelques détails.

MÉNINGITE CÉRÉBRALE CONSÉCUTIVE A LA RÉTROCESSION D'UN ÉRYSIPÈLE DE LA FACE; EMPLOI DES ÉMISSIONS SANGUINES ET DES PURGATIFS; DISPARITION DES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX; PUIS DOULEUR DANS LE TRAJET DU RACHIS; RIGIDITÉ DES MUSCLES DU COU, DU TRONC ET DES MEMBRES INFÉRIEURS; DÉJECTIONS INVOLONTAIRES; MORT; MÉNINGITE RACHIDIENNE; PAS D'ALTÉRATION APPRÉCIABLE DU CERVEAU ET DE SES ENVELOPPES.

OBS. VII. — Joséphine Lebon, âgée de 11 ans, d'une forte constitution, entra à l'hôpital le 16 janvier pour un érysipèle de la face, et en sortit entièrement guérie le 2 février. Elle avait été déjà plusieurs fois atteinte de la même affection.

Le 16 février, sans cause connue, retour de l'érysipèle qui disparait brusquement au bout de deux jours. Immédiatement après la rétrocession de cet exanthème, céphalalgie intense, vive sensibilité des yeux à la lumière, vue troublée; pupilles un peu plus dilatées que dans l'état normal; face rouge; bouffie, mais non douloureuse à la pression; pouls lent et irrégulier, 60 pulsations par minute; constipation depuis plusieurs jours. On pratique une saignée du pied et on administre un lavement purgatif.

Immédiatement après la saignée qui est très-abondante, le pouls descend à 48 pulsations et la malade est prise d'un délire violent qui persiste toute la journée et toute la nuit; on est obligé de l'attacher dans son lit. Le trismus qui survient dans la soirée, rend l'ingestion des boissons tout-à-fait impossible.

Dans la matinée du 21, nous trouvons la malade assoupie; la face est pâle, bouffie, œdémateuse; le délire violent de la veille a cessé; la malade répond juste à quelques-unes des questions qu'on lui adresse; elle divague par instans; elle indique toujours la tête comme le siége de son mal; elle tire la langue hors de la bouche, mais oublie de la rentrer; les pupilles sont contractées et mobiles; la vue est affaiblie, mais non entièrement abolie; l'excrétion des urines et des matières fécales a lieu involontairement; le pouls donne 72 pulsations par minute et offre toujours quelques irrégularités; on compte dans le même laps de temps 24 inspirations; la sensibilité de la peau est égale des deux côtés; on n'observe ni paralysie, ni contracture des membres; la malade paraît très-sensible à l'action du froid; elle donne des signes d'impatience lorsqu'on la découvre pour l'explorer, et cherche sans cesse à saisir ses couvertures et à les ramener sur elle. L'émission sanguine de la veille n'ayant amené aucun soulagement, on prescrit deux gouttes d'huile de croton tiglium dans une potion aromatique de deux onces à prendre par cuillerées de deux en deux heures.

Dans la journée, agitation continuelle; délire sans convulsions; évacuations involontaires. La malade est indifférente pour tout ce qui l'entoure; elle ne demande pas même à boire.

Le 22, à l'agitation de la veille a succédé l'assoupissement. Lorsqu'on tire la malade de cet état, elle répond juste aux questions qu'on lui adresse, articule nettement les sons, ne se plaint plus de la tête, et n'accuse autre chose qu'un sentiment de courbature. L'ouïe est nette, la vue intacte; les pupilles normalement dilatées et mobiles; les lèvres et la langue sèches et encroutées. Il existe de la douleur à la région cervicale et une légère rigidité des muscles de la partie postérieure du cou, qui rendent les mouvemens de la tête difficiles; la sensibilité de la peau est vive aux membres inférieurs et un peu obtuse aux extrémités supérieures. Les mouvemens de ces dernières sont faibles et mal assurés; le pouls a augmenté de fréquence, mais il est tellement faible qu'on ne peut le compter. Du reste pas de toux, expansion pulmonaire franche. (Un vésicatoire à chaque cuisse; sinapismes aux pieds.)

Le 23, état normal des fonctions cérébrales; réponses justes; pas de trouble des fonctions intellectuelles et sensoriales; 96 pulsations. 30 inspirations par minute. La malade demande à manger. Elle n'accuse autre chose qu'une légère douleur de la région cervicale; la sensibilité des membres supérieurs est toujours moins vive que celle des membres inférieurs. Les évacuations sont volontaires.

Le 24, la douleur n'est plus bornée à la région cervicale du rachis, elle se fait vivement sentir à la région lombaire; la malade crie fréquemment : *Les reins, les reins!* On ne peut la mettre sur son séant à cause de la rigidité des muscles du tronc; 96 pulsations, 24 inspirations; voies digestives en bon état. (Un vésicatoire à une jambe.)

Le 25, l'intelligence est nette; la tête n'est le siége d'aucune douleur; les pupilles offrent néanmoins une égale dilatation : celle du côté droit est à l'état normal, celle du côté gauche est très-dilatée, et la vue de ce côté est affaiblie. Rigidité permanente des muscles du cou et du tronc; douleur dans le trajet du rachis; contraction des membres inférieurs sans paralysie; excrétion des urines et des matières fécales involontaires; pouls à 120. (Potion avec quatre gouttes d'huile de croton tiglium.)

Dans la journée, affaissement profond sans trouble de l'intelligence, sans convulsions cloniques; mort à 5 heures du matin le 26 février. La malade a conservé jusqu'au dernier moment l'intégrité de son intelligence; elle a demandé à boire une heure avant sa mort.

OUVERTURE DU CADAVRE 28 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Rigidité cadavérique très-prononcée; pâleur de toute la périphérie cutanée; embonpoint considérable.

Tête et rachis. La voûte du crâne enlevée et le canal rachidien ouvert dans toute son étendue, on aperçoit la dure-mère exempte de toute altération. La grande cavité de l'arachnoïde crânienne contient à peine une cuillerée de sérosité limpide, mais il s'écoule une assez grande quantité de ce liquide lorsqu'on incise la dure-mère rachidienne. Les vaisseaux qui rampent à la périphérie du cerveau sont médiocrement injectés; l'arachnoïde cérébrale est humide et conserve par-

tout sa transparence normale; on n'observe à sa surface que les glandes de Pacchioni, qui occupent une partie des bords de la grande scissure interlobulaire. On ne trouve dans la pie-mère ni pus, ni granulation, ni tubercules. Les substances corticale et médullaire n'offrent rien de remarquable sous le rapport de leur couleur et de leur consistance. Les ventricules latéraux, d'une médiocre capacité, ne contiennent qu'une cuillerée de sérosité liquide; les parties centrales sont saines. L'arachnoïde qui tapisse la protubérance et la partie inférieure du cervelet, semble un peu moins transparente que dans l'état normal; mais aucun liquide anormal n'existe entre elle et la pulpe encéphalique.

L'arachnoïde rachidienne est soulevée par une couche de sérosité louche ayant environ 2 lignes d'épaisseur dans les régions cervicale et lombaire; cette couche diminue à mesure qu'on approche de la partie moyenne. Les vaisseaux de la périphérie sont notablement injectés; la moelle épinière est ferme et sans rougeur, si ce n'est au niveau des deux vertèbres dorsales, où elle offre un ramollissement sans changement de couleur, qui a paru être le résultat de la dissection.

Abdomen. Muqueuse gastrique d'un gris rosé, d'une bonne consistance; nombreuses arborisations vasculaires dans toute l'étendue du canal intestinal. Vers la fin de l'iléon et dans le cœcum, la rougeur est uniforme et la consistance de la muqueuse diminuée. Quelques rides longitudinales dans le colon, dont le bord libre est rosé. Les ganglions mésentériques sont sains. Le foie, la rate, sont gorgés de sang, mais n'offrent pas d'altération de teinture.

Poitrine. Les ganglions bronchiques ne sont ni hypertrophiés ni tuberculeux; les poumons sont rosés à l'intérieur et perméables à l'air dans toute leur étendue; aucune adhérence ancienne ou récente ne les unit aux plèvres costale et diaphragmatique. Une assez grande quantité de sang liquide est contenue dans des vaisseaux du thorax: celui que renferment les cavités du cœur a l'aspect et la consistance de la gelée de groseille.

Lorsque la malade fut soumise à notre observation, la céphalalgie, la sensibilité des yeux à la lumière, la dilatation des pupilles, l'engourdissement des membres, la lenteur et l'irrégularité du pouls, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une phlegmasie des méninges cérébrales. Ces symptômes s'étant manifestés après la disparition brusque d'un érysipèle de la face, dont la durée ordinaire était de neuf à dix jours, il était impossible de ne pas voir dans cette coïncidence une relation de cause à effet. *Un véritable érysipèle du cerveau*, pour parler le langage d'Hippocrate, avait succédé à celui de la face. Ces sortes de métastases ont été observées par la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies cérébrales; on peut lire sous ce rapport les observations vingt-unième et vingt-deuxième du traité de MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, ainsi que la dixième du mémoire sur l'hydrocéphale, publié par Mathey de Genève.

Sous l'influence de la saignée et surtout des révulsifs cutanés et intestinaux, les symptômes de méningite cérébrale se dissipèrent complètement. Ils semblèrent prendre tout à coup un nouvel accroissement après la saignée; mais après 2 gouttes d'huile de croton tiglium portées dans le canal intestinal, et des vésicatoires appliqués aux extrémités inférieures, la malade recouvra au bout de deux jours l'intégrité de ses fonctions intellectuelles et sensoriales; mais ce calme ne fut que momentané. A peine les symptômes cérébraux furent-ils dissipés, que des douleurs se manifestèrent dans le trajet du rachis, affectant d'abord la région cervicale, et plus tard se faisant sentir vers la région lombaire. Il semblerait dans ce cas que l'érysipèle affectant à la surface des centres nerveux la marche qu'il suit à la périphérie cutanée, abandonna les méninges cérébrales pour se porter sur celles de la moelle épinière. Les douleurs et la contraction permanente des muscles du bras, à laquelle se joignit la contraction des membres inférieurs, ne laisse aucun doute à cet égard. On insista dès lors sur la médication à l'aide de laquelle on avait enrayé la marche de la méningite cérébrale; on administra des purgatifs énergiques; on réitéra l'application des vésicatoires sur les membres; mais ces moyens furent impuissans contre la méningite spinale, et la malade succomba, conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Il est à regretter qu'au moment où les premiers symptômes de méningite rachidienne se sont manifestés, on n'ait pas appliqué 20 ou 30 sangsues sur le trajet de la colonne vertébrale. Ce moyen, combiné avec les révulsifs cutanés et intestinaux, eût peut-être amené une heureuse terminaison, la malade se trouvant dans des conditions assez favorables, puisqu'elle était douée d'une forte constitution, et qu'elle jouissait de la plénitude de ses forces au moment de l'invasion de l'érysipèle. La circonstance qui empêcha M. Baudelocque de recourir aux émissions sanguines, ce fut cette exaspération des accidens cérébraux qui avait eu lieu après l'emploi de la saignée du pied au début de la maladie.

T. CONSTANT, D.-M.-P.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du [illegible] mai.

M. Busty de la Jonquière écrit d'Oloron (Basses-Pyrénées) que le 27 il est tombé dans ce pays une abondance de neige, et que dans la nuit du 27 au 28, cette neige a été recouverte d'une poudre très-fine parfaitement semblable d'aspect à de la fleur de soufre. Ce phénomène, dit l'auteur de la lettre, n'est pas très-rare dans ces contrées, et est très-facile à expliquer. Lorsqu'il a lieu, en effet, il coïncide avec la floraison des sapins dont se composent les forêts qui garnissent une partie des Pyrénées. Le vent qui a soufflé toute la nuit du 27 au 28 venant des montagnes, a été la cause évidente d'une singularité qui, aux yeux de bien des gens, a encore quelque chose de mystérieux.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR LA NITRO-NAPHTALIDE ET LA NAPHTALAZE; par M. Auguste LAURENT.

L'acide bouillant décompose la naphtaline et la transforme en un nouveau corps cristallisé neutre, qui a la composition suivante:

Carbone.	69,86
Hydrogène.	4,07
Oxigène.	17,54
Azote.	8,58

et dont la formule $C_{40} H_{14} O_4 Az_2$ explique très-simplement sa formation, conformément à la théorie des substitutions. On a en effet $C_{40} H_{16} + Az_2 O_5 = (C_{40} H_{14} O + Az_2 O_3) + H_2 O$ qui se dégage. Ce composé peut être rangé dans la classe des amides; car, sous l'influence de l'eau et de la chaux, il peut régénérer la naphtaline. Le chlore la transforme en chloro-naphtalose; le brome, en bromo-naphtaloze; la chaux, en naphtalaze; et l'acide nitrique, en binitro-naphtalide.

Ce dernier produit a la composition suivante:

Carbone.	54,83
Hydrogène.	2,90
Oxigène.	29,57
Azote.	12,70

Sa formule $C_{40} H_{12} Az_4 O_8$ explique sa formation de la même manière qu'avec le nitro-naphtalide, car on a $(C_{40} H_{14} + Az_2 O_3) = (C_{40} H_{12} O_2 + A_4 O_6) + H_2O$ qui se dégage. Ce corps rentre dans la classe des amides, car, sous l'influence de la chaux hydratée, on peut regénérer la naphtaline.

La *naphtalaze*, qui s'obtient en chauffant la nitro-naphtalide avec de la chaux caustique, offre une composition qui permet de la représenter par la formule $C_{40} H_{14} O$. C'est donc le radical de la nitro-naphtalide qui a cédé son acide nitreux à la chaux. Mis en contact avec de l'acide sulfurique concentré, ce corps s'y dissout et lui communique une couleur d'un bleu violet très-intense; il n'en faut pas un dix-millième pour produire cet effet.

D'après une théorie que l'auteur développe dans son mémoire, et conformément aux réactions et à la théorie des substitutions, ces corps peuvent, ainsi que d'autres composés que l'auteur a fait connaître précédemment, être représentés par des formules dont la comparaison montre qu'il y a pour tous un radical variable, à la vérité, mais renfermant toujours 28 équivalans, et dont probablement 4 volumes sont combinés avec 1, 2, 4 ou 8 volumes d'un autre corps. Presque tous ces radicaux existent isolés.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE LA GÉLATINE COMME SUBSTANCE ALIMENTAIRE; par M. DONNÉ.

L'auteur se propose principalement de prouver:

1° Que l'emploi de cette substance a été proposé et adopté pour la nourriture des pauvres et des malades des hôpitaux, sans que les propriétés alimentaires de cette substance aient été démontrées autrement que par analogie;

2° Qu'avant les expériences directes entreprises par l'auteur sur ce sujet, personne n'avait cherché la véritable action de cette substance sur l'homme et sur les animaux dans des conditions appréciables;

3° Que, depuis son adoption dans le régime des hôpitaux, et surtout depuis les doutes soulevés par lui, M. Donné, des faits nombreux et des témoignages imposans déposent contre les deux qualités principales attribuées à la gélatine, sa bonté comme substance alimentaire, et l'économie apportée par son usage dans la dépense de nos grands établissemens de charité.

A l'appui de la première proposition, M. Donné analyse les différens écrits publiés par M. Darcet. Tous ses raisonnemens, dit-il, partent de ce principe que le bouillon ordinaire ne devant ses qualités nutritives qu'à la gélatine de la viande dissoute par l'eau bouillante, il est possible de faire un bouillon factice autant et plus nourrissant que l'ordinaire, en dissolvant dans l'eau une certaine proportion de gélatine sèche, et que, pour le rendre semblable à l'autre de tout point, il suffira d'y faire cuire des légumes et un peu de viande pour l'aromatiser. Il y a cependant, poursuit M. Donné, une expérience directe alléguée; c'est celle de ce chien qui fut nourri cinquante quatre jours uniquement avec de la gélatine, et se porta toujours bien pendant ce temps, sans qu'on remarquât dans ses fonctions rien d'extraordinaire, sinon que ses selles furent supprimées dès le sixième jour.

A cette expérience M. Donné opposa plusieurs autres expériences dans lesquelles il ne parvint jamais à faire vivre les chiens ainsi nourris; et d'autres expérimentateurs n'ont pas mieux réussi depuis, même en adjoignant à la gélatine une certaine proportion d'alimens ordinaires.

Quant aux expériences faites par une commission de l'Académie de médecine, M. Donné les regarde comme peu concluantes, 1° en ce qu'elles ont eu lieu à une

époque où on n'avait pas encore élevé de doutes sur les propriétés alimentaires de cette substance, et où par conséquent on se montrait moins difficile sur les preuves qu'on regardait comme surabondantes ; 2° en ce que la gélatine essayée alors n'était pas celle dont on use aujourd'hui, la gélatine produite par les appareils à la vapeur établis postérieurement par M. Darcet, mais la gélatine obtenue en traitant les os par l'acide hydrochlorique. M. Donné pense, en effet, que l'excès de chaleur qu'on ne parvient pas toujours à prévenir dans le nouveau mode de préparation, altère assez fréquemment la substance.

De plus, le rapport dont il est ici question ne contenait pas, dit M. Donné, d'expériences directes sur les propriétés alimentaires proprement dites de la gélatine ; et l'on sait combien il est facile d'être trompé en cherchant à s'assurer des propriétés nutritives d'une substance quelconque, quand on fait les expériences dans un hôpital, où il y a un système de contrebande régulièrement établi pour l'introduction d'alimens venant du dehors.

Relativement à la seconde proposition, c'est-à-dire qu'avant les expériences faites par M. Donné, personne n'avait recherché la véritable action de la gélatine sur l'homme et les animaux, l'auteur reproduit les faits contenus dans son premier mémoire ; et comme nous avons donné l'analyse de ce travail à l'époque où il fut présenté à l'Académie, nous nous contenterons de rappeler que M. Donné se sentait tourmenté de la faim, en prenant par jour avant le dîner, avec un quarteron de pain environ, une quantité de 20 à 50 grammes de gélatine, qui cependant, suivant M. Darcet, équivalaient de 2 à 5 litres de bon bouillon ; et qu'un chien auquel il donnait, avec la même quantité de pain, de 120 à 240 grammes de gélatine, refusa le quatrième jour de manger de la gélatine, et maigrit notablement.

Pour la troisième proposition, qui est réellement l'objet principal du mémoire, M. Donné l'appuie d'un grand nombre de documens ; mais d'abord il commence par rappeler quelle était autrefois l'opinion de M. Darcet sur les qualités du bouillon de gélatine.

Dans les notes que ce savant a jointes au rapport fait en 1814, il s'exprime ainsi : « Le bouillon fait de cette manière se prend facilement en gelée par le refroidissement, ce qui n'arrive que rarement au bouillon de viande ; il a aussi » l'avantage de se conserver plus long-temps que ce dernier dans les temps chauds » et orageux. » Depuis, dans une note publiée en 1829, il dit positivement que « la dissolution gélatineuse n'étant pas plus concentrée que le bouillon de viande, » étant alcaline et n'étant pas salée, prend souvent une mauvaise odeur, surtout » dans l'été, si on l'abandonne à elle-même ; mais qu'il est facile d'éviter cet in» convénient en acidulant la solution avec de l'acide lactique, de l'acide tartri» que, etc. »

M. Donné passe de là à l'examen d'une pièce fort importante pour la solution de la question, et qui n'a pas encore été publiée, un rapport fait par les médecins de l'Hôtel-Dieu, sur la demande du conseil général des hospices. MM. Guéneau de Mussy, Husson, Honoré, Sanson aîné, Gendrin, Petit, Caillard, Breschet, Récamier, Magendie et Dupuytren, établissent dans ce rapport, daté du 8 octobre 1831 :

1° Que le bouillon, préparé avec la dissolution gélatineuse et de la viande, a une couleur louche, une odeur et une saveur nauséabondes ; qu'il n'a ni les qualités odorantes, ni la sapidité indispensable pour que le bouillon soit de bonne qualité, et qu'il n'exerce pas sur les organes digestifs l'action excitante nécessaire pour que la digestion soit facile.

2° Que la viande cuite dans la dissolution gélatineuse a une couleur rouge qui répugne à ceux à qui on la donne comme aliment.

3° Que le procédé d'extraction, fût-il plus parfait, ne changerait pas encore la nature de *la gélatine*, qui n'est pas un bon aliment, si même elle est nutritive.

Ce rapport est terminé par l'expression du désir de voir faire le bouillon des malades par l'ancienne méthode. Les auteurs ayant été informés que le conseil, avant de prendre une détermination sur leur rapport, avait décidé de consulter les médecins de l'hôpital Saint-Louis, adressèrent à ce sujet, à un des membres de la commission administrative, une lettre dans laquelle ils demandaient que provisoirement on suspendît l'emploi de la gélatine dans le régime alimentaire, et qu'on n'obligeât pas les malades à continuer l'usage d'un « aliment sur la mau» vaise qualité duquel tous les médecins de l'hôpital étaient d'accord. »

Le conseil, faisant droit à cette demande, ordonna la suspension *provisoire* de l'emploi de la gélatine dans le régime de l'Hôtel-Dieu, et depuis cette époque on n'y est pas revenu. Cette substance a de même cessé de faire partie du régime alimentaire dans les hôpitaux de la Charité et du Val-de-Grâce.

Comment se fait-il, poursuit M. Donné, que les médecins de l'hôpital Saint-Louis fassent seuls exception, et que dans cet établissement l'appareil pour la préparation de la gélatine ait jusqu'à présent continué à fonctionner à la satisfaction, comme on l'a si souvent répété, des médecins, des malades et des gens de service.

On ne s'est pas encore, dit M. Donné, expliqué clairement sur ce point, qui mérite pourtant bien d'être éclairci. Je n'ai pas été, poursuit-il, questionner les médecins et les malades pour savoir si tous approuvent en effet le régime alimentaire de leur établissement ; je n'entrerai dans aucun détail sur la destination particulière de cet hôpital dans lequel les malades affectés de maladies éruptives sont généralement exempts d'affections des voies digestives, je me contenterai de citer un fait positif, c'est que « à l'hôpital Saint-Louis la gélatine entre comme » supplément dans le régime alimentaire, et nullement en déduction d'autres » substances. » Dans ce cas, où est l'avantage de la gélatine ? Je n'en conçois absolument aucun, et je vois un surcroît considérable de dépenses.

M. Donné cite encore de longs passages de deux rapports faits par la commission administrative, et qui signalent divers inconvéniens attachés à l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire. Dans l'un d'eux, en date du 25 mai 1831, on rappelle les efforts qui ont été tentés pour clarifier le bouillon et lui enlever l'apparence désagréable qu'il a dans l'écuelle des malades ; que l'écume produite par la dissolution gélatineuse est de telle nature qu'elle ne peut être enlevée que par un tamis de soie, et que les moyens empruntés à la chimie pour arriver à ce but, n'ont pas eu un succès complet, quoiqu'on ait suivi exactement les indications fournies par M. Darcet lui-même.

Le rapporteur ajoute : « qu'il y a peu d'économie à espérer de l'application de » la gélatine au régime des hospices, où les vieillards, presque tous valides, doi» vent recevoir la ration entière de viande qui leur est assignée par le règlement. » Il estime enfin la mise de fonds pour en établir l'usage à Bicêtre à 20,000 fr., et la dépense annuelle à 10,265 fr. *sans aucune compensation*.

M. Donné rappelle ensuite quelques-uns des travaux qui ont été soumis à l'Académie depuis la lecture de son mémoire. Quelques uns, dit-il, ont étudié la question sous le point de vue chimique, et sous ce rapport le travail de M. Gannal me paraît offrir des idées nouvelles qui méritent de fixer l'attention. Quant aux expériences de MM. Edwards et Balzac, elles sont, comme on le sait, en opposition avec les miennes ; la commission de l'Académie devra en apprécier la valeur, et peser les conclusions que l'on en tire avec les faits avancés par les médecins de l'Hôtel-Dieu et avec les autres documens que j'ai rapportés.

M. Donné termine en citant une communication qu'il a reçue relativement à l'emploi de la gélatine à Rouen. Les malades s'en plaignent. Quant aux militaires, l'autorité compétente a réclamé pour qu'on leur donnât du bouillon ordinaire.

RECHERCHES SUR LA CAUSE DU MOUVEMENT DU SANG DANS LES VAISSEAUX CAPILLAIRES ; par M. POISEUILLE.

Quand on observe dans les vaisseaux capillaires des batraciens le cours des globules sanguins au milieu du sérum qui leur sert de véhicule, on voit qu'ils n'ont pas tous une vitesse uniforme, ce qui a porté quelques personnes à supposer que ces globules avaient en eux un principe de mouvement indépendant de l'impulsion qu'ils reçoivent en commun du cœur, et on appuyait cette opinion sur le fait qu'ils continuent encore quelque temps à se mouvoir après qu'ils ont été soustraits à l'influence de cet organe. L'hypothèse du mouvement spontané du sang n'ayant pas paru admissible à l'auteur, il a cherché à apprécier rigoureusement l'influence du cœur et des artères sur la circulation capillaire, et ensuite les causes auxquelles étaient dus les mouvemens du sang dans les parties entièrement séparées du corps. Des expériences faites avec le plus grand soin l'ont conduit à reconnaître que le cœur et l'élasticité des parois artérielles, provoquée par les contractions de cet organe, étaient les seuls agens de la circulation dans les vaisseaux capillaires. Si le sang continue à se mouvoir dans une partie complétement isolée du cœur, cela tient en partie à l'élasticité des vaisseaux, en partie à la pression atmosphérique : deux causes qui tendent également à produire l'expulsion du sang primitivement contenu dans leur cavité. Le mouvement des globules, du reste, se ralentit jusqu'au moment où les vaisseaux, étant presque vides, il n'y a plus d'écoulement par les ouvertures résultant de la section.

Il restait maintenant à rechercher la cause de l'inégalité dans la vitesse de la marche des globules. En examinant sous un grossissement suffisant le cours du sang dans les veines et artères de la grenouille, de très-jeunes rats, etc., on voit en allant de l'axe du vaisseau vers les parois, la vitesse des globules de moins en moins grande. Tout près des parois, on observe un espace qui n'est occupé ordinairement que par du sérum. Cet espace a une largeur égale au huitième ou dixième environ du diamètre du vaisseau. Ce fait déjà observé par Spallanzani l'avait été depuis par M. de Blainville.

Lorsque des globules arrivent en tournoyant dans cette couche voisine des parois, ils ne perdent entièrement leur mouvement que lorsqu'ils sont arrivés presqu'au contact du vaisseau ; les globules les plus voisins de cette couche immobile semblent rouler sur elle. Ceux qui n'y sont engagés que par une portion de leur épaisseur, ont un mouvement qui est ralenti en proportion de la portion de leur diamètre qui y pénètre. L'inégalité dans la résistance qu'éprouvent les deux parties du globule, l'une de la part d'un liquide immobile, l'autre de la part d'un liquide qui se meut dans la même direction qu'elle, explique le tournoiement observé.

Les travaux de M. Girard sur l'écoulement des liquides dans les tubes de petit diamètre, avaient d'ailleurs établi le même fait pour les tubes inertes, susceptibles d'être mouillés par le liquide qui s'y meut. L'existence de cette couche liquide, n'est donc pas propre exclusivement aux vaisseaux sanguins ; mais dans ce cas elle a un effet utile, et en s'opposant au frottement des globules contre les parois, elle en prévient l'usure.

M. Poiseuille a étudié l'influence du froid et de la chaleur sur l'épaisseur de la couche immobile, il a vu qu'un abaissement de température augmentait notablement l'épaisseur de cette couche, et retardait par conséquent beaucoup le cours du sang. Cet effet était surtout très-prononcé dans les capillaires, et lorsque les parties étaient plongées dans un bain à 0°, le cours du sang était presque entièrement arrêté dans beaucoup de vaisseaux capillaires, sans qu'il y eût diminution sensible dans leur calibre. En portant au contraire à 38° la température du bain, le mouvement des globules devenait extrêmement rapide.

Ces résultats s'accordent entièrement avec ceux de M. Girard sur la variation d'épaisseur de la couche qui tapisse les parois des tubes inertes, lorsque la température augmente ou diminue.

M. Poiseuille recherche ensuite l'influence de la pression extérieure sur le mouvement des globules. On sait que certains animaux, tels que les poissons et quelques mammifères amphibies, se trouvent quelquefois placés à une distance de la surface de l'eau de 80 mètres environ, et supportent alors une pression de 7 à 8 atmosphères. Pour placer les animaux sur lesquels il observait, dans des circonstances analogues, l'auteur a imaginé un appareil pneumatique dans lequel il peut, au moyen d'une pompe, produire une pression de 3, 4, 6 et même 8 atmosphères, ou sous double, ou sous triple, etc. Une glace permet d'observer le cours du sang dans ces différens cas, et l'on reconnaît que toutes les circonstances étant égales d'ailleurs, quelque variation qui survienne dans la pression, le cours du sang conserve la même vitesse.

Le même appareil a servi à M. Poiseuille pour étudier l'influence qu'ont certains milieux gazeux sur la circulation capillaire. Nous exposerons les résultats de ses expériences dans un prochain numéro.

Nota. Dans le compte rendu de la précédente séance et à l'occasion du mémoire de M. Desbassyns, il s'est glissé une faute d'impression qui altère tout-à-fait le sens. On lit en effet « la couleur pourpre ou bleue que prend l'acide sulfurique concentré *dans lequel le protoxide de fer et le deutoxide de cuivre se trouvent en présence* lui a fourni, etc. » Il fallait « dans lequel le protoxide de fer *ou* le deutoxide de cuivre se trouvent *en présence du deutoxide d'azote.* »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Suite de la Séance du 28 avril. — Présidence de M. Lisfranc.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE LA COMMISSION DE VACCINE.

M. Dupuy ne croit pas à la réalité de l'inoculation de la variole humaine au porc; pour s'en assurer, il eût fallu prendre de la matière des boutons et l'inoculer à d'autres animaux de la même espèce; jusque là rien n'est certain. C'est ainsi qu'on a avancé qu'on pouvait leur communiquer la clavelée; M. Dupuy a examiné cette affection chez le porc, et ne lui a trouvé aucune ressemblance avec la clavelée du mouton.

M. Gérardin fait observer que les expériences n'ont point été faites par la commission, mais par M. Delafond, professeur à Alfort, et que d'ailleurs M. Delafond lui-même a laissé la question de l'inoculation dans le doute.

M. Salmade rend justice aux travaux de M. Fiard; mais il doute que ce soit vraiment du cowpox qui lui ait été envoyé d'Angleterre; et il s'étonne que le rapport n'ait pas fait mention d'une lettre du prince de Talleyrand, qui déclare que depuis 30 ans on n'a pas vu de vrai cowpox en Angleterre.

Un débat assez long s'engage sur cette lettre. MM. Bousquet, Bourdois de la Mothe, Guéneau de Mussy, Salmade, Emery et Gerardin prennent successivement la parole. Il résulte des explications données, que M. Fiard ayant présenté à la commission de vaccine de 1831, une note sur ses expériences tentées avec du cowpox qu'il avait reçu d'Angleterre, M. Bourdois de la Mothe fut prié d'écrire en Angleterre pour avoir d'autre cowpox et répéter les expériences; il s'adressa au prince de Talleyrand, qui répondit immédiatement, et envoya des plaques de *cowpox primitif* ou de *première origine*; c'étaient les expressions de sa lettre. M. Bousquet vaccina un enfant, sur un bras seulement, avec ce virus; sur l'autre bras avec le vaccin de France. La double inoculation réussit fort bien; on crut seulement que les boutons du cowpox étaient plus beaux que les autres; lorsque M. Fiard, se fondant sur la difficulté de trouver de vrai cowpox en Angleterre, éleva des doutes sur la nature du virus envoyé par M. de Talleyrand. M. Bourdois écrivit de nouveau pour s'en informer: alors le prince informa l'Académie, par une seconde lettre, que les plaques qu'il avait envoyées ne contenaient que du vaccin fourni par la *société de vaccination* de Londres; que le vrai cowpox n'avait point été vu en Angleterre depuis plus de 30 ans; et enfin il terminait sa lettre en donnant comme une opinion admise en Angleterre, que le cowpox provenait de l'inoculation aux vaches des *eaux aux jambes* du cheval. Ces lettres sont de 1831 et ont été insérées dans l'ouvrage de M. Bousquet; la commission de 1833 n'avait donc pas besoin de les rappeler.

La discussion est fermée et le rapport adopté.

Séance du 5 mai. — Présidence de M. Lisfranc.

La correspondance comprend les deux communications suivantes:

M. Bedor, chirurgien à Troyes, annonce qu'il vient, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, de pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive pour une plaie de la face, et qu'au dixième jour l'état du malade fonde un espoir de succès.

M. Serres, professeur à la Faculté de Montpellier, tout en rendant justice au génie de M. Dieffenbach, à l'occasion de son procédé applicable à la coarctation anormale de la bouche, blâme la déperdition de substance que ce praticien fait subir aux parties molles, et sa dissection pénible pour isoler la muqueuse de la bouche, alors que deux simples incisions pratiquées dans la direction des commissures peuvent avoir le même résultat.

— M. le Président annonce que la députation de l'Académie a été reçue par le roi. S. M. s'est montrée satisfaite de la recevoir, satisfaite des travaux de l'Académie; elle a daigné dire que c'était fort bien, et même qu'il était impossible de faire mieux. (Rires universels.)

M. Desportes. Bien que S. M. se montre si satisfaite, je crois qu'il y a quelques réformes à opérer dans nos travaux, et principalement dans nos relations avec le ministère. Vous lui avez adressé récemment un rapport sur des bouts de sein de madame Breton; vous avez passé deux longues séances à restreindre le plus possible le jugement favorable qu'en avait porté d'abord la commission; j'ai donc été fort surpris de lire dans tous les journaux politiques une lettre du ministre à madame Breton, dans laquelle il la félicite de la réponse *toute favorable* de l'Académie. Il me paraît convenable d'inviter le ministre, dans les cas de ce genre, à faire une loi aux industriels de publier intégralement les conclusions de l'Académie, et de ne pas induire ainsi le public en erreur.

M. Adelon et M. Villeneuve déclarent que la commission chargée d'examiner ces abus, s'est spécialement occupée de ce fait, et son rapport sera prochainement en état d'être présenté à l'Académie.

L'ordre du jour est la discussion du rapport de M. Velpeau sur la lithotritie; mais M. Velpeau étant absent, un vif débat s'engage sur l'ordre des travaux. M. Sanson demande à lire un rapport qui a trait également à la lithotritie; M. Keraudren réclame la parole pour un rapport demandé par le gouvernement; enfin M. Velpeau arrive, et l'Académie décide qu'on suivra l'ordre du jour.

Une autre difficulté se présente. M. Velpeau demande s'il ne conviendrait pas de scinder son rapport en deux parties, de voter d'abord tout ce qui regarde le travail de M. Leroy, pour livrer ensuite à la discussion les opinions que contient la seconde partie et qui lui sont personnelles.

M. Gérardin. Il y aurait donc dans ce rapport une partie qui serait l'ouvrage de la commission, et une autre propre à M. Velpeau. Mais nous sommes ici pour discuter les travaux des commissions, et non pas l'opinion personnelle de tel ou tel membre.

M. Sanson. La commission se composait de M. Velpeau et de moi. Or, j'ai lu le rapport; je l'ai signé; je réclame même contre le mot d'*opinion personnelle* émis par M. Velpeau; car cette opinion est aussi la mienne, et j'approuve tout dans le rapport, excepté peut-être la proposition de tenter comparativement la taille et la lithotritie sur un égal nombre de calculeux.

M. de Lens. Il faut ici rétablir un fait; c'est que les commissions ne répondent jamais que des conclusions d'un rapport; le reste est l'œuvre du rapporteur. Ainsi, quand bien même M. Sanson n'approuverait pas le rapport, il n'en devrait pas moins être discuté, comme précédant essentiellement les conclusions.

L'Académie paraît partagée en diverses opinions. Les uns demandent que l'on vote seulement sur les conclusions; M. Velpeau relit ses conclusions, qui sont adoptées. D'autres voix demandent une seconde lecture du rapport même pour le discuter. Enfin M. Velpeau a la parole pour relire seulement la seconde partie du rapport, où il met en doute les avantages qu'on accorde aujourd'hui à la lithotritie. Nous en avons donné une analyse exacte et presque littérale dans notre dernier numéro. La discussion est ouverte; M. Amussat a la parole.

DISCUSSION SUR LA VALEUR COMPARATIVE DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE, à l'occasion du rapport de M. Velpeau.

M. Amussat s'étonne d'autant plus de l'attaque de M. Velpeau contre la lithotritie, qu'il l'a fait au moment où cette opération triomphe de tous côtés des préjugés et de la routine, et où les derniers perfectionnemens qu'elle a reçus lui donnent sur la taille une supériorité incontestable. D'où vient cette aversion de plusieurs chirurgiens contre la lithotritie? C'est d'abord qu'elle demande beaucoup d'étude et de soin; c'est un art tout entier et tout nouveau à apprendre; il faut une longue habitude et même un amour de cette opération pour y réussir; et enfin elle est moins brillante que la taille. Mais le but de la chirurgie est moins de briller que de guérir; et je ne suis jamais plus satisfait, dit l'orateur, que quand j'ai broyé un calcul pour lequel on voulait faire la taille, ou réduit une hernie qu'on voulait opérer.

Sans doute dans les premiers momens on a exagéré les succès de la lithotritie; moi-même, en 1827, j'ai dit le premier qu'elle ne convenait pas chez les enfans; mais dire qu'elle restera au-dessous de la taille, cela se conçoit d'un vieux chirurgien encroûté de préjugés (murmures); cela ne se conçoit pas de la part de M. Velpeau. On accuse les résultats obtenus; on veut établir une lutte de tableaux statistiques. Il n'est pas temps encore de dresser de ces statistiques. Attendons pour cela que les mauvaises passions aient cessé de se faire entendre, et qu'on rassemble des faits seulement sous le point de vue de la science. M. Velpeau propose d'essayer comparativement les deux opérations sur un nombre égal de sujets placés dans les mêmes circonstances; cela n'est plus possible; l'humanité le défend. Quiconque aujourd'hui porte le couteau sur un calculeux qu'il pourrait traiter par la lithotritie assume une immense responsabilité.

Un grand argument en faveur de la lithotritie, c'est que tous les médecins attaqués de la pierre y ont eu recours, et ils n'ont pas eu à s'en repentir. (M. Lisfranc: Non! — Rire général.) J'en ferais certainement autant pour ma part, et je suis convaincu que M. Velpeau lui-même y regarderait à deux fois avant de se faire tailler. (On rit.)

Boyer avait commencé par douter des avantages de la lithotritie; il les a formellement reconnus depuis. Dans sa dernière édition, il la regarde comme un *bienfait*. C'est à la fin de sa carrière que Boyer a changé d'opinion; et depuis lors, MM. Jacobson et Heurteloup ont doublé au moins la valeur de la lithotritie; il est donc au moins étrange que M. Velpeau résiste à l'évidence des faits, et vienne déprécier la lithotritie devant une assemblée qui lui doit la conservation de deux de ses membres les plus distingués, chirurgiens d'une haute renommée, et qui mieux que personne avaient pu juger des succès de la taille.

En résumé, je conclus, contrairement aux assertions de M. Velpeau, que la lithotritie doit être la règle et la lithotomie l'exception.

M. Velpeau. Je ferai remarquer d'abord que je me trouve dans une position assez défavorable, ayant à répondre à l'improviste à une attaque qui a eu huit jours pour se préparer. Je pourrais relever aussi dans le manifeste de M. Amussat quelques expressions un peu dures; mais je préfère lui en laisser la responsabilité, et j'arrive au fond de son discours. Eh bien! je dois dire que j'y ai vu beaucoup d'affirmations, mais aucune raison positive. Il est partisan de la lithotritie; on le sait bien; il dit que s'il avait la pierre, il se la ferait broyer; je le veux croire; mais il affirme la même chose de moi, et qu'en sait-il? Et quand même, ayant la pierre, je donnerais le choix à la lithotritie, qu'est-ce que cela prouverait pour la question actuelle? La maladie n'est pas, en général, l'état où l'on raisonne le mieux, et les médecins malades ne sont pas plus exempts de faux raisonnemens que les autres. Je repousse donc cet argument.

J'avais allégué les résultats des deux opérations; M. Amussat répond qu'il n'est pas temps de faire cette statistique. Il n'est pas temps! Et comment voulez-vous donc juger une opération, si ce n'est par les faits? Or, les faits sont pour moi; voulez-vous que j'établisse par des documens que depuis l'invention de la lithotritie il ne meurt pas moins de calculeux, qu'on en sauve moins, peut-être?

M. Amussat. Tous vos documens sont connus!

M. Velpeau. De vous peut-être; mais peut-être aussi l'Académie en a besoin pour s'éclairer. (Voix nombreuses: Lisez!) Tous les faits relatifs à la lithotritie n'ont pas été publiés; mais enfin nous en avons déjà un certain nombre. Or, supposez une masse de 83 calculeux, non choisis assurément parmi les plus mauvais; et demandez à un chirurgien, je le demanderai à M. Sanson: Combien pensez-vous en guérir par la taille?

M. Sanson. Au moins 4 sur 5.

M. Velpeau. Et vous maintenant, monsieur Amussat, combien par la lithotritie?

M. Amussat. On ne peut répondre là-dessus.

M. Velpeau. Non? eh bien! je vais vous dire combien un lithotriteur habile a eu de succès sur un pareil nombre. En 1827, M. Civiale avait traité 83 malades; il lui en était mort 38; 3 avaient gardé leur pierre; 42 seulement avaient guéri; et parmi eux, 19 avaient éprouvé des accidens graves! En 1830, nouvelle liste de 24 calculeux, 13 guéris, 11 morts! Plus récemment, nouvelle série; sur 53 calculeux, on en guérit 30; 15 succombent, et 8 gardent leurs pierres. Ces chiffres sont extraits du livre de M. Civiale, et du rapport de M. Larrey, et du rapport de M. Double.

M. Tiard. M. Civiale a réclamé!

M. Velpeau. Je le sais; aussi je suis allé consulter les documens adressés à l'Institut par M. Civiale même: il a donné des interprétations différentes des résultats; mais les résultats sont constans. D'ailleurs M. Ledain a récemment pu-

blié un quatrième tableau statistique. Eh bien! sur 30 calculeux, 18 sont guéris, 8 morts, 4 gardent leur pierre. 8 morts pour 18 guérisons! voilà un beau résultat, ma foi! Et que sera-ce si vous examinez les résultats de la lithotritie en province, où les opérateurs n'ont pas toute la dextérité de ceux de Paris? M. Bancal a eu entre les mains 14 calculeux; il n'a pu en guérir que 2 par la lithotritie; les autres sont morts ou ont gardé leur pierre. J'aurais pu aborder également les résultats donnés par MM. Leroy, Tanchou, Heurteloup; ils n'ont rien de plus favorable. Maintenant voulez-vous connaître les résultats obtenus par la taille?

A l'hôpital de la Charité, de 1719 à 1728, sur 1,200 pierreux taillés, on compte 945 guérisons, 255 morts. Saucerotte, à Lunéville, obtient des succès bien plus remarquables : sur 1629 malades, il en guérit 1482. D'après un tableau inséré dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Dupuytron, sur 356 taillés, n'en avait perdu que 61. A l'hôpital de Norwich, en Angleterre, sur 506 opérations, on a compté 70 morts. A Leeds, sur 197 opérations, 28 morts. Cheselden, sur 213 taillés, n'avait eu que 24 morts. Frère Côme, sur 100 malades, 19 morts. M. Souberbielle, sur 133 malades, 17 morts. Dupuytren, par sa méthode bilatérale, sur 70 malades, 6 morts. Et tout récemment, M. Cross a publié en Angleterre un tableau très-exact de 704 opérations de taille, chaque opération relatée dans toutes ses circonstances; son travail a même obtenu le prix *jacksonien*. Sur ce nombre il n'a compté que 93 morts. M. de Renzi vient de publier le compte-rendu des opérations de taille faites à Naples dans ces dernières années : sur 389 cas, il n'y a eu que 60 morts. Pajola n'en a perdu que 5 sur 50; Pausa, 5 sur 70; Ouvrard, 3 sur 60; M. Virice, 3 sur 83; Martineau, en Angleterre, 2 sur 84; et enfin Dudley, en Amérique, 1 seul sur 72 opérés. Écartez ces résultats qui peuvent paraître extraordinaires, vous verrez encore que la proportion des morts a été, pour frère Côme, un des plus malheureux, 1 sur 5; pour M. Souberbielle, 1 sur 6; pour Cheselden, 1 sur 9, pour Dupuytren, par la taille bilatérale, 1 sur 12, etc. Enfin des chirurgiens distingués qui n'ont pas donné le chiffre exact de leurs opérations, affirment avoir obtenu de plus beaux résultats. Le professeur Smith, en Amérique, évalue ses pertes à 1 sur 18; Chélius, en Allemagne, à 1 sur 22; Petrunti, à Naples, à 1 sur 25 dans sa pratique civile; et Santoro n'en a perdu qu'un sur 56. Voilà des résumés statistiques qui valent bien ceux qu'ont fournis les lithotriteurs. Maintenant, dites qu'il y a de l'exagération; rabattez-en si vous voulez, peu m'importe; mais alors vous me permettrez de rabattre aussi de vos succès! (On rit.)

M. Lisfranc quitte le fauteuil, où il est remplacé par M. Louyer-Willermay.

M. Rochoux. L'Académie doit s'apercevoir qu'il est impossible de discuter un travail un peu long; on ne peut discuter que des propositions brèves et précises. J'en prends une de ce genre dans le rapport de M. Velpeau : il prédit que, dans dix ans ou plus, la lithotritie aura perdu; mais je prédis que dans vingt ans ou plus la lithotritie aura gagné; et voici sur quoi je me fonde. En admettant tous les chiffres énoncés par M. Velpeau, la moyenne de la mortalité serait encore de 1 sur 10 pour la taille; or, je dis que la lithotritie choisissant bien ses cas, et son propre est de les choisir, elle ne perdra pas 1 malade sur 20. On sait que la lithotritie, dans les cas très favorables, n'est pas plus grave et ne donne pas lieu à plus d'accidens que le simple cathétérisme; et, bien que je ne me sois pas habituellement occupé de ces opérations, on ne saurait me persuader que la taille n'ait pas infiniment plus de gravité.

M. Velpeau. Je n'ai pas émis ce pronostic sans m'appuyer aussi sur des faits. Je n'ai point rejeté absolument la lithotritie; je suis convenu de son utilité; je l'ai appelée même une *conquête heureuse*, mais à condition qu'elle sera renfermée dans de justes limites. M. Rochoux la compare à un simple cathétérisme; cela prouve seulement qu'il n'a pas vu beaucoup de lithotrities. On ne compte pas encore un total de cent opérés dans les hôpitaux de Paris; et certes on ne dira pas que ces opérés étaient mal choisis. Eh bien! dans tous les hôpitaux on a compté des morts, et les opérateurs étaient gens capables; c'étaient M. Civiale, M. Leroy, M. Heurteloup. Je les ai vu opérer; j'ai opéré moi-même. La lithotritie sans accidens! Pourquoi comptez-vous donc les accidens nerveux dont on meurt, les accidens inflammatoires dont on meurt, les inflammations de la vessie, de la prostate, du péritoine; la phlébite, les rétentions d'urine, les déchirures de l'urètre, les douleurs de tout genre? Car voilà ce qui a abusé le public : on lui a promis de lui épargner la douleur; la lithotritie cause plus de douleur que la taille. J'espère donc, il faut que cet enthousiasme exagéré se refroidisse, que cette espèce de météore fâcheux passe, et que la lithotritie soit renfermée dans les bornes qu'elle n'aurait pas dû dépasser.

M. Larrey se plaint avec amertume des personnalités qui ont envahi la discussion; toute opinion a droit de se produire; et pour sa part il est entièrement favorable à celle de M. Velpeau, qui lui paraît avoir répondu à toutes les objections. Il était donc tout-à-fait déplacé de lui répondre par des attaques directes et avec des expressions aussi peu académiques. Qu'a voulu dire M. Amussat par ces paroles : *de vieux chirurgiens à préjugés?* Nous ne devons pas laisser ainsi qualifier nos confrères; et pour mon compte, je me déclare personnellement offensé; et si cela continue, je renoncerai à suivre vos séances. J'ai fait un rapport sur les opérations de M. Civiale; ce rapport ne contient rien que d'exact; Boyer, que l'on citait tout à l'heure, l'a signé avec moi; et il m'a dit lui-même, devant toute la commission des prix Monthyon, que la lithotritie ne se soutiendrait pas long-temps, et que la taille lui était bien supérieure. Je me propose, moi, d'établir un parallèle entre ces deux opérations, quand mes occupations m'en laisseront le temps.

M. Amussat. Qu'il me soit permis de répondre à tous ces reproches. Si mon attaque contre M. Velpeau a été un peu vive, ce n'est point à la personne qu'elle s'adressait, mais uniquement au représentant de l'opinion que je combats. Quant aux paroles qui ont blessé M. Larrey, je désavoue hautement toute intention offensante. Tous ceux qui me connaissent savent que je suis incapable de chercher à blesser un homme tel que M. Larrey. (Très-bien!)

M. Roux. La question me paraît trop peu avancée encore pour la juger; et pour ma part je suis également partisan de la taille et de la lithotritie. Je ne veux en ce moment que faire voir la difficulté d'établir une statistique comparative. MM. les lithotriteurs ont tous leurs faits; au début d'une semblable découverte, on note avec soin toutes les observations, et même les détails. Mais il n'en est pas ainsi des lithotomistes. Quand la lithotritie nous a surpris, pour ainsi dire, à l'improviste, depuis long-temps tout semblait avoir été dit sur la taille; il n'y avait pas de procédés nouveaux, pas de questions douteuses à débattre; dès lors il y avait fort peu d'importance à compter les opérations pour apprécier les succès et les insuccès. Par exemple, depuis 1804 j'ai bien fait pour ma part 500, 600, 800 opérations de taille; j'en ai peut-être recueilli tout au plus 150 observations. On a cité un tableau de Dupuytren; j'ignore s'il avait tiré ce tableau de sa seule pratique; ce que je peux affirmer, c'est que ni Boyer, ni M. Dubois ne tenaient un compte exact de ces opérations; c'est que moi-même, quand l'occasion s'est offerte de donner mon avis sur la taille, j'ai bien dit, d'une manière approximative, que nous perdions 1 malade sur 5 à 6 chez les adultes, et 1 sur 20 chez les enfans; mais je ne pourrais pas l'affirmer. Voilà l'embarras des chirurgiens; et il importe que l'Académie en soit prévenue.

M. Lisfranc. Lorsque M. Amussat a cité M. Dubois et moi-même, comme s'étant soumis à la lithotritie, M. Velpeau a répondu que nous étions malades et sujets aux illusions comme tous les malades. Je peux lui attester cependant que nous n'étions pas dans le délire; il s'agissait de nos individus, et nous y avons regardé, moi surtout, de très près. (On rit.) Alors j'avais déjà soutenu la supériorité de la lithotritie; mais je portais un calcul volumineux et je tenais à m'assurer de toutes les chances. Je compulsai tout ce qui avait été écrit sur la matière; je pris des renseignemens à domicile chez les personnes opérées; de toute cette enquête il résulta cette conviction pour moi, que la lithotritie ne doit pas être exclusivement employée, mais que dans la plupart des cas elle est de beaucoup préférable à la taille. Je me fis donc lithotritier; en dix séances je fus débarrassé de mon calcul, et me voilà! Pour M. Dubois, nul praticien peut-être n'avait autant que lui pratiqué la taille, et avec autant de succès; ceux-là le savent qui connaissent sa grande réputation ou qui ont suivi son excellente clinique; et malgré tous ses succès, quand il a eu la pierre, il se l'est fait broyer, et il est bien portant aujourd'hui.

Venons à un autre ordre de faits. On a cité des tableaux statistiques pour la lithotritie; M. Velpeau dit avoir collationné les documens originaux à l'Institut. J'ignore donc comment il a oublié le document le plus important, sur lequel pourtant l'attention du public avait été éveillée depuis l'an dernier par un article de M. Bégin, dont je demanderai la permission de lire quelques passages.

« Depuis 1824, dit M. Civiale, dans un rapport qu'il vient de présenter à l'Académie des sciences de l'Institut, c'est-à-dire pendant huit années et quelques mois, j'ai donné des soins à 429 malades. Parmi eux se trouvent 14 enfans, 190 adultes et 225 vieillards; 419 du sexe masculin et 10 du sexe féminin. De ces malades, 244 ont subi la lithotritie par perforations successives, et le résultat a été que 236 ont guéri, 5 sont morts et 3 ont continué à souffrir. Parmi les 185 autres, 88 ont été soumis à l'opération de la taille; d'entre eux, 48 sont morts, 32 ont guéri, et 8 ont conservé des infirmités. Ces opérations furent faites par différentes méthodes, savoir, 43 par le procédé latéral, 9 par la méthode bilatérale, et 39 par l'appareil hypogastrique. Dans les 27 derniers cas, le procédé n'est pas connu, parce que les malades s'adressèrent à d'autres chirurgiens et furent perdus de vue.

» Dans 97 cas, qui comprennent et quelques-uns de ceux qui furent taillés et le reste de ceux dont il n'a pas été tenu un compte définitif, il n'y a pas eu réellement de lithotritie, soit que les désordres généraux et les altérations organiques locales eussent fait assez de progrès pour enlever tout espoir de réussite, soit que les malades aient refusé de se soumettre à d'autres tentatives après que l'on eut reconnu l'impossibilité de pratiquer le broiement. Les renseignemens indispensables pour s'assurer et de l'état des organes, et du nombre, du volume, ainsi que de la densité des pierres, ne sauraient en effet constituer des opérations dans le sens rigoureux de ce mot. Ce sont des préliminaires auxquels il faut presque toujours se livrer avant de se décider à opérer et de faire choix de la méthode convenable. L'application de la méthode, le commencement d'exécution de cette méthode, constituent seuls l'opération, et ce n'est qu'à dater de cette époque que l'on peut calculer les avantages ou les inconvéniens qu'elle a présentés. » *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. *Lithotritie*, T. XI, p. 157.

Voilà des résultats bien différens de ceux qu'annonce M. Velpeau, et qui laissent la taille bien au-dessous de la lithotritie. J'ajouterai que j'ai assez souvent pratiqué la taille, et que je l'ai vu pratiquer aussi souvent, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile; et que la moyenne de la mortalité m'a paru être d'un sur quatre opérés. Peut-être ailleurs a-t-on plus de succès; je n'ai pas eu l'occasion de m'en assurer par moi-même; mais je maintiens l'exactitude de ma proportion pour Paris. En résumé, je ne suis partisan exclusif ni de l'une ni de l'autre; mais je regarde la lithotritie comme devant être la méthode générale, et la taille seulement comme l'exception.

M. Velpeau. Dès que M. Lisfranc admet que la lithotritie ne convient point à tous les cas, nous ne sommes pas si éloignés d'opinion. (Oh! oh!) Du reste, les argumens ne sont pas difficiles à rétorquer. J'ai déjà dit que l'exemple de MM. Dubois et Lisfranc ne pouvait rien pour la thèse générale. Quant à la statistique donnée par M. Bégin, elle est en opposition avec celles que j'ai citées et qui viennent aussi de M. Civiale, et dont le résultat est que, sur 190 calculeux, 103 ont été guéris par le broiement, 15 ont gardé leur pierre et 72 sont morts. M. Lisfranc apporte les résultats de son observation en preuve que la mortalité de la taille est plus grande qu'on ne le dit généralement; j'aurais pu alléguer la mienne pour soutenir une opinion différente; car, sans avoir l'expérience de M. Lisfranc, j'approche de la quarantaine, et je compte plus de vingt années passées dans les hôpitaux. Je ne l'ai pas fait précisément pour échapper à l'objection de M. Roux, que nous n'avons là-dessus que des à peu près. C'est pourquoi je me suis astreint à ne citer que des résultats obtenus dans les établissemens où l'on compte toutes les opérations, et ces résultats authentiques ne sauraient être attaqués. Enfin, il y a un point de vue qu'on a oublié; c'est le propre de la lithotritie, dit-on, de choisir ses malades; eh! sans doute, la lithotritie prend les sujets les plus favorables, et ne laisse à la taille que les plus mauvais. Qu'y aurait-il d'étonnant alors que la lithotritie eût plus de succès? Voilà pourquoi j'aurais de-

sire que la comparaison pût s'établir sur des sujets en nombre égal et offrant les mêmes chances de guérison.

M. SANSON. M. Velpeau me paraît avoir répondu à toutes les objections ; cependant j'ajouterai quelques remarques. Et d'abord M. Amussat a fait valoir les difficultés de la lithotritie, le peu d'habitude qu'en ont la plupart des chirurgiens; je répondrai que, pour ma part, je l'ai assez souvent pratiquée et que tous mes opérés ont guéri. Cela n'empêche pas que les résultats me paraissent être en faveur de la taille, et que cette dernière opération me paraît applicable à un bien plus grand nombre de cas. Ainsi il est incontestable que, là où la lithotritie est inutile, la taille est encore une précieuse ressource ; que la lithotritie est plus difficile à exécuter; qu'elle n'offre pas autant de certitude qu'on a parfaitement évacué tous les calculs ou fragmens de calculs ; enfin j'ajouterai que la guérison est plus prompte après la taille ; en effet, à part un petit nombre de cas heureux, toutes les opérations de lithotritie ont été suivies pendant long-temps de douleurs, de catarrhes, etc., suites des manœuvres opératoires et du passage des fragmens dans l'urètre. Jusqu'ici les avantages de la taille sont manifestes. Après cela je ne nie pas que celle-ci n'ait ses accidens : les hémorrhagies, les lésions du rectum, l'infiltration urinaire; mais la lithotritie n'en est pas exempte, et elle entraine bien d'autres douleurs et d'autres dangers. Je pense donc qu'elle ne doit être regardée que comme une méthode exceptionnelle.

On a dit : si vous aviez un calcul, vous préféreriez la lithotritie. Cela est vrai, et pour ma part je la préférerais (rire général) ; ou pour mieux dire je me broierais moi-même, car je ne confierais ni moi ni ma vessie à personne. (On rit.) Mais prenez bien garde ; c'est que je sais ce que c'est qu'une pierre, et que je choisirais le temps favorable et où le calcul serait encore peu volumineux.

M. AMUSSAT. J'avais repoussé les argumens tirés de la statistique; et en effet voyez ce qu'ils ont prouvé! En outre de la difficulté d'avoir des élémens certains, vous prenez d'une part tous les malades opérés depuis la découverte de la lithotritie ; pour être juste, vous devriez prendre aussi tous ceux qu'on a opérés depuis le commencement de la taille. En effet, toute invention est d'abord incomplète et tautive ; il faut, pour la juger, attendre qu'elle ait acquis au moins quelques perfectionnemens.

Vous déclarez cependant que vous vous lithotritieriez si vous aviez une petite pierre ; à la bonne heure; mais alors ne vous portez donc pas partisan outré de la taille ; distinguez les cas où elle est moins favorable, et pratiquez alors franchement la lithotritie. Car voilà ce que je reproche aux chirurgiens de nos hôpitaux; ils ne l'essaient pas ; ils taillent indistinctement; et voilà pourquoi les calculeux les fuient ; et voilà surtout ce qui met entre nos opinions une énorme distance. On vient de faire grand bruit aussi des accidens de la lithotritie; tout ce qu'on en a dit, je le nie ; ou du moins ces accidens sont fort rares.

M. VELPEAU. Il faut des faits pour juger s'ils sont si rares que vous le dites ; or en voici. Les accidens nerveux ont tué plusieurs opérés à M. Civiale, et un à M. Heurteloup. J'ai trouvé trois cas de mort par péritonite ; on l'avait nié ; MM. Tanchou, Baucal, Civiale, ont cité des cas de déchirure de vessie; trois fois elle a été perforée; deux fois on a déchiré l'urètre; M. Tanchon à lui seul cite cinq cas d'hémorrhagie. Or, notez que je ne me sers ici que des observations publiées, et il y en a qui ne l'ont pas été. Que veux-je prouver par là? Que la lithotritie n'est pas plus exempte d'accidens que la taille; j'accorde volontiers que ceux de la taille sont plus graves; mais cela n'est pas étonnant, les lithotriteurs ayant soin de prendre les malades les mieux disposés. Je ne rejette pas absolument la lithotritie; je l'ai dit dans mon rapport ; seulement, je crois qu'elle perdra un peu dans l'avenir. Vous affirmiez que vous vous feriez broyer si vous aviez la pierre, M. Sanson le dit également ; mon Dieu! et moi aussi. (Rire général.)

M. LISFRANC. Nos adversaires conviennent que, s'ils avaient la pierre, ils la feraient broyer ; la lithotritie est sauvée! (Vives réclamations. — M. Sanson : J'ai dit pour un calcul commençant!) Qu'importe d'ailleurs devant les faits? Je vous ai apporté un tableau statistique qui est soumis en ce moment au jugement de l'Institut ; il faut en démontrer la fausseté. On élève bien haut les accidens de la lithotritie; elle laisse des catarrhes vésicaux, dit-on ; oublie-t-on les suites bien autrement graves, les accidens bien autrement nombreux de la taille? Même dans ces cas que vous appelez favorables, quand le calcul est petit, la taille est bien loin d'être innocente ; je m'en rapporte à tous les praticiens. Je ne parle pas de ces méprises déplorables auxquelles la taille seule est sujette ; combien de fois, après avoir ouvert la vessie, ne l'a-t-on pas trouvée vide, et les malades sont morts de l'opération? M. Sanson allègue qu'avec la lithotritie on n'est pas sûr d'extraire tous les fragmens ; je suis convaincu du contraire, et par moi-même, et d'après tout ce que j'ai vu sur d'autres opérés. Tant qu'il reste un fragment de pierre, le malade souffre et accuse sa présence, et avec la position favorable qu'on fait prendre et l'habileté bien connue des lithotriteurs, il est très-facile de l'extraire. En résumé, M. Velpeau pense que la lithotritie perdra *un peu* dans l'avenir ; qu'il en soit ainsi : elle peut perdre beaucoup et demeurer encore la méthode générale.

M. VELPEAU. Je crains que l'Académie ne soit fatiguée. (De toutes parts : Non! non!) Je répète donc que quand je me ferais lithotritier, moi et cinquante autres médecins, cela ne prouverait rien en faveur de la lithotritie. (Oh! oh!) M. Lisfranc a fait un nouveau reproche à la taille : c'est qu'on l'a faite quelquefois quand il n'y avait pas de pierre ; mais cela est commun à la lithotritie, et en voici un exemple tout récent. Un lithotriteur sonde un malade; il trouve un calcul trop gros pour le broyer ; il appelle un chirurgien qui pratique la taille ; il n'y avait pas de pierre! (Rire général. Une voix : Mais ce fait prouve contre la taille!)

Il est cinq heures et quart ; la séance est levée et la discussion renvoyée à mardi prochain.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MODIFICATION DE L'APPAREIL DE M. Mathias Mayor POUR LES FRACTURES DE LA CLAVICULE; par l'auteur.

J'ai démontré très-souvent, tous ces jours, mon appareil pour les fractures de la clavicule, tel que vous l'avez décrit dans un de vos derniers numéros, et je l'ai appliqué à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis, pour deux cas de fractures *réelles*. Les fréquens remaniemens de ce moyen contentif m'ont conduit à un progrès assez important que je m'empresse de vous signaler. Il consiste dans une manière plus facile et plus commode de fixer les deux liens, le *perpendiculaire* et l'*oblique*, aux deux points du lien *circulaire*; objet sur lequel je ne me suis pas pas suffisamment expliqué.

Après avoir fixé, derrière le thorax et au lien circulaire, un des bouts des liens oblique et perpendiculaire, au moyen de quelques points d'aiguilles, on coudra, à quelques travers de doigts de l'autre extrémité de ces derniers liens, et vers l'endroit qui répondra au tiers supérieur et antérieur de la poitrine, une boucle de ruban, en forme d'anneau, et on fixera également, à chacune des pointes du mouchoir, un bout de ruban d'un pied environ de longueur. Ces rubans sont destinés à passer chacun dans une des boucles annulaires, comme sur une poulie, à *hisser* et à soutenir ainsi le coude sur l'épaule saine, s'il s'agit du lien oblique, et faire une pression convenable sur la clavicule fracturée, s'il est question du lien perpendiculaire. Maintenant, pour arrêter ces liens au degré de constriction qu'on aura en vue, il suffira de faire à ces deux rubans un nœud à *rosette*, au moyen duquel les deux liens se trouveront solidement et promptement assujétis, sera loisible, de cette manière, d'augmenter et de diminuer la constriction avec la plus grande facilité. On pourra également établir aux extrémités du lien circulaire, ce même système d'attaches (boucles ou anneaux d'un côté, bouts de rubans de l'autre) ; et tout cela étant préparé d'avance, l'appareil tout entier sera presque aussi vite appliqué qu'une écharpe ordinaire, et l'on pourra dans plus d'une autre circonstance, le préférer à cette dernière.

Puisque je reviens sur ces fractures claviculaires, je dois rappeler aux praticiens un moyen bien facile de constater la fracture dans certains cas obscurs, ou du moins le *degré de chevauchement* qui existe; c'est la mensuration de la distance respective des deux moignons de l'épaule, à l'extrémité supérieure du sternum. Sur le malade de l'Hôtel-Dieu, la différence était de plus de deux travers de doigt, et elle était de huit lignes environ sur celui de Saint-Louis.

Elle doit disparaître après l'application de l'appareil; et cette mesure exacte et comparative de l'un et de l'autre côté peut servir à constater encore la supériorité de tel appareil sur tel autre; si la réduction laisse quelque chose à désirer; et si, pour l'obtenir *parfaite*, on doit, avec mon appareil, avoir recours au coton, pour l'insinuer sous le tendon du pectoral, et pour obtenir par ce moyen la répulsion en dehors du fragment externe. Cette appréciation peut, sans doute, avoir lieu avec un bout de bande, étendu du sternum à l'acromion de chaque côté; mais le *compas d'épaisseur* est bien autrement commode, rapide et précis.

Il peut même arriver, lors d'un gonflement considérable de la région claviculaire, que le ruban soit soulevé, décrive une ligne plus courbe que du côté sain, et donne par conséquent une mesure peu exacte des distances respectives. Or, cet inconvénient ne saurait avoir lieu avec le compas d'épaisseur...

Puisque nous voilà sur cet instrument, permettez que je dise un mot de son usage en chirurgie. Jusqu'ici il n'en a guère été question, et encore est-il bien peu d'accoucheurs qui s'en soient servi pour le bassin. Si le plus simple artisan y a recours chaque fois qu'il veut avoir une mesure précise de certains corps arrondis ou *saillans*, il est assez étrange que les chirurgiens, qui cependant ont tout aussi besoin de précision dans des circonstances analogues, perdent de vue le meilleur moyen de se la procurer. Ils se contentent le plus souvent d'approximations vagues, lorsqu'il serait si facile et de la plus grande importance d'avoir des notions exactes et de les indiquer clairement. C'est ainsi, par exemple, qu'ils comparent les tumeurs à des avelines, des marrons, des pommes, des oranges, des œufs de différens oiseaux domestiques, des têtes de fœtus à terme ou à tel ou tel mois de la gestation; qu'ils ne peuvent pas indiquer le volume des exostoses, des goîtres, des engorgemens mammaires, des gibbosités, ni les diamètres de certaines articulations malades, comparativement à celles qui sont saines ; et qu'ils ne

savent pas *précisément* si telle partie tuméfiée augmente, diminue ou reste stationnaire, ni de quelle quantité sont les changemens qui s'opèrent sous l'influence de telle ou telle médication, et dans tel ou tel temps donné. Toutes ces circonstances sont cependant précieuses à noter. Le compas d'épaisseur sert admirablement dans ce but, et rien ne saurait le remplacer. Je ne puis plus m'en passer depuis que j'ai commencé à en faire usage, et il n'est pas de jour où je n'en aie besoin. Aussi l'ai-je toujours sur ma table, et fait-il partie des appareils qui me servent dans mes pansemens à l'hôpital. J'ai même un petit livre où l'on inscrit exactement le nom du malade, le jour de la mensuration et les résultats obtenus par le compas; de sorte que je sais toujours bien *positivement* où j'en suis de la marche de la maladie, et que les *à peu près hasardeux et infidèles* sont, sous ce rapport, complètement bannis de notre dictionnaire. Cet instrument précieux, à vil prix et nullement embarrassant, peut d'ailleurs être formé avec tous les compas ordinaires. Il suffit de courber leurs extrémités à angle plus ou moins obtus, et d'avoir la précaution de faire adapter à leur pointe une petite plaque ou olive d'une ligne de dimension, afin d'éviter les piqûres et d'avoir la facilité d'*appuyer* au besoin sur la peau ces extrémités émoussées.

Je ne me contente pas d'évaluer les dimensions de la base et celles des diamètres transversal et longitudinal des tumeurs, mais, pour certaines proéminences, je tiens aussi à avoir leur degré d'*élévation*. Pour cet effet, j'ai fait graduer les branches de mes compas; et lorsque leurs bouts sont appliqués au niveau de la partie la plus basse que je puis atteindre, je place *en travers*, et sur le sommet de la tumeur, une petite baguette dont la distance aux extrémités du compas me donne exactement la hauteur que je cherche. Ainsi, par exemple, si je voulais mesurer un *nez* quelconque, je placerais d'abord les deux bouts du compas sur les côtés des narines, pour avoir la mesure de leur écartement; puis je ferais passer sur le bout du nez, et d'une branche du compas à l'autre, la baguette transversale, laquelle m'indiquerait de suite de combien de lignes est la saillie que cet organe de l'odorat fait au-devant des maxillaires supérieurs. On conçoit par là dans combien de cas pourra se faire sentir le besoin de données analogues, précises, et avec quelle facilité et quelle rapidité on pourra se les procurer.

Il y a long-temps que j'avais fait part de ces idées à l'Académie de médecine, comptant que ce serait le meilleur moyen de les faire connaître et propager, *si toutefois elles étaient justes*. Mais je crains que les grandes occupations de ce corps savant ne lui permettent pas d'entrer dans ces menus détails, et que ma note soit oubliée dans quelque carton. Si vous ne croyez pas avec moi qu'elle méritait pourtant d'être examinée, je vous prie de supprimer de cette lettre tout ce qui concerne cet objet.

Agréez, etc.

Matthias Mayor.

Paris, ce 28 avril 1835.

PETITE PIERRE POUSSÉE DANS LA CAISSE DU TAMBOUR, EXPULSÉE AU MOYEN D'UNE INJECTION DANS LA TROMPE D'EUSTACHI; par le docteur Deleau jeune.

Obs. — « Le 24 mai, vers les trois heures de l'après-midi, Jules Gaultier, en jouant avec ses camarades, s'introduisit dans l'oreille gauche un petit caillou; ses parens n'en furent prévenus qu'à cinq heures. Alors sa mère le conduisit chez M. le docteur C... Celui-ci aperçut facilement la pierre à l'entrée du conduit auditif et la fit voir à la mère. Il assura à l'enfant qu'il allait en faire l'extraction sans lui occasioner aucune douleur, et armé d'une curette, il essaya d'en passer l'extrémité derrière le corps étranger; mais aussitôt que Jules se sentit toucher l'oreille, il fit un mouvement brusque, dont le résultat fut de frapper l'extrémité de la curette contre le côté de la pierre tournée vers l'extérieur et d'enfoncer celle-ci jusqu'au fond du conduit auditif: au moins peut-on le supposer, puisque depuis elle n'a jamais été distinctement aperçue. Le malade déclara dès lors *qu'il ne consentirait jamais à souffrir de nouvelles tentatives*, et s'enfuit de la maison du docteur.

» Une heure après, il y fut reconduit par son père. Toutes les voies de persuasion étant inutiles, on essaya de faire l'extraction malgré les efforts que le malade pouvait tenter pour s'y soustraire; mais il ne fut pas possible d'empêcher complètement les mouvemens de la tête, et l'opération n'aboutit qu'à faire saigner assez abondamment l'intérieur de l'oreille, et probablement à enfoncer plus avant le corps étranger. Je fus le même soir appelé avec un autre confrère, mais n'ayant pu obtenir du malade, même de nous laisser examiner l'oreille, qui d'ailleurs était remplie de sang, nous dîmes que s'il devenait indispensable d'employer la force, le médecin ordinaire de la famille devait en être chargé. Un écoulement de sang continua d'avoir lieu une partie de la nuit suivante.

Le lendemain, M. le docteur C... ayant fait préparer un appareil qu'il croyait propre à maintenir l'enfant dans l'immobilité, nous invita à l'aider dans son opération. Je pus seul m'y rendre. Nous nous aperçûmes que l'appareil dont je viens de parler, et sur lequel l'enfant ne pouvait être maintenu, ne pouvait servir, et on prit le parti d'attacher Jules avec des nappes sur une table de cuisine, tandis que quatre hommes s'efforçaient d'empêcher tous ses mouvemens, mais sans pouvoir y réussir complètement. M. le docteur C... toucha et me fit toucher la pierre avec un stylet; mais le sang qui se trouvait encore dans l'oreille et la direction de la lumière, nous empêchèrent de l'apercevoir. Après avoir fait des injections pour nétoyer le conduit, après avoir introduit de l'huile pour faciliter le passage de la pierre, le docteur C... essaya inutilement de la dégager avec une curette ou de la saisir avec des pinces. Je fis quelques tentatives tout aussi vaines. Enfin la crainte d'augmenter le mal nous détermina à nous arrêter. Pour prévenir l'inflammation qui pouvait suivre, on appliqua six sangsues derrière l'oreille, on recommanda d'administrer des bains de pied, des injections émollientes, des lavemens, etc. Il ne s'est développé qu'une très-légère inflammation et les douleurs ont été presque nulles; mais le lendemain on s'aperçut que le côté correspondant du visage était paralysé, principalement les muscles de la joue, de l'aile du nez et des lèvres. Les paupières ne se fermaient pas exactement, et l'œil, sans être rouge, était très-sensible à la lumière. Trois ou quatre jours après, le malade souffrant un peu de l'oreille, on fit une nouvelle application de sangsues, qui fit disparaître la douleur; l'œil cessa d'être irrité par une vive lumière; il s'établit un léger écoulement puriforme dans le conduit auditif externe. La paralysie a diminué, et tout gonflement étant dissipé, nous avons conseillé à M. G. de conduire son fils à M. le docteur Deleau jeune. »

Tel est le mémoire qui me fut adressé sur ce cas intéressant par un confrère distingué de St-Malo.

Jules arriva à Paris le 7 juin 1834. Sa face était dans l'état qui vient d'être décrit. Le conduit auditif, lavé par des injections d'eau tiède et ressuyé à l'aide de petites éponges montées sur des tiges, je vis la pierre qui était entièrement tombée dans la caisse; une de ses faces, la seule que l'on aperçût, était sur le même plan que la face externe de la membrane tympanique déchirée dans toute sa moitié inférieure. A l'aide d'un levier aplati et légèrement recourbé qui me sert toujours en pareil cas, je voulus juger de sa mobilité. Je la trouvai comme serrée dans les bords tuméfiés de l'ouverture faite à la cloison tympanique. Dès lors je jugeai qu'il serait impossible d'employer cet instrument pour l'extraction, parce qu'en pressant sur une des faces de la pierre, il eût fallu nécessairement trouver un point d'appui à la face opposée pour le faire cheminer de dedans en dehors. Ici point d'autre appui possible que contre la chaine des osselets, c'est-à-dire que la manœuvre était impraticable.

Fallait-il essayer une pince à plusieurs branches? Mais comment l'introduire dans la caisse sans froisser les bords enflammés de la plaie? J'en fabriquai cependant une avec trois longues aiguilles montées sur un seul manche. Les pointes étaient légèrement recourbées vers le centre de l'instrument qu'elles formaient. Le patient déclara qu'il ne la laisserait pas introduire et il tint parole; ni prières, ni menaces, ni douleurs, ne purent le fléchir; il ne permit pas même que j'introduisisse un canal de gomme élastique légèrement évasé à une extrémité et communiquant, par l'autre bout dans un réservoir où j'avais préalablement pratiqué le vide. Enfin j'imaginai de placer une sonde dans la trompe d'Eustachi; mon malade ne remua pas le moins du monde; l'aiguille chemina sur le mandrin et s'introduisit à un pouce de profondeur. Son extrémité poussée à dessein le plus profondément possible ne laissait ni à l'air, ni à l'eau la faculté de passer entre sa face externe et les parois de la trompe; il fallait donc que ces fluides vinssent frapper le corps étranger. Je ne reculai pas le moins du monde dans l'emploi d'une douche d'eau, ne redoutant pas de provoquer de plus grands désordres dans la caisse que ceux qui existaient. La troisième douche projeta la pierre dans la conque du pavillon de l'oreille.

Il est facile de comprendre que les résultats de cette opération n'ont été tels, que parce que la sonde était introduite profondément dans la trompe, et surtout parce qu'elle était fortement serrée dans ce conduit. Une sonde d'argent, qui ne peut jamais pénétrer à plus de trois lignes, un peu au-delà du pavillon, n'aurait eu aucun résultat; l'eau serait revenue en partie tomber dans le pharynx. D'ailleurs, il est facile de s'assurer de cette vérité en pratiquant sur des cadavres des expériences comparatives. L'otite ou l'otorrhée, comme on voudra l'appeler, fut traitée rationnellement, et les suites en furent heureuses. L'opération du cathétérisme et les douches d'eau produisirent beaucoup plus de douleurs que les essais que je fis dans le conduit auditif, et cependant le malade les supporta sans mot dire et sans remuer.

Deleau jeune, D.-M. P.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

PRODROME D'UNE NOUVELLE DOCTRINE MÉDICALE, par F. Imbert, professeur d'accouchemens et des maladies des femmes à l'école secondaire de médecine de Lyon. Brochure in-8°.

Voici l'épigraphe que nous trouvons en tête de cette brochure: « Traiter l'estomac dans la gastrite, les poumons dans la pneumonie, etc., c'est imiter l'horloger qui s'obstinerait à réparer les aiguilles d'une montre quand elles n'indiqueraient pas l'heure avec précision. »

Dans le système dont l'auteur nous offre ici le *prodrome*, ce n'est

plus l'étude du siége de la maladie qui est l'objet dominant, mais bien son origine; et, c'est cette origine que M. Imbert croit avoir trouvée, non pas dans le sang, ni dans les humeurs, ni dans la bile ou dans l'estomac, mais bien dans le centre cérébro-spinal. C'est là, selon lui, qu'il faut placer le véritable siége de toutes les maladies, quelles que soient et leur nature et la partie qu'elles affectent. M. Imbert n'est pas le premier qui ait conçu l'idée de trouver l'origine de toutes les maladies dans une lésion du système nerveux. Clutterbuck ne rapportait-il pas toutes les maladies à l'encéphale, et aujourd'hui le professeur Sanders, d'Edimbourg, ne prétend-il pas que les maladies les plus opposées dépendent primitivement d'une lésion de la moelle? On a vu dans l'un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, les belles recherches de M. Grifiin sur les affections nerveuses, qu'il rapporte à un état pathologique spécial de la moelle, et dont la nature est à peu près inconnue. Ce n'est donc pas l'étrangeté du système avancé par M. Imbert qui doit nous le faire repousser. Il n'est pas douteux, à notre avis, qu'appliquée à quelques parties de la pathologie cette opinion ne soit féconde en heureux résultats, ainsi que le démontrent les travaux du pathologiste irlandais dont nous venons de parler, mais c'est son application à la pathologie tout entière qui nous semble, sinon impossible, au moins d'une difficulté extrême.

Le système de M. Imbert suppose nécessairement la solution de deux problèmes différens. Le premier, c'est que toutes les maladies dépendent d'une altération des centres cérébraux; le second, c'est que, dans cette première hypothèse, l'on doit diriger tout le traitement sur les centres nerveux.

Dans l'état actuel des connaissances médicales, ces deux problèmes nous paraissent dans leur généralité extrêmement hasardés; car, à moins que l'auteur n'ait fait quelqu'une de ces découvertes inattendues et dont on ne peut calculer toute la portée, il nous semble impossible qu'il trouve dans les faits recueillis jusqu'à ce jour, et dans la manière dont on les interprète, des preuves à l'appui de ces deux problèmes. Les puiserait-il dans l'anatomie pathologique? Mais l'anatomie pathologique perd tous les jours de son crédit exagéré, et l'école anatomique se voit obligée de renoncer à ses croyances les plus chères. D'ailleurs, M. Imbert le dit lui-même: l'anatomie pathologique ne sert qu'à faire connaître les effets des maladies. Serait-ce la simple observation? Les faits montrent, comme on le sait, tout ce qu'on veut. La manière de les interpréter est tout; mais une chose que tous les faiseurs de systèmes ne devraient point oublier, c'est qu'aujourd'hui on ne peut plus faire de pathologie *à priori*. Tout système qui n'est pas fondé sur des faits tombera de lui-même, ou plutôt passera inaperçu.

Nous ne prétendons pas qu'il en sera ainsi du système que nous annonce M. Imbert dans une série d'aphorismes, dont chacun demanderait, à son avis, une longue série de preuves. Nous l'engageons à donner ces preuves dans le *Traité des maladies des femmes* qu'il se propose de publier, et de ne pas s'en rapporter à l'évidence intrinsèque de la plupart des principes sur lesquels s'appuie son opinion. Ainsi, nous admettrons volontiers avec lui, bien que ce ne soit pas complètement démontré, que tous les phénomènes de l'économie animale se rapportent, en dernière analyse, au système nerveux; mais il aura de la peine à nous prouver que toute idée, de quelque nature qu'elle soit, est produite par la substance grise du cerveau, dont chacune des portions répond à un certain ordre d'idées. Il est possible, il est même probable que la moelle est, ainsi que le dit M. Imbert, un composé de plusieurs organes ayant chacun des fonctions distinctes; mais ce principe est-il suffisamment démontré pour qu'on puisse le présenter comme la base d'un système? Nous ne le pensons pas. Voici, au reste, deux problèmes auxquels l'auteur pense que l'on doit ramener toutes les questions de pathologie.

1° Une maladie étant donnée, déterminer l'organe de l'axe cérébro-spinal qui est affecté, l'espèce et la variété de son affection.

2° Trouver parmi les médicamens qui agissent sur cet organe celui qui s'applique le mieux à l'espèce et à la variété du mal.

Que M. Imbert détermine l'application de ces deux problèmes à quelques points de la pathologie, et nous proclamerons hautement qu'il a plus fait avancer la science qu'aucun des faiseurs de systèmes, ses prédécesseurs.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE, suivi d'un formulaire, par L. MARTINET, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, etc. 2e édition.

La première édition de cet ouvrage était, si nous ne nous trompons, un manuel de thérapeutique, avec format in-18; mais les nombreuses additions que l'auteur y a faites lui ont permis d'en faire un volume in-8° de plus de six cents pages, et de transformer le *Manuel* en *Traité élémentaire de thérapeutique médicale*. L'inconvénient d'un travail du genre de celui-ci, c'est de séparer des choses qui devraient toujours rester réunies non-seulement dans les livres, mais surtout dans l'esprit du médecin. Car un traité spécial pour le traitement des maladies suppose un traité spécial aussi pour leur diagnostic, un traité spécial pour l'étude de leurs causes, un traité spécial pour celle de la marche de la maladie. Il nous est inutile de faire sentir ici combien la science ainsi éparpillée dans des œuvres détachées perd de son unité, et combien de répétitions inutiles ce plan doit nécessairement entraîner. L'avantage que peut offrir ce genre de travail, c'est de dispenser ceux qui le possèdent de la nécessité de parcourir, disons mieux, d'acheter des ouvrages volumineux. D'ailleurs, dans l'état actuel de la science, est-il un seul traité de pathologie spécial un peu complet qui puisse satisfaire le praticien, aucun assurément. Au milieu du chaos qui règne dans cette partie importante de la science et dans l'impossibilité de trouver un bon traité de pathologie spéciale, le travail de M. Martinet, malgré sa brièveté et de nombreux défauts, est encore l'un des meilleurs guides que l'on puisse suivre. Les doctrines sur lesquelles il s'appuie sont les seules qui puissent guider à une saine pratique, et la position particulière de l'auteur l'a mis à même pendant long temps d'acquérir cette expérience sans laquelle les théories les plus solides induisent trop souvent en erreur.

Nous ne parcourrons pas tout le travail de M. Martinet pour l'analyser ici. On ne peut s'attendre à trouver des progrès dans un ouvrage élémentaire tel que celui-ci; tout ce que l'on a droit d'exiger de l'auteur c'est qu'il remplisse bien son cadre, et qu'il expose exactement l'état actuel de la science. Sous ce dernier rapport le traité élémentaire de thérapeutique laisse souvent à désirer. Ainsi pour nous en tenir à un seul exemple nous choisirons l'une des maladies les plus communes et en même temps les plus connues, la péritonite. Eh bien, il n'est question à l'article de traitement de cette maladie, ni de son traitement par l'opium à haute dose, ni de la médication par l'essence de térébenthine; et l'emploi des frictions mercurielles, n'y est indiqué qu'en deux mots.

L'érudition est décidément en honneur. On voit partout de la bibliographie, même jusque dans les manuels et les résumés élémentaires. Aussi n'y trouve-t-on le plus souvent que de la bibliographie tout-à-fait en résumé. M. Martinet a cru devoir aussi satisfaire ce goût, et à la fin de chaque article on trouve constamment un article bibliographique. Mais nous pensons qu'au lieu de cette bibliographie nécessairement incomplète, car elle ne donne que l'indication de quelques traités généraux qu'on retrouve presque à tous les articles, puis d'un certain nombre de thèses de la Faculté de Paris, et enfin des mémoires publiés dans la Revue médicale, l'auteur eût mieux fait de donner plus d'étendue à son travail. De plus amples détails sont sur les différentes médications dont il parle, soit sur la manière de les employer, auraient été, nous croyons, plus utiles aux élèves et aux praticiens auxquels cet ouvrage est spécialement destiné, et auxquels nous pensons que, malgré les légères taches que nous venons de signaler, il pourra être de quelque utilité.

— M. Chervin vient d'adresser à M. le ministre du commerce une troisième lettre sur les expériences qu'il a proposées touchant la contagion ou la non contagion de la peste. M. le ministre, dans une réponse récente à M. Chervin, prétendait que l'Académie, dans son rapport du 31 août 1830, sur un mémoire de M. Paillette, n'avait point proposé de tenter d'expériences sur la purification des cotons du Levant, ainsi que M. Chervin l'avait avancé. (Voyez notre numéro du 7 mars 1835.) M. Chervin répond à son tour que le ministre n'a consulté que le projet de rapport de la commission, et non le rapport définitif amendé par l'Académie, et où en effet le vœu que ces expériences soient faites est formellement énoncé. Il y a d'ailleurs un moyen bien simple de connaître l'opinion positive de l'Académie sur cette matière; c'est de la lui demander; et M. Chervin prie *très-instamment* M. le ministre d'inviter l'Académie à donner son avis sur un moyen d'investigation qui doit conduire à de si grands résultats.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Departemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE LA RÉDUCTION DES HERNIES ÉTRANGLÉES; mémoire lu à la Société médicale du canton de Genève, le 11 janvier 1832; par M. HERPIN, D.-M. à Carouge (1).

Depuis la renaissance de la chirurgie en France par la création de l'Académie royale de chirurgie, avant le milieu du siècle dernier (1737), jusqu'aux premières années du dix neuvième, les progrès de cet art consistèrent principalement dans le perfectionnement des procédés opératoires, et dans la création d'opérations hardies pour des cas regardés jusque-là comme au-dessus des ressources de l'art. L'Angleterre rivalisa avec la France dans la marche rapide qui fut imprimée à la chirurgie dans cette période.

Mais depuis quinze ans environ, on s'est moins attaché à perfectionner les opérations, qu'à soustraire au fer un grand nombre de malades qui jusque-là lui avaient été presque nécessairement dévolus. Combien de tumeurs blanches, de maladies du sein, d'affections du testicule, etc., qu'on aurait opérées il y a vingt ans, ont été guéries depuis par un traitement médical actif! C'est à la France surtout que nous devons ce progrès qui conserve au lieu de détruire, et l'honneur en revient certainement, d'abord à la Convention nationale, qui ramena l'art à son unité primitive; ensuite à la doctrine physiologique, qui (à part ses exagérations) démontra que la plupart de ces maladies qu'on croyait dues à un fatalisme désorganisateur, n'étaient que le résultat d'inflammations chroniques.

Parmi les affections qui paraissent exclusivement du domaine de la chirurgie, et auxquelles cependant un traitement médical est applicable, on doit compter les *hernies étranglées*. Prouver que, pour ces maladies, on recourt trop souvent aux opérations, tel est le but de cette notice.

Le traitement conseillé par les anciens maîtres, avant de recourir aux instrumens tranchans, était fort insignifiant; témoin Dionis, qui prescrivait (1) de mettre la tête du malade en bas, et repoussant la tumeur avec plus d'adresse que de violence, de s'efforcer de la faire rentrer. Si ce moyen était insuffisant, il faisait appliquer sur la tumeur un ca-

(1) Bien que l'auteur de ce mémoire ne propose pas une réforme aussi complète que M. Amussat, dont il ne paraît pas connaître les travaux, son travail n'en est pas moins intéressant, comme apportant de nouvelles preuves de l'abus de l'opération dans le traitement des hernies. *N. du R.*

(1) Cours d'opérations, 3e édit., p. 290 et 291.

Feuilleton.

COUP D'OEIL SUR LES HÔPITAUX DE LONDRES, PAR M. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon.

(Premier article.)

Il y a vingt ans que M. Roux, après un voyage et un court séjour en Angleterre, traça à grands traits le tableau chirurgical des hôpitaux de Londres, et s'efforça d'établir un parallèle entre la France et l'Angleterre sous ce rapport. A cette époque existaient encore quelques vieux chirurgiens dont le nom n'était pas sans renommée, et Sir Astley Cooper était dans la vigueur de son talent et de sa gloire. Ce tableau, que les connaissances et le talent de M. Roux rendirent digne du sujet, fut une peinture assez vraie du passé et du présent; mais l'avenir qu'il pronostiquait ne s'est pas réalisé. Les jeunes chirurgiens qu'il annonçait comme l'aurore d'un jour brillant qui allait encore éclairer les hôpitaux de Londres, n'ont pas répondu à cet heureux présage. Un seul de ces noms cités a paru, répandant une vive et véritable lumière, et encore ce n'est pas dans le champ proprement chirurgical. Ce nom est celui de Charles Bell, chirurgien de l'hôpital Midolsex, dont toute l'Europe connait l'originalité des découvertes physiologiques. Quant aux autres noms, ils appartiennent à des chirurgiens dont quelques uns ont eu le bonheur de faire une brillante fortune, dont la nombreuse clientelle a sans doute empêché l'avenir scientifique prédit de s'effectuer, mais qui sont parvenus du moins à donner à la pratique de leur art cette allure aristocratique que l'on trouve si bien empreinte dans le système politique de l'Angleterre. Sir Astley Cooper s'est retiré des hôpitaux et ne voit que peu de clientelle. Son nom a formulé et formule encore en grande partie l'éclat et les progrès qu'offre la chirurgie dans ces hôpitaux au commencement du 19e siècle. Plusieurs de ses neveux l'ont remplacé dans deux de ces établissemens qui furent long-temps le théâtre de ses recherches et de son habileté opératoire; et ici sans vouloir rien ôter au mérite de ces heureux parens, il faut déplorer le système d'administration illibéral et dangereux qui pourrait finir, à Londres, par rendre héréditaire la place de chirurgien d'hôpital, dans une société de parens, d'amis, d'alliés; qui tendrait à soumettre un aussi noble emploi à des intérêts de famille ou de coterie, et détruirait ainsi complétement l'avenir d'un art qui, pour vivre et grandir, a besoin d'indépendance et de liberté.

En cherchant à apprécier ce qui se passe maintenant dans les hôpitaux de Londres, et en comparant les résultats auxquels on arrive, au tableau tracé par M. Roux il est aisé de s'apercevoir que l'art, quant à la pratique des opérations, il y a

taplasme composé d'une multitude de substances, mais principalement d'herbes émollientes et de corps gras; il laissait cette application pendant douze heures, puis essayait le taxis. Il replaçait le cataplasme pendant le même temps, et enfin, après deux ou trois jours de ce traitement, il opérait s'il n'avait pu faire rentrer la hernie, et si la douleur et les vomissemens augmentaient au lieu de diminuer.

De nos jours, si nous consultons les chirurgiens placés à la tête de la science, nous les voyons, tout en indiquant des moyens plus méthodiques que ceux que nous venons de décrire, ne les prescrire qu'avec beaucoup de réserve, et, dans la pratique, n'attacher guère d'importance qu'à l'opération. Ainsi Boyer (1) conseille d'abord l'usage du taxis; puis, après une première tentative, une ample saignée du bras, en cherchant à provoquer une syncope dont on profitera pour réduire. Si ce moyen ne suffit pas, un bain tiède pendant une heure et demie à deux heures, et de nouvelles tentatives de réduction au sortir du bain. Si on n'a pas réussi, cataplasmes émolliens, lavemens, abstinence des boissons. Répétition de la saignée suivant le cas, puis nouvelles tentatives faites avec beaucoup de prudence. Mais après avoir donné tous ces préceptes, l'auteur ajoute, comme pour en restreindre l'usage, « qu'on doit y renoncer quand la tumeur devient douloureuse. L'expérience a appris, dit-il, que, pour peu que l'étranglement inflammatoire soit considérable, il est *bien rare* que la hernie puisse être réduite par le taxis, que les tentatives de réduction violentes et répétées n'augmentent pas l'inflammation de l'intestin, ne le fassent dégénérer en gangrène, etc. » Plus loin : « Il y a des cas où la constriction est si forte, qu'elle permet à peine vingt-quatre heures de délai. On a souvent vu, au bout de vingt-quatre, trente ou trente-six heures, l'intestin livide et prêt à tomber en mortification, ou même déjà en gangrène. Enfin, ajoute-t-il, le danger auquel on expose le malade en se permettant un délai trop long pour l'opération, est si grand et si évident, qu'il y aurait, je pense, moins d'inconvéniens dans tous les cas d'étranglement inflammatoire, à pratiquer l'opération aussitôt que l'accident se manifeste, et sans avoir recours préalablement aux autres moyens, qu'à ne s'y déterminer qu'après avoir reconnu l'insuffisance de ces moyens, et surtout avoir réitéré un grand nombre de fois le taxis, en employant des efforts proportionnés à la difficulté de la réduction. »

Si nous voulons connaître sur ce sujet l'opinion de M. Dupuytren, indépendamment de ses Leçons Orales, nous trouvons dans les additions à la *Médecine opératoire de Sabatier* (2), dans l'édition publiée sous ses auspices par MM. Bégin et Sanson, ses élèves, que les auteurs, après avoir énuméré les différens moyens conseillés contre l'étranglement, et qu'ils regardent comme plutôt applicables à l'engouement qu'à l'étranglement inflammatoire, savoir : les purgatifs à doses réfractées, les lavemens de tabac, les topiques résolutifs ou astringens, la glace, ajoutent : « Les saignées générales, les applications réitérées » de sangsues sur la partie, les bains, les cataplasmes émolliens, » l'abstinence des boissons et des alimens, ramènent les parties en- » flammées à des conditions plus favorables à la réduction. Cette opé- » ration peut alors être tentée avec beaucoup moins d'inconvéniens » pour les parties et beaucoup plus de chances de succès. Cependant, » comme ces moyens ne sont pas à beaucoup près infaillibles, et que » le temps est précieux, on ne doit, en général, employer les anti- » phlogistiques qu'avec *une sorte de défiance*, et le taxis qu'avec » *beaucoup de réserve*, et pour peu que les accidens soient ou de- » viennent intenses, il faut se hâter de recourir à ceux qui en détrui- » sent directement la cause, et pratiquer sur-le-champ l'opération. »

Ainsi, comme on le voit, le traitement préservatif de l'opération est toujours présenté comme offrant peu de chances de succès, et celle-ci comme devant être pratiquée le plus promptement possible. La pratique de l'Hôtel-Dieu, du moins à l'époque où je la suivais (1820), était pleinement d'accord avec ces préceptes; les réductions de hernie par le taxis étaient très-rares, les élèves seuls les tentaient quelquefois avant l'arrivée du professeur; celui-ci opérait immédiatement. Je sais bien que la plupart des malades admis à l'Hôtel-Dieu n'y arrivaient pas immédiatement après l'apparition des accidens, et avaient dû subir quelques tentatives de réduction; mais celles-ci avaient-elles été toujours suffisantes, méthodiques, précédées d'un traitement convenable? C'est ce dont il est permis de douter; l'insuccès ne devait donc pas empêcher d'essayer de nouveau les ressources que ces moyens pouvaient fournir. Quoi qu'il en soit, toutes les hernies, à de très-faibles exceptions près, étaient opérées sans qu'on insistât sur la réduction. Dans beaucoup de cas, on ne l'essayait pas même. Je pourrais citer en preuve de ces assertions plusieurs observations; mais ce serait répéter presque constamment la même formule. Je me contenterai d'un exemple que je copie textuellement dans mes notes.

« Melon (Germain), âgé de 18 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 26 fé- » vrier 1820, et fut placé dans la salle Saint-Bernard au n° 57. Le » soir, il présenta à la visite une hernie étranglée depuis *vingt-quatre* » *heures*. On avait fait inutilement en ville des tentatives de réduc- » tion; la tumeur était dure, douloureuse, et formait un bourrelet » au-delà de l'anneau. *Sans chercher à réduire*, M. Dupuytren se » décida sur-le-champ à opérer. Après l'incision des tégumens et » d'autres couches superficielles, l'opérateur, etc. » Le reste du fait importe peu pour l'objet qui nous occupe. L'opération réussit, et le malade sortit guéri six semaines après son entrée à l'hôpital, n'ayant éprouvé que des accidens peu graves dans le cours du traitement.

Pénétré des leçons que j'avais entendues et des exemples que j'avais eus sons les yeux, en commençant à me livrer à la pratique, je m'attendais à opérer la plupart des hernies étranglées que je serais appelé à traiter. Quelque répugnance aux opérations sanglantes, et la distance à laquelle je me trouvais souvent des praticiens sur lesquels je pouvais compter pour auxiliaires, m'engagèrent à insister sur le traitement antiphlogistique et sur le taxis, beaucoup plus que je ne l'aurais cru utile d'abord. Examinons les résultats de cette pratique.

Je retrouve dans mes notes 17 hernies étranglées depuis 1824 jusqu'à ce jour (janvier 1832). Ces 17 cas n'appartiennent qu'à 11 individus; car une personne en a éprouvé 3, une autre 5. Ces dernières étaient des femmes livrées à des travaux fort pénibles, et qui disaient ne pouvoir supporter les bandages suffisamment forts que je leur avais fait choisir. Des 11 individus, 6 étaient du sexe féminin, 5 du sexe masculin. Ils étaient ainsi répartis d'après leur âge :

(1) Traité des maladies chirurgicales, t. IX, p. 90 et 91.

(2) Pages 459 à 461, t. III.

guère éprouvé de changement, qu'il ne s'est pas enrichi des découvertes faites dans d'autres contrées, et que, pour le traitement interne, le traitement non manuel des maladies chirurgicales, il n'a pas dévié d'un pas des principes qui paraissent constituer l'immuable base de la thérapeutique médicale anglaise. Et d'abord, sous ce dernier point de vue, si l'on veut avoir en peu de mots le tableau exact de la pratique des hôpitaux, il n'y a qu'à traduire à la lettre les conseils donnés par Sir Astley Cooper, par le patriarche en quelque sorte de la chirurgie anglaise, dans ses Leçons de chirurgie (edit de 1835, p. 14)

« Il y a deux moyens de combattre l'irritation, 1° en rendant aux divers orga- » nes leurs diverses sécrétions, ce qui ouvre ainsi au mal toutes les issues. Un » homme qui a la peau chaude et sèche, ainsi que tout le corps, se trouvera sou- » lagé si vous parvenez à le faire librement transpirer. Pour obtenir, d'un autre » côté, des sécrétions plus abondantes dans le canal intestinal, il faut donner des » purgatifs apéritifs; mais quand l'irritation est très-grande, on ne doit pas avoir » en vue une seule sécrétion; il faut chercher à les activer, à les solliciter toutes, » et à cet effet, administrer à la fois des mercuriels, pour agir sur le foie; des pur- » gatifs salins, pour agir sur les intestins; et des antimoniaux, pour agir sur la » peau; 2° il faut chercher à calmer l'irritation du système nerveux, en donnant » de l'opium ou de l'antimoine, ou mieux encore de l'opium, de l'antimoine et du » calomel, pour obtenir tout à la fois un effet sur la peau, le foie et le système » nerveux. »

Pour l'inflammation aiguë, c'est la même chose; mais il y a de plus la saignée, dont la très-grande partie des chirurgiens des hôpitaux n'est pas prodigue, il s'en faut considérablement. Quant à l'irritation et à l'inflammation chroniques, mêmes principes, relativement aux sécrétions et aux évacuans. Seulement il faut agir lentement dans ce cas, où la cause du mal, dit Sir Astley Cooper, est d'ailleurs la même que dans l'état aigu, savoir la suppression des sécrétions et surtout de la bile.

Il est évident que, d'après de semblables conseils, on ne peut voir que des canaux, des fontaines à ouvrir, et quelquefois une excitation générale du système nerveux à calmer. Quant à l'irritation, l'irritabilité, l'état particulier de l'organe auquel on adresse le remède, et surtout de la muqueuse gastro-intestinale, il n'en est à peu près jamais question, à moins qu'il n'y ait une violente inflammation de cette membrane, se manifestant par des symptômes par trop évidens; et encore, dans ce cas, comme il y a toujours une forte fièvre, et mise en jeu de toutes les sympathies, considère-t-on l'irritation générale plutôt que l'organe qui en est la cause. Aussi ai-je vu arriver, et il doit arriver souvent, dans les hôpitaux de Londres, que des maladies, des tumeurs de diverses espèces, des engorgemens des articulations, ce qu'on appelle mal à propos des tumeurs blanches, par exemple, qui ne sont si souvent que le résultat de véritables phlegmasies d'abord aiguës ou chroniques, il arrive, dis-je, que ces tumeurs augmentent, s'aggravent rapidement, et rendent indispensables des opérations que l'on eût évitées avec un traitement plus rationnel. Lorsqu'il se présente un individu ayant un peu l'apparence scrophuleuse, qu'il soit ou ne soit pas jeune, vigoureux, sanguin même, si cet individu est affecté de quelque engorgement articulaire, que la cause déterminante soit externe ou rhumatismale, etc., dominés qu'ils sont par l'idée qu'ils se font des scrophules, les chirurgiens n'emploient point de traitement antiphlogistique actif et convenablement poursuivi; ils se hâtent d'arriver aux remèdes dont je viens de parler, tout en appliquant quelques revulsifs vis-à-

1	de 19 ans.
2	de 30 à 40.
1	de 40 à 50.
5	de 50 à 60.
2	de 60 à 70.
Total	11

Toutes les hernies chez les femmes étaient crurales, et chez les hommes toutes, à l'exception d'une seule, étaient inguinales.

Des 17 hernies, 16 offraient l'étranglement proprement dit; une seule était étranglée par engouement.

Pour le traitement: dans 3 cas le taxis employé seul de prime-abord avec quelque persévérance, a réussi.

Pour la hernie engouée, le taxis fut précédé d'applications résolutives.

Dans 12 cas, j'obtins la réduction par l'emploi du bain, toujours après une application de sangsues précédée quelquefois d'une saignée.

Dans un seul cas, je fus obligé de pratiquer l'opération. Ce dernier fut le quatrième de ma pratique; c'était un paysan âgé de 40 ans environ, tombé malade dans une auberge; l'étranglement durait depuis soixante heures; la hernie était crurale, petite, très-douloureuse. Une saignée, un bain et des sangsues avaient été employés inutilement pour faciliter le taxis, je l'opérai avec M. Senn, soixante-douze heures après l'étranglement. La guérison fut assez rapide.

Ainsi, en soustrayant la hernie engouée, et les trois cas où le taxis employé de prime-abord réussit, voilà une seule opération pratiquée sur 13 hernies étranglées et bien réellement étranglées. Cependant, à l'époque de la réduction, l'étranglement datait d'un temps variable jusqu'à quarante-huit heures. En voici une observation détaillée.

Obs. — La femme Tranchant, âgée de 65 ans environ, mariée, d'un tempérament lymphatique, de petite taille, décrépite et boiteuse, dans la plus grande misère, portait depuis dix ans environ une hernie crurale du côté droit, suite d'un coup de pied qu'elle avait reçu dans l'abdomen. Elle ne faisait point usage de bandage, mais sa hernie rentrait toujours facilement.

Le 5 octobre 1824, à huit heures du soir, elle porta vers le feu une marmite assez pesante, et deux heures après en se couchant, elle s'aperçut que sa hernie était sortie, et elle essaya vainement de la réduire, son mari fit aussi dans ce but des tentatives inutiles. Bientôt elle ressentit par intervalle des douleurs dans le ventre, et eut des vomissemens. Ces douleurs continuèrent le 6 et le 7; elle vomissait chaque fois qu'elle essayait de prendre quelque boisson.

Le 7, à une heure après midi, elle me fit appeler; j'observai une hernie crurale du volume d'un œuf de pigeon, offrant en travers son plus grand diamètre; la tumeur était lisse, dure et peu douloureuse à la pression, les douleurs abdominales et les vomissemens comme le jour précédent; soif, langue sèche, peau chaude et sèche, pouls petit, un peu dur et fréquent. J'essayai inutilement de réduire la hernie. (20 sangsues sur la tumeur, infusion de mauve pour boisson.)

A dix heures du soir, les piqûres de sangsues avaient coulé abondamment, elles fournissaient encore un peu de sang. Les douleurs de ventre avaient été fort augmentées à la suite des tentatives que j'avais faites; tumeur plus dure; vomissemens. Je fis encore quelques efforts pour réduire, ce fut vainement. La malade fut placée dans un bain que j'avais fait préparer; elle y était depuis quarante minutes, et elle s'y trouvait fort indisposée, quand je renouvelai le taxis; au bout de quelques minutes, j'entendis un peu de gargouillement, et presque immédiatement après la hernie rentra instantanément. L'étranglement datait de plus de 48 heures.

Le 8, la malade avait rendu une selle liquide très-peu de temps après la réduction, et les douleurs avaient complètement cessé; la hernie était sortie une fois pendant la nuit malgré des compresses et le spica de l'aine (que j'avais appliqué provisoirement), mais elle était rentrée sur le champ; point de vomissement; soif moindre; langue humide; inappétence. (Eau de riz; diète.)

Le 18, la malade était complètement rétablie.

C'est le second cas de hernie étranglée que j'ai observé dans ma pratique. Ce succès, qui me parut remarquable, m'engagea dès-lors à insister beaucoup plus que ne le prescrivaient les auteurs, sur les tentatives de réduction. J'ai toujours eu lieu de m'en féliciter, et j'ai rencontré quelquefois une telle difficulté, que je n'hésite pas à croire que la plupart des malades que j'ai guéris sans opération, ne l'eussent subie entre les mains de praticiens beaucoup plus habiles que moi.

On a vu par l'observation précédente le traitement que j'emploie; mais je dois y revenir avec quelque détail: il n'offre rien de neuf, si ce n'est peut-être la combinaison des moyens et le choix du moment pour la réduction.

Immédiatement après mon arrivée, le malade étant placé convenablement, le bassin plus élevé que le reste du tronc, les cuisses fléchies, etc., j'essaie le taxis. Si j'éprouve trop de résistance, je fais ou ne fais pas une saignée, suivant la constitution de la personne; mais dans tous les cas je prescris sur-le-champ une application de sangsues sur la tumeur, et un bain. Le bain est ordinairement prêt au moment de la chute des sangsues; dans ce cas le malade doit y être plongé immédiatement, sinon on met sur les piqûres un cataplasme en attendant. Quand le sujet est dans le bain, on passe de temps en temps la main sur les piqûres pour enlever les caillots, et le sang coule en général avec facilité. Je laisse ainsi le malade dans le bain jusqu'au moment où il éprouve le malaise précurseur des syncopes, ce qui arrive presque toujours avant qu'une heure ait été passée dans le bain. A l'instant même je pratique le taxis; quelquefois la réduction s'opère promptement; quelquefois j'insiste une demi-heure et même davantage, en laissant de temps en temps reposer le malade. J'agis méthodiquement; mais j'emploie quelquefois assez de force; je ne me laisse point arrêter par l'état douloureux de la tumeur; et, comme je l'ai dit, cette pratique a été couronnée de succès douze fois sur seize. Le malade ne prend pas de syncope, parce que la douleur l'excite suffisamment; mais il y a cependant toujours une faiblesse qui facilite singulièrement la réduction.

Ainsi, au lieu de pousser la saignée jusqu'à la syncope, comme le conseille M. Boyer, ce qui n'est pas toujours facile à obtenir, et amènerait d'ailleurs une débilité beaucoup plus durable, je fais concourir le bain et les évacuations sanguines dans ce but; puis, au lieu de sortir le malade du bain, comme il le prescrit, j'agis dans le bain même, ce qui est peut-être un peu plus fatigant pour le chirurgien, mais infiniment plus utile pour le patient; car en le sortant de l'eau, en l'essuyant et en changeant son linge, on laisse échapper le moment favorable.

J'ai dit que, pour les tentatives de taxis faites dans le bain, j'employais quelquefois assez de force; qu'il me soit permis de citer un fait qui n'a pas peu contribué à m'engager à insister sur les moyens de réduction. Je fus appelé à la campagne, il y a quelques années, par un de mes collègues, auprès d'un cultivateur d'âge moyen, affecté de hernie étranglée. L'opération paraissait la seule ressource: nous nous munîmes des instrumens nécessaires. L'étranglement datait d'environ 36 heures. Saignées, sangsues, bains, cataplasmes, avaient été inutilement employés depuis la veille au soir; la tumeur, assez volumineuse, occupant le scrotum, était dure et douloureuse. Après avoir essayé inutilement l'un et l'autre le taxis dans le lit, nous nous retirâmes pour déli-

vis l'articulation malade. Aussi, pour celui qui suit quelque temps leur pratique, il est aisé de les voir ayant souvent recours à l'amputation dans des cas que l'on guérit très bien en France ou ailleurs, en se fondant sur des vues plus rationnelles de physiologie pathologique. Quelques-uns à qui j'adressais des observations sous ce rapport, répondaient qu'on avait remarqué un mauvais effet produit par les évacuations sanguines locales ou générales, chez les sujets scrophuleux, ou du moins à leurs yeux d'apparence scrophuleuse, et que s'ils attendaient trop long-temps pour pratiquer l'opération, par exemple, qu'il fût survenu un assez fort mouvement de fièvre, même sans abcès, ni fistule, etc., dans l'articulation malade, l'opération ne réussissait pas aussi bien. Mais je me suis convaincu que ce mouvement de fièvre n'était que le résultat, le plus souvent, des remèdes qu'ils dirigent contre les scrophules, de l'iode ou des toniques, ou du calomel, etc., dont ils ne considèrent pas assez l'action perturbatrice sur la muqueuse gastro-intestinale comme sur l'ensemble de l'économie. Un chirurgien de l'hôpital Guy me disait, en effet, s'être aperçu du mauvais effet produit quelquefois par l'iode sur les muqueuses, sur les tumeurs prétendues scrophuleuses pour lesquelles on l'administrait, et sur l'ensemble de l'économie, mais il ne paraissait pas faire grand compte de cette remarque, car il continuait de suivre la marche donnée, d'administrer ce remède de la même manière et à la même forte dose, dans des cas cependant auxquels sa remarque se serait très-convenablement appliquée. J'ai vu à l'hôpital Saint-George un enfant de 13 à 14 ans, qui était entré avec une inflammation et un gonflement de l'articulation coxo-fémorale gauche. Il n'y avait à cette époque, d'après les renseignemens que je pris, qu'un très-petit allongement du membre, et, dans moins de quatre mois, la luxation spontanée s'était opérée avec un raccourcissement de plus de quatre pouces, sous les yeux du chirurgien. Celui-ci s'était contenté, d'après ses paroles même, de l'application de quelques vésicatoires. D'autres cas de maladies semblables et commençantes se présentaient dans ses salles, chez des enfans ou des jeunes gens même très-sanguins, et je n'ai presque pas vu faire usage d'évacuations sanguines locales, si indispensables dans des maladies qui marchent avec tant de rapidité. Les révulsifs même, appliqués vis-à-vis l'articulation malade, n'étaient pas à beaucoup près mesurés, dans leur degré de force et d'activité, à l'intensité et au danger du mal. Ce même chirurgien me montrait un engorgement articulaire du genou chez une femme de trente ans à peu près. La rotule, lorsqu'on appuyait dessus, ou que l'on cherchait à la mouvoir en différens sens, faisait entendre par son frottement sur les parties sous-jacentes, une espèce de crépitation dont je trouvais l'explication toute naturelle dans la sécheresse des surfaces articulaires, à une certaine époque de la maladie. Je fus presque émerveillé quand le chirurgien me dit qu'une maladie ayant ce caractère était pour lui une maladie hystérique du genou. J'ai vu dans plusieurs hôpitaux des malades affectés de tumeurs articulaires, avec maladie des os, carie, abcès, fistule, etc., auxquels on proposait l'amputation et auxquels on donnait en attendant, sous prétexte qu'ils étaient dans un grand état de faiblesse, du vin, des toniques, différentes espèces de fortifians, quoique tout annonçât chez eux un assez violent état d'irritation des organes gastriques, résultant en grande partie du traitement évacuant, apéritif, mercuriel, etc, employé depuis long-temps pour combattre un mal qu'on avait plutôt contribué ainsi à augmenter. Sans citer ici tous les faits, et à côté des faits les noms des chirurgiens dont les salles me les ont

bérer; nous avions laissé entrevoir au malade la probabilité d'une opération. Le résultat de notre conférence fut qu'il fallait opérer sur-le-champ. Au moment où nous allions rentrer auprès du malade pour lui faire part de notre résolution, il nous cria que sa hernie était rentrée; elle l'était en effet. *Crever pour crever*, nous dit-il, je l'ai serrée entre mes deux mains jointes de toutes mes forces (c'était un homme vigoureux), et elle est rentrée. Le malade n'éprouva aucun accident consécutif.

Je dois ajouter que la femme dont j'ai cité l'observation fut la personne dont le rétablissement a été le plus long, quoiqu'elle ait été pleinement remise cinq jours après; mais elle était très-cacochyme, indigente; l'étranglement datait de plus de quarante-huit heures, et la diarrhée seule la retint deux ou trois jours au lit. Dans le plus grand nombre des cas, je n'ai pu empêcher les malades de reprendre dès le lendemain leurs occupations ordinaires.

Que penser maintenant des conseils que nous avons cités : de renoncer au taxis quand la tumeur devient douloureuse, de n'employer les antiphlogistiques qu'avec une *sorte de défiance* et le taxis qu'avec beaucoup de *réserve*; de la préférence même à donner en général à l'opération pratiquée immédiatement, plutôt qu'à des tentatives de réduction un peu prolongées? J'ai laissé parler les faits; on décidera s'il n'y a pas exagération dans les auteurs cités.

Je me garderai cependant de conclure qu'il faut renvoyer indéfiniment l'opération; je me résumerai seulement en disant :

1° Que ni quelques tentatives de réduction antérieures, ni vingt-quatre, trente-six et quarante-huit heures d'étranglement, ni même l'état douloureux de la tumeur, ne contre-indiquent le taxis soutenu, pourvu que le malade soit placé dans les circonstances que j'ai indiquées; car, alors même qu'il faudrait opérer immédiatement après, ces circonstances sont une préparation convenable pour l'opération.

2° Qu'indépendamment des douleurs et des angoisses de l'opération, et d'un traitement de cinq à six semaines, c'est sacrifier toujours un certain nombre de malades (car l'opération en enlève toujours une proportion quelconque par péritonite), que d'opérer immédiatement comme on le conseille et comme on le pratique.

3° Enfin, que le traitement que j'ai décrit me paraît le plus convenable pour obtenir la réduction (1).

HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Leçons cliniques sur les maladies scrophuleuses. — M. Lugol, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies scrophuleuses jeudi, 21 mai, à 9 heures et demie, et les continuera les jeudis suivans à la même heure, dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

---

(1) Il est une précaution accessoire dont je me suis quelquefois très-bien trouvé dans le taxis. Quand la tumeur est tendue, très-dure, je la comprime pendant quelque temps entre mes doigts des deux mains, avant de chercher à la faire rentrer; cette compression, d'abord faible et étendue, doit être augmentée graduellement; on obtient presque toujours bientôt un ramollissement de la tumeur, dû soit au dégorgement des tissus par la pression, soit à la rentrée d'une petite quantité de gaz. Quand la tumeur est ainsi ramollie, les efforts pour réduire sont beaucoup plus fructueux et moins douloureux pour le malade.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEIL-KUNDE.

Nous trouvons dans le deuxième cahier du vingt-deuxième volume les articles suivans : 1° *aphorismes du professeur Walther*; 2° *expériences sur la digestion, faites particulièrement dans un but médical*, par le professeur Schultz de Berlin; 3° *quelques passages de lettres* de M. le docteur d'Andrejewskig, à M. de Græfe : ils contiennent quelques mots sur l'emploi des bains de vapeur de salsepareille très en usage à Odessa. Ce qui nous a surtout frappés, c'est le développement extraordinaire que prend la médecine en Russie, et la munificence que met le gouvernement à élever de vastes hôpitaux; 4° *sur l'irideremie, l'iridoschisma et la corectopie*, les trois principaux vices de conformation de l'iris, par le docteur Gescheidt (article non achevé); 5° *sur la thérapeutique des chirurgiens*, par le docteur Krüger-Hansen. C'est une critique sur un travail de M. Dieffenbach sur la thérapeutique, où l'auteur ne rend pas au célèbre chirurgien de Berlin toute la justice qu'il mérite. M. Krüger-Hansen cherche encore ici à faire valoir ses vues systématiques sur le traitement des maladies. V. Gazette médicale, page 489, 1834; 6° *moyen facile et sûr de favoriser l'écoulement de sang qui manque parfois lors de l'ouverture des veines dans la saignée*, par le docteur Burdach.

EXPÉRIENCES SUR LA DIGESTION, FAITES PARTICULIÈREMENT DANS UN BUT MÉDICAL, par M. le professeur SCHULTZ, à Berlin.

Ce mémoire est extrait par l'auteur même d'un travail plus étendu qu'il a publié sous le titre de *De alimentorum concoctione experimenta nova*; Berol., 1834. Quand il s'agit d'apprécier la valeur d'opinions en partie opposées à tout ce que l'expérience nous a jusqu'à ce jour appris, il n'est pas sans importance de savoir par qui ces opinions sont émises. Or, M. le professeur Schultz est connu depuis long-temps par des travaux importans en botanique et surtout en physiologie végétale; c'est à lui que l'on doit la découverte du mouvement circulatoire dans les vaisseaux propres des plantes; d'un autre côté, il est bon de se rappeler que le même professeur Schultz a nié et nie encore aujourd'hui l'existence des globules sanguins, qui, suivant lui, ne sont que des bulles d'air.

M. Schultz commence par s'élever contre la doctrine toute chimique qui a fini par envahir l'explication des phénomènes de la digestion. En cela nous sommes d'accord avec lui, et nous pensons que la chymification n'est pas seulement une solution qui peut être imitée au dehors, comme on ne la dit que trop souvent depuis Spallanzani; mais qu'il y a de plus dans tout cela un acte vital, en vertu duquel la masse alimentaire, dépouillée de ses qualités chimiques primitives par une action toute chimique, acquiert peu à peu de nouvelles qualités et ne tarde pas à présenter quelques phénomènes obscurs de vitalité.

L'auteur part de ce principe que, dans les cas où les alimens sont plus

---

fournis, je puis dire que c'est dans la pratique chirurgicale des premiers chirurgiens de Londres que j'ai puisé ces renseignemens. Au reste, ce que je dis pour les tumeurs articulaires formant une portion si nombreuse des affections appelées chirurgicales, traitées dans les hôpitaux de cette ville, je puis l'affirmer de toutes les autres maladies appartenant à la même classe. S'il y avait des exceptions à faire en faveur de quelque chirurgien appliquant à ces maladies des considérations de physiologie pathologique plus rationnelle, ce serait surtout en faveur de M. Lawrence, chirurgien de l'hôpital Saint Barthélemy, qui en général, beaucoup plus que les autres, se tient au courant des progrès de la thérapeutique chirurgicale dans les autres pays. Il offre seulement un peu trop d'irrégularité et d'inégalité dans sa pratique, où on le voit faire quelquefois un mélange bizarre de deux méthodes complètement opposées. Mais je puis affirmer que je l'ai vu, après une opération de hernie inguinale étranglée chez un homme, arrêter une très-violente péritonite en aussi peu de temps, et avec un traitement antiphlogistique aussi vigoureux qu'aurait pu le faire un chirurgien en France, accoutumé à retirer le plus brillant succès d'une méthode thérapeutique indispensable dans les cas de cette espèce. Si ce malade se fût trouvé dans un autre hôpital, je ne crois pas qu'il eût échappé au danger qui le menaçait.

Il est bon de remarquer ici que la disposition scrophuleuse se présente assez souvent dans les hôpitaux de Londres; que la haute classe elle-même n'en est pas exempte; mais il faut remarquer aussi que des gonflemens articulaires simplement rhumatismaux, chez des individus d'un tempérament lymphatique, sont souvent mal à propos attribués aux scrophules. La complication de ces deux états morbides s'offre surtout dans la basse classe du peuple, parmi les domestiques, etc. Des chirurgiens dont je voulais savoir l'opinion sur ce point, attribuaient ces faits, les uns à la mauvaise nourriture, aux boissons ou débilitantes, ou peu toniques, ou simplement enivrantes, dont le bas peuple fait usage; d'autres les attribuaient à l'état de l'atmosphère, à l'humidité, aux brouillards, etc., qui forment le trait le plus général du climat de Londres. Mais ils oubliaient, selon moi, la principale cause : c'est qu'une partie de ce bas peuple, et presque toute la classe extrêmement nombreuse des domestiques, surtout des domestiques femelles, ont pour habitation à peu près continuelle, le jour et la nuit, des cuisines qui ne sont que des espèces de caves, toujours nécessairement humides et fétides, malgré le feu que l'on fait dans quelques-unes une grande partie du jour.

— BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE, ou Recueil de mémoires originaux et de travaux anciens et modernes sur le traitement des maladies et l'emploi des médicamens; par L.-J. BAYLE, D.-M.-P., agrégé en exercice et sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, etc. Tom. III, contenant la *digitale pourprée*, le *seigle ergoté* et la *cigue*. Un fort vol. in-8°, prix : 8 fr.; prix des tomes I, II et III, 22 fr.

difficiles à digérer, la digestion ne se fait pas seulement dans l'estomac, mais qu'il s'établit une seconde digestion dans le cœcum. La digestion, suivant lui, se fait là ou la masse chymeuse est acide; il n'y a donc pas de digestion lorsque cette masse présente une réaction alcaline. Or, l'auteur s'est assuré, par un grand nombre d'expériences, que les carnivores qui font usage d'alimens de facile digestion ne digèrent que dans l'estomac et dans la partie toute supérieure du canal intestinal, tandis que, chez les herbivores, après une première digestion stomacale, la masse chymeuse est neutralisée, ou même rendue alcaline dans l'intestin grêle par l'addition de la bile, pour redevenir acide dans le cœcum. En nourrissant des carnivores avec des alimens végétaux, on peut aussi obtenir chez eux une digestion cœcale.

L'homme, à sa naissance, ne digère que dans l'estomac; le cœcum étant rudimentaire, ce n'est que peu à peu que la nourriture végétale produit chez lui une seconde digestion dans le cœcum, et encore cela n'a-t-il lieu en général que quand on fait usage d'alimens difficiles à digérer. La bile s'accumule dans l'iléon pendant la digestion cœcale, et elle ne pénètre dans le gros intestin que quand la digestion y est achevée; alors les alimens y sont rendus neutres ou alcalins. La valvule iléo-cœcale, loin de servir à empêcher le retour dans l'intestin grêle des matières contenues dans le gros intestin, opinion contredite par les vomissemens stercoraux, sert à empêcher que la bile arrive dans le cœcum pendant que la seconde digestion s'y fait; la valvule est alors contractée comme le pylore l'est pendant la digestion stomacale.

Si la bile est employée à neutraliser les *contenta* de l'estomac, la digestion cœcale en souffre, et réciproquement. Il faut donc, pour que les deux digestions se fassent également bien, admettre qu'elles ont lieu à des époques différentes, de manière à ce que dans l'une la bile soit employée pour neutraliser le chyme stomacal, tandis qu'elle sert à neutraliser les *contenta* du cœcum après la seconde. Il est évident que chez les ruminans la digestion stomacale se fait pendant le jour; la cœcale, pendant la nuit. Quelque chose d'analogue a lieu chez l'homme; aussi l'excrétion alvine se fait-elle surtout le matin, après la cessation de la digestion cœcale.

On serait tenté de croire que le besoin de la faim indique la nécessité de l'alimentation. Il n'en est rien; car notre corps peut avoir besoin de matériaux réparateurs sans que nous ayons faim pour cela, quand l'estomac est rempli de substances qui ne sont pas susceptibles d'être digérées. Avant tout il convient, pour régler les repas, de considérer que les digestions stomacale et cœcale s'entravent mutuellement; or, comme la digestion cœcale est essentiellement nocturne, il faut faire en sorte que l'estomac ne soit plus actif vers la nuit; et comme l'auteur s'est assuré que la digestion stomacale dure au moins six heures, on ne devrait en général plus manger passé quatre heures après midi. Plus on mange tard le soir, plus l'assimilation des alimens est entravée, et plus le besoin d'alimentation est impérieux. De là la faim que l'on éprouve le soir lorsque l'estomac est vide; le plus mauvais moyen que l'on pourrait choisir pour apaiser réellement cette faim serait de manger; il faut alors, au contraire, s'abstenir de manger pour se rassasier. Il en résulte que l'on s'expose à mourir d'inanition en mangeant le soir; aussi les forts mangeurs sont-ils en général maigres, tandis que les individus forts et bien nourris mangent peu.

Si chez l'homme la digestion stomacale souffre, celle du cœcum devient plus énergique. Mais comme le gros intestin n'a que peu de chylifères, les racines de la veine-porte absorbent la majeure partie du chyle; et comme dans ce genre d'absorption le chyle n'est pas élaboré comme il l'est en passant successivement par les glandes lymphatiques, il se mêle tout imparfait au sang; de là un sang contenant des principes incapables de servir à la nutrition du corps, principes qui sont rejetés par les divers émonctoires. Le sang lui-même s'appauvrit de plus en plus, la nutrition générale en souffre, et il s'établit une foule de cachexies, tels que les scrofules, les maladies graveleuses, les blennorrhagies du poumon, les hémorrhoïdes, les hydropisies, les maladies de la peau, les ulcères, etc.

M. Schultz a fait de nombreuses expériences pour connaître la promptitude avec laquelle se digèrent dans l'estomac différentes espèces d'alimens : il en résulte que les végétaux se digèrent beaucoup plus lentement que la nourriture animale; le pain est, de tous les alimens végétaux, celui qui se digère le plus vite. Les alimens pris dans le règne animal se digèrent dans l'ordre suivant, quant à la promptitude : viandes bouillies, fromage, viandes crues, fumées, salées; viandes rôties; le poisson bouilli ou salé; les écrevisses; la graisse, qui ne se digère presque pas. En parlant des poissons, M. Schultz annonce avoir remarqué que les habitans d'un village où l'on se nourrit deux jours de la semaine de poissons, avaient ces jours-là des accès de fièvre intermittente. Ces jours ayant plus tard été changés, les accès ont également changé de jours, tant ces pauvres paysans avaient de peine à digérer les poissons. Les huîtres sont de plus facile digestion; à cet égard, M. Schultz raconte très-sérieusement (car tout ce qu'il dit est sérieux) que M. le ministre d'Altenstein désirant savoir si le fromage a la propriété de faire digérer plus promptement les huîtres que Son Excellence aime à la folie, lui, Schultz, trouva tout simple d'en faire l'essai sur deux chiens de même âge, de même taille, l'un blanc comme neige, l'autre noir comme jais. Les pauvres hêtes n'étant pas envienses du tout de goûter ces mollusques, il fallait les leur enfoncer dans le gosier; bref, l'estomac du chien qui mangea le fromage, c'était le noir, s'acquitta mieux de ses fonctions que celui de l'autre, qui dut rester sans dessert; en sorte que l'auteur n'hésite pas un instant à conclure que l'estomac de M. le ministre se trouvera également bien d'une addition de fromage.

M. le professeur Schultz n'a jamais pu supporter la demi-tasse de café noir après le dîné; il s'est assuré qu'il en est de même des chiens; le café, suivant lui, ne facilite pas la digestion stomacale, mais il l'empêche complètement; il hâte la sortie des alimens non digérés contenus dans l'estomac; de là le soulagement apparent que l'on éprouve; mais la digestion cœcale devient d'autant plus difficile, et la scène se termine ordinairement par une selle liquide ou par une diarrhée. Les mêmes phénomènes ont lieu par l'effet du lait ou du jaune d'œuf cru; en fait d'œufs, il n'y a que les œufs durs qui se digèrent facilement. L'eau froide nuit aussi singulièrement à la digestion stomacale, et provoque la prompte sortie des alimens, tandis que l'eau chaude est toujours très-favorable aux organes digestifs. Les alimens séjournent plus longtemps dans l'estomac des herbivores que dans celui des carnivores, ce qui tient à la conformation de leur estomac. Chez les premiers, les orifices cardiaque et pylorique sont très-rapprochés, par conséquent la petite courbure de l'estomac infiniment plus petite que la grande courbure; l'impulsion que les alimens reçoivent par le mouvement péristaltique est donc beaucoup moins directe vers le pylore, en sorte qu'il ne sort de l'estomac que ce qui est liquéfié, tandis que les alimens solides éprouvent par les contractions péristaltiques un mouvement gyratoire. Chez les carnivores, au contraire, la forme de l'estomac se rapproche davantage de celle de l'intestin, en sorte que les contractions de l'estomac tendent davantage à pousser les alimens solides au dehors. L'auteur a remarqué que l'estomac d'un chien adulte qui n'avait été nourri que d'alimens végétaux, se rapprochait davantage de la forme herbivore que celui des autres chiens. Chez l'homme de même, suivant le genre d'alimentation, l'estomac prendra peu à peu une forme qui se rapprochera davantage, soit de celle des herbivores, soit de celle des carnivores.

Dans le vomissement, on remarque quelque chose d'analogue : la forme de l'estomac des herbivores y rend le vomissement difficile ou impossible, parce que le mouvement antipéristaltique ne tend pas à diriger les alimens vers l'orifice œsophagien, mais seulement à leur imprimer un mouvement gyratoire en sens opposé du premier. Le contraire a lieu pour les carnivores, qui vomissent d'autant plus facilement que l'œsophage s'insère plus à droite de l'estomac.

S'il nous fallait porter un jugement sur ce travail de M. Schultz, nous serions fort embarrassés de le faire; car, d'une part, nous y trouvons une foule d'assertions directement opposées à tout ce que l'on avait cru savoir jusqu'à ce jour, ainsi que des explications évidemment hasardées; d'autre part, l'auteur cite en détail ses expériences, sur lesquelles il fonde et ses assertions et ses explications. Ce sont donc ces expériences qu'il faudrait commencer par répéter, pour voir jusqu'à quel point elles méritent confiance; on saura alors à quoi s'en tenir au sujet de plusieurs assertions qui peuvent paraître paradoxales. Quant aux raisonnemens sur lesquels le professeur de Berlin base quelques-unes de ses explications, il aura bien plus de peine à avoir le public pour lui. Il ne nous fera d'ailleurs jamais accroire, malgré ses assertions, que la viande de porc se digère plus facilement que le pain, les œufs durs plus facilement que les œufs frais, la viande plus vite qu'un poisson tel que la perche et même le brochet. On préférera toujours après le dîner, une demi-tasse de café à un verre d'eau chaude; malgré la défense de l'auteur, on n'en continuera pas moins de faire de bons soupers, et on ne s'en trouvera pas mal, pourvu qu'on en ait l'habitude; et quoi qu'il en dise, on tâchera d'avoir à manger lorsque l'on aura faim, et jamais l'on ne croira qu'à force de manger on finit par mourir d'inanition.

MOYEN FACILE ET SUR DE FAVORISER L'ÉCOULEMENT DU SANG, qui manque parfois lors de l'ouverture des veines dans la saignée; par M. le docteur BURDACH.

Il arrive parfois que dans la saignée du bras la veine reste béante sans qu'il s'en échappe une goutte de sang. Dans ce cas, si tous les autres moyens propres à raviver la circulation dans ces vaisseaux échouent, M. Burdach recommande d'exercer une compression tout-à-fait semblable sur le bras opposé, en appliquant la ligature exactement à l'endroit correspondant à celui où est placée la ligature pour la saignée. Après dix ou douze minutes, les veines du bras qui n'a point été saigné se gonflent et se distendent jusqu'à leurs dernières ramifications à la pointe des doigts. Bientôt après, le même phénomène s'observe au bras où on a ouvert la veine; on en est averti par un sentiment d'engourdissement et de raideur aux doigts. Il faut alors desserrer les bandes également des deux côtés, jusqu'à ce que la raideur et l'engourdissement aient disparu; des frictions douces exercées avec le pouce vers l'ouverture de la veine ne tardent point à y ramener le sang, qui en jaillit bientôt par un jet fort et non interrompu.

Le succès de cette petite opération, que M. Burdach a eu occasion de constater un grand nombre de fois, dépend uniquement du parallélisme de la compression exercée simultanément sur les deux bras, et du relâchement et du resserrement méthodiques et uniformes des deux bandes.

Le même moyen a réussi aussi chez les femmes et les jeunes filles, dont les bras sont gras et potelés et les veines petites et à peine saisissables. Dans ces cas, ces vaisseaux, non-seulement se gonflent et se remplissent de sang, mais semblent encore augmenter de calibre.

La compression double et parallèle des deux jambes peut servir aussi dans la saignée du pied; mais ici ses effets sont moins assurés.

II. RUST'S MAGASIN FÜR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le troisième cahier du 42ᵉ volume, et le premier du quarante-cinquième, contiennent les articles suivans: 1° *sur l'étiologie des fractures dites spontanées*, par le docteur Rumpelt; 2° *effets narcotiques du résidu de tabac à fumer employé en frictions*, par le docteur Westrumb; 3° *trois rapports judiciaires* qui n'offrent rien de nouveau; 4° *observations pratiques*, par le docteur Eulenburg. Parmi ces faits, nous n'en trouvons qu'un seul digne d'être noté, c'est l'observation d'une méningite aiguë traitée d'abord par les antiphlogistiques, et se changeant plus tard en une fièvre intermittente tierce larvée, qui fut coupée par le sulfate de quinine; 5° *rapport de l'année* 1832 *sur l'hôpital de la Charité à Berlin*, par le docteur Kuhk; ce travail n'est pas achevé; 6° *remarques et observations pratiques*, par le docteur Tott. Dans la première partie de cet article, l'auteur rapporte plusieurs affections du système nerveux où la thridace a été administrée avec quelque succès. La seconde contient six observations de maladies chroniques du bas-ventre, qui tendent à prouver que, le plus souvent, ces affections dépendent d'une *vénosité exaltée* dans le système de la veine-porte; 7° *le cadavre d'un individu mort d'une maladie contagieuse aiguë, peut-il propager la contagion?* par le docteur Fischer. M. Fischer croit que cette question n'est pas encore décidée, mais que, sous le rapport de la santé publique, il faut se conduire comme si elle était résolue d'une manière affirmative.

SUR L'ÉTIOLOGIE DES FRACTURES DITES SPONTANÉES; par le docteur RUMPELT.

OBS.—F. L., âgée de 60 ans, affectée il y a huit ans de la pierre, et quatre ans plus tard d'une inflammation des tissus du bassin, souffrait depuis deux ans d'une induration des glandes mammaires s'accompagnant d'une atrophie de tout l'organisme. Depuis un an, elle a des douleurs dans les articulations et les lombes, qui l'ont forcée de garder le lit; il y a sept mois, il était survenu une inflammation du bas-ventre. Dans cet état, la malade fut réveillée pendant la nuit par une douleur très-vive au milieu de la cuisse droite; à l'examen de la partie affectée, on trouva une fracture qui s'était faite pendant le sommeil dans un mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin; le membre fut placé dans un appareil; mais l'état cachectique de la malade s'opposa à toute consolidation. Quinze jours plus tard, il survint à la troisième vertèbre lombaire un abcès par congestion de la grandeur d'un écu, et une escarre gangréneuse à la douzième vertèbre. Quelques jours après, la malade succomba au milieu de ces symptômes de colliquation, dans le dernier degré du marasme.

A l'autopsie, on trouva:

1° Les os du crâne et de la face considérablement atrophiés;
2° Le sternum recoquillé et comme boursouflé;
3° Les os du bassin disjoints de leurs articulations;
4° Les vertèbres lombaires déviées;
5° Toutes les vraies côtes brisées;
6° Une double fracture du fémur droit.

Les muscles environnant cette dernière fracture étaient appauvris, émaciés et flasques. Le périoste, devenu cartilagineux, se laissait facilement séparer de l'os.

Cette observation, rapportée par l'auteur avec beaucoup de détails, et comparée à d'autres faits, surtout à ceux recueillis par Salters et Bouvier, le conduit aux conclusions suivantes:

1° Dans tous les cas la fracture des os avait été précédée de maladies glandulaires de mauvaise nature, et dans deux de douleurs et de faiblesse dans les os malades;

2° Cette fracture n'avait donc pas été l'effet de l'âge, mais d'une affection générale de l'organisme;

3° Les muscles n'avaient pas subi la même altération dans tous les cas; chez celui de Salters ils étaient hypertrophiés et dans un état de suppuration; chez celui que nous rapportons ici, ils étaient flasques et émaciés;

4° Le périoste participait à l'altération morbide de l'os; Salters l'a trouvé épaissi; l'auteur, épaissi et cartilagineux, et Bouvier, transformé en une espèce de coque;

5° D'après l'observation de Salters, le fémur était mou et flexible; d'après l'auteur et Bouvier, il était poreux et friable;

6° Dans tous les cas la solidité de l'os avait entièrement disparu, intérieurement et extérieurement;

7° La moelle des os était transformée en une matière huileuse sanguinolente.

La déperdition du phosphate de chaux et de l'albumine ne peut être mise en doute comme cause déterminante de la friabilité des os. Ceci admis, nous croyons avec l'auteur qu'il ne faut pas placer la cause déterminante de cette friabilité dans la cachexie cancéreuse. En effet, combien ne voit-on pas de personnes atteintes de cancer, chez lesquelles on n'observe point de fractures spontanées des os. Ainsi l'auteur cite un exemple d'une femme qui, entre l'âge de 85 à 94 ans, a été opérée six fois par M. le professeur Pech, pour un cancer à la mamelle, et qui, quoiqu'elle eût fait plusieurs chutes, n'a jamais eu de fractures. Dans l'observation que nous donnons, il existe évidemment un rapport entre la maladie des os et la formation des calculs urinaires, qui a été comme le point de départ des différentes affections subies par la malade. Maintenant la lithiasie a-t-elle été cause ou effet? c'est ce que nous ne pouvons décider. Toujours est-il que l'excrétion du phosphate de chaux et des concrétions calcaires par les urines, dénotent une perte dans les parties constituantes du système osseux.

EFFETS NARCOTIQUES DU RÉSIDU DE TABAC A FUMER EMPLOYÉ EN FRICTIONS; par le docteur WESTRUMB.

OBS. — Henri Haberland, cocher, âgé de 50 ans, souffrant depuis quelque temps d'une éruption au dos avec inflammation et excoriation de la peau, fit faire des frictions sur les endroits dénudés avec le résidu du tabac à fumer. Après quelques minutes, il ressentit un malaise général, un sentiment d'anxiété à la poitrine et à la région précordiale; une pesanteur de tête, des vertiges, de la faiblesse et des tiraillemens dans les membres; nausées, vomissemens et diarrhée avec de légères coliques, face pâle; pupilles resserrées; tête en forte transpiration; peau du reste froide, surtout aux extrémités; pouls petit, lent; respiration difficile; quelques tremblemens; état presque sans connaissance et approchant de la lipothymie. Des lotions chaudes sur les endroits frictionnés et une tasse de café noir, firent cesser tous les symptômes au bout d'une demi-heure. Le soir, il ne restait plus qu'un peu de trouble de la tête, de la faiblesse et un abattement général. La nuit fut tranquille; le lendemain, plus de traces de l'empoisonnement.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

GUÉRISON RADICALE D'UN GOÎTRE LYMPHATIQUE PAR LE SÉTON ET LES CAUSTIQUES, par M. NICK.

L'emploi du séton contre le goître, recommandé d'abord par Monro l'ancien et remis en honneur par M. Quadri, de Naples (1), a rencontré de nombreux adversaires parmi lesquels se remarquent surtout les docteurs Sommerville et Kennedy (2). D'autres, au contraire, en ont obtenu les meilleurs effets. Ainsi le docteur Klein de Stuttgart (3) cite 6 cas de guérison sur 7 par ce procédé; le docteur Hausleutner (4) deux, et le docteur Copland-Hutchinson (5) 3 sur 5. M. Velpeau dit

(1) Novi commentari di medic, del sign. Brera. 1818. Semestro secundo, pag. 109.
(2) London medicinal repository, n. 99. Mars, 1822.
(3) Sammlung Seltener und auserlesener chirurgischer Beobachtungen, etc., von Siebold Rudolstadt, 1807. Band 2.
(4) Ueber die Erkenntniss Natur und Heilung des Kropfs. Horn's Archiv, Band II. 1tes Heft, Jahrgang 1810.
(5) Transactions medico-chirurgicales, vol. II; trad. en français, par Dupin, dans les *Mélanges de chirurgie étrangère*, 1824; p. 475.

aussi que, toutes les fois que la tumeur est formée par des kystes de substances liquides ou demi-liquides, son application n'a rien que de très-rationel (1). Nous sommes entièrement de son avis, et nous croyons que dans les cas où ce moyen a échoué, la méthode de Quadri n'a point été régulièrement observée. Ce reproche peut surtout s'adresser aux essais de Kennedy.

L'observation suivante est une preuve nouvelle à ajouter à toutes celles fournies par les auteurs en faveur de la méthode du chirurgien de Naples; elle nous fera voir aussi quels bons effets on peut retirer de l'emploi simultané des caustiques, sagement dirigé, et combien on a eu tort de vouloir les proscrire dans ces derniers temps.

Obs. — P. M., né d'une mère affectée d'un goître, moutrant des traces d'une ancienne affection scrophuleuse, portait depuis l'enfance un bronchocèle, dont, pour le libérer du service militaire, on avait favorisé l'accroissement jusqu'à l'âge de 21 ans. Cette tumeur, dure, insensible, immobile, à surface lisse et égale, occupait toute la région antérieure du cou, depuis le menton jusqu'au sternum, et d'un sterno-cléido-mastoïdien à l'autre. En deux endroits on remarquait une fluctuation manifeste, à la partie supérieure gauche près l'angle de la mâchoire, de la grandeur d'un petit écu, et du côté opposé dans une moindre étendue; tous les remèdes ayant échoué et le danger de suffocation devenant imminent, le malade se soumit à l'application du séton en janvier 1828. A cette époque le goître avait quinze pouces de long sur huit de large. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit était élargi et aplati en forme de ruban, et le gauche était récliné en arrière. La veine jugulaire droite très-dilatée recevait une foule de veines variqueuses provenant du goitre, et passait sur ce dernier à la réunion du tiers moyen avec le tiers latéral droit; la veine jugulaire gauche, les carotides et la trachée-artère n'étaient nullement sensibles. Aucune pulsation ne se remarquait dans la tumeur; cependant il eût été imprudent de passer tout de suite une aiguille à séton, ignorant entièrement la situation des artères. L'opération fixée au 23 janvier 1828, M. Nick commença par faire une incision longitudinale à la peau, à l'endroit le plus élevé de la fluctuation, à côté de l'angle droit de l'os maxillaire inférieur, puis il enleva couche par couche des portions de la tumeur qui apparut avec une couleur bleuâtre. Après que cinq ou six couches en eurent été ainsi détachées il s'en échappa un jet de liquide brunâtre, d'une odeur semblable à celle de la lavure de chair. Le kyste avait à cet endroit à peu près deux lignes d'épaisseur, et présentait à l'intérieur la couleur des membranes séreuses. On ne laissa s'écouler qu'une petite quantité de ce liquide, après on introduisit dans le sac une sonde vissée, garnie à une de ses extrémités d'un séton large de deux pouces, effilé des deux côtés et enduit d'huile; la sonde fut dirigée vers le sternum où, sur son extrémité boutonnée, à la partie la plus déclive de la tumeur, près de l'articulation sterno-claviculaire droite, il fut pratiqué une contr'ouverture à travers laquelle on passa le séton. Cette opération achevée, la sonde garnie d'un second séton fut de nouveau introduite par l'ouverture inférieure et conduite de bas en haut, où elle vint ressortir par une troisième plaie faite au bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, à un pouce au-dessous de l'apophyse mastoïde.

Le trajet parcouru par la sonde de haut en bas pouvait être à peu près de huit pouces et demi; celui de bas en haut, de sept pouces. Il s'était échappé un litre de liquide et la tumeur s'était affaissée d'un bon tiers de son volume; l'hémorrhagie fut insignifiante.

On pansa avec des plumasseaux enduits d'huile, repos absolu et diète très-sévère. La première nuit fut assez tranquille.

Le 24, fièvre modérée, peu de rougeur au cou; il suinte un peu de liquide brunâtre par l'ouverture inférieure.

Le 25, fièvre plus forte, toux, rougeur, chaleur du cou, sensibilité à la pression, point de suintement.

Le 27, l'écoulement séro-purulent a reparu; plus de fièvre; ni rougeur ni chaleur. On tire pour la première fois le séton gauche; ce qui occasione quelques douleurs aux ouvertures, sans en produire dans l'intérieur de la tumeur.

Le 29, M. Nick sentant encore toujours de la fluctuation dans une partie de la tumeur, pensa qu'il pouvait exister un second kyste qui n'avait point été traversé par les deux premiers sétons; il agrandit donc la plaie inférieure d'un pouce et aussitôt il vit proéminer par l'ouverture un sac légèrement fluctuant, d'un rouge bleuâtre, dont il excisa une des parois couche par couche, sans occasioner ni de grandes douleurs, ni d'hémorrhagies abondantes. Il s'échappa de cette nouvelle poche, encore une fois, près d'un litre d'un liquide d'une couleur un peu plus foncée que le premier; les parois du kyste présentaient à l'endroit de l'incision plus d'un demi-pouce d'épaisseur. M. Nick introduisit également à travers cette nouvelle poche deux autres sétons qui allèrent ressortir, le plus long à gauche par l'ouverture déjà pratiquée près de l'angle maxillaire inférieur, et l'autre à droite derrière le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit. De cette manière toute la tumeur, qui était tombée de moitié, se trouvait traversée par quatre sétons réunis ensemble par leurs extrémités inférieures dans une seule et même plaie, et en haut deux à deux dans deux plaies différentes situées l'une à droite, l'autre à gauche; leur longueur totale pouvait être de plus de quatre pieds.

Les sétons, tirés le premier jour tous les quatre à travers la tumeur, ne furent plus passés que deux à deux et alternativement de deux jours l'un, à cause de la trop vive irritation qu'ils occasionaient aux orifices des différentes plaies. Le dixième jour après la seconde opération, la suppuration n'ayant point augmenté et la tumeur n'étant pas devenue plus petite qu'elle n'était après l'écoulement de la première sérosité, on enduisit les sétons d'onguens irritans qui ne firent que rendre douloureux les orifices des plaies, au pourtour desquelles s'étaient développées de petites végétations tuberculeuses, sans produire d'excitation à l'intérieur de la tumeur. On fut donc forcé d'avoir recours à un moyen plus puissant. Le 8 février, on fit avec une solution d'abord d'un scrupule, ensuite d'un gros de potasse caustique sur une once d'eau, des injections dans l'intérieur du kyste, en ayant soin d'enduire les ouvertures des trajets avec un corps gras pour les garantir. Ces injections, en arrivant dans le second sac, n'étaient nullement senties, tandis qu'elles occasionaient de vives douleurs dans le premier. D'abord, on ne les y laissa séjourner que 10 à 12 secondes, puis jusqu'à 3 minutes et plus encore. Chaque fois il s'échappait avec elles de l'intérieur de la tumeur un liquide ichoreux plus ou moins noir. On n'eut jamais de fortes hémorrhagies à craindre. Une fois seulement il fallut recourir à l'emploi de l'eau froide pour arrêter l'écoulement du sang. Ce n'est qu'à la suite de ces injections caustiques que l'on commença à sentir l'odeur toute spécifique qui accompagne l'emploi du séton contre le goître.

Le 15 février, le malade ayant été pris de pyrosis et d'inappétence à la suite d'un écart de régime, et ressentant en même temps des tiraillemens tantôt à l'oreille droite, tantôt à la gauche, on suspendit l'usage des caustiques et on ne tira plus les sétons que tous les deux ou trois jours.

L'état du patient s'étant de nouveau amélioré, on reprit les sétons, et pendant tout le mois les injections de potasse caustique, et on passa de nouveau les sétons tous les deux jours. Durant ce temps, la suppuration était devenue plus abondante, et d'une odeur de plus en plus fétide; mais la tumeur avait considérablement diminué.

Le 1er avril, on put de nouveau sentir la carotide gauche; les sétons qui passaient par la première tumeur, et qui étaient devenus très-douloureux, furent enlevés; et on chercha à agrandir, au moyen de l'éponge préparée, l'ouverture inférieure, pour parvenir plus facilement au second kyste, qui conservait encore le volume d'un poing et demi. Les injections ayant fini par irriter et rendre très-douloureux les orifices des plaies, furent remplacées par l'application du beurre d'antimoine, dont on enduisait tous les deux jours les parois internes du sac, qui se montraient dures et insensibles pendant l'espace de dix à douze secondes.

Les portions mortifiées par les caustiques ne se détachant pas spontanément, on fut obligé de les enlever au moyen de pinces à polypes; d'où des hémorrhagies assez abondantes, qu'on parvenait toutefois à arrêter assez facilement. On continua ainsi, avec les deux sétons restans, l'emploi du caustique et l'arrachement des parties sphacelées pendant les mois d'avril et de mai. Les morceaux détachés étaient d'un tissu dense et serré, et souvent parsemés de lamelles osseuses très minces, dont parfois quelques-unes, de la largeur de 3 à 4 lignes, s'échappaient avec la suppuration.

Le 1er juin, le goitre, qui s'était affaissé de jour en jour, n'avait plus que la grosseur d'un œuf de poule, et ne suintait plus qu'à gauche.

Le séton qui traversait le kyste interne depuis l'ouverture fistuleuse inférieure jusqu'à l'orifice supérieure droit, fut alors retiré, parce qu'on pouvait le sentir à l'extérieur, qu'il occasionait de trop fortes douleurs et rendait les mouvemens de la tête difficiles.

Le 10 juin, un fil de soie fut fixé à une des extrémités du séton gauche, et tiré ainsi à travers la plaie, on serra ses deux extrémités aussi fortement que possible sur la tumeur, afin de diviser en deux ce qui en restait encore; et on quitta l'emploi du beurre d'antimoine à l'intérieur, que l'on remplaça par des frictions d'iode sur le cou.

Le 25 juin, le fil de soie avait entièrement divisé les parties jusqu'à une petite languette que l'on acheva avec le bistouri; toute la tumeur avait disparu; la plaie fut pansée avec de la charpie sèche, et la partie qui était le siège du goitre légèrement comprimée par un bandage approprié.

Le 4 juillet, la cicatrice était complète. Il n'existe maintenant plus aucune trace du goitre; seulement la peau du cou est naturellement lâche et plissée. M. M... a pu s'exposer à toutes les intempéries et se livrer aux rudes travaux qu'exige sa profession de tanneur sans éprouver la moindre rechute.

SUR LES ULCÈRES PHAGÉDÉNIQUES OU RONGEANS DU COL DE LA MATRICE; par le docteur HEYFELDER.

Il n'est malheureusement que trop vrai, ainsi que cela a été démontré surtout de notre temps, depuis qu'on fait un usage meilleur et plus fréquent du spéculum, que tous les ulcères du col de la matrice ont été pris pour des ulcères carcinomateux, et traités ou plutôt négligés comme tels, au grand détriment des malades. En effet, Dupuytren et d'autres ont démontré que souvent la portion vaginale peut être le siège d'ulcères syphilitiques qui cèdent à un traitement convenable. Clarke et Burns ont fait connaître et décrit sous le nom d'*ulcères phagédéniques* ou *rongeans* des ulcères particuliers qui détruisent lentement le col de la matrice. Deux cas pareils se sont présentés à l'observation de M. Heyfelder dans le courant du dernier semestre. L'essai a été malheureux dans tous les deux. L'auteur, d'accord avec les médecins anglais, croit qu'il est aussi difficile, sinon impossible, de guérir ces ulcères, que de mettre des bornes à leur développement.

La première malade, âgée de 55 ans, avait perdu ses règles il y a douze ans; l'autre, de 32 ans, blonde, était affectée de fleurs blanches depuis sa dix-huitième année. Toutes les deux, auparavant toujours bien réglées, avaient eu des enfans; elles assurèrent n'avoir éprouvé dans le principe qu'un sentiment de chaleur au col de la matrice, qui, au bout de deux mois, s'était changé en une douleur brûlante, égale, fixe et continue. Il s'y joignait un écoulement blanc rougeâtre, d'une odeur particulière, qui de temps en temps était compliqué d'hémorrhagie; plus tard il survint chez toutes les deux un écoulement non interrompu de l'urine, accompagné de fièvre hectique. Elles moururent dans le marasme après un délire court et tranquille. Il est encore à noter que le bas-ventre se montrait entièrement aplati; on n'y put découvrir au-

(1) Nouveaux élémens de médecine opératoire. Paris, 1832, t. II, p. 483.

cune tumeur; la glande inguinale gauche était tuméfiée et douloureuse chez une de ces malades. M. le docteur Heyfelder, qui fut appelé comme médecin consultant dans les deux derniers mois de leur vie, les trouva dans l'état suivant : excitation particulière comme on l'observe chez les hystériques; appétit bon; digestion facile; selles difficiles; on était obligé de les provoquer par des purgatifs ou des lavemens; sommeil bon, quelquefois interrompu par l'humidité, suite de l'excrétion continue de l'urine; les malades se promènent dans la journée. Par l'exploration vaginale on ne peut découvrir aucun vestige de la portion vaginale; elle était remplacée par une surface ulcéreuse de la grandeur d'une pièce de 6 crechs au même niveau que le corps de l'utérus, vers les symphyses du pubis; le doigt explorateur arrivait, par cete ouverture dont les bords étaient inégaux, dans une cavité; en le retirant, il avait très-distinctement l'odeur de l'urine. Plus tard on découvrit chez la femme la plus âgée, à côté de cette ouverture et entre l'utérus, une seconde ouverture par laquelle on arrivait à des parties lisses qui cédaient à la pression, et qui, plus tard, faisaient bernie hors de l'ouverture; l'exploration occasionait toujours un peu de douleur. Le traitement consista dans des bains, des injections faites avec une décoction de belladone et de l'eau de kréosote; à l'intérieur des calmans auxquels on associa plus tard l'extrait de quinquina; des lavemens. Les injections produisirent toujours une sensation désagréable, et augmentèrent l'irritabilité des parties sans diminuer l'écoulement, qui gardait toujours son odeur particulière. La kréosote fut supprimée et remplacée chez une de ces malades par une solution d'alun, qui diminua pour peu de temps l'écoulement, et corrigea son aspect et son odeur. L'esprit de térébenthine paraissait diminuer l'écoulement continuel de l'urine.

A l'autopsie, on trouva chez la femme la plus âgée que l'ouverture conduisait dans la vessie, qui était rouge à l'extérieur et à l'intérieur, et si molle qu'on la déchirait en la détachant du péritoine. Cette ouverture à bords inégaux se trouvait près de l'insertion des uretères, qui étaient séparés de la vessie par l'ulcère, et produisaient ainsi l'écoulement continuel de l'urine. Par la seconde ouverture, on arriva dans la cavité abdominale; c'était une portion de l'intestin grêle qui faisait bernie. A côté de cette ouverture se trouvait une très-petite partie de la matrice; le reste était détruit. Les surfaces de l'ulcère étaient foncées et grenues. La seconde autopsie donna le même résultat; seulement, il y manquait la seconde ouverture.

A la suite de ces faits, l'auteur rapporte l'observation, extraite d'un rapport judiciaire, d'une femme de 33 ans, atteinte de la même maladie, chez laquelle la portion vaginale était déjà complétement détruite, et qui fut guérie par des injections de kréosote étendue d'eau, faites deux fois par jour pendant six semaines; l'écoulement diminua et devint plus consistant, et enfin les surfaces de l'ulcère se cicatrisèrent.

M. Heyfelder remarque que cette maladie ne paraît pas être rare, vu qu'il a eu occasion de la voir deux fois pendant six mois. M. Heyfelder, qui nous a déjà fourni à plusieurs reprises l'occasion d'apprécier sa manière claire et précise de poser un diagnostic, dit : « La symptomatologie, la marche rapide et l'autopsie ont prouvé suffisamment que cette maladie n'est pas le cancer ordinaire de la matrice. » Nous trouvons qu'ici les observations telles qu'il les rapporte ne sont pas assez complètes pour décider s'il avait affaire ou non à des ulcères cancéreux.

RUPTURE SPONTANÉE DE L'ESTOMAC, par le docteur HAUFF.

OBS. — F. M, commerçant, âgé de 48 ans, d'une constitution faible, souffrait d'affections du bas-ventre, surtout d'hémorrhoïdes, mais jamais de maux d'estomac proprement dit; d'une vie austère et régulière, il ne s'était jamais livré qu'à quelques excès de boisson. Cela lui arriva le 18 octobre, à 9 heures du matin, en travaillant dans sa cave, où il fut pris de douleurs du bas-ventre tellement fortes qu'il tomba évanoui; ses extrémités devenaient froides; on le porta dans son lit; les douleurs s'étendaient sur la poitrine, le dos, les épaules Respiration difficile; point de vomissemens ni d'éructations. A midi, ventre tuméfié, douloureux au toucher, douleurs semblables à des coliques; vomiturition, fièvre. Le malade avait porté, il y a quelques années, un bandage pour une hernie inguinale au côté droit, qui avait été mis de côté parce qu'on croyait la hernie guérie. A l'examen on trouva le canal inguinal assez ample, mais libre; seulement en faisant tourner le malade il se remplissait d'air; le diagnostic devint difficile. Par l'emploi des saignées générale et locale, de vésicatoires sur le bas-ventre, de frictions et lavemens émolliens et d'une émulsion nitrée, les douleurs diminuèrent un peu. Le ventre resta le même, selles et flatuosités nulles.

Le lendemain calomel et bain de son; point d'amélioration. M. Hauff fut appelé à midi et trouva le malade dans l'état suivant : position immobile sur le dos, figure pâle et froide, non hippocratique; extrémités froides; pouls petit et fréquent; ventre tuméfié, dur et douloureux; respiration difficile; sanglots; vomissemens d'un liquide de couleur de chocolat; soif très-forte; canal inguinal au même état. M. Hauff diagnostiqua une rupture de l'estomac, ou de l'intestin, ou un volvulus. Emulsion d'huile de ricin, de croton et de sel ammoniac; lavemens de tabac avec assa fœtida; plusieurs bains.)

Pendant la nuit, douleurs nulles; plusieurs selles, mais sanglots et vomissemens; le malade devint toujours plus faible et mourut avec toutes ses facultés intellectuelles à midi, après cinquante-une heures de maladie.

Autopsie faite le lendemain. Putréfaction très-avancée. La tête ne fut pas ouverte. Poitrine: adhérence très-prononcée de tous les viscères; poumon à sa partie inférieure un peu tuberculeux, d'un bleu foncé, riche en sang, affaissé. Cœur petit, flasque et livide.

Abdomen. Grande quantité de matière liquide, qu'on reconnaissait être des alimens digérés, se trouvant sur les intestins qui étaient à leur surface très-enflammés, bleu-rougeâtre, distendus d'air, très adhérens entre eux et les parties voisines, leur lumière rétrécie, au reste à l'état normal; point d'intestins dans le canal inguinal. Foie plus riche en sang qu'ordinairement, partout adhérent; entre lui et l'estomac il se trouvait quatre gros vers lombricaux, dont un vivait Pancréas, rate et reins sains, mais très adhérens Estomac d'une ampleur ordinaire, rempli à moitié du liquide déjà mentionné, non enflammé à l'extérieur; en l'incisant on découvrit à 2 pouces et demi au-dessous du cardia, à la grande courbure, un trou rond coupé à pic de la grandeur d'une pièce de six crechs, ses fonds non boursoufflés, épaissis ou ramollis, au contraire le tissu de l'estomac paraissait ici être plus dense; à la surface interne et externe les bords étaient entourés d'un réseau noir et ramolli, tandis que la couche moyenne blanche, dense, paraissait être presque cartilagineuse. Nulle part dans les environs on ne trouvait des vestiges d'une ancienne inflammation ou d'ulcérations. Deux pouces plus bas vers le fond de l'estomac, également dans la grande courbure, il se trouvait un trou rond de la grandeur d'un crech, qui avait perforé entièrement la muqueuse et en partie la musculeuse; encore ici nulle trace d'inflammation ni d'ulcération; du reste toute la surface interne de l'estomac pâle, riche en replis et à l'état naturel, excepté au fond où il existait un endroit de la grandeur d'un pouce carré qui avait une couleur de chocolat, mais qui s'effaçait facilement par l'eau.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est cette grande désorganisation de l'estomac, qui est arrivée à ce point sans qu'il existât pendant la vie des dérangemens très-marqués dans la digestion, ni même des douleurs de l'estomac. La perforation elle-même est d'une nature particulière.

Il n'est pas douteux que la perforation a eu lieu au moment où les fortes douleurs du bas-ventre ont commencé, et que le contenu de l'estomac s'est épanché subitement dans le bas-ventre, d'où les douleurs de cette partie, qui ont simulé même une affection de poitrine. La suite naturelle était une péritonite promptement mortelle. Il est bien difficile de déterminer si les lombrics sont sortis de l'estomac pendant la vie ou après la mort, ce qui, d'après l'auteur, est indifférent; car, ajoute-t-il, personne n'admettra les vers lombrics comme cause de la perforation. Sans vouloir émettre aucune hypothèse sur les causes des perforations spontanées qui ne se trahissent par aucun symptôme, on ne doit pas rejeter peut-être d'une manière si absolue l'opinion des auteurs qui les attribuent parfois à la présence des vers.

RUPTURE SPONTANÉE DE LA VESSIE, par le même.

OBS. — F. H., soldat, âgé de 26 ans, d'une bonne constitution, après avoir bu pendant une nuit entière et le lendemain matin beaucoup de vin nouveau en fermentation, fut pris à table, à une heure de l'après-dîner, de douleurs si fortes du bas ventre qu'il se coucha sur le plancher. On le porta dans un lit chaud et on couvrit le bas-ventre de linges chauds; une émulsion huileuse diminua un peu les douleurs. A l'arrivée de M. Hauff, à neuf heures du soir, le malade était dans l'état suivant : ivresse; position immobile sur le dos; douleurs très-fortes du bas-ventre; mouvemens presque impossibles des extrémités inférieures, ceux du tronc tout-à-fait nuls à cause de fortes douleurs; épigastre élevé et sympathique; le reste du bas-ventre plutôt plat que ballonné, très-dur, brûlant et douloureux au toucher; pouls fréquent, dur; soif forte; vomissemens; urine nulle depuis le matin; point de selles depuis la veille: région vésicale non tuméfiée, aplatie. On prescrivit une large saignée, une émulsion d'huiles de ricin et de croton avec du sel amer On recommanda de mettre 12 sangsues à la région vésicale si l'écoulement des urines ne se rétablissait pas; comme la région vésicale n'était pas tuméfiée, le cathéter n'était pas indiqué. Lavemens d'une décoction de tabac avec l'assa fœtida.

Nuit assez bonne quoique sans sommeil; vomissemens; point de selles; léger écoulement d'urine; pouls moins dur; bas-ventre comme hier, mais un peu plus tuméfié; estomac distendu comme une vessie, remplissant toute la région épigastrique qui donne un son tympanitique à la percussion, tandis que le reste du bas-ventre offrait de la matité; pouls petit, fréquent; douleurs un peu moins fortes, mais empêchant encore toujours les vomissemens; visage froid, pâle, mains et pieds chauds; vomissemens plus fréquens. (Potion avec du laudanum et de l'esprit de sel ammoniac anisé, donnée par gouttes; lavemens comme hier; fomentations aromatiques vineuses, chaudes sur le bas-ventre.)

Le soir, même état si ce n'est quelques selles; vomissemens moindres: le malade se loue de sa position; légère émission d'urine; région vésicale nullement tuméfiée. (Mêmes médicamens.)

Nuit assez bonne, un peu de sommeil. Le matin : douleurs moindres, vomissemens plus fréquens; quelques selles; émission de l'urine nulle; tuméfaction du bas-ventre comme auparavant; dans le courant de la journée les douleurs diminuèrent encore, les vomissemens étaient devenus plus fréquens, et il survint un hoquet très-fort et douloureux; pouls petit, filiforme; figure pâle et extrémités froides.

Au soir, respiration stertoreuse; somnolence; paralysie complète des extrémités inférieures; mouvemens très-difficiles des membres supérieurs; surface inférieure du scrotum bleu noirâtre; le malade, en se réveillant de sa somnolence, avait ses facultés intellectuelles intactes et disait être bien. Cet état continua jusqu'à la mort qui arriva le lendemain matin à sept heures, quatrième jour de la maladie.

Autopsie faite six heures après la mort (1). Lividité du scrotum s'étendant jusqu'à la racine du pénis. Estomac, bas-ventre et tronc chauds comme pendant la vie. La tête ne fut pas ouverte. Viscères de la poitrine sains; grande quantité de liquide clair, jaunâtre et sans odeur particulière dans le bas-ventre. Intestins et péritoine tapissant les parois du bas ventre d'un bleu foncé, en quelques endroits d'un noir-rougeâtre. Tous les intestins sains à la surface interne, remplis d'alimens et de vin.

Foie, rate et pancréas à l'état naturel. Dans la profondeur du bassin il se trouva un corps d'un bleu-foncé, de l'aspect et de la grandeur d'une petite noix; c'était la vessie, au bas-fond de laquelle existait une ouverture de la grandeur d'une pièce de six creubs; ses bords étaient inégaux, érodés. Parois de la vessie dures, presques calleuses; tuniques d'un bleu-rougeâtre, fermes et de l'épaisseur de 2 lignes à 2 lignes et demie, d'un tissu compacte, semblable à l'utérus. Vessie à peu près de la capacité de celle d'un enfant de six ans. Prostate saine.

Ici encore les douleurs violentes du bas-ventre ont commencé avec la rupture subite de la vessie et avec l'épanchement de son contenu; car il n'est pas probable que cette rupture ait eu lieu dans le courant de la maladie. D'après l'autopsie, il n'est pas douteux que déjà depuis long-temps la vessie était malade; mais il est remarquable que le malade ne s'était jamais plaint d'une affection quelconque du système urinaire et d'aucune douleur dans la région de la vessie. Les derniers excès du malade sont probablement la cause de cette rupture, qui a été l'effet de la réplétion de la vessie; mais comme la grande quantité de l'urine trouvée dans le bas-ventre a bien surpassé de dix fois la capacité de la vessie, il faut bien admettre que la sécrétion de l'urine a continué après la rupture de la vessie. Un autre phénomène digne d'être noté, c'est que le malade a rendu encore pendant la vie de l'urine, ce qui ordinairement n'a pas lieu dans de pareils cas. Ajoutons encore que la région vésicale n'était pas tuméfiée, et on comprendra combien le diagnostic devait être difficile dans ce cas.

DE LA SUEUR BLEUE, considérée comme phénomène critique dans certaines affections chroniques du bas-ventre; par M. le docteur BLEIFUSS.

Les observations de sueur bleue sont tellement rares, selon M. Chomel, qu'elles sortent en quelque façon du domaine de l'art (2). En effet, on ne connaît jusqu'à présent que deux faits de cette nature, qui sont tous deux insérés dans la GAZETTE MÉDICALE, l'un dans le recueil de 1831, l'autre dans celui de 1833, p. 779.

Celui que nous présentons aujourd'hui nous paraît d'autant plus intéressant que M. le docteur Bleifuss a su le rattacher d'une manière ingénieuse à la séméiotique de certaines affections du bas-ventre.

Depuis long-temps, dit l'auteur, j'observais que la sueur de mes pieds était colorée en bleu foncé, et je ne pouvais me rendre compte de ce singulier phénomène. J'en parlai à un de mes confrères, qui m'apprit que chez lui la transpiration sous l'aisselle droite présentait la même coloration. Nous nous étions assurés que cela ne tenait point à la couleur de nos vêtemens.

A cette coïncidence venait s'en ajouter une autre non moins remarquable; c'est que mon confrère et moi nous souffrions depuis un certain temps d'une affection chronique du système ganglionnaire abdominal, avec pléthore du système de la veine-porte et altération fonctionnelle du foie. Cette double circonstance éveilla mon attention, et je crus y trouver l'explication de la signification pathologique de la sueur bleue. Je me rappelai ce que M. Braconnot avait dit sur l'existence d'une matière sucrée dans la bile de certains foies (3), matière qui, selon Hosch et W. Sachs, peut également être sécrétée par les reins, et donner naissance, quand il est surabondant, au diabète sucré. La coloration par l'acide sulfurique, en bleu violet, de ce principe, que je regarde comme un produit pathologique, me fit penser que, mêlé aux sueurs et combiné avec l'acide lactique, il donnait à la matière de la transpiration cette couleur bleue si remarquable. D'après ces considérations, je me crus autorisé et suis encore porté à admettre que « la sueur bleue » est un phénomène critique salutaire dans les affections chroniques de » l'abdomen du genre de celles dont je suis atteint. » Ce qui me confirme dans cette manière de voir, c'est que depuis que je suis sujet à cette sorte de transpiration, ma santé s'est améliorée, et je suis beaucoup moins exposé aux congestions sanguines.

(1) Il est assez extraordinaire qu'en Allemagne, où la police médicale est bien plus stricte que chez nous, on se permette de faire une autopsie dans un délai aussi court.

(*Note du rédacteur.*)

(2) Élém. de patholog. générale, p. 270.

(3) Bulletin des sciences médicales, Novembre 1829.

IV. MEDICINISCHES-CONVERSATIONS-BLATT.

Nous trouvons dans un numéro déjà ancien de ce journal l'observation suivante, qui nous a paru intéressante, surtout à raison de l'absence de toute altération nécroscopique.

MALADIE QUI EST RESTÉE SANS EXPLICATION, par le docteur HEYFELDER.

OBS. — Une petite fille qui n'avait pas tout-à-fait trois ans, qui avait passé sans accident la dentition et une rougeole bénigne, et dont le développement n'avait eu rien de trop rapide, se met le 15 septembre 1832 à table avec gaîté, mange avec appétit sa soupe, mais ne touche pas aux légumes qui étaient devant elle, assurant qu'elle est lasse et qu'elle veut dormir; ce qui ne parut pas étonnant, attendu que l'enfant s'était levée de très-grand matin, avait beaucoup joué et fait en outre une longue promenade avec sa mère. Placée sur un canapé, elle dormit tranquillement sous une couverture pendant une heure, joua ensuite comme à son ordinaire, et ne se plaignit ni de douleur, ni de chaud, ni de froid. Alors le pouls était régulier; la langue nette et humide; le ventre sans tension; la soif n'était pas extraordinaire; l'appétit manquait. Mise au lit vers huit heures du soir, elle s'endormit agitée, eut de fréquens soubresauts, parla dans son sommeil, et grinça souvent des dents. Ces deux derniers phénomènes avaient été observés chez elle à plusieurs reprises. Le matin elle se plaignait de céphalalgie, laissait tomber sa tête, avait les joues chaudes; le pouls fréquent et dur; la langue humide, non chargée, sans chaleur extraordinaire; la respiration naturelle; le ventre souple. L'urine, peu abondante, était trouble et laiteuse; les selles manquaient depuis la veille. Elle demanda à sortir du lit pour être habillée comme à l'ordinaire, et se rendit elle-même au lieu où elle avait coutume de déjeuner. Elle me parut chanceler en marchant. Les pupilles des deux yeux étaient un peu dilatées.

Diagnostiquant une congestion vers le cerveau, j'o donnai dix sangsues à la tête, des applications froides sur cette partie, des sinapismes aux jambes, deux grains de calomel toutes les deux heures.

Après la chute des sangsues, l'écoulement du sang fut entretenu pendant trois heures; l'enfant témoigna l'envie de dormir, s'endormit, mais fut agitée pendant son sommeil, eut de vives terreurs et parla beaucoup comme la nuit précédente. Éveillée elle avait sa pleine connaissance, joua avec sa mère, demanda ses jouets et but avec vivacité les remèdes et la tisane. Jusqu'à deux heures de l'après-midi il n'y avait point eu d'évacuation alvine; alors un lavement fut administré, et l'enfant mis dans un bain chaud. Alors survinrent plusieurs selles verdâtres qui entraînèrent quelques vers. Néanmoins la céphalalgie s'accrut, l'enfant criait beaucoup, portait de temps en temps la main à son front, dormait les yeux entr'ouverts, la pupille tournée en haut, se réveillait facilement, avait alors toute sa connaissance et désirait des boissons froides. On appliqua encore huit sangsues, les autres moyens furent continués. Vers neuf heures l'enfant se calme et dormit sans éprouver de terreurs jusqu'à minuit. Le pouls était moins fréquent et moins dur; la température de la peau naturelle. Minuit venait de sonner, lorsque soudainement la petite fille frappa autour d'elle des pieds et des mains, poussa des cris perçans, puis se mit sur son séant, se réveilla et parla à ses parens qui étaient près d'elle. Mais on remarqua qu'elle ne pouvait plus prononcer tous les mots distinctement; ainsi elle disait : *Mater* au lieu de *Vater*, *Ruder* au lieu de *Bruder*. En même temps la déglutition était devenue difficile et bruyante; et la langue n'était plus droite entre les dents : elle était déviée. L'intelligence était libre et l'enfant jouait comme à l'ordinaire avec les assistans. Au bout d'une demi-heure elle se rendormit, et son sommeil, sans être tranquille, ne fut pas non plus fort troublé. Elle se réveilla vers sept heures du matin, et demanda à être levée et habillée pour déjeuner avec ses parens. Son pouls était régulier; la face et la tête avaient leur chaleur normale; le parler était naturel, et la bouche était moins déviée que la nuit précédente. On lui présenta une tasse de lait et d'eau, qu'elle porta avidement à sa bouche, et qu'elle essaya d'avaler; mais malgré tous ses efforts le liquide resta dans sa bouche, et s'écoula en partie par le nez, ainsi que je l'ai vu chez les animaux auxquels on avait coupé la huitième paire de nerfs.

De ce moment le mal empira sensiblement. L'enfant montrait beaucoup d'agitation, tournait sur elle-même dans son lit, criait, demandait à boire et s'efforçait en vain d'avaler, roulant alors les yeux d'une façon effrayante. En même temps le larynx et le pharynx paraissaient être remplis de mucosités épaisses et tenaces; la respiration s'effectuait comme chez un enfant venu au monde dans un état de mort apparente et qui commence à respirer. Enfin il survint un vomissement qui entraîna beaucoup de mucosités, ce qui soulagea la respiration. La tentative de favoriser le vomissement par un vomitif resta sans succès, car le médicament ne put parvenir à l'estomac; alors l'enfant devint bleue aux lèvres et aux ongles; froide au visage et aux extrémités; son pouls petit et intermittent. Alors elle fut placée dans un bain chaud, frottée dans le bain, eut un sinapisme sur la poitrine, et prit toutes les heures dix grains de musc en lavement, attendu qu'elle ne pouvait plus avaler. De minute en minute l'agitation de l'enfant croissait; seulement de temps en temps il survenait une intermittence pendant laquelle l'enfant jouait avec ses parens. Si on lui présentait à boire, les nausées reparaissaient, et avec elles tous les accidens plus haut décrits. A midi le pouls devint très-petit; à une heure l'enfant était sans pouls, mais avec sa pleine connaissance; à trois heures elle jeta convulsivement ses bras autour du cou de sa mère, lui pressa les joues de ses lèvres froides et mourut.

A l'autopsie on ne trouva pas la plus légère lésion dans le cerveau, ni pour la couleur, ni pour la consistance. Toutes les parties du cerveau, du cervelet, de la moelle allongée, furent examinées avec soin et trouvées saines; il en fut de même de la huitième paire de nerfs, de l'œsophage, du larynx, du cœur, des poumons, de tous les organes abdominaux. On n'a trouvé nulle part de la congestion ou de l'inflammation.

« Y a-t-il eu primitivement, dit M. Heyfelder, un travail de congestion dans cette partie du cerveau où la paire vague prend son origine, et est-ce à la suite de cette congestion qu'est survenu l'état para-

lytique du pharynx et du larynx? Un voile couvre pour moi la cause de cette série de symptômes; que celui qui pourra lever ce voile le lève. C'était mon propre enfant! »

Cette observation pourrait être rapprochée de celle de Cuvier, dans laquelle des symptômes de paralysie, principalement du côté de la déglutition, n'ont été nullement expliqués par l'autopsie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 mai.

VÉGÉTAL CONFERVOIDE D'UNE NOUVELLE ESPÈCE.

M. Cagniart-Latour adresse une communication sur une conferve dont il a obtenu la production en mettant pendant long-temps de l'eau filtrée en rapport avec la vapeur d'acide acétique. Il observa d'abord la formation de flocons blanchâtres qui, en se développant, prirent une couleur d'un vert foncé presque noir, circonstance d'autant plus remarquable, dit M. Cagniart, que la cave où était l'appareil était d'une obscurité à peu près complète.

Au bout de huit mois l'auteur présenta cette production à M. Turpin, qui la trouva composée de filamens confervoides; dont les plus avancés étaient cloisonnés, rameux et articulés. Plus tard, le même botaniste y découvrit des rameaux terminés en pointe, ce qui la distingue de toutes les conferves connues.

M. Cagniart a vu qu'en transportant à la lumière l'appareil qui contient ces productions naissantes, on ne fait qu'accélérer leur développement. Il a aussi étudié la différence que présentera, sous le rapport de la rapidité de ces conferves, l'eau filtrée, l'eau de pluie, l'eau de Seine et l'eau distillée.

Il a vu enfin qu'en arrêtant le dégagement de vapeur acétique qui se mettait en contact avec l'eau dans les précédentes expériences, on arrête le développement ultérieur des conferves, ce qui s'accorde avec ce qu'avait déjà remarqué M. Dutrochet sur l'influence qu'a une très-petite proportion d'acide pour favoriser le développement des moisissures dans la solution aqueuse d'albumine d'œuf.

RECHERCHES SUR DES OBJETS MENTIONNÉS PAR LES NATURALISTES ANCIENS.

M. Vallot adresse une discussion sur divers passages de Pline relatifs aux *ferulæ* et montre qu'ils se rapportent à diverses espèces d'euphorbe. Il fait voir aussi que plusieurs écrivains anciens et modernes ont confondu à tort les trois espèces que Pline, ou plutôt le roi Juba avait bien distinguées.

M. Vallot pense que c'est encore à une euphorbe qu'il faut rapporter ce qu'on a dit de l'arbre-fontaine de l'île de Fer; en ce point il s'écarte tout-à-fait de l'opinion des naturalistes modernes, qui sont d'accord pour reconnaître dans cet arbre un laurier. M. Vallot, qui cite à cette occasion un article inséré dans la *Revue des deux mondes*, aurait pu y voir les passages des écrivains contemporains de la conquête, qui décrivent l'arbre de manière à ce qu'il soit difficile de s'y méconnaître.

M. de Buch, dans son travail sur le canari, travail dont M. Vallot ne paraît pas avoir eu connaissance, quoiqu'il ait été traduit par extrait dans les *Annales des sciences naturelles*, avait expliqué comme l'auteur de la lettre les passages de Pline relatifs aux *férules*.

NOTE SUR UN APPAREIL PROPRE A DÉTERMINER LA DENSITÉ DES VAPEURS, par M. DUMAS.

Depuis quelques années, dit M. Dumas, j'ai fait usage de la densité de la vapeur des corps comme d'un moyen rapide et certain de détermination de leur poids atomique. Les appareils que j'ai mis en usage pendant long-temps exigeaient quelques manipulations que je me suis proposé d'éviter. Le nombre considérable de densités que j'ai eu à déterminer ont rendu nécessaire un appareil simple et d'un emploi commode, comme celui que je vais faire connaître, et qui a été construit par M. Gourjeon.

Par le moyen de cet appareil, il est peu de densités qui exigent, pour être exactement déterminées, plus d'une heure d'observation.

On prend un ballon sec, on effile son col, on le pèse exactement, puis on le chauffe pour expulser un peu d'air, et on plonge sa pointe dans la substance, dont une partie rentre dans le ballon.

On fixe le ballon dans l'appareil que l'on porte dans le bain d'eau ou d'huile, où il se maintient par son poids seul.

On élève la température du bain et on l'observe sur les thermomètres que porte l'appareil.

Quand le point d'ébullition de la substance est dépassé de 15 ou 20°, on ferme le ballon, on retire l'appareil du bain, on essuie le ballon et on le pèse.

On connaît donc le poids du ballon plein d'air sec, le poids du ballon plein de vapeur pure, le volume du ballon, la température, la pression, c'est-à-dire tout ce qu'il faut pour calculer exactement la densité de la vapeur.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET ZOOLOGIQUES SUR LES POLYPES

M. Milne-Edwards lit l'extrait d'un premier mémoire sur ce sujet, mémoire dans lequel il s'occupe seulement des lobulaires et d'une autre espèce de polypes agrégés, qu'il considère comme nouvelle, et désigne sous le nom d'*alcyonides*. Il se procura une masse de ces derniers polypes en faisant pêcher avec des filets traînans près du cap Matifou, à l'est d'Alger.

Une très-bonne figure, faite sur les lieux, accompagne la description que donne l'auteur des formes extérieures de l'animal. Cette description est suivie de quelques observations sur les habitudes des alcyonides. Ce qu'elles offrent de plus remarquable, c'est que tantôt on voit les petits êtres qui constituent un même groupe se mouvoir d'une manière tout-à-fait indépendante de leurs congénères, et tantôt on voit se manifester dans la masse commune des mouvemens généraux par suite desquels s'opère la retraite en masse de toute la colonie dans la portion coriace du polypier. « La tige des pennatules, dit M. Edwards, présente aussi quelque chose d'analogue, mais je ne connais encore aucun exemple de polypes agrégés fixes, chez lesquels la masse polypifère exécute des mouvemens généraux bien distincts. C'est un degré de plus dans l'intimité de leur union.

Les alcyonides, malgré leur petitesse, se prêtent très-bien par leur structure aux investigations anatomiques. M. Edwards a pu à l'aide du scalpel et de la loupe étudier les détails de leur organisation et suivre leurs différens modes de développement. Quoique dans chacun des polypes agrégés, la partie distincte du corps n'ait pas une ligne de diamètre, on y peut distinguer très-bien un canal alimentaire qui communique avec l'extérieur par une ouverture unique, une grande cavité abdominale, des canaux aquifères, des organes qui paraissent être de nature glandulaire et qui pourraient bien remplir les fonctions de canaux biliaires; enfin des lamelles membraneuses fixées aux parois de la cavité abdominale, et servant, comme on le dira bientôt, à la reproduction; on voit aussi très-clairement comment les corps tubiformes de ces petits êtres réunis en faisceaux constituent le polypier commun, dans lequel ils paraissent se loger.

On admet assez généralement que chez les polypes agrégés les matières nutritives prises par un de ces animaux profitent aussi à ses voisins. Cette opinion paraît fondée uniquement sur quelques observations relatives aux sertulariées, et n'a pas été jusqu'à présent, à ce qu'il semble, vérifiée pour aucun polype d'une structure plus compliquée et analogue à celle des alcyonides. Du reste, on ne sait non plus rien de précis sur les rapports que ces êtres agrégés ont entre eux, et même en admettant par analogie cette nutrition commune, il resterait à déterminer si le transport des matières nutritives se fait d'un polype à un autre par simple imbibition ou par tout autre moyen.

Pour résoudre la question à l'égard des alcyonides, M. Milne-Edwards a injecté un liquide coloré dans la cavité abdominale de l'un de ces petits polypes. L'injection s'est répandue aussitôt dans toute la longueur du corps tubiforme de l'animal, et a passé en même temps dans celui des polypes voisins.

Les voies par lesquelles cette communication s'établit sont aisées à découvrir. Si l'on fend sous la loupe le corps d'un alcyonide dans toute sa longueur, on voit que chez quelques-uns des animaux le corps tubiforme se prolonge très-loin dans la masse commune et s'y termine en cul-de-sac, mais que chez beaucoup d'autres il ne se continue pas distinct au-delà du point de conjonction avec les polypes congénères; et que dans ce cas la cavité dont leur corps est creusé, au lieu d'aller en se rétrécissant graduellement, conserve son diamètre primitif et se continue sans interruption avec celle d'un autre polype plus gros, dont la portion basilaire descend plus bas. Unies de la sorte, les cavités abdominales de ces animaux constituent donc une sorte de tube ramifié, et le petit groupe de polypes ainsi en connexion ressemble à un animal qui aurait un seul corps et un seul estomac, mais plusieurs têtes et autant de bouches.

Pour se rendre raison de ces singuliers rapports, M. Milne-Edwards a dû remonter à l'origine, c'est-à-dire au mode de reproduction et de développement de ces êtres. Voici quel a été le résultat de ses recherches.

Souvent on voit sur la surface des corps d'un polype adulte un tubercule, sorte d'appendice cœcal qui ne présente à son extrémité aucune ouverture. Cependant, en le fendant, on voit qu'il est creusé intérieurement d'une cavité, laquelle communique librement avec la cavité abdominale de l'individu sur lequel il se développe. Bientôt le bourgeon grossissant, on voit se développer à son extrémité des tentacules, une bouche s'ouvrir, et on a un nouveau polype qui ne diffère que par le volume de celui dont il procède.

Cette espèce de végétation n'a pas lieu indifféremment sur tous les points de la périphérie du polype producteur, et les bourgeons n'apparaissent jamais que dans les parties correspondant aux lamelles que nous avons signalées dans la cavité abdominale, et l'ouverture basilaire du jeune polype est toujours placée de manière à interrompre l'un de ces replis longitudinaux.

Cette reproduction par bourgeon n'est pas, au reste, la seule qu'on observe chez les alcyonides; il se développe encore dans leur intérieur des ovules ou *gemmes* propres à propager au loin leur race sédentaire, et, chose remarquable, c'est aussi des lamelles dont nous avons parlé comme donnant naissance aux bourgeons, que naissent les ovules. Après avoir grossi dans l'épaisseur de ces replis membraneux qu'ils distendent, ils finissent par n'y plus tenir que par un pédoncule qui se rompt après un certain temps, et libres alors dans la cavité abdominale, rien ne s'oppose à ce qu'ils sortent par la bouche de l'animal.

On ne voit jamais d'ovules se former dans l'intervalle des replis longitudinaux, et ainsi ces lamelles doivent être considérées comme les ovaires des alcyonides.

En voyant le même organe donner tantôt des bourgeons et tantôt des germes, M. Edwards a pensé qu'il ne serait pas impossible de reconnaître les circonstances qui déterminent un des deux modes de reproduction plutôt que l'autre. En effet, il a bientôt reconnu que, dans les endroits où le corps du polype adulte n'est pas encore emprisonné dans la masse commune du polypier, la reproduction a lieu par bourgeons; tandis que dans le pied, partie où les animaux agrégés sont intimement unis entre eux par la surface extrême de leurs corps, et retenus par une sorte de gaîne calcaire qui oppose un obstacle invincible à la végétation extérieure, il y a production à l'intérieur d'ovules qui se développent dans l'intérieur des lamelles.

Ainsi ces membranes, véritables ovaires, donnent leurs produits en dehors ou en dedans avec la même facilité et suivant qu'elles trouvent, de l'un ou de l'autre côté, plus d'excitation et moins d'obstacles.

Ce qui a été dit relativement à la formation des bourgeons, explique comment un seul polype peut, en se multipliant, former la masse compliquée, et comment s'établit la continuité organique entre tous les membres de cette communauté; comment la cavité abdominale de l'individu primitif devient commune à tous ses rejetons; en un mot, comment les petits êtres ainsi réunis ressemblent à un seul animal multiple, plutôt qu'à un assemblage d'individus distincts; mais cette union si intime diminue peu à peu par les progrès de l'âge. La communication entre la cavité abdominale des divers polypes dont la portion basilaire se prolonge pres-

que dans le pied du polype, est d'abord interrompue par les ovules dont cette cavité se remplit, et plus tard la pression des parties voisines, en affaissant les parois, s'oppose à tout passage direct entre l'animal dont le tube abdominal est ainsi oblitéré, et le polype dont il a pris naissance.

L'état dans lequel les alcyonides communiquent librement entre eux et ont une nutrition commune, pourrait donc être considéré comme un simple arrêt de développement, et d'un autre côté le développement complet de l'animal, c'est-à-dire sa complète individualisation, n'est qu'un phénomène pour ainsi dire accidentel.

La seconde partie du mémoire de M. Milne Edwards est, comme nous l'avons dit, relative aux lobulaires. Dans l'extrait qu'il lit à l'Académie, l'auteur, supprimant presque tout ce qui a rapport à la structure interne de ces polypes agrégés, s'attache seulement à faire ressortir les différences qu'ils présentent avec les alcyonides sous le rapport des communications d'un polype à l'autre, et du développement des jeunes. Ici les divers polypes d'un même pied ne s'ouvrent plus directement les uns dans les autres comme chez les alcyonides; leur cavité abdominale se termine en cul-de-sac, et au lieu d'être séparés entre eux par une mince cloison membraneuse, ils sont enchâssés dans une masse de consistance charnue que forme le polypier.

Si, à l'aide d'un acide, on dépouille un pied de lobulaire des spicules calcaires dont son tissu est farci, on voit que cette portion charnue est la continuation de la tunique externe des polypes singulièrement épaissie et spongieuse. On découvre aussi dans sa substance une foule de vaisseaux qui se répandent dans tous les sens, et s'anastomosent entre eux de manière à former un lacis vasculaire très-compliqué. Ces petits canaux vont s'ouvrir dans la cavité abdominale des polypes, et la membrane qui les forme se continue avec la tunique interne de ces animaux.

Ce mode d'organisation établit, comme on le voit, des liens bien étroits entre les divers polypes d'un même pied de lobulaire. Les liquides dont leur cavité abdominale se remplit, doivent circuler dans toute la masse des polypiers; et si ces petits zoophytes ont, d'une part, une sensibilité individuelle et une cavité digestive distinctes, ils ont, d'une autre part, un système vasculaire commun à tous. Voici pour ce qui concerne l'entretien; voyons maintenant ce qui a rapport au développement des nouveaux êtres qui y naissent.

Lorsque de nouveaux rameaux commencent à pousser sur un pied de ces zoophytes agrégés, on voit d'abord la partie spongieuse du polypier se renfler dans un point de sa surface et donner bientôt naissance à un tubercule dans lequel se prolongent les vaisseaux que nous avons dit exister dans la masse spongieuse commune, continuation de la tunique externe. Ces vaisseaux sont également anastomosés entre eux dans le bourgeon et y forment un lacis serré. A cette époque du développement on ne voit encore dans la nouvelle branche aucune trace de polypes; le tissu qui la forme est cependant déjà hérissé de cristaux calcaires et ressemble exactement à celui des autres parties de la masse commune comprise entre les cavités abdominales des polypes adultes; il doit nécessairement être traversé par les courans qui circulent dans les autres parties du système vasculaire général dont il possède une portion, et, chose remarquable, cette production nouvelle ne paraît différer alors en rien de plusieurs de ces masses inanimées, mais vivantes, qui sont également dépourvues de polypes et qui appartiennent à la classe des *éponges*. Mais l'état qui semble permanent chez celle-ci n'est que transitoire chez les lobulaires. En effet, si l'on dissèque une des branches où cette espèce de végétation a fait le plus de progrès, on aperçoit bientôt de petits points opaques qui paraissent se former dans les parois membraneuses des vaisseaux, lesquels eux-mêmes présentent çà et là des dilatations remarquables. D'ailleurs dans la même masse on commence à distinguer des vestiges de polype; et si l'on examine des bourgeons encore plus avancés, on reconnaît facilement les jeunes animaux qui s'y sont formés en nombre plus ou moins considérable, et qui ont déjà à peu près la forme qu'ils doivent conserver, mais ne se sont point encore frayé une communication au-dehors. Enfin cette communication s'établit, et le jeune polype ne diffère plus que par la taille de ceux qui sont nés avant lui.

On voit donc que la partie qui donne naissance au bourgeon reproducteur n'appartient en propre à aucun des polypes, mais à la masse qui leur est commune. Ce tissu générateur entoure ces petits zoophytes comme une sorte de gangue vivante. Le polypier du lobulaire peut, par conséquent, être comparé à une sorte d'ovaire commun dont les produits ne s'individualiseraient jamais complètement, mais resteraient logés dans sa substance et contribueraient chacun pour sa part à l'entretien de son existence et à l'accroissement de son tissu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 MAI.—PRÉSIDENCE DE M. LOUYER-WILLERMAY.

CORRESPONDANCE.

— M. Lassis écrit à l'Académie qu'ayant composé un mémoire sur la dernière épidémie de Marseille, il croit devoir se rendre en cette ville pour vérifier les faits.

— M. Souberbielle informe l'Académie qu'il vient de pratiquer la taille latérale sur un médecin d'Audelot (Haute-Vienne); le malade a été guéri le dixième jour.

A cette occasion, l'auteur fait quelques réflexions sur la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance. Sur les 133 malades cités comme opérés par lui, plus de 30 avaient été antérieurement soumis à des tentatives infructueuses de lithotritie. Il nie complètement la presque innocuité dont on gratifie les tentatives de broiement, et les prétendus perfectionnemens apportés au manuel opératoire. En effet, dit-il, les mêmes accidens survenus à la naissance de la lithotritie, se reproduisent encore aujourd'hui, et dans les mains des mêmes opérateurs. Ainsi, si, en 1824, M. Turgot a eu l'urètre et le rectum perforés, si, en 1826, le docteur Petit a eu une déchirure du canal et cinq dépôts urineux; en 1828, M. Le Sénecal a eu une perforation de l'urètre et du corps caverneux; M. Gasselin a eu une déchirure du canal et un abcès de la paroi antérieure de la vessie; en 1832, le général Roguet présente encore un exemple de déchirure urétrale et d'infiltration urineuse; et en 1834, M. Hector Chaussier a la vessie pincée deux fois, et deux portions de sa membrane muqueuse sont entraînées par l'instrument lithotriteur.

— M. Labat adresse des réflexions sur la même discussion, et annonce qu'il s'occupe d'un mémoire où il montrera les avantages des nouveaux procédés de la litbotritie. En attendant, il propose à M. Velpeau de prendre dix calculeux; cinq seront taillés par M. Velpeau, cinq seront broyés par M. Labat; et celui des deux opérateurs qui aura moins de succès que l'autre, soldera une somme de 4,000 fr. aux dix opérés. Cette dernière partie de la lettre, par décision du conseil, n'a pas été lue à l'Académie.

NOTE SUR LES FEUILLES DE MATICA.

M. Mérat offre à l'Académie des feuilles d'une plante du Pérou appelée *matica*, et qu'il a fait connaître dans le *Dictionnaire de matière médicale*, t. 2, p. 254. Elle passe dans le pays pour un astringent des plus efficaces. C'est M. le docteur Sommé d'Anvers qui a adressé le paquet déposé par M. Mérat, pour qu'on fasse l'analyse de cette plante et qu'on se livre à quelques essais sur ses propriétés. Déjà M. Sommé l'a employée avec assez d'efficacité dans plusieurs hémorrhagies et dans quelques écoulemens gonorrhéiques. On pourra répéter ses expériences.

C'est une sorte de poivre, d'après Frow. Les pharmaciens pourront s'en procurer facilement à Anvers, où il y en a un vaisseau chargé.

NOTE SUR LA RHUBARBE DE TARTARIE (*Rheum australe*.)

Le même membre dépose sur le bureau des échantillons frais de la rhubarbe que Wallich a fait connaître botaniquement, et qu'il assure être l'officinale. Elle est cultivée très-communément en Angleterre, et l'on mange ses feuilles comme les épinards; on les vend sur les marchés pour cet usage. C'est l'*emodi* des Tartares.

Ces racines proviennent des jardins du roi à Neuilly, et ont été données à M. Mérat par M. Jacques, premier jardinier. M. Mérat désire que l'Académie en fasse faire l'analyse, et qu'on puisse s'assurer de ses propriétés purgatives.

Commissaires, MM. Chomel, Bailly, Caventon, Henry et Delongchamps.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Velpeau; mais plusieurs membres réclament la parole pour M. Kéraudren, qui a à lire un rapport demandé par le ministre de la marine, et que le ministre attend pour prendre une décision. Après quelques débats, M. Kéraudren a la parole.

DE LA POURRITURE DU BOIS, ET DE LA SOLUTION DE SUBLIMÉ CORROSIF COMME MOYEN DE LA PRÉVENIR.—M. Kéraudren rapporteur.

Le ministre du commerce et des colonies a consulté l'Académie sur la question de savoir si la dissolution de sublimé corrosif peut être employée sur les vaisseaux à la conservation du bois, des voiles et des cordages, sans porter atteinte à la santé des ouvriers et des marins.

La pourriture des bois employés aux constructions navales, est un accident grave qui nécessite des réparations fréquentes et dispendieuses, et qui a depuis long-temps fixé l'attention des contracteurs et des savans. On a eu recours à un grand nombre de procédés pour la prévenir; mais en général le choix des moyens reposait sur une connaissance trop imparfaite de l'origine et de la marche du phénomène. Tantôt on a conseillé l'emploi de substances inertes; d'autres fois des substances trop actives, telles que l'acide sulfurique, qui, portant son action érosive sur le fer et le cuivre des bâtimens, ne faisait qu'ajouter une cause de destruction toute nouvelle. Parmi les nombreux préservatifs successivement employés, nous citerons différentes résines, des huiles animales, végétales et minérales; le muriate de soude, le nitrate de potasse, la chaux vive, la baryte, et jusqu'à une espèce de marcassite que les Anglais appellent *mundic*, et qui est en partie composé d'arsenic. On s'en servit à Plymouth pour laver une partie des bois destinés au radoub de *la Reine Charlotte*, vaisseau de 100 canons; mais les ouvriers, en appliquant ce lavage, éprouvèrent un tel engorgement des glandes, que deux d'entre eux en moururent. Les résines, les huiles, des vernis et des enduits ont aussi été employées; mais parmi ces ingrédiens, les uns sont trop dispendieux, et les autres, s'arrêtant à l'extérieur du bois, produiraient l'effet contraire de s'opposer à l'évaporation de l'humidité qui y serait contenue.

Le bois exposé aux injures de l'air en éprouve toutes les vicissitudes; l'humidité le gonfle, la chaleur solaire en écarte les fibres; un courant d'air sec, froid ou chaud le fait éclater; et cette succession d'humidité et de sécheresse est très-nuisible à sa conservation. Dans les arsenaux maritimes on a l'habitude de mettre les bois en réserve dans l'eau de la mer; cette ancienne pratique réalisait d'avance la pensée de ceux qui ont proposé de les mariner en les couvrant de sel, comme moyen antiseptique à opposer à toute espèce de pourriture. En effet, le bois se conserve assez bien tant qu'il reste dans l'eau de la mer, lorsqu'il n'y est pas piqué par les vers; mais une longue imbibition dissout les sucs du végétal, fait perdre au bois de sa densité et de sa force, et il est ensuite bien difficile de le faire sécher. Le sel dont il est pénétré, dissous par l'humidité atmosphérique, rend les vaisseaux très-humides; il ne peut aussi qu'accélérer l'oxidation du fer et du cuivre; enfin il est d'observation que les bois marinés par le sel ou par l'eau de mer n'ont pas été exempts de la pourriture.

Pour que le bois puisse se conserver long-temps, il importe d'abord qu'il soit bien sec; condition si difficile à obtenir dans nos climats humides, qu'on a observé qu'il ne faut pas moins de trois ans pour faire sécher le bois par la seule influence de l'air atmosphérique. C'est pourquoi on a été jusqu'à employer à cet effet le feu et les étuves; mais l'expérience a fait voir qu'une trop grande chaleur affaiblit la fibre ligneuse et la rend même friable par l'épuisement trop complet de toute humidité. Duhamel a conseillé de placer le bois dans des hangars, à l'abri de l'humidité et des rayons solaires; mais le courant d'air qu'il faut entretenir dans ces hangars agissant davantage sur les couches de bois placées au-dessus des autres, les gercent et les fendillent; en sorte qu'il faut changer de temps à autre l'arrangement des piles.

Le bois se conserve mieux dans l'eau, où la température est moins variable; mais l'immersion continue augmente l'humidité et affaiblit la force du bois en dissolvant les sucs qui lui sont propres. Il se conserve d'ailleurs partout très-long-temps quand il n'est plus soumis aux influences de l'air. A Brest on a retiré du fond du port des pièces qui s'y trouvaient depuis le règne de Louis XIV, et qui ne

paraissaient avoir éprouvé aucune altération. A Cherbourg, on conserve dans le sable de la vaste plage de Mielles les bois destinés à la mâture des vaisseaux. Le commerce, à Saint-Malo, procède de la même manière, et partout on se félicite des succès de ce système. Ne peut-on pas rapprocher de ces faits ce que l'on a observé après les grands bouleversemens du sol où des forêts entières ont été enfouies, et où les bois sont retrouvés sans carie, sans désorganisation, passés même à l'état de pétrification? Le système de conserver le bois de construction dans le sable parait donc préférable à l'immersion dans l'eau douce ou dans l'eau marine; et si le sable était sec, le bois pourrait s'y dépouiller en même temps de toute humidité, ce qui dispenserait de le faire sécher ensuite comme en sortant de l'eau.

Le bois mis en œuvre est sujet à diverses altérations. Dans les bâtimens civils, il est attaqué par des insectes qui le rongent, le percent, le réduisent en poussière; ce qu'on appelle communément la vermoulure. Au nombre de ces insectes sont les psoques ou poux de bois, les vrillettes, les thermes, à Rochefort; le *lymexylon navale* à Toulon. Linnée avait conseillé pour les faire périr de plonger les bois dans l'eau; sans doute la solution de sublimé serait encore plus propre à les détruire. Outre les vers et les insectes, certains mollusques, entre autres le taret naval, s'attachaient à la carène des navires et en perforaient les flancs pour s'y loger; les feuilles de cuivre dont on recouvre la surface immergée des vaisseaux, les mettent aujourd'hui complétement à l'abri de ce côté.

Mais la carie sèche est toujours la même; elle n'a ni moins d'activité ni moins d'étendue, et doit conséquemment dépendre d'une autre cause. Le bois humide finit par s'échauffer, c'est-à-dire qu'il éprouve un mouvement intestin analogue à celui qui s'opère dans la décomposition des substances animales. Son tissu réticulaire se ramollit, s'écarte; il s'y forme des vides où des végétaux cryptogames, moisissures, fongus, champignons, ne tardent pas à éclore, à se multiplier, à pratiquer dans la texture du végétal des crevasses qui achèvent sa destruction. Ainsi les êtres organisés se résolvent en d'autres êtres d'une organisation analogue; les champignons succèdent à la décomposition végétale, comme les vers à celle du corps des animaux.

Tel parait être le mécanisme de ce qu'on appelle la pourriture sèche ou la carie du bois; c'est là ce qui réduit si vite les vaisseaux que la durée d'un vaisseau de guerre n'est évaluée qu'à huit ans pendant la guerre, et à quatorze pendant la paix. Or, la valeur de ces navires pouvant s'élever jusqu'à deux millions, le dépérissement annuel d'un vaisseau est donc représenté par 250,000 fr., ou dans l'hypothèse la plus favorable par 143,000 fr. Ainsi, quand même on dépenserait 100,000 fr. pour prolonger d'un an sa durée, l'économie dans les deux cas serait encore considérable.

On savait depuis long-temps que le deuto-chlorure de mercure arrête la fermentation putride des substances animales; les parties les plus putrescibles, la pulpe cérébrale même, acquièrent par ce moyen un endurcissement très considérable. Les botanistes faisaient aussi passer au sublimé les plantes de leurs herbiers pour les garantir des insectes. De là à l'employer pour la conservation des bois, il n'y avait qu'un pas. Déjà en 1815, dans sa réponse à M. Bally sur la propriété anti fermentescible de l'oxide rouge de mercure et du camphre, M. Astier terminait sa brochure par une note dans laquelle on lit textuellement : « Que si après avoir dégrossi les pièces de charpente et débité les morceaux de menuiserie, on les faisait macérer après dessiccation dans une solution aqueuse de sublimé corrosif, on préviendrait leur détérioration... » Ce passage est formel, et motive la réclamation de M. Astier à la Chambre des députés (séance du 7 septembre 1834); mais nous n'avons pas à discuter la question de la propriété de cette découverte.

C'est aussi le sublimé corrosif que M. Kyan, distillateur à Londres, dans une lettre du 17 septembre 1834, signée de M. Thatcher, son agent à Paris, propose au ministre de la marine pour la conservation des bois destinés à la construction des vaisseaux. Sa solution se compose d'un demi kilogramme de sublimé par 25 litres d'eau froide; le bois se place dans un réservoir d'une capacité suffisante, et qui est revêtu en bois dans son fond et dans son pourtour; il y est maintenu par des traverses pour qu'il reste constamment couvert par la dissolution. On la fait couler de la citerne sur le bois, et on le laisse se saturer pendant un temps proportionné à son épaisseur; par exemple :

Pour des pièces de 14	pouces carrés,	14	jours
— 7	—	10	—
— 8	—	7	—
Planches minces de sapin,		3	—

Après ce temps, on fait rentrer la solution dans la citerne au moyen d'une pompe, et on retire le bois, qu'on laisse sécher pendant un mois avant de s'en servir. La toile et le cordage ne demandent que quarante-huit heures de séjour dans le réservoir. On emploie plusieurs fois la même solution, en y ajoutant la quantité d'eau et de sublimé nécessaire; mais la commission pense qu'il serait plus sûr de fixer à l'avance, à l'aréomètre, le degré de concentration de la solution. Or, M. Henry ayant vérifié que le sublimé entre pour 1/40e de poids dans la solution indiquée, et qu'alors le liquide marque au pèse-sel 2° 8/10, il sera facile de ramener la solution à ce taux dans les opérations subséquentes.

Voilà le procédé, voyons les résultats. Pour juger du degré de conservabilité des bois préparés d'une manière quelconque, on les soumet en Angleterre à une épreuve assez simple. Dans une fosse de l'arsenal de Woolwich, on a réuni des fragmens, des débris de végétaux déjà attaqués de pourriture; et, pour y développer plus promptement la fermentation, on en élève la température en plaçant sur le couvercle du fumier sortant de l'écurie. On plonge dans cette fosse les bois préparés avec un morceau semblable de bois à l'état naturel, et après un an de séjour, il est facile de juger le degré d'altération qu'ils ont subi. Les bois préparés par M. Kyan ont subi cette épreuve; plongés durant trois et cinq ans dans le pourrissoir de Woolwick, ils en furent retirés sains à l'intérieur et à l'extérieur, tandis que des bois non préparés étaient attaqués de la pourriture. (M. Keraudren fait passer sous les yeux de l'Académie un échantillon de bois parfaitement conservé.)

Maintenant quelle est l'action du sublimé sur le bois? Pour résoudre cette question, M. Henry, l'un des commissaires, a fait les expériences suivantes. Les échantillons qui avaient été remis par la marine se composaient 1° de deux pièces de toile, l'une grise, l'autre blanche; 2° de trois planches d'un pouce d'épaisseur, la première de chêne, la seconde d'orme, et la troisième de sapin. Ces échantillons étaient donnés en double, savoir : les uns préparés au sublimé, les autres sans préparation.

Exp. I. Les échantillons préparés étaient la plupart recouverts d'une sorte d'efflorescence blanchâtre de proto-chlorure mercuriel. Réduits en poudre ou en petites lanières, et traités par l'eau distillée tiède, il donnèrent un liquide clair qui offrit aux réactifs une quantité plus ou moins notable de sublimé. Les fragmens de toile et la poudre de bois ainsi épuisés par l'eau, prirent, au moyen de la potasse pure ou de l'acide hydrosulfurique, une teinte noire ou brune; mis en contact avec l'acide hydrochlorique, cet acide s'est bientôt chargé de mercure qu'il a été facile de démontrer.

Il y avait donc à la fois dans ces substances du deutochlorure de mercure à l'état libre, mais en quantité trop minime pour être supposé dangereux; et du protochlorure, mais celui-ci si intimement combiné avec la matière organique, qu'il ne peut plus s'en détacher.

Exp. II. On sait qu'en versant une solution de sublimé dans des liqueurs contenant certains principes organiques tels que l'albumine, le sel mercuriel passe à l'état de protochlorure; et ce nouveau produit se combine avec la partie organique, et forme un composé insoluble dans l'eau et inaltérable à l'air. Le procédé de M. Kyan parait reposer sur un principe semblable. M. Faradey, dans son rapport, a fait voir qu'en versant du deutochlorure dans des sucs végétaux, la production du protochlorure s'opère assez promptement. M. Henry a cherché à le reconnaitre dans des liquides provenant du traitement par l'eau pure de sciure de chêne et d'orme, de branches fraîches de lilas, de tilleul, etc. Il a été facile de l'apprécier, au bout de quelques jours de contact entre ces liquides et le sublimé corrosif.

Exp. III. M. Faradey, pour déterminer la présence du mercure dans les substances préparées, les traitait par l'acide nitrique, puis cherchait le métal dans la liqueur par des opérations convenables. M. Henry a suivi une autre méthode d'analyse.

Premier procédé. Des quantités déterminées de toile en surface et en poids, des bois préparés, ont été réduits en fragmens ou en poudre, puis épuisés par l'eau distillée. Le liquide filtré, concentré aux deux tiers, a été soumis à un courant d'hydrogène sulfuré pur; le sulfure noir obtenu indiquait la quantité de sublimé libre contenu dans les échantillons. On sait, en effet, que 100 parties de ce sulfure équivalent à 125,4 de deutochlorure mercuriel.

Puis ces substances épuisées ont été réduites par l'eau chaude en une sorte de bouillie, traitées par l'acide hydrosulfurique, puis bouillies avec l'acide hydrochlorique. Le ligneux ainsi décoloré a été filtré et lavé convenablement; puis, les liqueurs réunies concentrées aux trois quarts et neutralisées alors avec soin, on y a amené de nouveau l'acide hydrosulfurique, et le sulfure produit a conduit à connaître la quantité de mercure fixée dans le bois ou la toile; 100 de sulfure noir équivalant à 92,82 de mercure métallique.

En opérant comme il vient d'être dit :

1° Sur un pied carré de toile à voile, la *grise* a fourni 0 grammes 32 (près de 6 grains et demi) de sublimé libre, et 1 gr. 3 (24 grains) de mercure métallique du composé de protochlorure. La *blanche*, sur la même étendue, à peine 0 gr. 02 (demi-grain) de sublimé libre, et 0,75 (15 grains) de mercure métallique.

2° Pour un poids de 10 grammes de bois préparé nous avons eu :

A. *Planche de chêne.* Sublimé libre, petite quantité, et protochlorure de mercure combiné.

B. *Planche d'orme.* Sublimé libre en quantité notable, et protochlorure mercuriel combiné.

C. *Planche de sapin.* Sublimé libre très-sensible, et protochlorure mercuriel combiné.

En prenant l'ensemble du mercure représenté par le sublimé et le protochlorure, on aurait pour moyenne : *dans les toiles*, 1 gr. 10 pour un pied carré; *dans les bois*, 21 gr. 76 pour 1,000 grammes, c'est-à-dire à peu près 1/50 ou 2 pour 100. Si elle pouvait être égale dans toute la masse du bois, on pourrait savoir par le calcul ce qu'il doit rester de mercure dans la préparation conservatrice des matériaux d'un vaisseau d'un tonnage connu, ou d'un bâtiment de guerre déterminé; car on sait, par exemple, ce qu'il faut pour un vaisseau de 74 canons, de bois œuvrés en stères et en poids, et de toiles à voiles en surfaces métriques carrées. Mais cette proportion de sel mercuriel est bien loin d'être uniforme, comme le démontrent même les expériences citées.

Deuxième procédé. Des quantités déterminées de sciure de bois ont été traitées par l'eau tiède; celle-ci, filtrée et évaporée aux trois quarts, a fourni des traces très-distinctes de sublimé corrosif. Les résidus bouillis avec un mélange d'acides hydrochlorique et nitrique, puis séchés à siccité et enfin étendus d'eau tiède et filtrée, la fibre lavée ne contenait plus de mercure; la liqueur filtrée, au contraire, en offrait autant que par l'autre procédé.

Ici se présente cette objection, que la simple imbibition ne saurait suffire pour faire parvenir un liquide jusque dans le centre d'une pièce de bois d'une certaine épaisseur. Mais d'abord la pourriture commence toujours à l'extérieur; et on ne saurait douter que le sublimé n'ait pénétré déjà assez avant, dans les bois par exemple qui ont été enfouis plusieurs années dans le pourrissoir de Woolwich. Aujourd'hui d'ailleurs, l'ingénieux appareil de M. Bréan, inspecteur-vérificateur des monnaies, offre un moyen éprouvé d'introduire dans le bois en peu de temps les liquides. Un des commissaires a vu cet appareil, que son inventeur a gardé secret jusqu'ici, et différens objets en bois brut et travaillé pénétrés d'huile par son procédé; on y voit que l'huile a pénétré dans tout le tissu du corps ligneux. Avec ce procédé, l'objection serait donc entièrement résolue.

Si nous considérons maintenant la manière d'agir du sublimé, nous trouverons qu'il se combine avec la matière albumineuse du buis en passant à l'état de protochlorure. Il se forme un nouveau composé organique fixe et indissoluble dans lequel les sucs du végétal ne sont plus susceptibles d'être attaqués par l'humidité et par conséquent ne peuvent plus donner lieu à la fermentation, condition première et essentielle de la pourriture.

Mais une autre question se présente; ce moyen ne pourrait-il pas porter atteinte à la santé des équipages? Il y a quelques années, on avait proposé le sublimé pour préserver contre les vers la bibliothèque de lord Spencer. Humphrey Davy demanda à M. Faradey si la volatilité de cet agent ne pourrait pas nuire aux person-

nes qui viendraient étudier dans la salle; et l'opinion de M. Faradey, que partagea H. Davy, fut contre l'emploi du sublimé. Une nouvelle étude de la matière a changé depuis la conviction de M. Faradey.

Un autre chimiste anglais, M. Murray, a prétendu que, sous les tropiques surtout, les navires dont la charpente aurait été passée à la solution, seraient tout aussi nuisibles à la santé que l'intérieur des mines d'Hydria et d'Almaden. Ces craintes disparaissent devant l'expérience. M. Henry a exposé pendant deux heures un gros de sublimé en poudre, dans une petite cornue très-sèche, à une chaleur de 100° centigrades. De légères traces de ce sel ont été observées à la voûte de la cornue; aucune parcelle n'avait passé dans le récipient. Il n'y a donc pas lieu de craindre que, sous une température moins élevée, il puisse se volatiliser plus facilement, surtout lorsqu'il est retenu dans le bois.

Nous avons nous-mêmes remarqué à la surface du bois des efflorescences qu'on aurait pu prendre pour du sublimé; mais qui sont principalement formées par du protochlorure; au surplus il suffira de laver le bois et la toile après leur sortie de la solution pour en détacher la partie du sel mercuriel qui ne serait pas combinée avec le bois.

Quelques expériences ont été aussi faites sur des animaux; on a mis des lapins dans une cabane en bois préparé au sublimé, et d'autres dans une loge semblable en bois ordinaire; au bout de vingt jours, les premiers étaient aussi sains et aussi vigoureux que les seconds.

D'ailleurs ce n'est plus ici un simple projet; c'est un acte déjà en partie consommé. Le navire baleinier le *Samuel Enderby*, de 550 tonneaux et de 300 hommes d'équipage, a été construit à Cowes, dans les chantiers de M. White, avec des bois entièrement préparés au sublimé; les voiles et les cordages avaient subi la même préparation. Les hommes qui ont travaillé à sa construction et à son gréement, n'ont éprouvé aucune espèce d'accident, et ceux qui se blessèrent fortuitement furent promptement guéris. Ce bâtiment alla terminer son équipement à Loudres; et les marins qui avaient mangé et couché à bord pendant environ deux mois avant le départ pour la pêche de la baleine, restèrent en parfaite santé. Si l'équipage de l'*Enderby* est en aussi bon état à son retour, ce sera sans doute une expérience bien concluante en faveur de l'innocuité de la préparation au sublimé corrosif.

Il n'est pas rare que les ouvriers se blessent en débitant les bois pour la construction des vaisseaux, et on a craint que le sublimé n'aggravât ces blessures; en effet il paraît que, dans le procédé de M. Kyan, le bois est encore à l'état brut lorsqu'on le place dans le réservoir. Nous croyons donc préférable que le bois soit œuvré et prêt à mettre en place avant son imprégnation; alors les ouvriers n'auront rien à craindre de la présence du sublimé; et en outre, le bois œuvré n'ayant guère plus de la moitié du volume qu'il présente dans l'état brut, il y aura économie manifeste dans la quantité de sublimé absorbée.

On a aussi manifesté des craintes sur le danger de laisser une aussi grande quantité de solution vénéneuse à la disposition des ouvriers. Ici pourrait trouver son application la précaution indiquée par M. Chevallier, de mêler aux poisons d'autres substances qui par leur couleur et leur saveur désagréables avertiraient du danger. On a expérimenté que de fortes infusions de racines de gentiane, de feuilles d'absinthe, et mieux encore de fruits secs et de coloquinte, ajoutées à la solution de sublimé, ne changent rien à l'action de ce sel pour la conservation du bois.

Un autre inconvénient réel, c'est qu'il serait dangereux de faire servir au chauffage les bois provenant de la démolition des vaisseaux. Mais on pourrait le convertir en charbon dans des cylindres en tôle forte, et au moyen d'appareils convenables, on en retirerait encore une certaine quantité de mercure.

Nous avons parcouru et résolu les objections; voyons maintenant les avantages. Le sublimé s'emparant des sucs du bois pour former avec eux un composé sol de et indissoluble, il ne répugne pas d'admettre que de cette manière les vaisseaux resteront plus secs, et que le séjour en sera conséquemment plus salubre. Cette combinaison laissant au corps ligneux tous ses sucs, doit aussi entretenir son élasticité et augmenter sa force.

Nous n'avons rien dit sur le cordage, parce que l'auteur du procédé a renoncé à le soumettre à cette préparation, probablement de peur d'augmenter sa rigidité; il se contente aujourd'hui de l'imprégner de caoutchouc, qui ajoute au contraire à sa souplesse en le rendant imperméable à l'eau.

Du reste la question est grave; elle a surtout besoin d'être mûrie par le temps. Aussi la commission demanderait-elle-même la révision des faits, si déjà le ministre de la marine n'avait pris la sage détermination de faire procéder à de nouvelles expériences. La commission manifeste ici le désir d'y assister, et elle espère que l'Académie voudra bien en demander l'autorisation au ministre. Elle pense donc qu'il ne faut rien précipiter, et elle se borne à extraire de son travail les corollaires suivans :

1° La fermentation des sucs végétaux paraît être la cause première de la carie ou de la décomposition du bois.

2° Le deutochlorure de mercure se combinant avec les sucs albumineux du végétal, prévient leur mouvement fermentatif et par conséquent la pourriture du bois ou la carie sèche.

3° Le caractère insoluble et fixe de la nouvelle combinaison s'oppose à la volatilisation, à la dispersion du sel mercuriel, et garantit ainsi son innocuité sur les ouvriers et sur les marins, moyennant la précaution d'écarter, par le lavage, la portion de sublimé qui serait restée libre ou non combinée.

4° Si, après de nouvelles expériences, on se décidait à faire usage, dans les ports, de la solution mercurielle, on pourrait l'employer d'abord partiellement, en se bornant à préparer au sublimé les bois qui font partie de la quille d'un vaisseau et ceux qui restent immergés ou qui sont placés au dessous de la ligne de flottaison.

Signé : Marc, A. Chevallier, O. Henry, Parent, Duchatelet, Keraudren, rapporteur.

M. Rochoux relève une expression du rapport qui a, dit-il, une très-haute portée. M. le rapporteur a dit : *la matière est impérissable*. Mais si elle est impérissable, elle est donc increée. (Oh! oh!) Or, il est impossible que des hommes qui n'ont pas rompu en visière avec le christianisme admettent une semblable expression. (Rires et murmures.)

M. Lodibert. Le rapport n'a pas cité tous les essais qui ont été faits pour préserver le bois de la pourriture. On s'est beaucoup occupé de cette question en Hollande; et le professeur Brugmans de Leyde avait fait surtout un grand nombre d'expériences. Il avait songé entre autres à précipiter les substances solubles de l'intérieur du bois par l'oxalate de chaux pour les transformer en composés insolubles; il trempait donc le bois dans une solution de muriate de chaux; et quand il en était bien imprégné, il le plongeait dans une solution de suroxalate de potasse. Je me souviens qu'en 1795, il fit lambrisser une partie de son salon avec des bois ainsi préparés, et le reste avec du bois ordinaire. Vingt ans après, en 1815, j'eus occasion de le revoir; il me montra que les lambris de bois ordinaire étaient presque entièrement réduits en poussière; les autres étaient très-bien conservés. Il avait essayé aussi de combiner les substances solubles du bois avec l'arsénite de potasse; ou bien encore avec le sulfate de fer; ce dernier est surtout applicable aux bois qui contiennent beaucoup d'acide gallique ou tannin.

M. Kéraudren. Nous n'avons pas voulu tout citer; la tâche eût été trop longue et trop fastidieuse. Par exemple, des trois moyens que vient de rappeler M. Lodibert, les deux premiers ne réussissent pas; et le sulfate de fer, loin de conserver le bois, tend par lui-même à le ronger.

M. Pelletier. La commission conseille de laver le bois avec de l'eau pure pour enlever le superflu de sublimé demeuré libre; mieux vaudrait, ce me semble, le laver avec une eau albumineuse, par exemple, du sang de bœuf battu dans de l'eau; elle se combinerait sur-le-champ avec le sublimé qui n'exercerait plus dès lors aucune influence fâcheuse. Peut-être même, afin d'assurer mieux le résultat de l'opération, ferait-on bien de tremper le bois dans une solution albumineuse pour l'en imprégner avant de le soumettre à l'action du sublimé.

M. Chevallier. Cette préparation augmenterait beaucoup les dépenses sans donner de résultats équivalens, je ne la crois pas admissible. Mais les lotions albumineuses pour enlever le superflu du sublimé me semblent bien préférables à l'eau pure; et je propose de modifier le rapport en ce sens.

M. Kéraudren consent à cette modification. Toutefois il faut observer que la commission a dû s'en tenir au procédé de l'auteur, et ne pas s'attacher à des précautions trop minutieuses, pour ne pas accroître excessivement les frais.

M. Virey pense qu'il vaudrait mieux laisser une couche légère de sublimé en dehors du bois; le sublimé écarterait mieux les insectes que sa combinaison avec l'albumine.

M. Castel. Les deux grands ennemis des végétaux sont les insectes et l'humidité; on nous propose contre tous deux un moyen unique. Je ne conteste pas la vertu du sublimé pour préserver les matières animales; mais je doute que le bois puisse s'imprégner assez d'une solution de ce sel pour l'effet qu'on en attend. Et d'ailleurs ne suffira-t-il pas du premier voyage du navire pour enlever toute cette solution, d'autant plus que le bois ne sera jamais imbibé que très-superficiellement? Les bois préparés par Brugmans sont conservés, dit-on, vingt années. Mais ils étaient dans un lieu sec et clos, à l'abri de l'influence de l'eau et de l'atmosphère. On se propose de faire de nouvelles expériences; a-t-on songé combien il faudrait attendre d'années pour qu'elles fussent concluantes? Car tous les préservatifs réussissent parfaitement les premières années; le goudron même est excellent d'abord. Mais plus tard la couche de goudron étant usée, le bois se pourrit à l'ordinaire. On vient affirmer, par exemple, que les émanations du sublimé ne nuiront point à la santé des marins; je le crois bien; au bout de quelques mois ni toiles, ni cordages, ne garderont trace de ce sel; et si les toiles en gardaient, c'est qu'il aurait agi assez énergiquement pour les altérer; il aurait agi comme caustique. En un mot, tous ces préservatifs me paraissent de pures subtilités, et je demande la question préalable.

M. Chevallier fait remarquer qu'il ne s'agit pas d'une solution de sublimé que l'eau de la mer pourrait redissoudre, mais d'une combinaison insoluble du sel mercuriel avec les sucs albumineux du bois. Toute l'argumentation de M. Castel repose donc sur une erreur.

M. Dupuy regrette qu'on n'ait pas mentionné l'écorcement des bois sur pied, comme un moyen efficace de les rendre plus durs et moins sujets à la pourriture. On pourrait d'ailleurs unir ce moyen à celui de M. Kyan; le bois étant plus dur contient moins de sucs et absorberait moins de sublimé; il y aurait économie.

M. Chevallier. L'écorticage est sans doute un très bon moyen de durcir l'extérieur du bois; mais quand le bois est œuvré, ce sont très-souvent ses couches intérieures qui se trouvent exposées à l'air, et qu'il faut garantir de la pourriture.

La discussion est close. M. Castel insiste pour qu'on mette aux voix la question préalable; elle est rejetée. Le rapport est ensuite adopté à l'unanimité, moins la voix de M. Castel, avec la modification de M. Pelletier consentie par M. le rapporteur. Sur la proposition de M. Pariset, on renvoie aussi ce travail au comité de publication.

La séance est levée à 4 heures et demie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MODIFICATION DU PROCÉDÉ DE M. DIEFFENBACH POUR LA COARCTATION DE LA BOUCHE.

M. Serres nous communique la lettre qu'il a adressée à l'Académie de médecine, et qui a été lue dans l'avant-dernière séance.

A MONSIEUR LE SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Monsieur,

Après avoir signalé à l'Académie de médecine quelques-unes de mes idées sur la chéiloplastie, qu'il me soit permis de l'entretenir encore en

peu de mots, d'un procédé nouveau applicable à la coarctation anormale de la bouche.

Personne mieux que moi ne rend assurément justice au génie chirurgical de M. Dieffenbach; personne mieux que moi n'apprécie le mode opératoire dont il le premier donné le plan à propos de la difformité en question; mais à quoi bon faire subir aux parties molles une déperdition de substance, comme le veut ce praticien, et se livrer à des dissections pénibles, pour isoler la muqueuse de la bouche, alors que deux simples incisions, pratiquées dans la direction des commissures, peuvent avoir le même résultat?

« S'il était facile de faire cicatriser isolément les deux bords de la » solution de continuité, a dit à ce sujet, M. Velpeau, cette opération » atteindrait, on ne peut mieux, le but qu'on se propose; mais il n'en » est pas ainsi. » (1) Eh bien, cependant rien de plus aisé. Il suffit pour cela de ramener sur chaque lèvre de l'incision la muqueuse buccale, et de l'y maintenir fixée à l'aide de quelques points de suture, comme j'ai pu le faire moi-même. Dès lors il en résulte que les bords de la solution de continuité ne peuvent plus adhérer entre eux, et que l'ouverture de la bouche conserve à très-peu de chose près les dimensions qu'on lui donne.

Tel est, monsieur, le mode opératoire nouveau que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie; puisse-t-il mériter ses suffrages!

Bientôt je prouverai, en parlant de la blépharoplastie, qu'il y aussi à cet égard quelques modifications à introduire.

Monpellier, ce 29 avril 1835.

SERRE,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

LETTRE SUR CETTE QUESTION : L'acarus de la gale existe-t-il dans le prurigo et le phlyzacia? Par M. DUCHESNE-DUPARC, D.-M. P.

M. Renucci, à qui nous devons la démonstration définitive de l'existence de l'acarus de la gale, a soutenu récemment à la Faculté de Paris une thèse inaugurale sur ce sujet. Comme cette thèse ne contient pas de documens autres que ceux que nous avons publiés, nous ne nous y serions point arrêtés; mais M. Renucci y a glissé quelques assertions qui ne pouvaient passer inaperçues des dermatologistes. M. Duchesne-Duparc nous adresse à ce sujet la lettre suivante.

Monsieur,

La thèse inaugurale de M. Renucci me fournit une nouvelle occasion de revenir sur un sujet dont vous avez déjà bien des fois entretenu vos lecteurs; je veux parler de l'acarus de la gale de l'homme.

Si M. Renucci se fût contenté de nous rappeler que c'est à lui que nous devons d'avoir retrouvé l'animalcule découvert par Avenzoar, dont De Geer nous a laissé des dessins fidèles, et qui fut depuis, faute de données positives sur le siége qu'il occupe constamment, tantôt admis dans la science, tantôt regardé comme un être purement imaginaire, j'aurais d'autant moins songé à le contredire, qu'un des premiers j'ai fait connaître ses succès à l'hôpital Saint-Louis et proclamé le service qu'il rendait à la science. Mais M. Renucci avance deux propositions qui me paroissent tout-à-fait inadmissibles dans l'état actuel de la science.

M. Renucci affirme, pag. 25 et 26 de sa thèse, avoir trouvé l'acarus dans les papules du prurigo et les vésiculo-pustules du phlyzacia; je suis loin de nier que M. Renucci ait trouvé des acarus sur les individus dont il nous parle; mais aussi, j'ai l'intime conviction qu'il aura pris pour un prurigo, soit une *gale papuliforme*, soit une gale ordinaire, compliquée, comme cela arrive si souvent, de papules prurigineuses; et pour un phlyzacia les pustules inflammatoires que l'on observe accidentellement chez les galeux, et qu'une démangeaison plus ou moins vive accompagne constamment, tandis que cette sensation n'existe presque jamais dans les vésiculo-pustules du phlyzacia. Cette erreur était d'autant plus facile que, dans ces cas de complication, le diagnostic différentiel offre souvent beaucoup de difficulté.

Si le fait avancé par M. Renucci était fondé, comment se rendre compte de la présence de l'acarus dans le prurigo et le phlyzacia, deux dermatoses qui diffèrent de la gale par leurs produits morbides, par leurs symptômes, par leur durée, par leur traitement, mais surtout par l'absence de toute faculté contagieuse? Car les dermatologistes partagent l'opinion bien connue de tous les praticiens éclairés sur la non-contagion du prurigo et du phlyzacia. L'expérience de chaque jour vient elle-même confirmer cette manière de voir. Pendant plusieurs années d'internat à l'hôpital Saint-Louis, j'ai pu observer un grand nombre de personnes affectées de prurigo et de phlyzacia : ces malades ne sont pas, comme les galeux, séquestrés dans des salles particulières; ils communiquent librement avec les dartreux et les gens de service; souvent on les emploie comme aides de bonne volonté; et, malgré cette facilité de communication, je n'ai jamais vu ni prurigo, ni phlyzacia se développer sous son influence.

Avant d'avancer ces propositions pour le moins hasardées, M. Renucci aurait dû d'abord nous prouver par une bonne description qu'il avait eu affaire à des personnes réellement affectées de prurigo et de phlyzacia. il eût dû chercher ensuite à expliquer la différence des produits morbides : tient-elle à l'idiosyncrasie de l'individu, ou bien à un mode particulier d'agir de l'acarus? Les insectes du prurigo et du phlyzacia sont-ils de la même espèce que ceux trouvés dans les vésicules de la gale, ou plutôt à côté de ces vésicules? Pourquoi, dans cette dernière affection, passent-ils si facilement d'un individu à l'autre, tandis que jusqu'ici tout nous prouve que cette transmission n'aurait pas lieu dans le *prurigo* et le *phlyzacia*? Aucune de ces objections n'est résolue dans le travail de M. Renucci : certes nous ne reprocherons pas à son auteur son enthousiasme pour l'acarus, et son désir bien naturel de lui faire jouer dans la science un rôle important; et même nous sommes loin d'affirmer que cet animalcule ne se rencontrera jamais dans d'autres dermatoses que la gale; mais jusqu'ici nous ne sommes convaincu de son existence que dans cette affection.

Agréez, etc.

DUCHESNE-DUPARC, D.-M. P.

LETTRE SUR LES NERFS DE L'OREILLE, par M. Maurice RUEF, D.-M. S.

Strasbourg, 1er mai 1835.

Mon cher confrère,

Je vous avoue n'avoir jamais disséqué tous les nerfs de l'oreille; mais, grâce à l'extrême obligeance de notre habile anatomiste, M. Alex. Lauth, sous la direction duquel j'ai travaillé pendant plusieurs années, je les ai vus plusieurs fois, et c'est encore lui que j'ai consulté dans cette occasion. Permettez-moi donc de vous faire quelques observations, uniquement dans l'intérêt de la science, sur les recherches de M. Eugène Delmas de Montpellier sur les nerfs de l'oreille, que je ne connais que d'après ce que vous en dites dans la GAZETTE MÉDICALE, p. 143, 1835.

M. Delmas prétend avoir découvert une communication entre le nerf glosso pharyngien et le nerf facial par le moyen d'un rameau, qui du ganglion pétreux se rend dans l'aqueduc de Fallope.

J'ai à ce sujet à vous faire deux observations.

Le rameau est décrit et disséqué depuis 1831 dans l'ouvrage de Fr. Arnold, intitulé : *der Kopftheil des vegetativen Nervensystems beim Menschen*, in-4°. Voilà pour la question de priorité.

Quant à la question d'exactitude, il paraît que M. Delmas n'a pas remarqué que le rameau en question s'unit bientôt à un rameau venant du renflement ganglionaire du nerf vague; que la petite bandelette résultant de cette union passe effectivement dans l'apophyse mastoïde et dans l'aqueduc de Fallope pour y communiquer par des filets déliés avec le nerf facial, mais que le petit tronc lui-même ressort de l'apophyse, après s'être divisé en deux branches, dont l'une s'anastomose avec le rameau auriculaire postérieur du facial, tandis que l'autre pénètre dans le conduit auditif externe, et s'y distribue dans les glandes cérumineuses et dans la peau qui revêt le conduit.

Pour ce qui regarde le nom donné à ce rameau par M. Delmas, il est bon de faire remarquer qu'on l'appelle le *nerf auriculaire*, tandis que la dénomination de *nerf pétreux profond*, proposée par M. Delmas, est déjà acquise à un autre petit nerf.

Agréez, etc.

Maurice RUEF.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE DE LA GOUTTE ET SUR SON TRAITEMENT PAR LES EAUX THERMALES DE VICHY; par le docteur PETIT, D.-M., inspecteur-adjoint des eaux de Vichy. — In-8° de 37 pag.

Que de théories ont déjà été avancées sur la nature de la goutte! que de traitemens divers proposés! et cependant la plus grande obscurité règne encore sur ces deux points importans de l'étude de cette maladie. Nous devons donc savoir gré aux hommes de l'art qui, ne se

(1) Elémens de méd. opér., t. II, p. 43.

laissant pas décourager par tant d'essais infructueux, ne craignent pas d'en tenter de nouveaux, et appellent à leur secours toutes les ressources que les progrès de la science mettent continuellement entre nos mains. La position toute spéciale de M. Petit, la confiance meritée que lui accordent la plupart des nombreux baigneurs de Vichy l'ont mis à même de recueillir plusieurs faits qui ne manquent pas d'intérêt, puisqu'ils semblent jeter quelque jour sur la nature et le traitement de la goutte.

Le fait qui domine dans ce petit travail, celui sur lequel il est basé, c'est l'analogie, la ressemblance sous quelques rapports, et même une espèce d'identité entre la goutte et la gravelle. Cette idée, à la vérité, n'est pas nouve; la coexistence fréquente de ces deux affections chez le même sujet a frappé la plupart des observateurs. La similitude des causes auxquelles on les attribue et des conditions dans lesquelles on les rencontre, ont amené presque nécessairement à les considérer comme liées à la même cause, quoique ayant leur siége dans des organes différens. Un autre fait qui est encore favorable à la même opinion, c'est l'analogie qui existe entre les produits de ces deux maladies, et qui ont également pour base l'acide urique, ainsi que l'analyse chimique l'a démontré; c'est même sur cette théorie, et sur la remarque faite par Wollaston que chez les goutteux il y a toujours surabondance d'acide urique, que sir Everard Home et Brande ont conseillé l'emploi de la magnésie, tant dans la goutte que dans la gravelle.

Ce n'est pas seulement dans l'urine et les concrétions articulaires que se manifeste la prédominance acide chez les goutteux. M. Petit dit avoir remarqué que la plupart des sécrétions prennent chez eux un caractère acide très-prononcé.

L'identité de nature, de causes et d'effets entre ces deux affections étant constatée, il restait à déterminer si le traitement qui réussit dans l'une conviendrait dans l'autre. Ce sont ces considérations qui ont conduit l'auteur à essayer de combattre la goutte par les eaux thermales de Vichy, dont il avait cherché à faire connaître mieux qu'elle ne l'était auparavant l'efficacité contre les calculs urinaires, et particulièrement contre ceux d'acide urique, dans un autre mémoire (*Du traitement médical des calculs urinaires, et particulièrement de leur dissolution par les eaux de Vichy et le bicarbonate alcalin*; Paris, 1834).

M. Petit n'a point encore eu l'occasion de soumettre à cette médication un assez grand nombre de goutteux, ni depuis un temps assez long pour qu'il puisse en tirer dès aujourd'hui des conclusions positives. Cependant, dans les cas où il l'a employée, l'amélioration a été si marquée, si progressive et s'est si bien soutenue jusqu'à présent, qu'il croit devoir les faire connaître, afin d'appeler l'attention des praticiens sur ce moyen de combattre une aussi cruelle affection.

Deux cas sont rapportés ici et ne permettent pas de douter que, dans quelques circonstances au moins, ce traitement ne doive être utile. Nous regrettons que les longs details nécessaires pour leur intelligence ne nous permettent pas d'en offrir ici une analyse; mais nous renvoyons avec plaisir à l'opuscule de M. Petit lui-même, persuadés qu'il sera lu avec attention par tous ceux qui prennent intérêt aux progrès de l'art.

FORMULAIRE ANGLAIS, contenant les formules de la pharmacopée de Londres, et un choix de formules extraites des pharmacologies de J.-A. Paris et de S.-F. Gray, D.-M., pour la préparation des médicamens brevetés (patent medicines); suivi d'un recueil de nouveaux médicamens et autres préparations le plus généralement employés en France et à l'étranger; avec un tarif ou prix-courant des médicamens contenus dans cet ouvrage; par D.-N. PRODHOMME, pharmacien.—Un vol. in-18, 340 pages.

Le but principal de l'auteur de ce formulaire paraît avoir été spécialement de fournir aux pharmaciens français les connaissances nécessaires pour la préparation des médicamens usités en Angleterre. On sait combien d'Anglais viennent chaque jour, si non s'établir en France, au moins y faire un séjour plus ou moins prolongé; on sait encore combien la plupart de ces nombreux visiteurs tiennent à conserver leurs habitudes parmi nous, et avec quel soin ils font leurs provisions de pilules et d'épices avant de partir pour le continent et surtout pour la France. La pensée qu'a eue M. Prodhomme de mettre nos pharmaciens à même de leur fournir ces préparations qu'ils ne trouvent pas généralement parmi nous est donc heureuse et pour la France puis qu'elle tend à augmenter le nombre des visiteurs étrangers qui viennent chaque année lui apporter leur tribut, et pour les pharmaciens dont la clientelle sera nécessairement augmentée, et pour les Anglais eux mêmes qui ne seront plus tourmentés par la crainte de se trouver parmi nous privés de ces préparations dont ils font un usage si fréquent.

Si, cependant le travail de M. Prodhomme n'offrait d'autre avantage que ce résultat économique, notre tâche serait déjà accomplie et il ne nous resterait qu'à le recommander à tous les pharmaciens auxquels il peut être utile, mais il nous semble avoir une utilité scientifique plus grande encore, en répondant à l'un des besoins le plus généralement sentis par tous les hommes de l'art. De toutes parts on réclame des formules, c'est-à-dire des prescriptions appropriées à certains états morbides que la médication expectante, presque uniquement employée parmi nous pendant les quinze ou vingt dernières années, avait fait négliger. Examinons maintenant jusqu'à quel point le travail de M. Prodhomme remplit les divers objets que nous venons d'indiquer.

La première partie offre les formules adoptées par la pharmacopée de Londres pour la préparation des acides, des alkalis, des métaux et de leurs sels, des infusions, des extraits, des mixtures, etc., dont la composition est peu différente de celle que donnent nos codex, à l'exception cependant des médicamens *composés*.

La seconde partie contient les médicamens patentés, *patent medecines*, médicamens qui jouissent en Angleterre d'une grande faveur et sont une source de revenu pour le trésor. Mais tant que dure le brevet la formule reste la propriété du médecin ou du pharmacien qui l'a obtenu et conséquemment est ignorée. Il est plusieurs médicamens fortement vantés chez nos voisins dont nous aurions désiré trouver ici la formule et que M. Prodhomme n'a pu donner; ainsi nous nous attendions à trouver celle de la liqueur sédative d'opium de Battley dont les médecins anglais font un usage si fréquent malgré son prix élevé, et qu'ils préfèrent souvent à la plupart des autres préparations d'opium. Mais sa préparation est un secret que M. Battley conserve avec grand soin. Cependant plusieurs de ses compatriotes ont fait des essais pour le découvrir et voici la préparation qui est indiquée dans un journal anglais que nous avons sous la main (*The London medical Gazette*), comme exactement semblable à celle de M. Battley.

Formule. Prenez : trois fois la quantité d'opium réduit en poudre fine que prescrit la pharmacopée de Londres pour deux pintes de teinture, ajoutez-y deux pintes d'acide acétique étendu, et au bout de quelques heures six ou huit pintes d'esprit de vin rectifié; faites macérer pendant sept jours, filtrez et distillez. Lorsque l'alcool aura passé entièrement, le produit qui restera dans la cornue sera l'*acetum opii sedativum* si vanté.

Cette préparation dont une goutte répond à trois gouttes de teinture d'opium ne conserve pas la moindre trace d'alcool et peut être conservée indéfiniment. Si nous en croyons la petite notice que M. Prodhomme donne sur ce médicament, on ne pourrait le conserver sans y ajouter un peu d'esprit de vin, ce qui le rendrait irritant.

La troisième partie renferme un certain nombre de prescriptions empruntées la plupart à la pratique des médecins français, et était nécessaire pour compléter le formulaire; ainsi les préparations d'iode, d'acide hydrocyanique, etc.

Après la troisième partie vient un index alphabétique, espèce de dictionnaire des mots latins employés dans la pharmacopée anglaise, petit travail qui sera utile non-seulement aux médecins qui parcourent les journaux de médecine et les ouvrages anglais, mais même aux lecteurs de la plupart des journaux de médecine français, où souvent on est obligé de donner les formules en latin par la difficulté ou même l'impossibilité de les traduire. Nous engageons l'auteur à donner dans une autre édition plus d'extension à ce petit essai dont tous ceux qui s'occupent de la traduction des ouvrages et des journaux de médecine anglais apprécieront toute la valeur et à ne pas s'en tenir aux mots seulement employés dans la pharmacopée de Londres. Enfin l'ouvrage se termine par une table des matières avec indication du prix courant des médicamens dont il est question dans ce formulaire. Cette dernière partie peut être très-utile aux pharmaciens surtout et aux médecins qui pratiquent dans la campagne.

Le travail de M. Prodhomme renferme une foule de documens d'une grande utilité. Cependant nous ne dissimulerons pas que nous regrettons qu'il se soit contenté de consulter la pharmacopée de Londres et les pharmacologies de Paris et de Gray. Il y a en Angleterre, en dehors de ces ouvrages et des médicamens brevetés, comme en France, en dehors du Codex, une foule de connaissances thérapeutiques, et que l'on trouve, soit dans les hôpitaux, soit dans les ouvrages publiés par des praticiens qu'il serait bon de faire connaître parmi nous. On s'en convaincra facilement en parcourant les ouvrages modernes des méde-

cins anglais et les revues des journaux anglais que publie la Gazette médicale.

Une remarque que nous avons faite encore, c'est que, à la suite de chaque formule, il n'y a qu'une très-courte notice sur sa valeur thérapeutique; souvent même il n'y en a pas du tout. Nous ne devons pas, il est vrai, oublier que M. Prodhomme est pharmacien, et qu'il aurait pu craindre d'usurper sur d'autres droits en indiquant de lui-même les cas où les formules conviennent, lorsqu'il n'en trouvait pas l'indication ailleurs. Cependant ces indications ont une valeur réelle dans un ouvrage du genre de celui que nous examinons en ce moment.

Quoi qu'il en soit, le formulaire de M. Prodhomme est un bon ouvrage, et pourra être également utile et aux pharmaciens et aux médecins praticiens.

Abrégé de l'histoire de la médecine, considérée comme science et comme art, dans ses progrès et son exercice, depuis son origine jusqu'au 19e siècle; par L.-F. Gasté, D.-M. P., médecin ordinaire d'armée, breveté, etc. (1).

Ce n'est point, comme on pourrait s'y attendre, une histoire de la médecine faite par l'auteur même d'après ses propres recherches, ou même en compilant les divers historiens; M. Gasté s'est contenté, et du reste il l'avoue franchement dans sa préface, d'analyser l'histoire de la médecine de K. Sprengel; plus, les recherches sur diverses opérations chirurgicales de G. Sprengel. L'histoire de la médecine et de la chirurgie au XIXe siècle, qui appartient seule à M. Gasté, n'occupe pas plus de deux pages. Il a seulement pris à tâche, dit-il, de retrancher les faits particuliers surabondans, les redites, les erreurs et les digressions inutiles de l'ouvrage original. Nous ne soutiendrons pas que la longue et diffuse histoire de Sprengel ne mérite pas quelques-uns de ces reproches; mais M. Gasté aurait dû au moins signaler les erreurs qu'il a redressées; car le peu de chapitres que nous avons essayé de collationner nous font un devoir de lui adresser cet éloge ou ce reproche, qu'il a suivi aveuglément son maître. Son livre sera donc une bonne fortune pour tous ceux qui désirent avoir, en peu de temps et au meilleur marché possible, une teinture de l'histoire de l'art.

VARIÉTÉS.

Récompenses décernées aux vaccinateurs par l'Académie royale de médecine, pendant l'année 1833.

Art. 1er. Les nombreuses récompenses obtenues, et les titres accordés par l'Académie, ont fait placer hors de rang :

MM. Benoit, à Grenoble.
Boisson, à Lure (Haute-Saône).
Boucher, à Versailles.
Labesque, à Agen.
Mme Maillet, sage-femme, à Vannes.

Art. 2. Le prix de 1,500 fr. est partagé entre :

MM. Bonnet, à Coutances.
Chaillier, à Chevillon (Haute-Marne).
Christophe, à Mirecourt (Vosges).

Art. 3. Les médailles d'or ont été accordées à :

MM. Fiard, à Paris.
Feitn, à Pontivy (Morbihan).
Rack, à Benfeld (Bas-Rhin).
Givard, à Aurec (Haute-Loire).

Enfin 100 médailles d'argent ont été données aux médecins et autres personnes dont les noms suivent :

MM. Steimbrenner, à Villé (Bas-Rhin).
Salathé, à Niederbronn (id.).
Blum, à Bosheim (id.).
Luroth, à Bischwiller (id.).
Génin, à Charmes (Vosges).
Lotz, à Saint-Dié (id.).
Birqui, à Obergeigbein (Haut-Rhin).
Chretien, à Thann (id.).
Martin, à Tessé-la-Madeleine (Orne).
Fraboulet, à Manves (id.).
Glotin, à Lorient (Morbihan).
Chopin, au Neubourg (Eure).
Marcollay, à Laprie-Chapelle-Seguin (Deux-Sèvres).
Mozillon, à Coulonges (id.).
Dereusme, à Turcoing (Nord).
Flahaut, à Bailleul (id.).
Maigrot, à Boulaincourt (Haute-Marne).
Pissot de Beauvière, à Vassy (id.).
Thomas, à Saint-Étienne (Loire).
Gorron-Dallary, à Sury (id.).
Rimbaud, à Boën (id.).
Lemontagner, à Morlaix (Finistère).
Bavay, à Crozon (id.).
Fau, à Lavelanet (Arriége).
Noël, à Noyers (Oise).
Poussier, à Marvejols (Lozère).
Benoît, à Villefort (id.).
Persegol, à Marvejols (id.).
Dalliez, à Marmande (Lot-et-Garonne).
Bounazme, à Moisdon (Loire-Inférieure).
Meresse, à Guérande (id.).
Delourmel, à Chateaubriant (id.).
Cazès, à Aspet (Haute-Garonne).
Daspet, à Saint-Béat (id.).
Cochin, à Mottereau (Eure-et-Loire).
Combette, à Chateaudun (id.).
Beillot, à Magnac-Laval (Haute-Vienne).
Cogorenx, à Reynier (Tarn-et-Garonne).
Cathala, à Valderiès (Tarn).
Leroy, à Ablis (Seine-et-Oise).
Boblin, à Fougerolles (Haute-Saône).
Colas, dit Huon, à Maxey (Meuse).
Badin, à la Verpillière (Isère).
Rochard, à Fougères (Ille-et-Vilaine).
Denise, à Saint-Méen (id.).
Guelet, à Saint-Aubin d'Aubigné (id.).
Hardy, à Vitré (id.).
Amand, à Dol (id.).
Bulloz, à Besançon (Doubs).
Tisseraud, à Clerval (id.).
Judrin, à Semur (Côte-d'Or).
Molin, à Beaune (id.).
Duerot, à Venvay (id.).
Bolut, à Auxonne (id.).
Hilairel, à Mirambeau (Charente-Inférieure).
Charropin, à Pons (id.).
Mme Leclerc, sage-femme, à Vandy (Ardennes).
MM. Prudent-Mon, à Pont-sur-Yonne (Yonne).
Boubaud, à Saints (Seine-et-Marne).
Gratiot, à La Ferté-sous-Jouarre (id.).
Deffis, à Morlaas (Basses-Pyrénées).
Labedens, à Pau (id.).
Doldé, à Bosbach (Moselle).
Vieillard, à Perier (Manche).
Mlle Guedeas (Octavie) (id.).
MM. Robert, à Châteauroux (Indre).
Bagueau, à Chabris (id.).
Damian, à Lozève (Hérault).
Tramoni, à Ajaccio (Corse).
Terriou, à Corrèze (Corrèze).
Lavialle, à Lubersac (id.).
Mme Malbert, à Aurillac (Cantal).
MM. Delmas, à Mauriac (id.).
Eudes, à Bayeux (Calvados).
Legigand, à la Cambe (id.).
Avizard, à Moulins (Allier).
Millet, à Cusset (id.).
Rippert, à Malancène (Vaucluse).
Lafosse, à Champagnole (Jura).
Commoy, à Moreze (id.).
Viennois, à Romans (Drôme).
Mme Migeon, sage-femme, à Meneton Salon (Cher).
MM. Cayre, à Reuilly (id.).
Ducrot, à Vandœuvre (Aube).
Silve, à Digne (Basses-Alpes).
Armand, à Forcalquier (id.).
Thierry, à Bavières (Yonne).
Detrieux, à Isle (Dordogne).
Froidefond, à Payzac (id.).
Benault, à Alençon (Orne).
Léonard, à Lille (Nord).
Rozee-Maisonneuve, à Ploudalmezean (Finistère).
Langlois, à Beauvais (Oise).
Cayrel, à Toulouse (Haute-Garonne).
Raynaud, à Montauban (Tarn-et-Garonne).
Giselard, à Valence (Tarn).
Peyron, à Marnes (Seine-et-Oise).
Loison, à Fresnes (Meuse).
Laroche, à Bougé Chambalue (Isère).
Delafond, professeur à l'école d'Alfort.

(1) In-8° de 560 pages. — Paris, 1835. Chez J.-B. Baillière.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MALADIES DES ENFANS.

QUELQUES RECHERCHES SUR LES SYMPTÔMES ET SUR LES LÉSIONS ANATOMIQUES DE L'AFFECTION DÉCRITE SOUS LES NOMS D'HYDROCÉPHALE AIGUE, FIÈVRE CÉRÉBRALE, MÉNINGITE, MÉNINGO-CÉPHALITE CHEZ LES ENFANS, par E. Rufz, de la Martinique, D.-M. P., etc.

Je n'ai point l'intention de tracer un tableau complet de la maladie qui a été l'objet de ces recherches; je voulais seulement vérifier si les résultats obtenus par l'analyse d'une série de faits consignés déjà par moi dans les Archives médicales, n° de février 1833, seraient confirmés par l'examen d'une nouvelle série de quatorze faits semblables recueillis avec encore plus de soin.

C'est en poursuivant cette nouvelle analyse que je suis arrivé à ce résultat curieux, mais fondé sur les faits, que :

L'affection décrite par les auteurs sous les différens noms que j'ai indiqués, pourrait bien n'être qu'une affection de nature tuberculeuse, une forme de cette cachexie tant fatale aux hommes.

Symptômes. — Les symptômes de la maladie sont de deux ordres; les uns sont fournis par le trouble des fonctions cérébrales, les autres par le trouble des autres fonctions de l'économie.

Au trouble des fonctions cérébrales, il faut rapporter : 1° la céphalalgie. Ce symptôme fut observé treize fois sur quatorze cas, dans lesquels nous pûmes en tenir compte; car la céphalalgie n'est guère appréciable chez les enfans qu'à l'âge de cinq à six ans; elle était continuelle, vive, bornée à la région frontale, et se faisait sentir jusqu'au moment où l'enfant tombait dans un assoupissement profond.

2° Le facies. Ce facies est si caractéristique, qu'il suffit pour faire diagnostiquer la maladie, même par les personnes les moins éclairées; les servantes de l'hôpital des Enfans reconnaissent à son entrée l'enfant atteint d'une *fièvre cérébrale.*

C'est une lenteur extrême du regard; des paupières largement ouvertes, avec un globe oculaire peu mobile; ou bien les paupières sont fermées, les sourcils froncés; le malade fuit la lumière, surtout lorsque la céphalalgie est intense.

Quelquefois les conjonctives du globe de l'œil sont légèrement injectées.

Treize fois sur quatorze, il y avait strabisme. Quelquefois le strabisme commençait dès le début de la maladie; mais, dans tous les cas, il ne devenait bien évident que dans la dernière période.

La coloration de la face était généralement pâle; mais presque toujours cette pâleur alternait avec une rougeur subite qui disparaissait au

---

Feuilleton.

COUP D'OEIL SUR LES HÔPITAUX DE LONDRES, PAR M. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon.

(Deuxième article.)

Quels sont, depuis le voyage et le rapport de M. Roux, les ouvrages remarquables en chirurgie publiés par les chirurgiens des hôpitaux de Londres? il me suffira de les indiquer en peu de mots, pour donner une idée générale suffisante de la part qu'ils peuvent avoir eue aux progrès de l'art, dans ces dernières années.

Sir Astley Cooper avait déjà publié à cette époque le meilleur et le plus original de ses travaux, consacré aux hernies, et surtout à la hernie crurale. Cet ouvrage est connu et convenablement apprécié depuis long-temps, et M. Roux lui-même en a suffisamment montré le côté remarquable. Les autres recherches publiées avant ou depuis cette époque par le même auteur, sur les luxations et les fractures, sur les maladies du sein, du testicule, et sur quelques autres sujets, quoique présentant un grand intérêt sous le rapport de l'anatomie pathologique et chirurgicale, ne valent pas cependant le premier travail pour les aperçus renfermant réellement quelque chose de neuf (1). Sir Astley Cooper, par son génie chirurgical, est loin de tous les chirurgiens vieux ou jeunes qu'offrent dans ce moment les hôpitaux de Londres, et il a su se placer au premier rang parmi les hommes qui, depuis le commencement de ce siècle, ont fait faire en Europe le plus de progrès à la chirurgie.

M. Lawrence, chirurgien de l'hôpital Saint Barthelémy, avait aussi déjà écrit lors du voyage de M. Roux son *Traité général des hernies*, dont ce dernier fait

(1) Nous ne saurions acquiescer à ce jugement; et le *Traité des luxations*, par exemple, est à notre avis l'un des livres les plus riches en faits nouveaux et importans qu'ait produits la chirurgie du 19e siècle. Au reste, pour répondre à quelques réclamations qu'a suscitées le premier article, nous devons dire que M. Baumès nous paraît avoir traité la chirurgie de Londres avec quelque sévérité, et que nous lui laissons également la responsabilité de quelques opinions qui ne concordent pas autant que nous le voudrions avec celles que professe la Gazette médicale. Mais le feuilleton n'est pas en général le lieu où se discutent les doctrines; une hérésie peut s'y glisser sans trop d'importance, surtout à la faveur d'un éditeur responsable; et une hérésie de plus ou de moins en pareille affaire ne nous aurait pas engagés à priver nos lecteurs d'un travail aussi plein d'intérêt.

(Note du réd. de la Gazette médicale.)

bout de quelques instans pour reparaître ensuite. Cette alternative de pâleur et de rougeur avait lieu surtout dans la première période de la maladie; vers les deeniers jours la pâleur était permanente.

Lorsque la maladie avait duré quelques jours, l'amaigrissement devenait très-notable; le nez s'effilait; les pommettes et les angles des mâchoires faisaient saillie sous la peau; les joues étaient caves, les yeux enfoncés dans les orbites, et presque toujours les narines étaient remplies par ces poussières fines qui voltigent dans l'air.

Souvent la bouche restait demi-béante par la contraction du trait naso-labial des deux côtés; jamais elle ne fut déviée.

Le décubitus était abandonné: l'enfant restait couché sur le dos; et les membres, dans les premiers jours, étaient dans une résolutioo complète.

Ceux des enfans qui étaient parvenus à l'âge où l'intelligence est appréciable en donnaieot des preuves durant les premiers jours de la maladie; ils répondaient aux questions qu'on leur adressait. Ils indiquaient très-bien la partie de la tête dont ils souffraient; mais il ne fallait pas multiplier ces questions, car les petits malades en témoignaient de l'impatience et cessaient de répondre.

L'intelligence s'éteignait complétement au moment où l'assoupissement devenait profood. A cette époque, l'enfant cessait de reconnaître même sa mère.

L'assoupissement eut lieu dans tous les cas. Ce symptôme, sensible dès le début, mais peu marqué, interrompu par les moindres questions, se prononçait bien davantage vers le huitième ou le dixième jour, et bientôt arrivait au degré du coma le plus profond, surtout chez les plus jeunes enfans.

Chez les plus âgés, l'assoupissement était quelquefois interrompu par le délire et l'agitation; les enfans se tournaient daos leurs lits, mais rarement il essayaient d'en sortir. Jamais on n'eut besoin de liens pour les y retenir. Le délire consistait en un marmotement sourd de quelques paroles iointelligibles; jamais il ne donoa lieu à ces associations d'idées si singulières, et à cette loquacité si remarquable chez l'adulte.

Les cris étaient plaintifs et continus, et n'ont jamais présenté cette acuité qui les a fait appeler par M. Coindet cris hydrencéphaliques.

Les pupilles, dans le plus grand nombre des cas, sont restées à l'état normal; ou bien lorsqu'elles ont été notées, dilatées ou contractées, comme dès le lendemain nous les trouvions dans un état contraire à celui qu'elles présentaient la veille, nous ne pensons pas qu'on puisse prendre en considération uo symptôme si fugace. A la fin de la vie, les pupilles devenaient immobiles.

Alors la vue était complétement abolie; car dans les premiers jours il est bien certain que les enfans voient.

Un seul se plaignit de bourdonnemens d'oreilles; mais chez tous, vers la fin de la maladie, l'ouïe était obtuse. Les enfans ne prêtaient aucune attention lorsque l'on frappait fortement près de leurs oreilles.

L'état de l'odorat n'a pas été examiné; mais le goût nous a paru souvent persister jusqu'à une époque très-avancée de la maladie. Nous avons vu des enfans qui suçaient des morceaux de sucre placés entre leurs dents, la veille même du jour de leur mort.

Dans les premiers jours de la maladie, la sensibilité générale, au lieu d'être obscurcie, était, au contraire, exaltée; l'enfant se révoltait contre les moindres attouchemens, sur quelque partie qu'on portât la main. Dans un très-petit nombre de cas, j'ai vu cette vive sensibilité persister jusqu'à la mort; dans presque tous, elle s'éteignait vers le cinquième ou sixième jour, et l'enfant se laissait pincer sans donoer aucune marque de sensibilité.

Quant à la motilité, aux soubresauts, aux convulsions, à la raideur des membres et au mâchonnement, ces symptômes signalèrent presque toujours la dernière période, et ne se manifestèrent que deux ou trois jours avant la mort. Il y a des parens cependant qui nous ont affirmé que leurs enfans avaient eu des convulsions dès le début; mais jamais nous n'avons vu ce symptôme se déclarer sous nos yeux dans les premiers jours.

Les convulsions et les soubresauts sont très-rares; nous ne les avons observés qu'une ou deux fois.

C'est plutôt la rigidité qui est le symptôme vraiment remarquable. Cette rigidité peut exister tantôt dans un membre, tantôt dans un autre; nous l'avons plus souvent trouvée dans les membres supérieurs que dans les inférieurs; jamais elle n'était générale. La rigidité peut occuper les muscles du cou: la tête est alors renversée en arrière. Cette rigidité n'est pas constante, elle alterne avec la résolution du membre. Lorsqu'elle a lieu, par exemple, aux membres supérieurs, les doigts sont fortement fléchis dans la paume des mains, et l'avaot-bras est fléchi sur le bras. Les légers degrés de rigidité sont difficiles à distinguer de la tendance qu'ont les enfans à se raidir contre les moindres attouchemens. La rigidité des membres a été observée chez tous nos malades.

Le mâchonnement coosiste en un mouvement continuel de latéralité de la mâchoire inférieure. Ce symptôme n'a été observé que cinq fois dans la dernière période.

Si nous examinons maintenant les symptômes secondaires, c'est-à-dire ceux fournis par le trouble des fonctions autres que les fonctions cérébrales, nous trouvons que des vomissemens eurent lieu douze fois dans quatorze cas. Ces vomissemens se répétèrent peodant les deux ou trois premiers jours; jamais ils ne persistaient au delà de cette époque.

La constipation fut constante dans tous les cas; elle persistait pendant toute la durée de la maladie, souvent malgré l'emploi du calomel et des lavemeos purgatifs répétés.

Douze fois l'état du ventre est noté, et sur ces douze fois, sept fois il est noté douloureux. Dans les premiers jours, en effet, aussitôt que l'on pratiquait sur l'abdomen la moindre pression, les malades poussaient des cris; il y en eut même deux qui s'en plaignirent spontanément. Cette sensibilité du ventre cessait d'être appréciable dans les derniers jours de la maladie, quand le coma et les autres symptômes cérébraux commençaient à se manifester; quelquefois même, au début, la douleur était d'une appréciation très-difficile, à cause de l'extrême irritabilité des enfans, qui crient aux moindres attouchemens. La sensibilité du ventre ne fut jamais accompagnée ni de météorisme, ni d'aucune tension; cette sensibilité, lorsqu'elle existait, n'était bornée ni à l'épigastre ni à aucun autre point de l'abdomen; elle était générale.

La langue, dans les premiers jours, était grise, rose, humide, et tout-à-fait naturelle dans cinq ou six cas; elle se dessécha vers la fio, devint un peu noirâtre, surtout chez les malades qui tenaient leur bouche ouverte.

La soif n'était pas constante, et n'eut jamais lieu au-delà des premiers jours: elle était peu vive.

---

justement l'éloge comme ouvrage de méthode et d'érudition. C'est là en effet son principal mérite; mais dans ce temps-là ce mérite était grand parce que les connaissances positives, utiles, possédées alors sur les hernies, n'offraient nulle part un faisceau méthodique, un système coordonné capable de guider l'élève et d'éclairer les praticiens. Depuis lors M. Lawrence a écrit un traité *ex professo* sur les maladies syphilitiques de l'œil, et trois ans après, en 1833, un volumineux travail sur toutes les maladies de cet organe. Il serait difficile, je crois, de signaler ce que ces ouvrages ont réellement fait gagner à la science. En vérité nous avons été tellement sursaturés, avant et depuis l'Allemand Beer, de catégories divisibles et subdivisibles à l'infini, relativement aux diverses maladies de toutes les parties du globe de l'œil, que les auteurs feraient bien de ne plus rien écrire là-dessus, à moins qu'ils n'eussent à nous apprendre quelque chose de véritablement d'utile, et d'immédiatement applicable à la pratique.

M. Travers, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, n'a pas écrit grand'chose en chirurgie depuis ses recherches connues sur les plaies des intestins et sur les procédés réparateurs de la nature à cet égard. L'esprit d'observation chirurgicale dont il fit preuve à cette époque, est resté depuis lors dans une presque complète stérilité.

M. Guthrie, chirurgien de l'hôpital Westminster, est connu par des travaux assez remarquables sur la pathologie et la thérapeutique chirurgicale de diverses parties de l'œil, et surtout par des observations intéressantes sur les plaies d'armes à feu et sur les lésions qui requièrent l'amputation; mais il ne s'est pas montré, surtout dans son dernier ouvrage (1834), sur les maladies de l'urètre et du col de la vessie, au niveau des connaissances acquises et répandues à cet égard dans d'autres contrées. N'est-ce pas, par exemple, être quelque peu en retard, que de venir, à propos de la cautérisation des rétrécissemens de l'urètre, diriger contre cette méthode des objections purement applicables au procédé de Home? Il y a certainement loin de ce procédé aveugle et dangereux à l'idée fondamentale de Ducamp et à tous les perfectionnemens apportés depuis. Cette partie de son traité, où il a cependant l'air de regretter la cautérisation qu'il annonce être généralement proscrite à Londres, est donc fort incomplète, et il n'y a presque pas d'objection qui ne porte à faux ou qu'il ne soit aisé de détruire. Tout ce qu'il dit ensuite de la ponction de la vessie par le rectum, et de cette opération de la boutonnière vers le périnée, dans les rétentions d'urine par rétrécissement du canal de l'urètre, semble avoir été écrit avant les progrès qu'a faits la chirurgie dans ces dernières années. M. Roux avait déjà fait quelques justes remarques sur l'usage fréquent de cette dernière opération, que paraissaient présenter les hôpitaux de Londres; et depuis ce temps-là les choses ne sont guère changées.

Sir Benjamin Brodie, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, dont le nom était compris parmi ceux qui présageaient un brillant avenir chirurgical, a peut-être tenu moins qu'il ne promettait comme chirurgien et écrivain original; mais comme praticien occupé, c'est lui qui tient le sceptre chirurgical dans la classe riche et aristocratique. Il avait publié, il y a long-temps, quelques aperçus sur les maladies dites tumeurs blanches des articulations, que M. Roux avait déjà caractérisés comme très ingénieux. Il a publié plus tard un volume sur les maladies des voies urinaires, dont il vient de donner une quatrième édition il y a deux mois. Malheureusement on peut lui reprocher, et c'est aussi l'avis des chirurgiens anglais capables de le juger, de ne pas se tenir assez au niveau des connaissances

L'anorexie ne fut jamais non plus très-marquée; les petits malades n'avaient point de dégoût pour les alimens; si même on leur en plaçait dans la bouche, on les voyait manger; mais ordinairement ils ne demandaient pas d'alimens. Nous n'avons point constaté de gêne dans la déglutition.

Dans aucun cas, il n'y eut suppression ou bien augmentation dans la sécrétion des urines; mais ordinairement, aussitôt que les symptômes cérébraux dominaient, l'émission des urines devenait involontaire. Nous n'avons point trouvé dans les urines les petites parcelles *micacées* signalées par un auteur.

Plusieurs enfans toussaient, depuis une époque plus ou moins éloignée, d'une petite toux sèche, sans caractère particulier. L'intercurrence de l'affection cérébrale ne semblait point modifier cette petite toux; trois des enfans, à une époque peu éloignée, avaient eu la coqueluche. La percussion et l'auscultation ne donnaient aucun signe qui fit diagnostiquer la présence de tubercules dans l'organe pulmonaire, altération que nous avions cependant beaucoup de motifs de soupçonner dans les cas d'affections cérébrales, ainsi que nous le dirons par la suite.

La respiration était irrégulière, haute, suspirieuse, entre 24 et 30 par minute dès le début, et conservait souvent ce caractère jusqu'à la fin de la maladie.

Les variations du pouls dans cette maladie avaient paru à Robert Wight, un phénomène si important, qu'il avait basé sur ces variations la division de la maladie en trois périodes : dans la première, ralentissement du pouls; dans la deuxième, accélération du pouls; dans la troisième, ralentissement. Déjà M. Mathey de Genève avait signalé cette division comme étant une erreur d'observation. Cependant M. Guersent, dans son article *Méningite* du Dictionnaire de médecine, avait rétabli la division de Robert Wight. Nous avons soumis ce fait à une vérification nouvelle; et sur 27 cas (voir l'article cité, Archives médicales, février 1833), nous avons constaté que le pouls, dans les deux ou trois premiers jours, était d'une lenteur anormale, puisqu'il tombait au-dessous de 72 pulsations chez des enfans au-dessus de six ans. Une fois même nous l'avons trouvé à 58 le troisième jour de la maladie, chez un enfant de six ans. Mais, dans tous les cas, sans aucune exception, à mesure que les autres symptômes se prononçaient davantage, le pouls augmentait de fréquence et s'élevait au-delà de 150. Jamais nous ne l'avons trouvé ralenti dans les derniers jours.

Sur les quatorze cas actuels, dix fois le pouls était irrégulier dans sa force et dans sa vitesse; quatre fois il fut régulier dans tout le cours de la maladie.

Au début, le pouls était généralement assez fort, et quelquefois vibrant; mais toujours, vers la fin, il devenait si faible et si rapide, qu'il était impossible d'en obtenir une juste appréciation.

Il n'a été noté qu'un seul épistaxis chez un enfant de onze ans, le quatrième jour de la maladie. Bien que nous n'ayons pas relevé exactement ce symptôme chez tous les malades, nous croyons pouvoir affirmer qu'il est rare.

Dans tout le cours de la maladie, la peau est restée fraîche, naturelle; nous n'avons observé ni frissons, ni sueurs, ni taches roses typhoïdes, ni sudamina.

Après avoir analysé isolément chacun des symptômes de l'affection que nous décrivons, si nous voulons considérer ces symptômes dans leur ensemble par rapport à leur ordre de début et à la durée de leur existence, nous verrons qu'ils peuvent être résumés en deux groupes qui constituent deux périodes de la maladie : dans la première, céphalalgie, assoupissement léger, sensibilité plus vive aux impressions extérieures, maintien des facultés intellectuelles, vomissemens, constipation, ralentissement du pouls. Dans la deuxième, assoupissement de plus en plus profond, obtusion des sens et de la sensibilité générale, délire, coma, rigidité des membres, accélération du pouls.

Le terme moyen de la durée de la maladie, sur onze cas, fut de quatorze jours; la plus longue durée fut de vingt-deux jours, et la plus courte de onze. En général nous avons pris pour point de départ le jour où la céphalalgie se manifestait avec assez d'intensité pour attirer l'attention des parens; quelquefois cependant la maladie débute d'une façon beaucoup plus lente : une légère somnolence, de la mauvaise humeur, en sont, pendant les quinze premiers jours, les symptômes précurseurs.

La mort eut lieu dans les quatorze cas.

Caractères anatomiques. — La lésion anatomique la plus constante, celle qui mérite d'être considérée comme la plus caractéristique de cette affection, est, sans contredit, la formation, dans la membrane *arachnoïde*, d'une multitude de petites granulations dures, blanchâtres, grosses comme des grains de millet, et demi-transparentes. Sur trente-sept cas d'affections cérébrales que j'ai recueillis avec mon ami le docteur Gerhard (de Philadelphie), nous n'avons trouvé que vingt-sept fois ces granulations. Nous devons ajouter que les dix cas où les granulations n'ont pas été notées, sont les cas qui ont été recueillis par nous en premier lieu, c'est-à-dire à une époque où notre attention n'était pas fixée sur l'existence de ces granulations. Plus tard, au contraire, lorsque ces granulations, par leur fréquence, nous eurent paru une lésion remarquable, nous les avons toujours trouvées en les recherchant; de sorte que nous sommes aujourd'hui très-portés à croire que ces granulations existent dans tous les cas d'affections cérébrales, et qu'elles en sont le caractère anatomique.

Ces granulations se trouvaient à la surface inférieure du cerveau, principalement dans les scissures de Sylvius, entre les commissures des nerfs optiques, le long de la grande fente de Bichat, autour du canal de l'arachnoïde, dans les plexus choroïdes; on les rencontrait aussi à la face inférieure du lobe antérieur, autour du trajet des nerfs olfactifs, autour des lobes du cervelet, sur les parties latérales du cerveau, et même à sa surface convexe. Ces granulations peuvent être éparses, isolées; elles sont alors presque imperceptibles, ou bien elles sont agglomérées et présentent une masse de matière jaune blanchâtre, dure, friable, tout-à-fait semblable à la matière d'un tubercule. Cette masse n'est pas arrondie, mais elle est moulée sur les scissures de Sylvius et sur les anfractuosités du cerveau, dans lesquelles elle est enclavée. Lorsqu'on la considère attentivement en l'étalant sur un carreau de vitre, on reconnaît que ce sont des granulations qui se rapprochent de plus en plus, et qui finissent par se confondre. En même temps que les granulations, on rencontre quelquefois entre les commissures des nerfs optiques une légère infiltration séro-albumineuse. L'infiltration de sérosité dans le tissu sous-arachnoïdien à la surface convexe du cerveau, phénomène si fréquent à la suite des maladies, est au contraire très-rare dans celle-ci; sur treize cas dans lesquels on a tenu compte de cette altération, elle n'est notée comme existante qu'une seule fois, encore était

---

actuelles, relativement aux maladies de ces organes importans qui, depuis quinze à vingt ans surtout, sont devenus le sujet de tant de recherches intéressantes et de découvertes utiles. Son livre est une espèce d'entretien familier entre un maître et ses élèves, où le premier expose simplement à ceux-ci la conduite qu'il tient dans sa pratique, sans s'inquiéter de ce qui se passe ailleurs. Il n'y est pas dit un mot sur l'histoire, les avantages et les procédés de la cautérisation; presque rien sur la lithotritie; pas grand'chose sur le traitement interne ou médical des affections de la vessie; rien des méthodes diverses de lithotomie, si ce n'est de celle qu'il met en pratique lui-même. Ici, en revanche, il appuie longuement sur l'importance de ne pas faire une incision trop grande à la prostate, de ne pas intéresser surtout ce qu'il appelle la capsule cellulaire qui l'environne, parce qu'elle est une barrière opposée aux infiltrations urinaires; sur l'avantage, par conséquent, de dilater ensuite légèrement, avec le gorgeret ou avec les doigts, l'incision modérée, etc. C'est effectivement le procédé qu'il suit lui-même; et ses confrères assurent qu'il a moins de succès dans la pratique de cette opération, qu'on n'en obtient généralement dans les autres hôpitaux de Londres.

M. Mayo, chirurgien de l'hôpital de Middlesex, à part quelques observations sur les maladies du rectum, ne s'est guère livré qu'à des recherches d'anatomie et de physiologie. Mais ces derniers travaux, qui ne sont pourtant pas sans mérite, s'effacent à côté de ceux de Charles Bell.

Sir Charles Bell, chirurgien du même hôpital, dont il suffit de citer le nom pour rappeler les découvertes les plus ingénieuses qu'offrent ces dernières années, relativement surtout à la distribution et aux fonctions particulières de quelques parties du système nerveux, sir Charles Bell n'est pas aussi riche et aussi heureux dans ses productions chirurgicales. Ses travaux relativement aux grandes opérations de la chirurgie, aux lésions de quelques parties du système osseux, aux maladies des voies urinaires; ses Principes de chirurgie, révèlent bien toujours cet esprit observateur, cette profonde science anatomique qui le distinguent, mais ils n'offrent rien de bien neuf, rien qui porte le cachet d'originalité dont ses autres écrits sont empreints. Charles Bell, qui a aussi beaucoup de talent et de goût pour le dessin, a peut-être abusé de cet avantage en accompagnant presque tous ses ouvrages de belles planches, plus dispendieuses souvent qu'utiles. Au reste, cet abus de planches (*plates*) est commun à plusieurs de ses confrères, avec cette différence que chez ceux-ci les gravures valent quelquefois mieux que le texte : c'est la forme qui emporte le fond. Le même esprit qui fait multiplier les planches dans les ouvrages imprimés, s'est attaché à remplir, on pourrait dire encombrer, chaque musée attaché à chaque hôpital, à la fois avec des richesses et des pauvretés d'anatomie pathologique. Vous ne trouverez pas dans ces musées, seulement 2, 4, 6 échantillons absolument semblables de la même altération physique d'un organe, vous en trouverez 10, 20 et plus encore. Il faut avouer que nous sommes inférieurs aux Anglais sous ce rapport, et que nos hôpitaux ne sauraient leur opposer d'aussi beaux cabinets d'images plus ou moins horriblement belles. Pour en revenir à Charles Bell, j'ajouterai à son éloge, qu'il est simple et peu riche. C'est un homme de génie, voilà tout. On peut ajouter qu'il n'a jamais été ni bien compris, ni bien apprécié par le plus grand nombre de ses confrères des hôpitaux.

Il y a bien encore quelques mémoires particuliers de M. Key, chirurgien à l'hôpital Guy, sur quelques modifications à l'incision de la prostate dans l'opération

elle très-peu marquée; dans les douze autres cas l'arachnoïde était plutôt sèche qu'humide, et dans plusieurs cette membrane semblait comme tendue sur la surface convexe du cerveau : cette dernière circonstance indiquait presque toujours la présence d'une abondante quantité de sérosité dans les ventricules.

Entre les granulations, l'arachnoïde, légèrement opaline, n'était ni injectée ni épaissie.

L'injection de la pie-mère n'était dans aucun cas plus notable que dans l'état sain. Au niveau des granulations isolées, l'arachnoïde se séparait facilement de la substance corticale sous-jacente; mais dans les points où les granulations étaient réunies en masses, ces masses ne pouvaient s'enlever sans entraîner une portion de la substance corticale. Celle-ci, en ce point, était évidemment plus injectée, ramollie, s'en allant en bouillie sous un filet d'eau. Ce ramollissement occupait d'ordinaire une largeur de deux à trois pouces; mais il ne pénétrait jamais profondément. Ailleurs la substance corticale restait ferme et pas plus rosée qu'à l'ordinaire.

Dans le centre ovale, la substance blanche n'a jamais présenté aucune altération; elle était moins injectée qu'elle n'est d'ordinaire chez les enfans qui succombent rapidement à quelque autre maladie aiguë; mais deux fois nous avons trouvé un ramollissement blanc, pultacé, à la surface des ventricules, principalement à leur partie postérieure, dans le point appelé cavité digitale. Là, en effet, la substance cérébrale pouvait être enlevée par le râclage, et laissait voir sa disposition fibreuse. Il n'y avait aucun changement dans sa coloration.

Sur quatorze cas dans lesquels l'état de la substance blanche est noté, dans la voûte à trois piliers, le corps calleux et le *septum lucidum*, (que nous désignons par abréviation sous le titre de parties centrales), huit fois ces parties étaient plus ou moins ramollies, et, dans quelques cas, réduites à un état de diffluence tel, qu'il suffisait d'abandonner le cerveau à son propre poids pour en déterminer la rupture. Généralement cette diffluence nous a semblé correspondre avec la présence de la sérosité dans les ventricules; mais nous devons ajouter que maintes fois aussi nous avons trouvé de la sérosité en abondante quantité dans les ventricules, sans que ces parties fussent aucunement ramollies; elles cédaient comme les autres parties du cerveau à la distension produite par la présence de la sérosité dans les ventricules; le trou de Monro, qui établit la communication entre les deux ventricules latéraux, était seulement très-élargi.

La quantité de sérosité dans les ventricules, dans tous les cas, était plus abondante qu'à la suite des autres affections aiguës. Cette quantité, terme moyen, était de deux ou trois cuillerées; lorsqu'elle était plus abondante, les ventricules étaient considérablement dilatés. Nous avons vu en pareil cas ces cavités offrir dans leur mesure d'avant en arrière plus de quatre pouces de longueur. Cette dilatation se faisait toujours aux dépens de la partie supérieure et postérieure. Dans ce dernier point, nous avons vu la cavité n'être séparée de la substance corticale que par une ligne au plus de substance blanche. Jamais nous n'avons vu les ventricules dilatés ni antérieurement, ni inférieurement au-dessous des couches optiques. L'extrême dilatation des ventricules se traduisait au dehors par l'état de tension de l'arachnoïde, et par l'aspect pressé et aplati des circonvolutions de la surface convexe du cerveau.

Telles sont les altérations qui accompagnaient les granulations arachnoïdiennes lorsqu'elles existaient seules; mais souvent ces granulations étaient accompagnées de la présence de véritables tubercules : ces tubercules avaient tous les caractères des tubercules du cerveau.

Dans les vingt-sept cas où nous avons trouvé des granulations, treize fois ces granulations étaient accompagnées de véritables tubercules du cerveau ou du cervelet.

La moelle épinière, examinée douze fois, a toujours été trouvée parfaitement saine, soit dans ses membranes d'enveloppe, soit dans sa substance.

Il nous reste maintenant à parler de l'état des autres organes. Bien que les lésions qu'ils présentent ne puissent être considérées que comme des lésions secondaires; néanmoins de leur rapprochement avec la lésion principale nous verrons qu'il naîtra un résultat important, résultat qui peut établir la véritable nature de cette affection.

1° En effet, à partir du moment où, après avoir analysé notre nouvelle série d'observations, nous crûmes reconnaître quelque affinité entre cette affection et la disposition tuberculeuse, nous avons recherché avec soin la présence des tubercules dans l'appareil pulmonaire, et dans tous les cas nous en avons trouvé. Revenant en outre sur nos observations antérieures, déjà consignées dans les *Archives* du mois de février 1833, nous avons constaté que, dans la grande majorité des cas recueillis même à cette époque, nous avions aussi trouvé des tubercules dans l'appareil pulmonaire, en même temps que des granulations dans l'arachnoïde.

La même observation peut être faite sur la plupart des faits recueillis avec quelques détails, et consignés dans les ouvrages de MM. Senn et Charpentier, sous le titre de méningite. C'est pourquoi nous sommes bien porté aujourd'hui à croire qu'il existe toujours des tubercules dans les poumons ou dans les ganglions bronchiques, lorsqu'il existe des granulations dans l'arachnoïde, et qu'il faut attribuer au défaut de recherche des observateurs les cas où cette coïncidence n'a pas été remarquée.

Dans le plus grand nombre des cas, chose bien digne de remarque, la disposition tuberculeuse se manifestait dans les autres organes, comme dans l'arachnoïde, sous la forme de granulations. Ainsi les poumons, les plèvres, le péritoine, le foie, les reins, étaient criblés de granulations.

Dans les vingt-sept cas, qui ont été examinés avec le plus grand soin, le plus grand nombre offrait des tubercules, non-seulement dans les organes thoraciques, mais même dans les organes abdominaux, ce qui dénotait une disposition tuberculeuse très-prononcée.

Dans trois cas cependant, nous n'avons pu trouver la matière tuberculeuse que dans quelques-uns des ganglions bronchiques.

Dans plusieurs, l'affection tuberculeuse était parvenue à un degré assez avancé pour produire des cavernes dans les poumons et des ulcérations nombreuses dans le canal intestinal.

A cette diathèse tuberculeuse si remarquable dans les affections que nous décrivons, il faut joindre un ramollissement pâle, avec amincissement, dans le grand cul-de-sac de l'estomac. La membrane muqueuse stomacale ne fournissait en ce point que des lambeaux de demi-ligne au plus. Cette altération occupait ordinairement une étendue assez

---

de la taille, etc.; de M. Arnott, de l'hôpital de Middlesex, sur les maladies du canal de l'urètre, sur une manière de dilater ce canal avec de l'air, etc.; de M. Scott, de l'hôpital de Londres, sur la compression appliquée aux engorgemens des articulations, idée qui n'est pas tout-à-fait nouvelle, etc., etc.; mais au total, sans refuser du mérite à ces chirurgiens, il n'y a point d'idée-mère, point de pensée fondamentale qui ait pu donner lieu à des développemens de quelque portée, et qui ait fait faire des progrès réels à l'art chirurgical.

On peut donc établir que, dans ces dernières années, aucune publication réellement hors de ligne n'est sortie des hôpitaux de Londres. Au reste, c'est aussi l'avis de chirurgiens anglais qui s'occupent de recueillir toutes les découvertes de l'art en Angleterre, et notamment de Samuel Cooper, qui travaille dans ce moment à la septième édition de son dictionnaire. Ce dernier, homme modeste autant qu'instruit, me racontait là-dessus qu'étant un jour dans un hôpital avec un chirurgien placé depuis long-temps très-haut en clientelle dorée et en fortune, ils se demandèrent s'il y avait actuellement en fonctions dans les hôpitaux quelque jeune chirurgien sur lequel se fonderaient, à juste titre, de belles et de consolantes espérances; et après avoir bien examiné la question, ils ne trouvèrent aucun nom qui pût lui servir de réponse.

Si nous portons maintenant notre attention sur ce qui a lieu dans ces hôpitaux, relativement au traitement chirurgical proprement dit, nous verrons que c'est là, comme au temps de M. Roux, le meilleur côté de la chirurgie anglaise, et cependant il y a encore beaucoup d'observations à faire. Un reproche que l'on peut adresser en général aux chirurgiens des hôpitaux de Londres, c'est de ne pas assez connaître ni se soucier même de connaître tout ce qui se fait et se découvre dans les autres pays; de ne pas adopter ce qu'il y a de réellement bon à prendre ailleurs, ou de faire seulement là-dessus quelques légers essais, qu'ils abandonnent trop vite, s'ils ne réussissent pas à leur gré, pour reprendre leur pratique habituelle; de ne pas être enfin assez portés alors à avouer et à reconnaître franchement ce qu'il y a d'utile dans des méthodes dont les avantages sont ailleurs généralement reconnus.

Ils se font assez généralement remarquer par la manière ingénieuse dont ils savent, avec différens appareils, remplir toutes les indications qui se présentent dans le fractures. Cependant il n'y a pas d'hôpital où je n'aie vu des malades auxquels, pour les fractures du fémur, on avait appliqué seulement la longue attelle externe de Desault, le pied se trouvant plus ou moins fortement tourné en dehors, ce qui constitue certainement un des plus mauvais moyens d'extension continue que l'on puisse employer; et, chose bizarre, pendant qu'ils conservent ainsi cette attelle de Desault, ils n'ont pas accepté le procédé rationel qu'il a indiqué le premier, pour remplir les vraies indications dans la fracture de la clavicule. Ils emploient deux coussinets en cercle, environnant la partie supérieure du bras, passant sur l'épaule et sous l'aisselle, desquels partent deux courroies qui, se croisant sur le dos, viennent s'attacher à une ceinture. Ils tirent ainsi fortement les épaules en arrière, en s'exposant à faire saillir un des fragmens en avant, comme l'avait remarqué Desault. Ce premier mauvais effet ne saurait être réparé par une bande qu'ils font ensuite passer sous le coude et sur l'épaule du côté malade, en maintenant l'avant-bras plié à angle presque droit sur la partie antérieure de la poitrine. C'est là avoir l'air de vouloir remplir la véritable indication, tout en s'efforçant de faire le contraire. J'ai vu à l'hôpital Saint-Thomas

considérable : nous l'avons notée si constamment dans tous ceux de nos faits recueillis avec soin, qu'elle nous paraît une des lésions secondaires les plus remarquables de cette affection granuleuse de l'arachnoïde.

Ce rapprochement des symptômes avec les lésions anatomiques suffit pour démontrer que l'affection décrite par les auteurs sous le nom de méningite ou d'hydrocéphale aiguë, etc., n'est probablement qu'une affection de nature tuberculeuse, puisqu'en effet, dans tous les cas, nous avons trouvé des productions tuberculeuses dans le cerveau ou dans ses membranes, en même temps que dans les poumons ou dans les ganglions bronchiques.

J'ai choisi le développement de cette proposition pour principal objet de ma thèse, parce que le résultat auquel je suis parvenu est un de ces résultats inattendus auxquels on ne peut arriver que par l'observation. Que si certaines personnes sont portées à considérer tout ceci comme un paradoxe, je les prierai de vérifier si j'ai tort ou raison par de nouvelles recherches.

Je dois avertir que mon ami le docteur W.-W. Gerbard (de Philadelphie), qui travaillait avec moi à l'hôpital des Enfans malades, est arrivé aux mêmes résultats. Il doit partager l'honneur et la responsabilité de cette découverte ; il a publié ses recherches dans le *Journal de Philadelphie*.

Lorsque l'on ne porte point dans la recherche des granulations de l'arachnoïde une attention convenable, il est difficile de les distinguer. C'est pourquoi quelques-uns de mes camarades de l'hôpital des Enfans malades, incrédules d'abord à mes démonstrations, appelaient, en plaisantant, les *granulations* que je voulais leur montrer, *granulations de Rufz*. J'avoue que je serais bien dédommagé si on voulait consacrer mon nom à ces petites granulations, après vérification faite, de même que le nom de M. Bright a été donné aux granulations des reins, signalées par ce pathologiste dans certains cas d'hydropisie (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHEMICAL SCIENCE.

M. Robert J. Kane, au commencement du cahier de mars, avertit qu'il quitte la rédaction de ce journal, qui demeure confiée à MM. Graves, Stokes et Porter. Ce cahier contient sept articles originaux, savoir : 1° *recherches pathologiques sur les abcès chroniques*, par Ephraïm M'Dowel ; trois observations destinées à montrer que les maladies chroniques des os ou des articulations se terminent fréquemment d'une manière fatale en déterminant une inflammation aiguë des membranes séreuses, ou la formation de dépôts purulens dans les viscères ; et qu'une inflammation violente ou long-temps continuée d'une muqueuse, comme celle de la vessie, par exemple, peut produire une infiltration purulente dans le tissu cellulaire. L'auteur n'ajoute d'ailleurs aucune réflexion. 2° *Recherches sur l'accouchement instrumental*, par le docteur Churchill ; 3° *observations et réflexions* par un praticien de campagne ; 4° *observations pratiques sur la fièvre, principalement relatives au plan de traitement suivi depuis plusieurs années à l'hôpital de Belfast*, par Robert Little ; 5° *réponse de M. Carmichael aux objections faites par le docteur Macnish à sa théorie du sommeil* ; 6° *histoire d'un cas unique de maladie du cœur*, par Samuel Hanna.

(1) Cet intéressant mémoire a servi de thèse inaugurale à l'auteur. Nous n'avons pas cru pouvoir mieux servir ses intérêts et ceux de la science, qu'en le publiant dans la Gazette médicale. *N. du R.*

RECHERCHES SUR L'ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL, par F. CHURCHILL, professeur d'accouchemens, etc. ; mémoire lu au collège des médecins, le 19 janvier 1835.

Les instrumens les plus importans et les plus fréquemment employés par les accoucheurs sont sans contredit le forceps et les crochets ; et ils ont été recommandés à différens titres. Il est bien reconnu que l'emploi des crochets ne saurait se concilier avec la vie du fœtus ; mais en laissant de côté ce qui regarde l'enfant, on n'a pas encore cherché à établir par les faits lequel des deux instrumens, convenablement employés, offre le plus de dangers pour la mère ; c'est là l'objet de ce mémoire.

L'auteur va d'abord au-devant des objections qu'on peut lui faire. Elles se réduisent à ceci : 1° les circonstances différentes qui réclament l'une ou l'autre opération ne permettent pas d'établir de comparaison entre les résultats ; 2° la période du travail dans laquelle on fait l'opération doit avoir aussi une grande influence sur les résultats mêmes. Mais on peut répondre que, soit par l'effet des préjugés de l'éducation, soit par toute autre cause, c'est à peine si l'on pourrait citer quelque circonstance, qui, notées par quelques accoucheurs comme exigeant l'emploi des crochets, n'ait pas été placée par d'autres parmi les indications du forceps, et *vice versâ*. Un accoucheur distingué d'Allemagne n'a eu recours qu'une fois aux crochets, tandis qu'il s'est servi trois cents fois du forceps ; et cependant ses cas de forceps n'ont pas eu des résultats plus fâcheux que les cas de crochets du docteur Joseph Clarke, bien que plusieurs offrissent des circonstances toutes semblables. En fait, si nous comparons tous les faits ci-dessous cités, nous trouverons que, à part les cas d'une extrême distorsion du bassin, il n'y a pas de règles précises pour le choix de l'instrument, les uns employant le forceps là où les autres se servent du crochet. D'un autre côté, la cause de mort est en général locale dans son principe ; et cette cause, qui n'est autre que le passage d'un corps trop volumineux à travers un canal trop étroit, existe pour les deux opérations. Des lésions égales peuvent provenir de l'extraction de la tête vidée ou de la tête contenant encore son cerveau, si sa grosseur est dans un rapport semblable avec le calibre du bassin ; ceci est prouvé par la mortalité qui suit l'emploi du crochet. Voilà pour la première objection.

Pour la seconde, l'un et l'autre instrument sont mis en usage dans toutes les périodes du travail, dès que la nécessité en est bien établie. En Angleterre on attend d'ordinaire 20 à 24 heures, à moins de complications accidentelles, pour s'assurer de l'insuffisance des efforts de la nature. Sur le continent, ce délai varie beaucoup, mais il varie également quel que soit l'instrument qu'on préfère. Ainsi donc, comme on n'a précisé, ni les cas qui exigent telle ou telle opération, ni l'époque à laquelle il faut les faire, et que l'incertitude est la même pour toutes deux, je pense, dit M. Churchill, que les objections perdent beaucoup de leur force, si elles ne sont pas renversées.

Le premier tableau montre d'abord la fréquence relative de l'emploi

---

plusieurs cas de fracture transversale de la rotule où, à la position inclinée, communément employée dans ce cas, le membre étant étendu de haut en bas, du talon à la fesse, et à deux courroies placées circulairement et convenablement l'une au-dessus, l'autre au-dessous de cet os, pour attirer l'un vers l'autre les deux fragmens, on avait ajouté un fort lien qui, partant d'un des côtés de la courroie supérieure, allait, après avoir contourné la plante du pied, s'attacher au côté opposé de la même courroie. On avait voulu sans doute ainsi attirer plus fortement en bas encore le fragment supérieur ; mais il est évident qu'une semblable action exercée sur le pied doit produire un très-mauvais effet sur l'articulation du pied avec la jambe. Aussi ces malades, que j'ai interrogés, éprouvaient-ils de très-fortes douleurs dans cette articulation, et chez l'un d'eux on avait été obligé de relâcher complétement cette bande.

Dans les luxations, outre le point fixe d'attache au mur pour la contre-extension, plusieurs emploient pour l'extension un système plus ou moins compliqué de moufles, et cela même dans les cas de luxations tout-à-fait récentes. Ce procédé, que l'on a trop blâmé, ne devrait être généralement employé, ce me semble, que quand il s'agit de luxations plus ou moins anciennes, dans lesquelles il devient souvent indispensable. J'ai vu réduire à l'hôpital Guy, par MM. Key et B. Cooper, une luxation du fémur en haut et en dehors, qui était arrivée quelques heures auparavant, chez une femme de 55 à 60 ans. Une courroie en forme de coussinet fut passée autour de l'extrémité supérieure de la cuisse, du côté malade, devant et derrière le pli de l'aine, de manière à appuyer ainsi sur les muscles mêmes de la cuisse et sur la tubérosité de l'ischion. Les deux bouts de cette courroie furent attachés à un anneau scellé au mur. D'un autre côté, on environna l'extrémité inférieure de la cuisse immédiatement au-dessus du genou, d'une large courroie en forme de jarretière, déterminant une forte compression circulaire sur cette partie et portant deux petits anneaux de fer auxquels venaient se rendre les cordes appartenant au moufle. Il est certain que, de cette manière, en appliquant la force extensive le plus près possible de l'extrémité de l'os luxé, on évite le tiraillement des articulations voisines et on ne perd pas mal à propos une partie de cette force ; mais si chez une personne maigre, à muscles peu développés, à extrémités osseuses volumineuses, une semblable compression circulaire au-dessus du genou est facile et sans inconvéniens, elle pourrait en avoir de très-grands dans les circonstances contraires, sur un membre qui, par le fait du déplacement des parties, de la compression des nerfs et des vaisseaux, n'est déjà que trop disposé aux douleurs, aux irritations, aux engorgemens et à tous les accidens qui peuvent en être la suite. On avait saigné cette femme auparavant, et pendant même que la réduction s'opérait, on lui donna un grain de tartre stibié dans un peu d'eau, sans trop s'informer d'abord de l'état où se trouvait l'estomac. C'est là l'application d'une de ces idées que les Anglais se font sur le jeu des organes et l'irritabilité en général.

ERRATUM. Dans l'article précédent, à la dernière ligne, lisez *froide* au lieu de *fétide*.

du forceps et du crochet sur le nombre total des accouchemens. Pour n'y pas laisser de chiffre incertain, nous en ôtons les calculs approximatifs de Smellie, qui pensait que sur 1,000 accouchemens il y avait six cas d'opération; de M. Velpeau, qui ne veut qu'une opération sur 200 cas; et enfin le résumé du docteur Breen, qui établit qu'à l'hôpital des femmes en couche de Dublin, de 1806 à 1812, sur un total de 11,696 accouchemens, on n'a fait que 44 opérations; proportion encore au-dessous de celle de M. Velpeau.

FRÉQUENCE RELATIVE DE L'EMPLOI DU FORCEPS ET DU CROCHET.

Dates.	Institutions et Auteurs cités.	Total des acconch.	Forceps.	Croch.
1781	Dispensaire général de Westminster, docteur Bland,	1,897	12	0
1793	Hôpital des femmes en conche de Dublin, docteur J. Clarke, en 7 ans,	10,387	17	49
1825	Docteur Merriman, dans sa pratique particulière,	2,947	21	9
1828 / 1832, 1833	Dispensaire de Wellesley, docteurs Cusack et Maunsell,	1,268	31	6
1809	Maison d'accouchemens; Paris, Bandelocque,	17,308	49	13
—	Maternité, madame Lachapelle,	22,243	76	12
1817	*Ib.*, madame Boivin,	20,517	96	16
1812	Hôpital d'accouchemens de Vienne, M. Boer,	18,642	35	13
1811 à 1827	Hôpital de Prague, MM. Moschner et Kursack,	12,303	120	4
1814 à 1827	Hôpital de Dresde, M. Carus,	2,549	184	9
1819	Hopital de Geissen, M. Ritgen,	103	10	1
1824 à 1827	La Charité à Berlin, M. Kluge,	1,111	68	6
1825-26	Hôpital de Cologne, MM. Mindem et Merrem,	295	19	4
—	Institution d'acconchemens à Breslaw, M. Andrée,	356	7	3
1825	Institution d'acconchemens à Trier, M. Theys,	51	3	0
1825-28	Hôpital de Dantzick, M. Brunatti,	380	23	0
—	Heidelberg, M. Nægelé,	1,711	55	5
1826-27	Hôpital de Magdebourg, M. Voigtel.	29	3	2
1827-28	Hôpital royal d'acconchemens à Breslaw, M. Küstner,	368	8	2
1829-1831	Institution d'acconchement à Fulda, M. Adelmann,	144	0	1
1830-33	Hôpital de Marbourg, M. Caspar Siebold,	340	35	1
1817 à 1828	Hôpital d'accouchemens de l'université royale de Berlin, M. E. Siébold,	2,093	300	1

En suivant l'ordre de ce tableau, on voit que l'emploi du crochet va sensiblement en diminuant, et que celui du forceps augmente. Le tableau qui suit montrera si l'humanité y a gagné.

Auteurs cités.	Cas de forceps.	Femmes vivantes.	Femmes mortes.	Enfans vivans.	Enfans morts.	Cas de crochets.	Femmes vivantes.	Femmes mortes.
1° En Angleterre :								
Smellie.	52	50	2	44	8	24	21	3
Perfect.	17	15	2	13	4	3	3	»
J. Clarke.	14	12	2	14	«	49	33	16
Merriman.	21	21	»	15	6	9	9	»
Grégory.	»	»	»	»	»	3	1	2
Cusack et Maunsell.	2	2	»	1	1	7	4	3
Beatty.	111	111	»	»	»	3	3	»
Gooch.	6	5	1	»	»	»	»	»
Ramsbotham.	5	5	»	3	2	19	16	3
Churchill.	3	3	»	2	1	1	1	»
	231	224	7	92	22	118	91	27
2° En Allemagne :								
Boer.	19	17	2	14	5	»	»	»
Ritgen.	10	9	1	9	1	1	1	»
Carus.	13	12	1	10	3	»	»	»
Kluge.	68	68	»	54	14	8	5	3
Andrée.	7	6	1	2	5	2	1	1
Theys.	3	3	»	2	1	»	»	»
Brunatti.	24	23	1	18	6	»	»	»
Moschner et Kursak.	120	120	»	»	»	4	3	1
Voigtel.	3	3	»	3	»	»	»	»
E. Siebold.	300	289	11	53	47	1	1	»
Küstner.	8	5	3	5	3	2	2	»
Adelmann.	»	»	»	»	»	1	1	»
C. Siebold.	35	35	2	33	2	1	1	»
3° En France :								
Mme Lachapelle.	79	65	14	56	23	16	10	6
Total.	920	877	43	351	132	151	116	38

Ainsi sur 920 cas dans lesquels le forceps a été employé, 43 femmes ont succombé, ce qui établit une proportion de 1 mort et 1/2 sur 21 opérées. Sur 124 cas de crochet, il y a eu 38 morts, 1 sur 4. Il n'y a nulle comparaison à établir entre les deux opérations quant aux enfans; tous ceux sur qui l'on a appliqué le crochet sont morts.

Ces résultats offrent un contraste assez marqué pour démontrer que le premier instrument est beaucoup moins dangereux que l'autre; toutefois nous devons signaler ici un des vices de ces tableaux statistiques dressés avec des faits pris en masse et au hasard. Dans une science telle que la nôtre, ce ne sont pas des chiffres seulement qui peuvent fonder une démonstration; il faut nous donner encore la raison de ces chiffres; sinon c'est souvent un jeu de loterie où la décision est toute due au hasard. Bien que l'auteur pense avoir résolu les objections qu'il s'est posées, il est trop évident qu'il ne saurait y avoir de comparaison exacte entre des opérations faites au début ou à la fin du travail; que la compensation qu'il a prétendu établir est toute arbitraire; en un mot, qu'il faut avant tout comparer des faits semblables pour en tirer des conséquences logiques. La cause pour laquelle on recourt soit au forceps, soit au crochet, n'est pas non plus indifférente au résultat; l'état antérieur de la femme, la disposition anatomique du bassin, une foule de circonstances peuvent faire pencher la balance. Enfin, du moins aurait-il été essentiel de savoir quels sont les accidens propres à l'emploi du forceps et ceux propres l'emploi du crochet; car si celui-ci est inévitablement fatal à l'enfant, on ne voit pas ce qu'il a de fâcheux pour la mère, à moins qu'une main maladroite ne le laisse échapper contre l'utérus ou le vagin; et d'une autre part le forceps paraît tellement inoffensif, que la mortalité résultant de son emploi semble bien plutôt devoir être attribuée aux accidens du travail antérieur.

L'auteur tire de son travail les conclusions suivantes :

1° Même dans des mains exercées, ni le forceps ni les crochets ne sont aussi inoffensifs pour la mère qu'on l'a gratuitement supposé.

2° Le crochet étant bien plus dangereux que le forceps, même pour la mère, c'est à ce dernier instrument qu'il faudra recourir de préférence, excepté dans les cas d'étroitesse extrême du bassin, qui ne permettrait pas de l'appliquer avec succès.

3° A part l'étroitesse extrême du bassin, il ne faut employer le crochet que quand on s'est assuré que l'accouchement ne peut être terminé par le forceps, et il faut toujours essayer celui-ci de prime-abord; l'expérience prouve que ces essais préalables n'ajoutent rien au danger pour la mère.

4° La mortalité qui suit l'emploi du forceps est une indication de ne pas trop attendre pour y recourir, l'opération offrant d'autant plus de chances de succès qu'elle est plus tôt pratiquée.

5° La mort bien constatée du fœtus n'est pas une raison pour préférer le crochet au forceps.

II. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

OBSERVATIONS SUR LES EFFETS MÉDICINAUX DE LA KRÉOSOTE, par le docteur ELLIOTSON, médecin de l'hôpital Saint-Thomas.

Le mémoire dont nous allons donner ici un extrait a été lu par l'auteur dans l'une des dernières séances de la société médico-chirurgicale. Les expériences tentées avec la kréosote dans plusieurs maladies graves, telles que la phthisie, le choléra, le diabète, la névralgie, l'épilepsie, etc., et qui y sont rapportées, ont été faites en partie dans les salles de l'hôpital Saint-Thomas, en partie dans la clientelle de l'auteur. La lecture de ce mémoire a excité une assez vive attention; car le docteur Elliotson est le premier médecin anglais qui se soit occupé de recherches sur la kréosote et les ait publiées. Ses premiers essais furent d'abord pratiqués dans des cas où il ne restait pas d'espoir d'obtenir du soulagement par aucun des autres médicamens. Aussi, ce fut chez des phthisiques et chez des épileptiques qu'il l'employa d'abord; il commençait habituellement par deux ou trois gouttes suspendues dans un mucilage aqueux, et élevait la dose graduellement jusqu'à dix, quinze, vingt gouttes et plus, jusqu'à ce que l'estomac ne pût plus supporter ce médicament, ce qui était annoncé par des nausées, des vomissemens, de la céphalalgie, des vertiges; la chaleur de la langue, de la gorge, de l'œsophage.

Dans la phthisie, sous quelque forme et à quelque dose qu'elle eût été employée, la kréosote est restée entièrement inefficace. Cependant il dit avoir remarqué que, prise en fumigations, elle augmentait quelquefois, et pour peu de temps, la facilité de la respiration et l'expectoration. Le même moyen paraît lui avoir très-bien réussi dans quelques cas de bronchorie ou de catarrhe chronique. La dose de la kréo-

sote qu'il employait dans ces fumigations était de dix à quinze gouttes pour une pinte d'eau et plusieurs fois par jour.

Dans l'épilepsie, les effets de la kréosote ont aussi été presque nuls; cependant, ayant cru remarquer qu'à la suite de cette médication les sujets les plus irritables étaient plus tranquilles que d'habitude, il a été amené à employer le même médicament dans les cas d'hystérie, de névralgie, et dans quelques autres maladies où il y a une excitabilité morbide très-prononcée.

Obs. I. — Une jeune fille se plaignait de douleurs aiguës dans l'hypogastre et le bassin, et de quelques autres symptômes nerveux, avec une constipation habituelle. Au commencement, la douleur et les autres phénomènes revenaient irrégulièrement; mais au bout de quelque temps ils commençaient tous les jours à sept heures du matin, et duraient jusqu'au soir; puis la malade tombait dans une espèce de coma, dans lequel elle restait toute la nuit. Sa physionomie et tous ses gestes exprimaient une vive souffrance. Les évacuations étaient régulières. Déjà tous les moyens connus avaient été employés avant son admission à l'hôpital St.-Thomas. Trois grains de morphine, pris tous les matins, lui procurèrent un peu de soulagement; mais on fut bientôt obligé d'en discontinuer l'usage.

Le 22 juillet, on lui prescrivit une goutte de kréosote trois fois par jour. La dose fut augmentée graduellement jusqu'à sept gouttes. L'amélioration fut rapide, et la malade quitta l'hôpital au bout d'un mois, après avoir repris de la santé et de l'embonpoint.

Obs. II. — Un homme, affecté d'une névralgie des narines et du palais depuis trois mois, souffrait des douleurs horribles avec mouvemens sympathiques des muscles de la face. Trois ans avant il avait eu la même maladie, et avait guéri sans traitement. Il commença, le 22 avril, par trois gouttes de kréosote trois fois par jour.

Le 28, les doses étaient déjà de six gouttes; il y avait de l'amélioration; la douleur revenait moins fréquemment, et le sommeil était moins troublé par les paroxysmes. La dose fut portée jusqu'à dix-huit gouttes, et le malade se trouva assez bien pour demander à quitter la maison.

Deux autres faits analogues sont rapportés par l'auteur. Les sujets, qui étaient encore en traitement au moment où il lut son mémoire, pouvaient, dit-il, être considérés comme guéris. Pendant ces expériences, le choléra ayant reparu à l'hôpital (en 1834), le docteur Elliotson résolut d'essayer la propriété calmante de la kréosote dans le traitement de cette maladie, qu'il appelle *opprobrium medicorum*. Dans deux cas où elle fut administrée, elle arrêta les vomissemens complètement; mais les malades n'en moururent pas moins. Cependant il dut faire de nouveaux essais sur la propriété anti-émétique de la kréosote, et leur résultat fut que, de tous les médicamens qui jouissent de cette propriété, il n'en est aucun, dit M. Elliotson, dans lequel elle soit aussi énergique. Aussi, dans plusieurs cas où les vomissemens avaient continué malgré l'emploi de l'acide prussique, la kréosote les a fait cesser complètement. Non-seulement cette substance peut arrêter les vomissemens, mais elle peut encore les prévenir lorsqu'ils sont imminens. Il dit aussi en avoir retiré quelque avantage dans la dyspepsie avec douleur et nausées, mais elle augmente la flatulence.

L'auteur rapporte ensuite avoir employé la kréosote dans le traitement du diabète chez trois malades, et avec succès. Les observations sont rapportées avec si peu de détails, que nous croyons devoir les traduire ici textuellement.

Obs. III. — Un gentilhomme de la campagne, âgé de 60 ans, malade depuis quatre ou cinq ans, qui avait la langue chargée, une soif excessive, et rendait une urine très-sucrée, fut soumis au traitement par la kréosote.

Le 10 septembre, il n'urinait plus que sept fois dans les vingt-quatre heures, au lieu de quinze fois, comme il le faisait avant; son urine contenait à peine une légère quantité de sucre, et il se sentait très bien.

Obs. IV. — Un médecin malade depuis huit mois rendait dans les vingt-quatre heures *douze quarts* d'urine, dont la gravité spécifique était de 1038. Il se plaignait d'aigreur et de constipation. Il commença l'usage de la kréosote le 8 novembre.

Le 25, il avait déjà recouvré une partie de sa gaieté, de ses forces, et il présentait une amélioration tout-à-fait surprenante.

Obs. V. — Un gentleman, âgé de 60 ans, malade depuis six mois, qui rendait par jour six quarts d'urine, dont la gravité spécifique était de 1,087, fut soumis au traitement par la kréosote. Au bout de neuf jours, sa santé avait déjà beaucoup regagné. En décembre, la soif avait complétement disparu; il ne rendait plus que trois pintes d'urine, et tous les autres symptômes offraient la même amélioration; mais l'urine conservait sa pesanteur spécifique de 1,037. On a en depuis de ses nouvelles, et il continue de mieux aller.

Observation sur l'hydropisie rénale (maladie des reins du docteur Bright); par M. J. Anderson.

Le mémoire de M. Anderson sur cette maladie qui n'a encore été bien étudiée qu'en Angleterre, offre assez d'étendue et contient beaucoup de détails, les uns relatifs aux faits déjà connus sur l'hydropisie rénale, les autres, plus nouveaux, et sur lesquels seulement nous nous arrêterons dans l'analyse que nous allons faire du travail, après avoir reproduit très en abrégé l'observation suivante, l'une des plus intéressantes, à notre avis, qui aient encore été publiées sur cette maladie.

Obs. — Crown, âgé de 47 ans, d'une apparence leucophlegmatique, fut admis, le 3 décembre 1834, dans les salles du docteur Bright (hôpital Guy). Depuis six mois, il souffrait d'un rhumatisme, et portait depuis quatre mois un anasarque qui avait commencé à la face et au coude, et s'était étendu graduellement à toutes les autres parties du corps. Cet homme menait une vie fort irrégulière, faisait de fréquens excès, et s'exposait souvent à toutes les intempéries des saisons. A son entrée, il offrit une grande pâleur; les yeux étaient d'un blanc mat de perle, les paupières œdématiées et tout le corps infiltré. Il y avait à la tête des douleurs lancinantes qui augmentaient la nuit; de l'oppression à l'épigastre; une douleur dans la région rénale; des palpitations et une dyspnée survenaient au moindre mouvement. L'action du cœur était forte et peu distincte; mais le rhythme était régulier. La langue était sèche; la peau aride; l'urine couleur de paille, acide, coagulable par la chaleur et l'acide nitrique, donnant pour pesanteur spécifique 1,015. Douleurs rhumatismales assez vives dans les mains et les poignets.

Le malade resta dans cet état, avec de fortes variations, pendant un traitement trop compliqué pour que nous le reproduisions ici, jusqu'au milieu de janvier, quand il fut pris subitement, après même avoir offert le matin une amélioration assez manifeste, d'une espèce d'attaque d'apoplexie avec respiration stertoreuse, contraction des pupilles, bouche écumante, mouvemens convulsifs et teinte jaunâtre de la face. Il recouvra sa connaissance et eut quatre autres attaques analogues dans la même journée, et mourut dans la dernière.

Autopsie. L'abdomen contient plus d'un gallon d'un fluide légèrement jaunâtre. Les organes qu'il renferme n'offrent d'autre altération que cette décoloration que l'on rencontre toujours dans des cas analogues. Le rein droit offre environ la moitié en sus de son volume ordinaire; il est légèrement lobulé à sa surface et son tissu est plus ferme que dans l'état normal. Le tissu cellulaire environnant est fort adhérent à la tunique propre, au dessous de laquelle on voit huit ou neuf kystes du volume d'un pois, et remplis d'un fluide transparent. L'un de ces kystes cependant était opaque. La tunique propre était facile à détacher du rein, qui offrait à sa surface une sorte de petites granulations blanches du volume d'une tête d'épingle; elles faisaient un contraste frappant avec la couleur brune de la substance corticale. Il y avait deux ou trois taches blanches de la grandeur environ d'un demi-penny d'argent, auprès de l'entrée des vaisseaux. A l'intérieur, la substance du rein offrait la même dureté et les mêmes granulations qu'à l'extérieur. La substance corticale paraissait avoir très-peu d'épaisseur, tandis que celle de la substance tubuleuse semblait augmenter. Le rein droit était en tout semblable au gauche.

Le ventricule gauche du cœur présente une hypertrophie considérable avec dilatation; le ventricule droit, dilatation avec amincissement. L'aorte a un calibre double de celui qu'elle offre ordinairement. Les deux poumons sont considérablement œdématiés en arrière. Les deux plèvres contiennent un fluide jaunâtre. Les ventricules latéraux du cerveau, environ deux onces et demie de sérosité transparente.

Chaque articulation du genou renferme à peu près une once et demie d'une sérosité demi-opaque, mêlée de flocons d'une matière blanche. Les cartilages offrent le double de leur épaisseur ordinaire, et sont recouverts d'une couche d'une substance blanchâtre, mêlée de concrétions calcaires, dont quelques-unes n'ont pas moins d'un pouce de long sur un demi-pouce de large.

Une partie du fluide épanché dans les différentes cavités a été analysée par le docteur Barlow, qui a obtenu les résultats suivans. « Après avoir obtenu de chacun de ces fluides un extrait aqueux et ensuite un extrait alcoolique, on a préparé avec ces derniers un sirop par l'addition de quelques gouttes d'eau distillée, et l'on a ajouté une petite quantité d'acide nitrique concentré. Le sirop obtenu du fluide du cerveau et de celui de l'abdomen, a fourni, au bout de quelques heures, une quantité considérable de cristaux foliacés d'un blanc de perle et de forme arborescente. Celui du péricarde et des plèvres en a fourni une très-petite quantité après un bien plus long intervalle. Ces cristaux paraissaient être du nitrate d'urée. »

L'un des faits relatifs à cette observation, sur lequel M. Anderson appelle spécialement l'attention, c'est la coïncidence de l'hypertrophie du cœur et de l'altération des reins. Nous savions bien déjà, d'après la lecture des travaux de MM. Bright et Gregory sur cette maladie, qu'elle complique très-souvent les altérations organiques les plus prononcées, telles que les maladies cancéreuses et la phthisie; mais nous ignorions qu'on la rencontrât fréquemment avec l'hypertrophie du cœur, comme l'affirme ici M. Anderson. Quelle est la cause de cette coïncidence? par quel rapport trouve-t-on aussi souvent des affections d'organes aussi différens existant simultanément? C'est ce que l'on ne peut même soupçonner dans l'état actuel de la science sur ce point. La fréquence de l'hémorrhagie cérébrale chez les sujets affectés d'hypertrophie du cœur, peut s'expliquer tout simplement par un effet mécanique de l'impulsion du sang qui est augmenté, et agissant avec plus de force sur les artères cérébrales, finit par déterminer leur rupture sur quelque point de leur étendue. Pourrait-on attribuer à la même cause la production de la lésion des reins,

plus fréquente chez les sujets affectés d'hypertrophie? nous ne le pensons pas; car, ainsi que nous le disions à l'instant, la même fréquence s'observe chez les phthisiques et les cancéreux; et ici la même explication ne pourrait plus être adoptée.

On a dit (le docteur Elliotson et plusieurs autres médecins anglais) que la présence de l'albumine dans l'urine avait moins d'importance pour le diagnostic de l'hydropisie, que ne pensaient le docteur Bright et les médecins qui ont adopté sa manière de voir; parce que, disait-on, on voyait assez souvent l'urine fournir, soit par la chaleur, soit par l'acide nitrique, un précipité chez des sujets qui n'étaient pas atteints d'hydropisie, et même quelquefois chez des sujets jouissant d'une bonne santé. M. Anderson commence par contester l'exactitude du fait. Sur 296 malades atteints d'affections de tout genre, dont l'urine a été examinée par MM. Barlow, Tweedie et Rees, 26 ont offert l'urine albumineuse, et sur ces 26, 11 étaient atteints d'anasarque. Sur 141 malades observés par M. Anderson lui-même, 18 ont offert l'urine albumineuse, et sur ces 18, 17 étaient affectés d'hydropisie. Il n'est donc pas aussi fréquent qu'on l'a dit de trouver l'urine albumineuse chez des sujets chez lesquels il n'y a pas d'hydropisie. Mais nous ne devons pas oublier que la coagulabilité de l'urine peut exister long-temps avant que l'anasarque apparaisse; et si elle dépend d'une légère affection des reins, il est facile de concevoir qu'elle pourra disparaître en même temps que cette dernière, avant que l'anasarque ait été produit. Le traitement de cette maladie offre encore la plus grande incertitude: nous ne reproduirons ici que les réflexions de l'auteur sur l'emploi du traitement mercuriel auquel on a eu quelquefois recours en Angleterre. Car il paraîtrait, d'après ce que dit M. Anderson, que le mercure jouit de la propriété de déterminer un état analogue à celui qui constitue cette maladie, ou de l'augmenter lorsque déjà il existe. On voit bientôt l'urine devenir albumineuse, et le ptyalisme qui se développe est extrêmement pénible pour le malade.

III. THE LANCET.

APPAREIL POUR DIMINUER LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE A LA SURFACE DU CORPS OU DES MEMBRES, par le docteur CLANNY, de Sunderland.

Ce petit article est destiné par M. Clanny à revendiquer pour lui la priorité de l'application de ce moyen au traitement de plusieurs affections. Nous ne décrirons pas l'appareil dont l'auteur donne ici la description, car il ne nous offre rien d'extraordinaire et que l'on ne puisse improviser au besoin; nous nous contenterons de faire connaître les effets que produit l'emploi de ce moyen. « Dans aucun cas, dit le docteur Clanny, je n'ai vu survenir d'effets funestes de l'action continuée de cet appareil. On conçoit facilement ce qui arrive à la surface du corps lorsqu'on diminue la pression atmosphérique, d'après ce que l'on voit survenir lorsqu'on a appliqué une ventouse sur une partie quelconque de la surface du corps. Cependant il y a une différence notable entre ces deux effets, puisque dans le premier cas il n'y a pas de compression comme celle qu'exercent les bords de la ventouse, qui déterminent une espèce d'étranglement. Lorsqu'on commence à soustraire l'air par une pompe pneumatique, le calibre des vaisseaux des tégumens augmente, et détermine vers la surface une espèce de fluxion avec accroissement de la chaleur et de la transpiration; et même cette dernière peut être recueillie après qu'elle a été condensée lorsque l'opération est continuée assez long-temps. Ainsi, dans quelques cas, j'ai recueilli deux onces de sueur fournie en une seule séance par la jambe et le pied. »

Lorsque la diminution de la pression atmosphérique est opérée sur un membre, le seul effet qui soit appréciable est une sensation de raideur ou de stagnation, comme si le membre était moins mobile qu'auparavant.

Les maladies où le docteur Clanny dit avoir retiré le plus d'avantages de l'emploi de ce moyen sont la goutte, l'hydropisie, le rhumatisme et les douleurs anomales. Du reste, il n'entre dans aucun détail sur son emploi et sur les règles auxquelles il doit être soumis. L'article suivant, extrait d'un autre mémoire du même journal sur le même sujet, peut offrir encore quelque intérêt.

INFLUENCE LOCALE ET GÉNÉRALE SUR LE CORPS DE LA DIMINUTION ET DE L'ACCROISSEMENT DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE, par le docteur MURRAY, de Dublin.

L'auteur de cet article veut encore établir ici un point de priorité, et il fait remonter à 1813 les premières discussions qu'il eut à ce sujet. Ayant observé, dans des expériences qu'il faisait sur la respiration, que l'animal renfermé dans une boîte hermétiquement fermée ne paraissait pas souffrir du tout quand on lui faisait arriver de l'air par un tuyau adapté à la bouche et au nez, bien qu'on épuisât ou que l'on raréfiât l'air de la boîte à l'aide d'une pompe jusqu'à deux ou trois livres par pouce cube, il réussit à se procurer une espèce de baignoire, dans laquelle il fit entrer un jeune homme, qui put communiquer avec l'extérieur au moyen d'un tuyau adapté autour des joues de manière à ce qu'il ne s'établît aucune communication entre l'intérieur de cette boîte et l'air extérieur. Alors il fit jouer la pompe pneumatique, qui était ajustée à cette dernière, jusqu'à ce que le mercure s'élevât de trois pouces dans un tube de verre employé comme mesure. Aussitôt la peau devint chaude, rouge, se tuméfia, et une transpiration abondante s'établit. Le sujet ne souffrait nullement; il était même un peu gai, et paraissait faire de fortes inspirations. Les principales sensations qu'il éprouva furent une espèce de tiraillement en avant de l'abdomen et une forte chaleur de la peau. Bien que l'on eût considérablement diminué la pression à la surface de son corps, il resta cependant plus de vingt minutes dans cet appareil, et son maître prit sa place immédiatement et éprouva les mêmes effets.

On ne peut comparer l'effet produit dans ce cas avec celui qu'éprouvent les personnes qui s'élèvent sur les montagnes, car dans cette dernière circonstance l'air qu'elles respirent offre la même légèreté que celui qui les enveloppe. Quelle application peut-on faire de ce moyen? C'est ce qui reste encore à décider: d'après la théorie il semblerait devoir produire des résultats importans en déterminant une révulsion de l'intérieur à l'extérieur. Dans les maladies de poitrine, par exemple, si l'on enlève de la surface du thorax et de l'abdomen un poids de deux ou trois cents livres, quelle facilité n'en résultera-t-il pas pour l'expansion pulmonaire? et croit-on que l'individu auquel on pourra par ce moyen faire respirer le double de l'air qu'il respire habituellement, n'en éprouvera pas une modification importante? Il est probable qu'on pourra employer ce moyen avec avantage dans les cas de dyspnée, de congestion interne, d'apoplexie; dans les suppressions d'éruption, au début des fièvres et des autres maladies qui dépendent de l'obstruction des pores de la surface externe, dans certaines maladies des femmes. Ainsi l'auteur dit avoir plusieurs fois chez des femmes, dont les seins étaient mal conformés et surtout peu développés, déterminé l'expansion des vaisseaux et augmenté considérablement la sécrétion du lait en diminuant seulement la pression atmosphérique d'une, deux ou trois livres par pouce carré; il rapporte ici trois cas de choléra dont les sujets ont été soumis à ce moyen pendant quelques instans. Les sujets n'en ont pas moins succombé, mais après avoir éprouvé de la diminution de la pression atmosphérique les effets que nous avons indiqués; c'est-à-dire une plus grande facilité dans la respiration, le rétablissement de la chaleur cutanée, etc.

Quittant le sujet de la raréfaction de l'air, l'auteur passe à l'examen des effets que l'on peut attendre de la condensation de ce fluide autour du corps ou sur une partie du corps seulement. Ainsi il dit avoir réduit un prolapsus du rectum très-incommode à l'aide de ce moyen et sans toucher la partie qui faisait issue. Il rapporte encore avoir réussi l'hiver dernier dans un cas de ce genre très-fâcheux, et où tous les moyens employés ordinairement avaient échoué. Le grand avantage de cette méthode consiste en ce qu'elle vide les vaisseaux distendus sans irriter spécialement aucun point de la muqueuse comme le font les doigts ou les autres corps avec lesquels on cherche ordinairement à réduire ces prolapsus. Nous ne trouvons pas ici la description de la méthode qu'emploie l'auteur pour exercer cette compression au moyen de l'air condensé ou accumulé sur une partie du corps; tout ce que nous pouvons comprendre c'est qu'il couvre cette partie d'une couche d'huile, d'eau de chaux ou d'infusion de noix de galles. Il vante aussi les effets du même moyen dans le traitement des engorgemens chroniques des mamelles ou des autres tissus; mais nous doutons qu'il en ait fait l'essai dans ces sortes de cas.

Dans quelques autres affections il propose d'employer ce mode de compression dans un but tout-à-fait opposé à celui que veut obtenir le docteur Barry de l'application des ventouses pour empêcher la pénétration et l'imbibition des matières délétères déposées à la surface des plaies, des morsures, etc. Il veut, au contraire, donner plus de force à l'absorption des moyens médicamenteux appliqués sur une surface dénudée en augmentant artificiellement la pression atmosphérique. On peut ainsi faire pénétrer des lotions chaudes ou froides, des infusions médicamenteuses, des gaz ou des vapeurs sur des points inaccessibles dans les circonstances ordinaires. Dans les cas de tic douloureux, de sciatique, etc., après avoir détruit l'épiderme il fait pénétrer rapidement dans les tissus les médicamens appropriés. Il dit encore avoir re-

tiré des effets avantageux de ce mode de compression sur les surfaces enflammées et spécialement dans les cas d'inflammation érysipélateuse et érythémateuse; enfin il propose l'emploi de ce moyen dans les cas d'hémorrhagie par les piqûres de sangsues, d'hémorrhagie utérine et autres, toutes les fois que la compression peut être exercée au moyen de l'eau ou de quelque autre fluide.

LUXATION DU TIBIA EN ARRIÈRE SUR LE FÉMUR, par M. SWEETING.

Les discussions récentes qui ont eu lieu à l'Académie de médecine sur les luxations fémoro-tibiales, ont fait sentir la nécessité de recueillir avec soin tous les faits, si l'on veut dissiper l'incertitude qui règne encore sur cette matière. Il y a là une lacune qu'il faut combler. A ce titre, l'observation suivante présente un véritable intérêt.

OBS. — Le fils de M. M..., âgé d'environ 13 ans, s'amusait dans une écurie à bouchonner un des chevaux. Il avait la jambe gauche un peu étendue, et tout le poids du corps portait sur la jambe droite, lorsqu'un des chevaux rua brusquement et le frappa immédiatement au-dessous de l'articulation du genou, sur la tubérosité du tibia. Il tomba, et fut à l'instant même transporté à la maison par le charretier qui était présent. La déformation du membre faisait supposer que la jambe était cassée; on me dépêcha donc un messager. A mon arrivée, je trouvai le jeune garçon au lit, couché sur le dos, le genou fléchi, le pied et le coude-pied tournés en dehors. Les condyles du fémur faisaient une forte saillie, la rotule étant couchée sur la face externe du condyle externe. Le genou était excessivement gonflé; la tuméfaction s'étendait même vers la jambe. La flexion du membre ne causait aucune douleur; le malade se plaignait au contraire quand on voulait l'étendre. Le membre était raccourci d'un pouce à un pouce et demi. On sentait distinctement la tête du tibia dans l'espace poplité; la tubérosité du tibia était complètement cachée.

Après m'être assuré de la nature de l'accident, je procédai à la réduction; j'y réussis avec l'aide de deux personnes robustes, bien qu'elle eût exigé l'emploi d'une force considérable. Le membre fut placé sur un double plan incliné, sous un angle d'environ 50 degrés. Le lendemain matin, je trouvai que le blessé avait passé une nuit fort agitée, qu'il avait remué le membre dans toutes les directions, et qu'il avait ainsi reproduit le déplacement. Je tentai de nouveau la réduction avec le secours des personnes qui m'avaient si bien secondé la veille; mais cette fois mes efforts furent vains, et je me décidai à recourir aux poulies. M. Southcombe vint m'assister, et se convainquit pleinement lui-même que nous avions affaire à une luxation complète.

Une bande de toile fut passée entre les cuisses et fixée à l'aide d'une corde au chevet du lit, dans le but de maintenir le bassin, et une serviette mouillée fut disposée autour de la partie moyenne de la cuisse; pour donner plus de prise à l'aide chargé de faire la contre-extension. Un autre linge mouillé fut passé autour des malléoles, et par-dessus on appliqua un bandage circulaire en toile, aux anneaux duquel on arrêta le crochet sur lequel devaient tirer les poulies. Après quelques souffrances, et lorsqu'on eut continué durant dix minutes l'extension à l'aide des poulies, nous réussîmes à obtenir la réduction. Toute la manœuvre fut parfaitement exécutée, et ne causa pas au malade autant de douleur qu'on aurait pu l'imaginer. Le cas était nouveau pour nous, et je ne puis décrire la satisfaction que nous éprouvâmes, M. Southcombe et moi, lorsque nous sentîmes descendre la tête du tibia et que nous vîmes reparaître la tubérosité tibiale.

Après la réduction, le membre fut placé sur un double plan incliné et fixé dans l'appareil à l'aide de bandes placées autour de l'articulation du coude-pied, et au-dessus et au-dessous du genou, laissant entre elles l'articulation du genou libre de toute pression, et une large surface à découvert pour appliquer les lotions évaporantes. Une personne demeura près du malade jour et nuit pour soutenir le membre, de peur que quelque spasme ne lui imprimât une position défavorable.

HISTOIRE D'UNE FIÈVRE PUERPÉRALE CONTAGIEUSE ET ÉPIDÉMIQUE, qui a régné à Aylesbury et dans les environs pendant l'automne de 1832.

Parmi les traits les plus remarquables que nous offre la description de cette fièvre puerpérale, nous trouvons d'abord son caractère contagieux, dont l'auteur ne donne pas la preuve, mais qu'il dit avoir été évident et admis par tout le monde. Ensuite, cette fièvre apparut pendant que régnait dans le pays une épidémie d'érysipèle qui paraissait aussi contagieuse. Telle était à cette époque la tendance aux érysipèles, que toutes les plaies, les contusions, les simples éraillemens de l'épiderme exposaient d'une manière presque certaine à une attaque d'érysipèle. La moindre exposition au froid déterminait l'apparition d'un érysipèle à la gorge ou sur les tonsilles, et dès qu'un cas s'était montré dans une maison, tous les autres habitans ne tardaient pas à en être atteints; mais sous des formes variées. Ce qu'il y a de plus bizarre, nous dirions volontiers de plus extraordinaire, c'est que l'inflammation; lorsqu'elle avait frappé d'abord la gorge, ne tardait pas à gagner l'intérieur des joues; puis la bouche, la face, toute la tête enfin; puis elle s'étendait au dos, aux reins et aux parties, et déterminait la formation d'abcès assez considérables que l'on était obligé d'ouvrir de bonne heure, car ils étaient souvent assez profonds.

Cette maladie dura environ neuf mois, pendant lesquels elle s'étendit, en suivant les lois de la contagion, dans les villages voisins, où souvent le premier cas a été une fièvre puerpérale; mais bientôt il était suivi chez les garde-malades, chez les parens, et ensuite plus loin d'autres cas d'érysipèle simple.

La fièvre puerpérale, que l'auteur considère comme ayant été dans ce cas produite par l'érysipèle du vagin et de l'utérus, s'offrait sous trois formes différentes : inflammatoire, typhoïde ou adynamique et insidieuse. Nous ne dirons rien du traitement qui a été employé dans ces trois formes. Nous signalerons seulement un moyen que l'auteur dit lui avoir produit les résultats les plus heureux comme prophylactique. « L'extrême danger de la fièvre puerpérale, lorsqu'une fois elle était déclarée, et la continuation de l'épidémie des érysipèles dans la contrée, me portèrent à la fois à administrer à chacune des malades qui, par la circonstance et par le fait de l'accouchement, semblaient très-prédisposées à être attaquées de cette affection, aussitôt qu'elles étaient délivrées, quatre grains de calomel avec l'opiat ordinaire, de quatre en quatre heures, jusqu'à ce que les gencives commençassent à être affectées, ce qui arrivait ordinairement vers le troisième jour. La durée de l'épidémie générale des érysipèles se prolongea encore de trois mois, après que j'eus commencé à employer ce moyen, et pendant tout ce temps je ne rencontrai pas un seul cas d'affection puerpérale grave, quoique je continuasse à voir un aussi grand nombre d'érysipèles qu'auparavant, et que le nombre des accouchemens n'eût pas diminué. »

EMPLOI DU SOUFRE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME, par M. TUCKER.

Si nous en croyons l'auteur de cette communication, le soufre serait un spécifique aussi certain du rhumatisme que le mercure l'est pour la syphilis. Voici les cas sur lesquels repose son opinion. Le sujet du premier est lui-même. Depuis l'âge de 14 ans il avait fréquemment souffert du rhumatisme, et croyait avoir épuisé tous les moyens que l'on oppose à cette maladie, quand un jour qu'il avait souffert cruellement, il résolut d'avoir recours au soufre qui, dans le pays, jouit d'une renommée qu'il regardait comme usurpée. Il se frictionna donc les jambes avec du soufre en poudre et réappliqua ses bas immédiatement pour le faire rester. Au bout de cinq minutes il avait déjà ressenti une amélioration considérable; il put s'endormir immédiatement et depuis n'a plus souffert de cette cruelle maladie, malgré qu'il se soit exposé plusieurs fois aux circonstances propres à en renouveler les attaques.

Les quatre faits suivans diffèrent peu de celui que nous venons d'analyser, et dans ces quatre cas l'emploi du soufre, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, a constamment été suivi de la disparition des douleurs.

EFFET DE LA DIGITALE SUR LE FOETUS DANS L'UTÉRUS, par M. WILKINSON.

L'attention de l'auteur fut appelée sur ce sujet par le fait suivant. Une femme âgée d'environ trente ans et enceinte de cinq mois, à laquelle il donnait des soins pour une fièvre typhoïde, au début de laquelle il fut obligé de lui pratiquer deux saignées de seize à vingt onces chacune, prit ensuite une mixture fébrifuge dans laquelle entrait de la teinture de digitale. Elle finit par relever de cette maladie, et mit au monde, à l'époque du terme de la gestation, un enfant vivant dont le volume paraissait avoir éprouvé une diminution considérable; car sur toute la surface de son corps la peau était ridée et plissée comme si une partie des chairs avait été absorbée par l'action de quelque médicament énergique. M. Wilkinson demande si cet état du fœtus a été produit par les fortes évacuations sanguines qu'il a été obligé d'opérer, à cause du développement qu'avait pris au début de la maladie l'irritation vasculaire, ou bien par les effets stimulans de la digitale; il paraît disposé à admettre plutôt cette dernière hypothèse.

DE LA MORVE COMMUNIQUÉE DU CHEVAL A L'HOMME; par le docteur WOLFF de Berlin.

L'opinion émise il y a quelques années par le docteur Elliotson, sur la possibilité de la communication de la morve du cheval à l'homme, vient de recevoir un nouvel appui des recherches du docteur Wolff, que nous allons analyser.

Déjà, depuis que M. Elliotson a publié son mémoire sur ce sujet dans le *Medico-chirurgical transactions*, un certain nombre de faits analogues ont été recueillis en Angleterre, et publiés successivement dans divers recueils périodiques, et signalés dans les revues de la GAZETTE MÉDICALE. Les documens suivans, recueillis sur le continent, offrent par cela même plus d'intérêt, et méritent spécialement de fixer notre attention. Dans les trois cas sur lesquels repose le travail du doc-

teur Wolff, les premiers phénomènes extérieurs, si l'on peut dire, furent ceux d'un rhumatisme aigu. Les douleurs excessives éprouvées dans le tronc et les extrémités, accompagnées de fièvre et d'une grande fréquence du pouls, semblaient justifier cette idée; mais bientôt la prostration extrême, la tendance à la transpiration et la rougeur inflammatoire qui diffère de celle du rhumatisme, obligèrent de chercher un autre nom à cette maladie.

La première période dura pendant environ dix jours, et fit place à la seconde, qui était caractérisée par une éruption de pustules, la formation d'abcès entre les muscles, la sueur, la stupeur, le délire et la gangrène. La mort arrivait ordinairement le septième jour de cette période.

Les traits particuliers qui ne permettent pas de comparer cette maladie avec aucune des affections aiguës auxquelles l'homme est exposé, ne peuvent être expliqués que par une cause spécifique, c'est-à-dire par la propagation de la morve du cheval. Il ne peut y avoir aucun doute sur ce point, bien que, chez les sujets des deux derniers cas, rien ne démontre évidemment que la matière morbifique ait été mise en contact avec le malade, et que, dans le premier cas dont la nature est restée inconnue pendant quelque temps, on n'ait fait aucune recherche à cet égard.

Obs. — Rolide, âgé de 40 ans, robuste, fut apporté à la Charité le 18 octobre 1829. Il avait été employé pendant long-temps à donner des soins à des chevaux affectés de morve, et avait été pris lui-même, le 4 du même mois, de frissons long-temps prolongés avec une lassitude extrême. Il continua néanmoins son ouvrage jusqu'au 9, qu'il fut obligé de garder le lit, tant étaient violentes les douleurs qu'il ressentait dans les muscles du dos et les extrémités inférieures. Les jours suivans, les douleurs s'étendaient dans la poitrine, où il éprouvait un fort serrement; il fut pris de toux et d'une forte fièvre. Les antiphlogistiques firent disparaître la douleur de la poitrine, la chaleur de la peau, etc.; mais la fièvre et la douleur des extrémités inférieures n'en continuèrent pas moins.

Le 16, une inflammation érysipélateuse apparut sur les jambes, sans aucune diminution des autres symptômes; le coude droit fut pris, et la fièvre devint plus forte. A sa réception à l'hôpital, le malade se plaignit de vive douleur dans la jambe gauche, et presque partout le corps. Cependant il peut supporter une assez forte pression sur la poitrine, tandis que le plus léger attouchement sur tout le reste du corps est extrêmement douloureux. Le pouls est fréquent, plein et mat; la peau chaude et moite. On crut avoir affaire à une fièvre rhumatique, et on prescrivit un bain tiède, une mixture diaphorétique et un vésicatoire sur le côté. Il y eut un peu de soulagement pendant quelques heures; mais, pendant la nuit du 18, le malade fut pris subitement de délire si violent, qu'on fut obligé de l'attacher. Les autres symptômes persistèrent les mêmes; mais le pouls s'affaiblit et la sueur devint plus abondante. Douze sangsues appliquées aux tempes et une affusion froide dans le bain tiède furent sans effet permanent; car aussitôt que la réaction commença à se faire, le malade redevint emporté.

Le 20, le délire fit place à un calme qui se changea en stupeur.

Le matin du 21, on observe sur plusieurs parties du corps, de la poitrine, et des extrémités inférieures, des saillies dures, d'un rouge foncé, semblables à des furoncles commençans.

Le 22, de nouvelles pustules apparurent, et l'une d'elles, sur la joue droite, prit l'apparence de la pustule maligne. L'érysipèle de la jambe gauche aussi offrit une couleur violette et une fluctuation évidente.

Le 23, la gangrène avait envahi plusieurs des pustules, et le 24, le malade mourut à minuit.

AUTOPSIE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

Les pustules offrent peu de changement; la couleur foncée persiste encore; on en voit plusieurs sur la poitrine remplies d'un fluide jaunâtre, entourées d'une auréole rouge et exactement semblables pour la forme et l'étendue à celles que détermine la vaccine. La jambe gauche offre plusieurs collections de pus non infiltré entre les muscles. On trouve aussi quelques abcès entre ceux du dos et de la poitrine, et même de la face. A l'ouverture de la poitrine, on trouve le tissu cellulaire des deux poumons ramolli vers leur sommet, et le bord interne du poumon droit offre un abcès exactement semblable pour la couleur et le contenu à ceux que nous venons d'indiquer. Tous les autres organes paraissent être à l'état normal.

Le sujet de la seconde observation était un homme âgé de 49 ans, qui, depuis quelque temps, était occupé à soigner des chevaux et même passait la plupart des nuits dans l'écurie. Les premiers symptômes qu'il éprouva furent absolument les mêmes que ceux du précédent sinon que le genou droit fut pris dès le commencement, et on regarda sa maladie comme un rhumatisme compliqué de fièvre nerveuse. Mais le diagnostic fut changé lorsqu'on vit apparaître les pustules à la surface du corps et spécialement sur les jambes. A l'ouverture on trouva des abcès sur un grand nombre de points du corps et spécialement deux ou trois dans l'épaisseur des poumons. La muqueuse nasale n'offrit aucune altération appréciable. Elle était pâle et un peu ramollie.

Chez le sujet du troisième fait il fut plus facile de constater la cause de la maladie bien que lui-même eût nié avoir eu aucun rapport avec des chevaux affectés de morve, car son père dès le lendemain nous dit que son fils avait été employé à soigner des chevaux morveux, et que ne considérant pas cette maladie comme contagieuse, non-seulement il n'avait pris aucun soin pour s'en garantir, mais que même il lui était arrivé de boire à la même auge que ces animaux. Comme le précédent il fut pris de douleurs dans les membres avec fièvre nerveuse. Bientôt apparurent les pustules et plusieurs tumeurs dans les muscles. Le malade mourut le cinquième jour de sa maladie, et le cadavre offrit les mêmes altérations que nous avons déjà décrites, c'est-à-dire sur un grand nombre de points des abcès remplis de pus qui semblaient de bonne nature. Les poumons parurent parfaitement sains.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La séance du 18 de l'Académie des sciences n'a rien offert qui ait rapport aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 MAI.—PRÉSIDENCE DE M. LOUYER-WILLERMAY.

La correspondance comprend une lettre de M. Simon jeune, médecin allemand, sur quelques traits de la vie d'Hahnemann, qui prouvent particulièrement que l'amour de la gloire était loin de marcher de pair chez ce digne réformateur avec l'amour de l'argent.

—M. Souberbielle informe l'Académie d'une nouvelle opération de taille qu'il vient de pratiquer à l'hospice de la faculté de médecine sur un malade de 72 ans; le calcul pèse 4 onces un gros et demi.

L'ordre du jour est la continuation de la discussion sur la lithotritie. M. Ferrus réclame la parole pour la lecture d'un rapport demandé par le gouvernement; plusieurs membres l'appuient par la raison que les travaux officiels passent de droit avant tous les autres. M. Lisfranc fait remarquer que, s'il s'agissait d'opter entre la lecture de deux rapports, le rapport officiel devrait avoir la préférence; mais le cas est tout autre : il s'agit d'un rapport lu antérieurement, sur lequel une discussion a commencé; or, aucun article du règlement n'oblige l'Académie à interrompre une discussion commencée. L'Académie, consultée, se prononce pour l'ordre du jour.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA VALEUR COMPARATIVE DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE, à l'occasion du rapport de M. Velpeau.

M. Roux demande la parole pour un fait personnel. A la fin de la dernière séance, dit l'honorable membre, M. Velpeau a cité le fait d'un chirurgien qui aurait pratiqué la taille sans qu'il y eût de pierre; un lithotriteur avait cru en trouver une; et le fait était cité pour prouver que les erreurs de ce genre sont aussi bien communes à la lithotritie qu'à la taille. C'est de moi qu'il s'agissait; et je dois, dans l'intérêt de la vérité, dire ici ce qui s'est passé. Un chirurgien qui s'occupe spécialement de lithotritie, avait en effet constaté la présence d'un calcul; il avait même tenté de le broyer; mais la pierre parut trop volumineuse pour être saisie par les instrumens ordinaires. Il se résigna donc à faire tailler son malade. Je fus choisi pour l'opération; mais le malade était si pusillanime, qu'il refusa de me laisser constater par le cathétérisme la présence de la pierre; et ce ne fut qu'au moment même de la taille que je pus enfin le sonder à plusieurs reprises, et toujours sans trouver de calcul. Le chirurgien lithotriteur, qui était présent et devait m'assister dans l'opération, explora la vessie à son tour; il ne sentit pas la pierre plus que moi; *et le malade ne fut pas taillé*. Il a succombé depuis à d'autres accidens; et sa femme n'ayant point voulu consentir à le laisser ouvrir, nous n'avons donc pu nous assurer si en effet la vessie était vide, ou bien si, comme cela arrive assez fréquemment, le calcul s'était réfugié en quelque coin de l'organe, ou il échappait aux recherches de la sonde. Voilà le fait dans sa réalité; mais il sert toujours à démontrer ce qu'a avancé M. Velpeau, que l'on peut se tromper sur la présence d'un calcul, soit qu'on fasse la taille, soit qu'on pratique la lithotritie.

M. Ségalas demande la parole pour un fait personnel. (Murmures.) Il expose qu'il n'était pas aux dernières séances; mais, d'après le compte-rendu des journaux, M. Velpeau aurait dit qu'on a eu tort de présenter l'application de la lithotritie aux enfans comme une pratique nouvelle. Comme c'est moi qui ai lu à l'Académie le seul travail sur la lithotritie chez les enfans qui lui ait été présenté avant celui qui fait l'objet du rapport en discussion, j'ai dû prendre ce reproche pour moi. Or, je n'ai point dit que ce fût une pratique nouvelle; et en effet, il y a déjà six ans que je l'ai faite sur un enfant qui a été montré à l'Académie. (Murmures et cris : Ce n'est point un fait personnel, l'ordre du jour!)

La parole est à M. Lisfranc.

M. Lisfranc. Presque toute l'argumentation de M. Velpeau dans l'avant-dernière séance a porté sur des chiffres; il a accumulé les statistiques tendant à démontrer les brillans succès de la taille, l'énorme mortalité de la lithotritie. C'est sur ce terrain que je veux le suivre. Et d'abord, qu'il me soit permis de faire quelques observations. Pour qu'une statistique ait quelque valeur, il faut qu'elle réunisse diverses conditions. La première sans doute est de comprendre indistinctement tous les faits, de ne pas trier à plaisir ceux qui sont favorables, en laissant les autres dans l'ombre. La seconde est de citer juste; car, si les élémens sont inexacts, qui pourra compter sur les résultats? La troisième enfin est de peser mûrement les faits qu'on met en regard, pour ne pas comparer entre eux des élémens tout-à-fait dissemblables; et c'est dans ce sens que nous adoptons pleinement cette maxime célèbre : *Non numerandæ, sed perpendendæ sunt observationes*. Voyons si la statistique de M. Velpeau remplit bien ces trois conditions.

Et d'abord, pour ce qui regarde la lithotritie, j'ai déjà fait voir que M. Velpeau s'était arrêté à quelques résultats favorables à sa thèse en apparence, et n'avait

tenu compte des autres. Il a pris trois ou quatre comptes-rendus partiels, et n'a dit mot des chiffres bien autrement élevés rapportés par M. Bégin d'après M. Civiale. Il a omis également de parler des résultats obtenus à Londres par M. Heurteloup, qui, sur 38 malades lithotritiés, n'en a perdu qu'un seul. Mais je passerai rapidement sur cette première objection. Du moins M. Velpeau s'est-il appuyé sur des faits bien exacts?

M. Bancal, a-t-il dit, sur 14 opérés, n'en a guéri que deux; les douze autres sont morts ou ont gardé leur pierre. Un pareil résultat serait bien grave; et l'on ne concevrait pas que M. Bancal, après tant d'insuccès, se porte encore le défenseur enthousiaste de la lithotritie. Heureusement le mal n'est pas si grand; et d'abord, au lieu de deux individus guéris, M. Bancal en cite quatre, trois hommes et une femme. J'ai entre les mains les détails résumés de ces observations; mais je ne veux pas en fatiguer l'Académie; je renverrai seulement aux observations 1, 2 et 4 du livre de M. Bancal pour les hommes, et à la première des observations qui ont trait aux femmes.

Mais enfin que sont devenus les dix autres sujets? Ici je dois d'abord établir que M. Bancal n'a point voulu faire de statistique; tout son livre étant partagé en trois sections, *cas favorables à la lithotritie*, *cas compliqués*, et *cas contr'indiqués*, il a ajouté à chaque chapitre des observations comme exemples, comme preuves à l'appui des doctrines; ce sont donc des faits choisis qu'il rapporte, et conséquemment des faits qui ne peuvent servir d'élémens de statistique. Mais il s'en faut de beaucoup encore que ces dix malades aient été opérés et soient morts, ou aient gardé leur pierre. Ainsi dans trois cas le calcul ne put être saisi; il n'y eut donc pas d'opération. Dans trois autres l'état des viscères contr'indiquait l'opération, et on fut obligé de suspendre les séances. Dans un autre, le calcul ne fut détruit qu'en partie. Enfin, des trois individus qui ont succombé, l'un offrit à l'autopsie un squirrhe du pylore avec une altération profonde des reins; un second ne fut point lithotritié; après trois introductions de la sonde, de dix minutes chacune, il survint une fièvre avec frissons à laquelle il était sujet depuis longues années, et qui l'emporta. Enfin le troisième, qui était venu de Madrid à Bordeaux, et vint ensuite de Bordeaux à Paris, mourut ici avec des lésions organiques très-graves des organes urinaires, qui furent démontrées par l'autopsie. Ainsi, pour les faits de M. Bancal, M. Velpeau ne les a donc ni assez bien comptés, ni assez bien appréciés. Je ne trouve pas qu'il ait été beaucoup plus heureux dans ses recherches sur la taille.

1° M. Velpeau dit qu'à l'hôpital de la Charité, de 1719 à 1728 on a taillé 1200 pierreux sur lesquels il en est mort 255, ce qui fait 1 mort sur 4 et demi environ.

On trouve dans le *Traité de la taille* de Morand un relevé des opérations faites à la Charité de 1720 à 1727 inclusivement; le total ne va qu'à 208 opérés, sur lesquels il y a eu 71 morts, c'est-à-dire 1 sur 3 opérés.

Morand donne un autre tableau tiré de l'Hôtel-Dieu durant le même temps; on y trouve un total de 604 opérés, sur lesquels 184 sont morts ou 1 sur 3 un quart environ.

En ajoutant ces deux tableaux ensemble, on obtient un total de 812 opérés, sur lesquels 255 sont morts, 1 sur 3 et un sixième. Je ne connais pas d'autres tableaux publiés sur cette époque; il est même à noter que le chiffre des morts de l'Hôtel-Dieu et de la Charité ensemble est le même que celui que M. Velpeau attribue à la Charité seule; mais il y a une énorme différence entre son total de 1200 opérés et le total réel, qui est de 812.

Morand donne ailleurs (*Opuscules de chirurgie*) le tableau des pierreux taillés à la Charité de 1731 à 1735 : sur 71 opérés, 32 sont morts.

2° M. Velpeau dit que sur 1629 opérés, Saucerotte n'en a perdu que 147. De ces 1629, il faut d'abord déduire 65 femmes, chez lesquelles on sait que la taille est bien moins périlleuse; en effet, sur 65 femmes, 2 seulement sont mortes. Restent 1564 calculeux mâles, sur quoi 145 morts, c'est-à-dire 1 sur 11 opérés environ, ce qui est encore très-beau. A quoi tient un semblable succès? le voici : Saucerotte n'opérait presque que sur des enfans : ainsi, sur 1564 calculeux, on en compte 1119 au-dessous de 13 ans; de 41 à 78, époque où la mortalité est bien plus grande, Saucerotte n'en a eu à tailler que 66! Jamais la taille n'a été pratiquée dans des conditions si favorables.

3° M. Velpeau cite des résultats obtenus en Angleterre, publiés par MM. Smith et Cross. Ils sont moins beaux que ceux de Saucerotte; mais ils sont encore satisfaisans. J'ai trouvé dans Samuel Cooper, art. *Calculs urinaires*, des tableaux qui diffèrent un peu de ceux de M. Velpeau, et qui permettent de concevoir alors les succès des Anglais.

A Bristol, sur 355 malades, on en comptait 177, la moitié, au-dessous de 14 ans. Malgré cette circonstance si favorable, la mortalité générale est de 1 sur 4 et demi. Chez les calculeux qui avaient passé 60 ans, la mortalité est de 1 sur 2, ou 2 et demi au plus.

A Leeds, la proportion est meilleure; sur 197 calculeux, il n'en meurt que 28, ou 1 sur 7 environ; mais le nombre des opérés au-dessous de 14 ans était de 101, plus de la moitié.

Il y a même une autre déduction à faire; ainsi, en réunissant les chiffres de ces deux hôpitaux, on aurait 552 opérés; il faut en ôter 16 femmes.

Pour l'hôpital de Norwich, les chiffres et les documens sont bien plus précis. Il y a eu 506 opérés, dont 28 femmes. Nous écarterons ces 28 femmes, qui n'ont donné que 2 morts, ou 1 sur 14. Il nous restera 478 calculeux, sur lesquels 68 sont morts, c'est-à-dire 1 sur 7, résultat magnifique encore; mais sur ces 478 opérés, il y en avait 227 au-dessous de 14 ans, et pour ceux-là on convient que la taille est préférable à la lithotritie. En effet, sur ces 227 enfans, il n'en est mort que 12, c'est-à-dire 1 sur 19. Mais sur les 251 restans, et compris sous le nom d'adultes, quoique ceux de 15 et 20 ans offrissent encore de bien belles chances, veut-on savoir combien il en est mort? 56, c'est-à-dire 1 sur 4 et demi. Il n'y a plus tant de quoi se vanter.

4° Cheselden, dit-on, sur 213 taillés n'a eu que 24 morts, 1 sur 9 à peu près. Cela demanderait à être prouvé, d'autant plus que Cheselden avoue quelque part (Morand, opuscules) que sur 10 malades taillés par lui au haut appareil, 4 moururent, et un cinquième éprouva des accidens affreux, *étant devenu comme un squelette par ses souffrances*. Ce qu'il y a de plus clair là-dedans, c'est que Cheselden avait besoin de déprécier la taille sus-pubienne pour vanter son procédé périnéal.

5° Frère Côme, sur 100 opérés n'en a perdu que 19 : 1 sur 5. Notez qu'il faut ôter de ce nombre 59 femmes; après quoi, il vous restera 41 hommes, dont il en est mort 10, c'est-à-dire 1 sur 4.

6° On cite les assertions de Petrunti, Pajola, Santoro, etc., etc., qui ne perdent en Italie que 1 malade sur 20, 25, 56 opérés. Cela est peu croyable, si on le compare aux documens donnés par la GAZETTE MÉDICALE du 4 avril 1835, sur les opérations faites depuis 14 ans dans les hôpitaux de Naples. Sur 440 opérés, il en est mort 65, c'est-à-dire un peu plus d'un sur 7. C'est déjà un déchet considérable. Si ensuite nous ôtons du chiffre total 14 femmes; il restera 426 calculeux, sur lesquels 203 n'avaient pas atteint l'âge de 15 ans. A prendre les proportions de mortalité indiquées pour cet âge à l'hôpital de Norwich, on voit que les succès des lithotomistes napolitains se réduisent à peu près à ceux que nous obtenons à Paris.

Il résulte bien évidemment de tout cela que ni la lithotritie n'est aussi fatale, ni la taille aussi heureuse qu'il avait été dit. J'ajouterai une autre réflexion; c'est qu'à mesure que la lithotritie deviendra populaire, les malades que la taille effrayait viendront de meilleure heure consulter le chirurgien; le nombre des calculs anciens et volumineux décroîtra naturellement, et puisqu'il est accordé que pour les petits calculs la lithotritie doit être préférée, c'est donc une chance de plus qu'elle a dans l'avenir de devenir méthode générale.

M. VELPEAU. Je suis bien aise de voir que M. Lisfranc se soit servi aussi de relevés statistiques, car dans l'avant-dernière séance, les défenseurs de la lithotritie les repoussaient comme de mauvais argumens. (M. Lisfranc : Non pas moi!) Mais cela se conçoit : quand la statistique donne des résultats contraires, on la rejette; quand elle est favorable, on l'approuve. Après tout, ai-je donné moi-même comme incontestables les succès annoncés pour la taille? On ne me croira pas assez crédule pour admettre qu'on ne perd qu'un opéré sur 40 taillés, ou sur 25, ou sur 20 même; j'ai été le premier à dire qu'on pouvait en rabattre si l'on voulait, à condition de me laisser rabattre moi-même sur les succès de la lithotritie.

On me reproche d'avoir omis de citer les relevés publiés par M. Bégin. Mais j'ai mieux fait; j'ai pris les comptes-rendus et les ouvrages de M. Civiale même; c'est là que j'ai puisé et pesé mes observations. Mais, pour me servir d'une expression émise dans la discussion, les personnes qui se livrent spécialement à la lithotritie le font vraiment avec amour, et l'amour est aveugle quelquefois. Ainsi, tous les malades qu'on a essayé de broyer sans succès, et qu'on a été obligé d'abandonner après quelques tentatives, on ne les compte point parmi les opérés; ceux qui en sont morts, on les dit morts avant l'opération; c'est ainsi qu'on arrive à de si beaux chiffres. Je prendrai même pour exemple ces fameux relevés de M. Bégin, qu'y voyons-nous? Sur 429 calculeux qui se sont adressés à M. Civiale, il n'en a trouvé que 244 susceptibles d'être lithotritiés; et voyez d'abord cette méthode générale qui commencerait par rejeter près de la moitié des malades! Mais, messieurs, sur les 185 autres, on ne nous tient compte que de 88 opérés par la taille; que sont devenus les 97 restans? Le voici; écoutez bien. Sur ces 97 cas, « il n'y a pas eu réellement lithotritie, soit que les désordres généraux et les altérations organiques locales eussent fait assez de progrès pour enlever tout espoir de réussite, soit que les malades aient refusé de se soumettre à d'autres tentatives après que l'on eut reconnu l'impossibilité de pratiquer le broiement. » Cela fait donc deux classes, les uns qui ont très-probablement succombé, bien qu'on ne le dise pas, puisqu'on avoue que tout espoir était perdu; les autres, chez qui l'on a fait de premières tentatives, et qui *ont refusé de se soumettre à d'autres*. Et parmi ceux-là qui constitueraient au moins des échecs, quand même les malades auraient survécu, pense-t-on qu'il n'en soit point mort? Mais lisez alors les observations publiées avec détails par M. Civiale même, vous verrez combien ces prétendues opérations préliminaires sont graves, combien elles emportent de malades; vous concevrez pourquoi il a fallu les rejeter du cadre des opérations définitives, pour ne pas effrayer le public par un chiffre énorme de mortalité. Rétablissons donc les chiffres : au lieu de 244 lithotrities, mettez en 341; sur ce nombre vous n'avez, de votre aveu, que 236 guérisons. Mais ce n'est pas tout, car la lithotritie a fait choix ici des meilleurs malades; il en reste 88 qu'elle a laissés à la taille; et sur ce chiffre des malades les plus mauvais, 48 sont morts, sans parler de 8 autres qui ont conservé des infirmités. Ainsi, sur un total de 429 calculeux, avec les ressources combinées de la taille et de la lithotritie, vous avez obtenu de votre aveu 268 guérisons; 161 sont morts ou restés infirmes, ou ont gardé leur pierre. Eh bien! la taille toute seule, même avec les résultats auxquels est arrivé M. Lisfranc, la taille, avec 1 mort sur 4, 5 ou 6 opérés, est encore beaucoup plus favorable.

On a cité ensuite les succès de M. Heurteloup; M. Heurteloup aussi voit la lithotritie avec amour; il écarte avec soin les faits qui pourraient lui nuire. Si ce point rétréci de la question qui s'agite en valait la peine, je pourrais examiner les résultats annoncés par M. Heurteloup; j'ai là des lettres de plusieurs chirurgiens distingués de Londres qui ont vu de ces opérations de lithotritie; mais je ne m'en servirai qu'autant que j'y serai obligé.

On m'a repris sur M. Bancal; au lieu de deux guérisons sur 14 malades, il y en a eu quatre; eh bien, admettez ces quatre succès, et concluez.

Pour les relevés statistiques de la taille, M. Lisfranc a cité des chiffres différens des miens. Probablement c'est que nous n'aurons pas puisé aux mêmes sources; mais en allant aussi loin que M. Lisfranc, il est certain au moins que la taille ne perd qu'un malade sur quatre opérés; eh bien, il faut nous démontrer que la lithotritie n'en perd pas davantage, avant de la présenter comme méthode générale. Je pourrais dire aussi que ni les relevés statistiques de la taille, ni ceux de la lithotritie ne présentent d'authenticité suffisante, à l'exception d'un ou deux peut-être; on s'abuse sur ses succès, même sans y mettre de charlatanisme; ainsi dans le livre de M. Civiale, où respire partout la plus entière bonne foi, vous voyez cités un grand nombre d'individus sortis soi-disant sans avoir été opérés, parce que après trois ou quatre tentatives on a renoncé à la lithotritie. Les lithotomistes peuvent s'abuser de même et mettre beaucoup de morts sur le compte de maladies étrangères à l'opération. Voilà pourquoi j'insiste sur cette idée d'essais publics et comparatifs entre les deux opérations; ou bien encore, comme on l'a proposé, d'une commission de chirurgiens qui suivrait toutes les opérations com-

mencées dans les établissemens publics, et tiendrait note des résultats. Alors, mais seulement alors, nous aurons des élémens d'appréciation positifs.

Je n'ai plus à réfuter qu'une seule assertion; M. Lisfranc pense qu'à l'avenir, les malades se présentant de meilleure heure, nous n'aurons à faire qu'à de petits calculs, faciles dès lors à broyer. Mais y a-t-on bien songé? Ne sait-on pas que les malades gardent très-souvent leur pierre sans la sentir; que le calcul est déjà très-gros quand ils commencent à se plaindre; et qu'ignorant la cause de leur mal, ils vont ainsi et le gardent 8, 10, 15 ans et plus? Certes, depuis dix ans la lithotritie a fait assez de bruit dans le public; et la proportion des grosses pierres, toujours plus nombreuses que les petites, n'a aucunement diminué.

M. Amussat. Messieurs, la question agitée devant vous est d'une haute importance; si le rapport de M. Velpeau eût été adopté sans contradiction, il aurait eu un funeste retentissement partout où l'on pratique la taille; et quand cette discussion n'aurait pour effet que d'empêcher ce fâcheux résultat, elle aurait encore été un bienfait pour l'humanité et pour la science. Mais déjà, si je ne me trompe, elle a fait luire de telles lumières que la décision ne saurait plus être douteuse.

Toute l'argumentation de M. Velpeau porte à peu près sur ces deux points : 1° la taille dans l'enfance a véritablement moins d'inconvéniens que la lithotritie; 2° les relevés statistiques sont en faveur de la taille. La première assertion est accordée, et ne prouve rien d'ailleurs pour la question générale. Quant à la seconde, je répète que je n'accorde aucune confiance à la statistique comparative, parce que les élémens en sont trop inexacts; et comment pourrais-je y croire, quand vous avez entendu M. Velpeau lui-même dire que les relevés qu'il cite étaient empreints d'une évidente exagération? J'ai déjà comparé cette statistique pour les opérations à la statistique des batailles, où chaque parti prétend toujours avoir perdu moins de monde que l'ennemi. Mais, dit M. Velpeau, on n'a qu'à prendre un nombre égal de calculeux pour la lithotritie et pour la taille; les opérer en public, sous les yeux d'une commission; on aura alors des données positives. Je dis d'abord que quand même cette expérience pourrait être faite, elle ne prouverait rien. J'ai été dupe une fois de ces promesses de la statistique; j'avais essayé de comparer l'extraction et l'abaissement de la cataracte; et ici cependant les conditions étaient le plus semblables possible; on pouvait opérer un œil d'une façon, l'autre de l'autre; eh bien! les chiffres n'ont rien prouvé du tout. Tantôt une opération réussissait mieux, d'autres fois plus mal; il pourrait en arriver autant dans vos expériences; que concluriez-vous alors? Mais surtout je m'élève contre cette proposition comme inhumaine et barbare; je m'élève contre cette assertion, que le chirurgien peut choisir à son gré tel ou tel moyen; quand il s'agit de vie ou de mort, non, le choix ne saurait être libre; il y a obligation de préférer l'opération la moins grave, le broiement de la tête du fœtus à l'opération césarienne, le taxis à l'opération de la hernie étranglée, la lithotritie à la taille. Car notez bien ceci : la lithotritie et la taille ne sont pas réellement en rivalité directe; toutes deux ont leurs indications spéciales, et ce qui convient à l'une ne va pas à l'autre. C'est ainsi que, il y a dix ans, j'ai défendu de toutes mes forces la taille, que certains enthousiastes voulaient remplacer dans tous les cas par la lithotritie, et par la même raison, je défends aujourd'hui la lithotritie contre les enthousiastes de la taille. Vous proposez, M. Velpeau, de soumettre aux deux opérations des malades placés dans les mêmes circonstances; mais cette identité de circonstances est un rêve que la pratique n'a jamais réalisé. Si vos malades étaient dans les mêmes circonstances, ils devraient guérir tous ou succomber tous; car pourquoi des effets différens avec des conditions semblables? Vous supposez cependant qu'il y aura des insuccès; c'est la proportion des insuccès que vous voulez même comparer. Mais ceux qui seront morts, direz-vous qu'ils étaient dans les mêmes circonstances que ceux qui auront guéri?

Mais je veux supposer un moment, en théorie, ce qui ne saurait exister en pratique, des conditions égales pour un certain nombre de malades. Je demande maintenant à M. Velpeau dans quelle classe de calculeux il choisira les individus à opérer. Osera-t-il comparer, par exemple, les deux opérations sur des sujets jeunes, dont la vessie soit saine, peu irritable, et le calcul petit et peu dur? Evidemment tout l'avantage serait ici pour la lithotritie. Prenez des circonstances tout opposées, la taille sera probablement plus heureuse. Que résulte-t-il de ceci, Messieurs? c'est que manifestement la question a été mal posée; c'est qu'il ne s'agit pas de savoir, en thèse générale, si une opération vaut mieux que l'autre, mais bien en quels cas elle vaut mieux que l'autre; de savoir si l'une doit être la méthode générale, et l'autre l'exception; mais dans quels cas l'une ou l'autre sera la méthode générale, l'une ou l'autre l'exception. (Très-bien! — M. Double. Allez sur ce terrain, c'est ainsi que vous éclairerez l'Académie.)

Je dis donc, reprend M. Amussat, que déjà la grande majorité des calculeux peut se diviser en deux principales catégories, ceux pour qui la lithotritie doit être préférée, ceux pour qui la taille promet d'être plus favorable. (Mouvement marqué d'attention.) Je comprends dans la première catégorie les cinq cas suivans :

1er cas. Calcul petit; organes urinaires sains.
2e Calcul un peu plus gros; vessie saine.
3e Deux petits calculs; vessie saine.
4e Trois petits calculs; vessie saine.
5e Calcul du volume d'une noix, mais mou et friable; les organes urinaires sains.

Ainsi les conditions les plus favorables pour la lithotritie, c'est que la vessie soit saine, et les calculs petits ou friables. Alors certainement elle n'admet pas même de comparaison avec la taille; et vous avez ouï M. Velpeau dire que lui-même, en cas pareil, se ferait lithotritier. Eh bien! ces cinq cas comprennent aujourd'hui déjà les deux tiers des calculeux. Si donc il ne s'agissait que d'une question de chiffres, elle serait résolue pour la lithotritie. Ajoutez qu'à l'avenir, comme l'a très-bien remarqué M. Lisfranc, les malades, plus confians, réclameront plus tôt les secours de l'art; car je ne saurais regarder comme une réponse sérieuse, que les malades ne sentent la présence d'un calcul que quand il est volumineux.

La seconde catégorie comprend également cinq cas, ce sont les suivans :

6e cas. Calcul volumineux et dur.
7e Calcul mural.
8e Calcul volumineux; complication de catarrhe vésical.
9e Deux gros calculs.
10e Calcul unique remplissant la vessie.

Ce sont là des cas qui paraissent complétement dévolus à la taille. Et cependant l'expérience nous a appris que cette loi générale souffrait de très-nombreuses exceptions. Il ne faut pas perdre de vue, dans cette discussion, que les accidens dont on nous oppose l'effrayante histoire, remontent à une époque déjà loin de nous, où la lithotritie était dans son enfance, les instrumens mauvais, les opérateurs moins exercés. Il y a une époque de développement pour tous les arts; que dirait-on de nous, si, pour combattre la taille, nous allions remonter au temps d'Hippocrate, qui la regardait comme si terrible qu'il la défendait à ses élèves? C'est à partir de 1831 seulement qu'il est permis de prendre la lithotritie pour la juger d'une manière impartiale. Depuis les progrès qu'elle a faits à dater de cette époque, les calculs qui exigeaient auparavant quinze, vingt, vingt-cinq séances, sont pulvérisés en quatre ou cinq séances; la durée des séances a été elle-même abrégée; et je parle d'essais faciles à faire, les calculs sur la table, avec les différens instrumens. Tous les reproches adressés aux anciens procédés tombent donc devant les nouveaux; et c'est de la lithotritie actuelle qu'il s'agit.

Eh bien! avec les perfectionnemens actuels, je dis que dans tous les cas il faut commencer par la lithotritie; *tâter le malade*, qu'on me passe l'expression. Si l'on a affaire à un sujet très-irritable, qu'on s'arrête; c'est la loi. Mais dans le plus grand nombre des cas, la douleur causée par le premier essai s'affaiblit au second, et ainsi de suite; le malade s'habitue à la lithotritie, et à la fin il ne sent presque plus rien. Je prie l'Académie de me permettre de lui citer un de mes malades dont l'histoire a été assez répandue; je veux parler de M. Poterlet (1), qui a été opéré cinq fois de la pierre. Il y a dix ans, il fut lithotritié pour la première fois par M. Heurteloup; un an après, il le fut par moi. La pierre revenue une troisième fois, il craignit que la lithotritie n'eût laissé quelques fragmens dans sa vessie; il préféra la taille, et ce fut moi qui l'opérai. La vessie fut parfaitement vidée; et cependant le calcul revint encore. Le malade a été depuis lithotritié pour deux récidives. Ceci est à noter, car on a dit que la lithotritie exposait aux récidives en laissant des fragmens; et voici un homme délivré par la taille, et chez qui des calculs sont encore revenus deux fois. Mais je reviens. M. Poterlet, à la fin, était tellement habitué à la lithotritie, qu'il m'écrivait : « J'aime autant une séance de lithotritie que me faire arracher une dent. »

On commence donc par tâter son malade; s'il supporte bien l'essai, on continue; et fallut-il y mettre dix séances, on finit par le délivrer de son calcul. J'ai fait ceci pour des pierres grosses et dures; et je possède déjà des faits nombreux de broiement pratiqué avec succès même sur des pierres murales. Seulement quand la dureté est excessive, on essaie de miner la pierre par des perforations successives avant de l'écraser; et si les tentatives sont trop douloureuses, on a recours à la taille. La contre-indication paraît bien plus formelle quand il y a un catarrhe vésical; et j'avais pensé d'abord que jamais en pareil cas on ne devait tenter la lithotritie. Plusieurs faits de succès complet m'ont forcé à revenir de cette opinion trop absolue. Quand il y a deux grosses pierres, on peut essayer comme s'il n'y en avait qu'une; enfin il n'est pas jusqu'à ce dernier cas si grave, d'une pierre remplissant la vessie, où le broiement ne doive être d'abord tenté. Ici aussi j'avais établi en principe qu'il fallait de prime-abord recourir à la taille; mais en recueillant, en comparant les observations de lithotomie tentée sur des calculeux de ce genre, qu'ai-je trouvé! des accidens énormes, la vessie déchirée, la pierre cassée en morceaux, les fragmens impossibles à extraire en totalité; et en considérant d'autre part que ces calculs si volumineux sont composés de phosphates et généralement friables, je pense qu'il y aurait des chances favorables à essayer la lithotritie.

Je n'ai point cité dans ces catégories les pierres enkystées, qui offrent autant de dangers pour une opération que pour l'autre; non plus que quelques autres complications. Quand il y a rétrécissement de l'urètre, il faut le détruire d'abord et voilà tout. Il était à craindre que dans la paralysie de la vessie, cet organe ne pût se délivrer des fragmens produits par le broiement; mais plusieurs faits m'ont rassuré sur ce point; je pourrais citer entre autres un sculpteur, employé à l'arc de l'Étoile, que j'ai opéré par la lithotritie; la paralysie était si complète qu'elle persiste encore aujourd'hui, et cependant ce malade a été complétement débarrassé de son calcul.

En résumé, on doit donc, dans tous les cas, commencer par essayer la lithotritie. Réussira-t-on toujours? On ne saurait ni le promettre, ni l'exiger; il n'est pas d'opération, si légère qu'elle soit, qui n'entraîne quelquefois des accidens graves et même mortels; et la lithotritie serait trop heureuse si elle faisait seule exception. Mais d'une part, dans les cas ordinaires, la lithotritie entraîne toujours moins d'accidens que la taille; car la taille offre les mêmes dangers, plus ceux qui lui sont propres; et dans les autres cas, dès qu'il est reconnu que la lithotritie ne convient pas, nous disons qu'il faut recourir à la taille. Nous ne sommes donc partisan absolu ni de l'une ni de l'autre; les circonstances seules dirigent notre choix; mais nous croyons être dans le vrai en disant qu'il faut s'adresser d'abord à la lithotritie; et que tous les médecins et que M. Velpeau lui-même, s'il avait la pierre, commenceraient par l'essayer.

M. Velpeau. Lorsque j'ai dit que je me ferais lithotritier, j'ai eu soin de préciser en quelles circonstances; je les avais indiquées d'ailleurs dans mon rapport pour la lithotritie en général; et enfin, puisqu'on attache à cet aveu tant d'importance, qu'on me permette d'ajouter, pour plus d'exactitude, que si j'avais la pierre, je ne sais pas ce que je ferais. Il ne faut pas dire d'ailleurs *tous les médecins*, car nous avons eu tout récemment la preuve du contraire; c'est un médecin qui s'est fait récemment tailler par M. Souberbielle.

M. Amussat ne veut pas d'expériences comparatives, et il affirme que la statistique ne prouve rien. La mauvaise statistique, sans doute, pas plus qu'un mauvais raisonnement; mais la statistique fondée sur des documens exacts le prouve; j'irai plus loin : c'est le seul moyen que nous ayons d'arriver à une so-

(1) Nous avons donné cette observation complète. Gazette médicale, 1831.

lution dans les questions médicales; et vous même, qui rejetez la statistique, vous en faites tous les jours à votre insu. Mais il y a une autre objection; de semblables expériences seraient barbares. Pourquoi cela? C'est que la lithotritie vaut mieux que la taille. Nous pourrions répondre à M. Amussat que la taille vaut mieux que la lithotritie; et que c'est lui qui est un barbare; nous n'en ferons rien, par une excellente raison : c'est que tout cela est précisément en question, et c'est parce que cela est en question, et que de très-bons esprits restent dans le doute, que nous proposons l'unique moyen de les éclairer.

M. Amussat ne veut pas des faits antérieurs à 1831, c'est-à-dire de la plus grande partie des faits publiés. Il a raison sans doute, parce que ces faits sont trop défavorables à sa thèse. Pourquoi cependant les rejette-t-il? Parce que la lithotritie a fait des perfectionnemens. Mais, messieurs, ces perfectionnemens sont chose aussi contestée que tout le reste; et je m'en rapporte à cet égard aux lithotriteurs eux-mêmes. En voici un qui, il y a quatre ans, s'écrie : « La lithotritie ne saurait désormais aller plus loin. » (On rit.) En voici un autre qui blâme énergiquement le percuteur, regardé comme une perfection par d'autres; un troisième est bien plus sévère; il prétend que ni la pince à trois branches, ni le percuteur, ni l'instrument de Jacobson ne resteront dans la pratique. (On rit.) Avant de nous parler de ces perfectionnemens, accordez donc M. Heurteloup avec M. Civiale, et tous deux ensuite avec M. Tanchou!

Ainsi vos perfectionnemens sont encore à démontrer; et maintenant je vous défie de les démontrer autrement que par la statistique; car, en définitive, si le perfectionnement ne sert en rien aux malades, si vous avez autant d'accidens et autant de morts, je ne vois pas ce qui pourrait faire préférer un procédé à l'autre.

M. Amussat rappelle qu'il y a dix ans il a défendu la taille; je dirai, moi aussi, qu'à cette époque un des premiers j'ai défendu la lithotritie. Quand le broiement vint, comme méthode nouvelle, frapper aux portes de la science, beaucoup de chirurgiens voulaient les lui fermer; j'ai dit : laissez entrer, il peut y avoir profit pour la science. Et je me suis mis à l'étudier; bien plus, je l'ai mis déjà six fois en pratique, en suivant toutes les indications prescrites. Je pourrais citer même un des amis de notre collègue, M. Villeneuve, lequel, bien que dans de très-bonnes conditions, trouvait les séances si douloureuses, qu'il aurait volontiers préféré la taille. Ainsi je me suis instruit par la théorie et par l'expérience, et je me suis convaincu qu'on avait exagéré les dangers de la taille, tandis qu'on amoindrissait ceux de la lithotritie; et c'est pourquoi j'ai pris la parole. Car savez-vous, Messieurs, ce qui arrive aujourd'hui de ces éloges outrés donnés au broiement au détriment de la taille? D'abord tous les malades veulent être broyés, bon gré, malgré; on cède à leurs désirs. Dans tous les cas graves, deux ou trois séances suffisent pour démontrer le danger de semblables essais; et l'irritation de la vessie est une cause d'insuccès de plus quand l'on revient à la taille. Ce n'est pas même seulement le physique qui souffre; le malade réduit à se faire tailler s'affecte, parce qu'on lui a exagéré les dangers de cette opération. Ajoutez enfin que les médecins négligent l'étude de la taille pour s'adonner à celle de la lithotritie. Voilà le danger qu'il faut signaler; et parce que je l'ai fait, ce n'est pas une raison pour me croire partisan exclusif de la taille. J'ai dit en quels cas je croyais le broiement préférable; et même je dois dire que cette opinion n'est pas encore chose démontrée. Vous me citez des cas de guérison, je ne les nie point; il n'est pas de méchant procédé qui n'ait eu ses succès. Guérissez-vous plus que nous? voilà la question; montrez-moi que l'humanité a gagné à cette trouvaille. Or, pour la résoudre, il ne suffit pas de huit ou dix faits, il en faut au moins quelques centaines; et j'avoue que ceux qui ont été publiés jusqu'ici me paraissent prouver précisément le contraire.

M. Ségalas soutient que la lithotritie est préférable, même chez les enfans; depuis les cinq succès qu'il a obtenus, il a eu connaissance de deux faits qui ne sont pas de nature à changer sa conviction. Deux enfans avaient la pierre; l'un entré à l'hôpital, est taillé, meurt; l'autre est lithotritié à Montpellier; il est guéri.

M. Roux. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt M. Amussat, et, bien que je sois d'accord avec lui sur beaucoup de points, j'avoue qu'il en est d'autres où mon opinion diffère de la sienne. Ce que j'approuve surtout, c'est qu'il a hautement proclamé qu'il ne faut pas négliger la taille; et le fait est qu'on la néglige beaucoup depuis quelques années. Je suis partisan de la lithotritie; jeudi matin encore, je l'ai pratiquée sur un malade, et malgré ce qu'on a dit du danger des longues séances, comme mon opéré ne paraissait pas beaucoup souffrir, j'ai employé tour à tour l'instrument de Jacobson et celui de M. Heurteloup modifié par M. Ségalas; bref, en une seule séance, j'ai délivré mon malade de sa pierre. Mais il est des cas où la taille est préférable, et par exemple chez les jeunes sujets.

A ce propos, j'ajouterai que je ne partage point les idées de M. Amussat sur la statistique, et que c'est par la statistique, par exemple, que nous savons que la taille réussit mieux chez les jeunes sujets que chez les adultes, et que la lithotritie, au contraire, y réussit moins bien. Mais il faut ici distinguer; ne pas trop s'en fier aux relevés statistiques antérieurs à la lithotritie, qui sont suspects par les raisons que j'ai déjà données, et auxquels, pour ma part, j'ai très-peu de foi. Il faut pour avoir une bonne statistique, rassembler des observations scrupuleusement détaillées, sans rien omettre; et je voudrais que chaque chirurgien fût assez ami de la science pour la mettre au-dessus de sa vanité, et convînt franchement des erreurs qu'il a pu commettre. On a parlé dans cette discussion d'opérations de taille faites pour des calculs qui n'existaient pas; eh bien! je déclare que cela m'est arrivé quatre fois! On parle vaguement de blessures faites au rectum; je l'ai blessé une seule fois; c'était au début de ma carrière, et je n'étais pas bien fixé sur le procédé à suivre. L'hémorrhagie est un accident bien plus fréquent; il faudrait savoir, sur un nombre donné de tailles, combien de fois elle arrive. Quelquefois on perce la vessie; une fois aussi j'ai percé son bas-fond avec le lithotome caché, et il y a eu complète infiltration urinaire, dont heureusement le malade a guéri. Si tout chirurgien venait ainsi confesser ce qui lui est arrivé, en indiquant exactement le nombre de faits, qui doute que la science n'en acquît un degré de précision qui lui manque? Je comprends donc le peu de cas que fait M. Amussat des relevés statistiques anciens; mais de la statistique en général, faite avec le soin que je viens de dire, je ne le conçois pas.

Dans les comparaisons qu'on a faites, on a aussi oublié une chose; c'est que la taille opère sur tous les calculeux, tandis que la lithotritie les choisit. Donc, toutes choses égales d'ailleurs, la lithotritie devait donner de plus beaux résultats, et pour établir un parallèle bien exact, il faudrait les expérimenter toutes deux sur des sujets placés dans des circonstances semblables; je crois que la science et l'humanité y gagneraient. Pour moi, quant à présent, voici mon opinion nettement formulée : La taille doit être conservée, pour les enfans d'abord, et puis pour les adultes qui ne sont pas dans les circonstances convenables pour la lithotritie.

M. Lohue demande la permission de lire une note imprimée, extraite d'un livre que M. Leroy d'Étiolle va publier. M. Leroy ne pense pas qu'il y ait lieu à comparer la taille et la lithotritie; ce sont deux moyens différens et qui même s'excluent; c'est comme si l'on voulait comparer la saignée et les vésicatoires dans le traitement de la pneumonie. (Interruption; on fait observer que la note étant imprimée ne peut pas être lue à l'Académie).

M. Amussat et M. Velpeau témoignent le regret que M. Leroy ne puisse avoir la parole et la demandent pour lui; mais le président répond que le réglement s'y oppose, M. Leroy n'appartenant pas à l'Académie.

Plusieurs membres demandent encore la parole; la discussion est remise à la prochaine séance.

Séance levée à 5 heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DER ENGLISCHE SCHWEISS (la suette anglaise); par le docteur J.-F.-C. HECKER.—Berlin, 1834.

M. Hecker a déjà publié (et la GAZETTE MÉDICALE en a rendu compte à ses lecteurs) des recherches intéressantes sur la *peste noire du quatorzième siècle*, et sur la *chorée du moyen âge*. Poursuivant ses travaux dans cette pathologie historique, il vient d'y ajouter un mémoire sur la *suette anglaise*, qui, vers la fin du quinzième siècle et dans le courant du seizième, fit l'effroi d'une grande partie de l'Europe. Les races humaines, soumises aux influences changeantes des milieux qu'elles habitent, apportant aussi dans ces changemens la part que leur libre arbitre et leurs efforts leur permettent d'y prendre, et se modifiant avec la civilisation qu'elles-mêmes modifient sans cesse, présentent dans le cours des siècles de grands phénomènes pathologiques qui ne sont pas moins curieux, et qui sont moins explicables que les commotions et les bouleversemens des empires. La médecine se priverait d'un de ses enseignemens les plus précieux; la science, de faits et d'observations inestimables, si elles n'étudiaient pas avec un soin sérieux tout ce que leur a légué l'histoire. C'est un passé d'autant plus intéressant à connaître, que probablement la marche du temps ne doit plus le ramener. Des choses ont été, qui ne seront plus; et éclaircir les traits confus qui nous en ont été transmis, ce n'est peut-être pas tant travailler à la restauration des pages effacées de l'histoire, que préparer des matériaux pour les découvertes de l'avenir.

Les renseignemens que les médecins contemporains des premières invasions nous ont transmis sur la suette anglaise, sont insuffisans et défectueux. Schiller de Herderen dit naïvement que les signes de la maladie étaient manifestes, et qu'on n'avait qu'à se représenter les symptômes qu'il ne décrivait pas. Cependant on peut recueillir dans les écrits du temps, et surtout dans ceux des Allemands, assez de détails pour retrouver, sinon toutes les particularités, au moins l'ensemble de la suette, et pour se faire une idée exacte de ce que fut ce monstre aussi redoutable pour nos ancêtres, que l'est le choléra pour nous.

La suette anglaise était une affection excessivement aiguë; et, à part les maux secondaires, elle se jugeait en 24 heures au plus. Dans cette marche si rapide, elle présentait des degrés et des formes différentes; et les observateurs en ont signalé une où le signe caractéristique, la sueur, manquait, et où la vie, succombant sous un coup trop violent, s'éteignait en peu d'heures. C'est ainsi qu'on a vu des cas de choléra où le vomissement et la diarrhée n'existaient pas.

Le mal arrivait sans prodromes. Chez la plupart, la suette, comme presque toutes les fièvres, commençait par un court frisson et un tremblement qui, dans les cas mauvais, se transformait en convulsions. Chez d'autres, le début était une chaleur modérée, mais toujours croissante, qui les surprenait sans cause connue, au milieu du travail, dans l'ivresse, souvent le matin au lever du soleil, même au milieu du sommeil, de sorte qu'ils se réveillaient tout en sueur. Plusieurs malades éprouvaient tout d'abord un fourmillement désagréable dans les mains et les pieds, lequel se changeait en douleurs lancinantes, et en une sensation très-douloureuse sous les ongles, et auquel se joignaient tantôt des crampes, tantôt une telle lassitude des extrémités supérieures, que

les patiens ne pouvaient lever les bras. Chez quelques-uns on vit, pendant ces accidens, les pieds et les mains se tuméfier.

Alors le cerveau devenait rapidement le siége de dangereux phénomènes. Plusieurs tombaient dans un délire furieux, et ceux-là mouraient pour la plupart. Tous se plaignaient d'un sourd mal de tête; et au bout de très-peu de temps survenait le redoutable coma (*inevitabilis sopor*) qui se terminait le plus souvent par la mort. Une angoisse horrible tourmentait les malades, tant qu'ils conservaient l'usage de leurs sens. Chez plusieurs la face devenait bleue et se tuméfiait, ou du moins les lèvres et le cercle des yeux prenaient une teinte bleue, ce qui prouve que la circulation pulmonaire ne s'opérait qu'à grand'peine. Les malades respiraient avec une extrême difficulté; en outre le cœur était saisi de tremblemens et de battemens continuels; et cet accident s'accompagnait d'un sentiment incommode de chaleur interne qui, dans les cas funestes, montait vers la tête et déterminait un délire mortel.

Après quelques délais, et, chez beaucoup, de prime abord, une sueur fétide se manifestait sur tous les points du corps et coulait en grande abondance, apportant le salut ou la mort suivant que la vie résistait ou succombait à une aussi furieuse attaque. Quelquefois la moelle épinière elle-même était affectée, et il survenait des convulsions. On remarqua aussi des nausées et même des vomissemens, mais surtout chez ceux que l'invasion avait trouvés avec l'estomac plein.

Ces détails sont empruntés aux contemporains de l'épidémie de 1529; Kaye, médecin anglais, témoin de celle de 1551 et digne de toute confiance, nous en fournira quelques autres qui n'altèrent en rien l'image de la maladie, car on ne trouve aucune différence essentielle entre les deux épidémies de 1529 et de 1551. Au premier moment, le mal attaquait le dos ou les épaules, une cuisse ou un bras et y causait des douleurs aiguës. Quelques-uns ressentaient comme un souffle chaud qui se répandait sur les membres. Puis, sans cause visible, la sueur partait de tout le corps, tandis qu'une chaleur interne, croissant toujours, s'étendait jusqu'à la surface. Les malades, avec un pouls très-rapide, éprouvaient une soif vive, et étaient en proie à une extrême agitation. Parfois une violente céphalalgie déterminait un délire loquace; mais le plus ordinairement ce délire ne survenait que vers la neuvième heure après l'invasion, et avec des degrés très-divers de diminution des facultés intellectuelles; puis le coma s'établissait. Chez d'autres, la sueur se faisait attendre davantage, les membres étant pris d'un léger frisson; ensuite elle coulait abondamment; mais la quantité n'en était pas toujours la même; et la diaphorèse était par momens plus forte, et moindre dans d'autres. La sueur était épaisse et de différentes couleurs, mais très-fétide chez tous.

A ce que nous savons déjà sur la gêne de la poitrine dans cette maladie, Kaye ajoute une remarque très-importante, c'est que les malades ne faisaient entendre qu'une voix plaintive et soupirante.

Il décrit en outre une forme très-bénigne de la suette, qui se jugeait en quinze heures sans aucun danger, et qui se terminait par une douce sueur avec une chaleur modérée.

Il est frappant que, durant une aussi orageuse maladie, ni les fonctions des reins ni les évacuations alvines n'étaient interrompues. Car il s'écoulait incessamment une urine trouble et foncée, quoique en petite quantité; on n'en pouvait tirer aucune indication pour le pronostic, ce qui ne causait pas un médiocre embarras aux médecins uroscopes du temps. On remarqua aussi que dans certains cas peu graves, au moment de l'éruption de la sueur, des malades rendaient beaucoup d'urine.

Un médecin hollandais, Tyengius, a signalé l'apparition d'un exanthème à la peau : «*febrem sudor finiebat, post se reliquens in extremitatibus corporis*, pustulas parvas admodum exasperantes, *diversas et malignas secundum humorum malignitatem.*» (Daus Foreest, p. 158, h.) Par ce mot de *pustulas*, il faut sans doute entendre des *vésicules* telles qu'on en observe dans la miliaire. La rareté de ce phénomène, qui n'a été observé par aucun autre médecin, prouve qu'il n'était pas essentiel à la maladie. La suette anglaise est une fièvre non éruptive; et c'est un des points principaux qui, suivant M. Hecker, la distinguent de la suette miliaire ou suette des Picards.

Le rétablissement après la suette anglaise était pénible; ceux qui en avaient été fortement atteints, restaient au moins huit jours dans un profond abattement, dont ils ne se relevaient qu'à l'aide de bons soins et d'une nourriture fortifiante. Lorsque la sueur était passée, on les enlevait avec précaution de leur lit; on les séchait dans une chambre chaude, et on les plaçait auprès du feu.

Bien plus grand était le danger de ceux à qui une cause quelconque supprimait la sueur durant le cours de la maladie. Pour la plupart la mort était inévitable. Ceux chez qui les forces vitales pouvaient encore opposer une nouvelle résistance au mal, étaient, après un court intervalle, repris de la sueur, qui devenait encore plus fétide. Mais ce second assaut était plus dangereux même que le premier; et peu y échappaient.

Les récidives étaient fréquentes, parce que les personnes rétablies restaient long-temps accessibles aux influences morbifiques. On en vit qui eurent jusqu'à trois et quatre fois la suette; et dans ce cas il se formait souvent une hydropisie consécutive. Il faut aussi remarquer que l'impression de l'air, quand on s'y exposait trop tôt, provoquait facilement la diarrhée.

M. Hecker a cherché, à l'aide de données recueillies dans les anciens écrivains, à se faire une idée du caractère nosologique de la suette anglaise : suivant lui c'est une *fièvre rhumatismale*. Il faut savoir ce que beaucoup de médecins allemands entendent par ce nom. Les fièvres rhumatismales (rheumatische Fieber, Flussfieber) sont des affections souvent caractérisées par des flux, ayant pour cause fondamentale l'action du froid humide, et manifestant une tendance décidée à se terminer par des sueurs abondantes et acides. Ces points principaux se retrouvent dans la suette anglaise, dans laquelle l'action du froid était si puissante, que le moindre refroidissement durant la transpiration causait presque immanquablement la mort.

La suette anglaise n'a pas été une maladie signalée par une seule invasion, et passant comme un ouragan sur les populations; elle a eu cinq irruptions séparées les unes des autres par d'assez longs intervalles, et variables par l'étendue des pays ravagés.

La suette, au moment où elle parut, était une maladie complétement nouvelle pour les hommes parmi lesquels elle sévissait. C'est aux premiers jours d'août de l'an 1485, que l'on fixe sa première apparition sur le sol de l'Angleterre. Le même mois elle éclata à Oxford, et tel fut l'effroi qu'elle répandit dans cette université, que les maîtres et les élèves s'enfuirent, et que cette école célèbre resta déserte pendant six semaines. Londres fut envahie par la maladie dans le mois de septembre, et perdit un grand nombre de ses habitans; mais cette rapide et redoutable maladie ne devait pas avoir une longue durée : elle cessa subitement dans les premiers jours de janvier 1486, après s'être strictement renfermée dans les limites de l'Angleterre.

Vingt-cinq ans s'étaient écoulés, et le souvenir de la suette tant redoutée s'était presque éteint, lorsqu'elle reparut à l'improviste dans l'été de l'année 1506. Mais cette invasion fut peu funeste; le mal disparut dès l'automne, et ne causa qu'une très-médiocre mortalité; cette fois encore il ne sortit pas d'Angleterre.

Sous le règne d'Henri VIII, en juillet 1517, elle éclata à Londres avec plus de violence que jamais, et alors elle fut si terrible et si précipitée dans sa marche, qu'elle enlevait les malades en deux ou trois heures, et que le premier frisson était regardé comme l'annonce d'une mort inévitable. Ammonius de Lucques, savant assez renommé de cette époque, et secrétaire particulier du roi, mourut à la fleur de son âge, après s'être vanté, quelques heures seulement avant sa mort, à Thomas Morus, qu'il se préserverait, lui et sa famille, de la maladie par le régime et la modération. A ce propos on ne peut s'empêcher de reconnaître le grand sens d'Hippocrate, qui, dans un de ses traités (Περὶ χυμῶν), dit qu'en temps de maladie épidémique il est inutile de rien changer à son régime, attendu que la cause du mal est générale et non particulière. Jamais la suette n'avait exercé de pareils ravages : les solennités religieuses furent interrompues; le roi fuyait de ville en ville devant la maladie, qui, pendant une durée de six mois, se repandit sur toute la surface de l'Angleterre, mais n'en sortit pas. L'Écosse et l'Irlande n'en éprouvèrent aucune atteinte; Calais seul, sur la côte voisine, en fut infecté; et, s'il faut en croire les récits, les Anglais furent seuls attaqués dans cette ville; les habitans français restèrent exempts. Toujours est-il qu'elle ne se répandit pas dans le reste de la France.

Pour la quatrième fois la suette reparut en Angleterre : elle éclata durant les derniers jours du mois de mai 1528 dans le quartier le plus populeux de la capitale, et de là se propagea sur tout le royaume. La violence du mal fut aussi grande que onze ans auparavant. Les tribunaux furent fermés, et le roi Henri VIII recommença à fuir de lieux en lieux. On n'a aucun chiffre exact sur la mortalité, mais elle fut excessive, à en juger par l'effroi qui pénétra toute l'Angleterre. La durée du mal ne fut que de quelques mois. Il ne passa pas en Irlande, ni ne franchit la frontière d'Écosse; mais cette fois le continent ne fut pas préservé : Hambourg fut la première ville attaquée; en vingt-deux jours 1,100 habitans furent enlevés. On attribua l'importation du mal à un bâtiment venu d'Angleterre; mais il faut remarquer que déjà trois fois

la suette avait ravagé l'Angleterre sans arriver jusqu'à Hambourg. De cette ville elle santa à Zwickau, éloignée de plus de 5n milles allemands, sans toucher d'abord à la commerçante ville de Leipzig. Dantzig perdit 3,000 habitans; Augsbourg, Cologne, Francfort-sur-le-Mein, Strasbourg, furent également visitées par le fléau. La Hollande fut attaquée un peu plus tard que l'Allemagne. Enfin il se répandit sur le Danemarck, la Suède et la Norwége, et d'un autre côté sur la Pologne, la Lithuanie et la Livonie.

Partout la marche de la maladie fut excessivement rapide, et dès les commencemens de l'année 1530 il n'en restait plus de traces dans aucun de ces pays. Elle ne penétra, ni dans la France, où régnait une fièvre causée par la famine, ni dans l'Italie que désolait la fièvre lenticulaire, ni dans le reste du midi de l'Europe. L'Allemagne fut tout aussi épouvantée que l'Angleterre par l'apparition du fléau; et comme la réforme commençait alors, chaque parti s'en fit une arme, les catholiques l'attribuant à la colère de Dieu, qui châtiait les novateurs, et les protestans en accusant la méchanceté des persécuteurs qui attiraient sur le pays les vengeances divines.

Enfin le 15 avril 1551, après un repos de 23 ans, la suette reparut à Shrewsbury, capital du Shropshire; l'invasion y fut si subitement générale que l'air semblait empoisonné. Chaque maison avait des malades, les enfans et les vieillards seuls étaient exempts, les citadins se réfugiaient à la campagne, les compagnards dans la ville; toute industrie se suspendit; et en peu de jours 960 habitans de Shrewsbury furent enlevés. De là la maladie gagna de proche en proche, et le 9 juillet elle parut à Londres. La mortalité fut si grande dans tout le royaume qu'un historien parle de dépopulation. La maladie cessa à la fin de septembre de la même année; on fit la remarque très-singulière que la suette épargnait les étrangers en Angleterre et qu'elle poursuivait au contraire les Anglais dans les pays étrangers, de telle sorte que ceux-ci, dans les Pays-Bas, en France et même en Espagne, furent enlevés en nombre assez considérable par la maladie qui leur était propre, sans la communiquer aux nationaux. A Calais même, qui était si voisin, les habitans français furent épargnés; et comme ni les Écossais habitans de l'île commune, ni les Irlandais ne furent accessibles à la suette, on ne peut s'empêcher d'admettre qu'il y avait dans toute la manière d'être des Anglais quelque chose qui les disposait particulièrement à cette maladie.

Ce fut là la dernière apparition de la suette anglaise; depuis lors elle ne s'est pas remontrée en Angleterre, sans qu'on puisse dire, ni pourquoi elle naquit alors, ni pourquoi elle n'a pas reparu depuis. M. Hecker a recherché dans les annales de la médecine les traces d'autres maladies caractérisées par une abondante transpiration; il en signale trois autres, la *maladie cardiaque* de l'antiquité, une épidémie singulière qui a régné dernièrement dans une petite ville d'Allemagne, enfin la suette des Picards. Nous allons examiner successivement avec lui ces trois affections.

On trouve dans les anciens auteurs la description d'une maladie particulière, qu'ils désignent sous le nom de *maladie cardiaque*, *morbus cardiacus* de Cœlius Aurelianus, νόσος καρδιακή d'Aretée et d'Erasistrate, qui le premier en a parlé. On la nommait aussi *diaphorèse* à cause de l'excessive sueur qui l'accompagnait. Les écrits d'Hippocrate n'en présentent aucune trace. Après Galien le souvenir s'en efface de plus en plus, de sorte que, comme le remarque M. Hecker, cette maladie a dû naître sous les successeurs d'Alexandre et cesser vers le second siècle de l'ère chrétienne.

M. Hecker en trace le tableau d'après Cœlius Aurelianus; je le reproduis afin que l'on puisse juger si en effet la maladie cardiaque est une affection sans analogue de nos jours, et éteinte par l'effet du temps comme plusieurs autres maladies.

Elle commençait par un sentiment de froid et de stupeur dans les membres, et parfois dans tout le corps. Le pouls, prenant aussitôt le plus mauvais caractère, devenait petit, faible, vide, fréquent, plus tard inégal et tremblottant; et il disparaissait même entièrement. En même temps les sens des malades se troublaient, une insomnie invincible les dominait, ils désespéraient de leur guérison; et, dans la plupart des cas, le corps tout entier ruisselait soudainement d'une sueur de mauvaise odeur. Parfois cependant une sueur ténue se montrait d'abord seulement sur le visage et sur le cou, puis se répandait de là sur le reste du corps, prenait une très-mauvaise odeur, devenait visqueuse et même semblable à des lavures de chair et coulait par torrent dans le lit, de sorte que les malades semblaient se fondre. La respiration était courte et pressée presque jusqu'à la syncope. A chaque instant ils craignaient d'étouffer (*spiratio præfocabilis*, Cœlius Aurelianus). Dans leur anxiété ils se jetaient çà et là, et d'une voix très-faible et tremblante ils prononçaient quelques mots entrecoupés. Ils éprouvaient continuellement, du côté gauche ou même dans toute la poitrine, une intolérable oppression; et, dans les accès qui commençaient par une syncope ou qui en étaient suivis, le cœur palpitait violemment, le visage prenait la pâleur de la mort, les yeux s'enfonçaient dans les orbites; et si la terminaison devait être fatale, la vue des malades s'obscurcissait de plus en plus, les mains et les pieds se coloraient en bleu; le cœur, malgré le refroidissement de tout le corps, continuait à palpiter violemment. La plupart conservaient leur raison jusqu'au bout, peu seulement en perdaient l'usage avant la mort. Enfin, les mains restaient froides, les ongles se courbaient, la peau se ridait, et les malades expiraient sans aucun relâchement dans leur souffrance. On reconnaît dans ce tableau une ressemblance frappante avec la suette anglaise. Dans les deux maladies mêmes palpitations, même changement de la voix, même anxiété, même dyspnée, même sueur fétide, et, par cette sueur, même colliquation mortelle, enfin mêmes symptômes essentiels dans les mêmes fonctions. Car, chez les malades de l'antiquité, les nerfs du bas-ventre étaient également épargnés; le foie, les intestins et les reins ne prenaient aucune part à l'affection principale; le diaphragme, comme dans suette anglaise, servait de démarcation. Aussi Arétée n'hésite pas à lui donner le nom de *syncope*, mot dont il étend ici la signification, puisque, dans le langage ordinaire de la médecine, ce mot exclut l'idée de palpitations violentes du cœur.

Cependant des différences plus grandes et essentielles existent entre les deux maladies. La suette anglaise a régné dans les contrées froides et humides de l'Angleterre, de l'Allemagne et du nord de l'Europe; la maladie cardiaque, dans les chaudes régions de l'Asie mineure, de la Grèce et de l'Italie. Le refroidissement et la moindre suppression de la transpiration étaient mortels dans la suette anglaise, tandis que dans la maladie cardiaque on rafraîchissait les malades avec de l'eau froide, on les exposait aux courans d'air; et quelques médecins conseillaient même les bains et les affusions froides; de telle sorte que, suivant M. Hecker, le caractère rhumatismal fait la grande différence entre les deux affections. D'après lui, la suette anglaise serait de nature rhumatismale et la maladie cardiaque n'en serait pas. Cette différence, qui influa grandement sur le traitement, a tenu sans doute à l'influence des climats où les deux maladies sont nées; car des causes analogues telles que les excès de table, une alimentation immodérée, l'abus des bains chez les anciens, des chambres fortement chauffées chez les Anglais, paraissent avoir contribué à la production des deux maladies dans les époques orageuses et assez semblables, en certains points, où les successeurs d'Alexandre se déchirèrent entre eux, et où la rose rouge et la rose blanche se firent la guerre.

M. Hecker, à la fin de son histoire de la suette anglaise, rapporte celle d'une maladie singulière qui, en 1802, a envahi une bourgade allemande, et qui présente les plus frappantes analogies avec l'ancienne maladie des XVe et XVIe siècles. Il a tiré de l'oubli la description qu'en a donnée, il y a plus de 30 ans, un médecin peu connu (Sinner J.-M. *Darstellung*, etc. *Exposition d'une suette rhumatismale qui a régné à Rœttingen en* 1802; Würzbourg, 1803). Je crois qu'il ne sera pas sans intérêt pour les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE d'en trouver ici les détails.

Les épidémies, soit locales, soit générales, méritent une sérieuse attention. Sans doute, les observations des faits particuliers ont une grande importance, et ce sont elles qui ont apporté dans les idées pathologiques et dans le diagnostic une précision ignorée de nos devanciers. L'épidémiologie offre des questions plus grandes et plus difficiles; n'ayant tenu jusqu'ici dans la nosographie qu'une bien petite place, elle n'a pu être appréciée à toute sa valeur. Cependant il est permis déjà d'y apercevoir les germes d'une pathologie bien plus vaste et par conséquent bien plus vraie que celle que nous avons eue jusqu'à ce jour.

Après un été chaud et très-sec, suivi en novembre 1802 de pluies continuelles, Rœttingen sur la Tauber, petite ville de Franconie, entourée de tous côtés par les montagnes, fut attaquée, le 25 du même mois, d'une maladie très-meurtrière sans exemple dans la mémoire des habitans, et tout-à-fait inconnue aux médecins du pays.

Des jeunes gens pleins de force étaient subitement saisis d'une indicible angoisse; le cœur leur palpitait fortement sous les côtes; aussitôt s'exhalaient sur tout le corps des torrens d'une sueur acide et fétide; en même temps ils ressentaient une douleur déchirante dans le dos. Cette douleur disparaissait quelquefois très-promptement; et si elle gagnait la poitrine, les palpitations et l'angoisse se renouvelaient; les malades défaillaient, et, les membres se raidissant, ils rendaient l'âme. Chez la plupart, tout cela se terminait en vingt-quatre heures. Tous

cependant ne succombaient pas à la première attaque; mais chez quelques-uns, après que le pouls était tombé à une faiblesse et une petitesse extrêmes et que la respiration avait suivi la même diminution, la douleur déchirante se faisait sentir de nouveau dans les parties extérieures; ils éprouvaient de la pesanter et de la raideur dans le dos; le pouls et la respiration reprenaient leur régularité; mais la sueur continuait à ruisseler. Ce calme était excessivement trompeur; car à l'improviste reparaissaient les palpitations et la petitesse du pouls; et alors le plus souvent la mort était inévitable. Chose frappante! les malades bien qu'inondés de sueur, n'étaient que très-peu altérés, leur langue n'était pas sèche, pas même sale, et elle conservait son humidité naturelle. Chez la plupart il s'écoulait peu d'urine.

Quand la maladie parcourait son cours, sans remèdes échauffans, il ne survenait ordinairement aucune éruption cutanée. Ces éruptions, quand elles se manifestaient, étaient de différente nature: des vésicules miliaires de toute forme et de toute couleur, de vraies bulles de pemphigus et même des pétéchies. Il faut remarquer que les malades n'éprouvaient jamais la démangeaison générale qui précède l'éruption dans la suette miliaire, et qu'il ne se faisait jamais non plus une desquamation régulière. De ces caractères M. Hecker conclut que les éruptions cutanées étaient purement symptomatiques dans la maladie de Rœttingen comme dans la suette anglaise, et qu'elles ne faisaient pas une partie essentiellement nécessaire de cette affection, ainsi qu'elles le font pour les fièvres miliaires.

La fièvre de Rœttingen durait jusqu'au sixième jour, mais le plus grand danger était au premier jour; dès le second, la sueur diminuait et perdait toutes ses mauvaises qualités; de sorte qu'il ne restait plus qu'une transpiration abondante sans accidens inquiétans; et tout finissait vers le sixième jour.

Mais le traitement que le peuple suivit rendit le mal beaucoup plus grave. Les malades furent comme dans le seizième siècle, échauffés jusqu'à en mourir. A peine crut-on reconnaître l'effort tenté par la nature, que les lits de plumes furent entassés sur les malades en sueur, de sorte que le nez et la bouche restèrent seuls à découvert. On ferma portes et fenêtres, et l'on chauffa fortement le poêle, tandis qu'une odeur insupportable de sueur sortait des couvertures et des rideaux. En outre deux et plusieurs malades étaient souvent réunis dans la même chambre, voire même placés sous la même montagne de plumes; et afin que la chaleur intérieure ne manquât pas non plus, on leur administrait en abondance la thériaque et l'infusion de sureau. C'est alors que survenaient des éruptions de diverses natures.

Si, comme le remarque fort justement M. Hecker, il s'était trouvé à Rœttingen dès le début du mal, un médecin versé dans l'histoire des temps passés, il aurait employé l'ancienne méthode anglaise, et cette nouvelle suette n'aurait pas enlevé un aussi grand nombre de victimes dans cette malheureuse petite ville. Dans les premiers temps les secours médicaux manquèrent, les morts s'accumulèrent, le bruit continuel des cloches funèbres, remplissait de terreur les mourans et les vivans; et Rœttingen était évité par les habitans des lieux voisins comme une ville pestiférée. Mais enfin le docteur Sinner, sans lequel le souvenir de ce mémorable événement se serait perdu, arriva au secours des malades. Il en trouva encore quatre-vingt-quatre couchés sous les lits de plume et traités par les moyens échauffans. Suivant une méthode opposée, il donna accès à l'air pur et frais, modéra par des remèdes tempérans la chaleur morbide, et les guérit tous jusqu'au dernier. La maladie resta exactement bornée à Rottingen; il ne s'en montra pas un seul cas hors des portes de cette ville. Le 5 décembre survint une forte gelée avec beau temps; la maladie disparut, mais il est impossible de ne pas reconnaître son identité avec l'ancienne suette anglaise.

M. Hecker a rapproché de la suette anglaise, comme cela était fort naturel, la *suette des Picards*. Cette dernière maladie nous est beaucoup mieux connue, attendu qu'elle reparaît de temps en temps en Picardie. Il y en a eu en 1821 une épidémie que M. Rayer a décrite, et tout récemment encore, en 1832, elle s'est manifestée dans les localités qu'elle paraît affectionner de préférence. Cependant elle n'est pas bornée à la Picardie, et à différentes époques elle a fait irruption soit dans le midi de la France, soit dans l'Allemagne.

Ce qui distingue surtout cette maladie de la suette anglaise, c'est la présence d'une éruption de vésicules miliaires, lesquelles n'existaient pas dans l'ancienne maladie du quinzième et du seizième siècles; le danger paraît aussi être moindre. Cependant on observe dans la suette des Picards certains cas où se manifestent les symptômes les plus graves, et tout-à-fait semblables à ceux de la suette anglaise.

La suette des Picards est séparée de celle des Anglois par un espace de plus de cent ans, et depuis lors jusqu'à nos jours elle n'a cessé de se manifester par intervalles. Elles ont l'une avec l'autre une grande similitude; cependant l'éruption établit entre elles une séparation qu'on ne peut franchir.

Résumons en quelques mots le tableau que M. Hecker nous a exposé. L'antiquité voit naître, dans le troisième siècle avant Jésus-Christ, une maladie caractérisée par des sueurs excessives et accompagnées d'un extrême danger. A la fin du quinzième siècle, le nord de l'Europe est affligé par une maladie analogue et qui n'en diffère que par l'effet que produisent sur elle le froid et l'humidité. Après cinq apparitions successives, la suette anglaise disparaît complètement, et elle rentre, avec la maladie cardiaque de l'antiquité, dans le domaine des faits purement historiques. Cent ans après la dernière manifestation de la suette anglaise, les médecins signalent celle des Picards, qui n'en diffère que par l'éruption miliaire. Enfin, au commencement de ce siècle, une petite ville d'Allemagne est visitée par une maladie redoutable, inconnue à tout le monde, et dont tous les caractères représentent ceux de la vieille suette anglaise. Ces faits sont singulièrement curieux, et il faut savoir gré à M. Hecker de les avoir recueillis et rapprochés; mais ils montrent en même temps combien est incomplète notre pathologie, qui laisse en dehors de son cadre d'aussi graves événemens. Dans le cours du temps, certaines maladies nouvelles commencent et d'autres cessent; ce ne sont pas seulement les climats qui modifient les affections corporelles de l'humanité, les époques exercent aussi leur influence. Sans doute il est des maladies de tous les siècles comme de tous les pays; mais une certaine portion, pour ainsi dire flottante éprouve, des changemens d'âge en âge; et, phénomène qu'il aurait peut-être été difficile de prévoir à l'avance, le temps met au monde des combinaisons nouvelles entre les élémens pathologiques. Dans quel sens et vers quel but, c'est ce que des études encore trop courtes et trop peu profondes ne nous permettent pas d'entrevoir.

E. LITTRÉ.

Élémens généraux de l'art de guérir, ou abrégé de médecine théorique et pratique d'après l'observation; ouvrage spécialement destiné aux gens du monde et à ceux qui s'intéressant aux maux d'autrui, désirent trouver non de simples recettes ou de continuelles hypothèses, mais les principes vrais, réels, immuables de la science; par le docteur Bout-Grillet. — 2e édit.

On aurait tort de confondre cet ouvrage avec ceux qui, sous des titres plus ou moins semblables, sont destinés à être répandus avec profusion dans le public, et à donner à chaque malade toute la science nécessaire pour qu'il puisse se traiter seul et sans le secours des hommes de l'art dans toutes ses maladies. Tel n'est pas le but de M. Bout-Grillet: son seul désir est de payer le tribut qu'il regarde comme du devoir de tout praticien d'acquitter, en publiant les résultats de ses médications sur l'insuffisance de quelques systèmes et sur les erreurs dans lesquelles ils entraînent trop souvent. Du reste, on n'y trouve ni ces promesses mensongères destinées à capter la crédulité des lecteurs, ni cette croyance aveugle dans l'efficacité des médicamens, qui éblouit si facilement le vulgaire.

En rendant compte de la première édition, nous avons déjà tracé le plan de l'ouvrage. Cette seconde édition offre des améliorations considérables: plusieurs articles ont reçu une extension à laquelle ils avaient droit, ainsi les fièvres typhoïdes et les gastralgies. Le style nous a paru aussi plus soigné, et porte partout l'empreinte de la conviction, la meilleure recommandation que puisse recevoir un ouvrage.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

N° 22. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 30 MAI 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

Recherches sur un état pathologique particulier aux charbonniers, et qui est produit par l'accumulation de la poussière de charbon dans le tissu des poumons.

C'est en vain que nous chercherions dans la plupart des cadres nosologiques la place que doit occuper la maladie dont nous allons faire connaître les principaux caractères. Laënnec, et avant lui Pearson, avaient bien supposé que dans quelques circonstances, une certaine quantité de matière charbonneuse peut s'accumuler dans les poumons, et être confondue avec la mélanose; mais tout ce qu'on avait dit sur ce sujet était extrêmement vague; ce n'est que depuis quelques années qu'on a commencé à s'en occuper avec l'attention qu'il mérite.

Un fait assez intéressant à signaler dans l'étude de cette maladie, c'est qu'elle n'a encore été observée qu'en Angleterre. Dès l'année 1832, aussitôt que le docteur Gregory eut appelé l'attention des médecins sur cette affection par la publication du premier cas qui eût encore été observé, la Gazette médicale ne tarda pas à porter cette nouveauté pathologique à la connaissance de ses lecteurs, et cependant depuis cette époque nous n'avons point appris qu'aucun fait analogue ait été observé en France, bien que pendant le même intervalle de temps un nombre assez considérable en ait été publié par les médecins anglais, et que la Gazette médicale les ait constamment signalés.

Le docteur Pearson est le premier qui se soit occupé de ce sujet: dans un bon mémoire qu'il a publié sur la matière colorante des glandes bronchiques noires, il démontre d'une manière évidente que, chez certains sujets, ces glandes contiennent une quantité considérable d'une matière charbonneuse qu'il suppose avoir été introduite dans les poumons par la voie de la respiration. La matière noire dont il a cherché à reconnaître la nature avait été recueillie dans les glandes colorées en noir; en les traitant soit par l'acide nitrique, soit par la potasse, pour détruire toutes les substances organiques. La matière noire obtenue par ce moyen se présentait sous forme d'une poudre insipide, infusible, insoluble dans tous les acides, excepté l'acide sulfurique, fournissant par la combustion dans un vase clos une aussi grande quantité d'acide carbonique que le charbon animal ou végétal séché à la même température et dans les mêmes circonstances. En réalité, bien qu'il paraisse que le docteur Pearson n'eût pas complètement débarrassé cette poudre de toute matière animale, cependant on est obligé de reconnaître qu'elle offrait le caractère du carbone tel qu'il est contenu dans le noir de fumée. Il croyait que cette matière déposée à la surface des tuyaux bronchiques par l'air inspiré qui en était chargé, était transpor-

Feuilleton.

Coup d'œil sur les hôpitaux de Londres, par M. Baumès, chirurgien en chef de l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon.

(Troisième et dernier article.)

Les chirurgiens des hôpitaux de Londres ne trouvent pas à leur gré la méthode de la canule perfectionnée par M. Dupuytren, pour la fistule lacrymale; ils préfèrent, selon les cas, la perforation de l'os unguis, ou généralement la dilatation par l'introduction d'une bougie métallique dont l'extrémité, en forme de tête, paraît à l'ouverture de la fistule, recouverte par un morceau de taffetas d'Angleterre ou d'un emplâtre quelconque. Ils aiment mieux laisser ainsi errer les malades, un temps plus ou moins long, dans les salles ou ailleurs, avec cette plaie et cette bougie, dont la soustraction ne tarde pas le plus souvent à permettre le retour de la maladie, que d'employer le procédé simple et rationel du célèbre chirurgien français. Sir Astley Cooper dit, dans ses Leçons de chirurgie (p. 304): « M. Dupuytren a l'habitude de se servir d'un tube en or, et l'on dit que le plus » grand nombre des malades sont guéris; mais j'en doute, et je sais que dans un » cas cela n'a pas réussi. » Après ce raisonnement qui, comme on voit, n'est pas très-concluant, Sir Astley Cooper donne la préférence au traitement de Ware, qui est celui que l'on emploie généralement à Londres. Il a soin cependant d'ajouter que fréquemment l'obstruction revient quand on ôte la bougie ou le stylet (*style*). Quelques-uns m'objectèrent surtout que la canule causant parfois une forte irritation, on était obligé de l'ôter. Mais quand j'observais que l'irritation causée par la bougie devait être et était en effet bien plus considérable, puisque celle-ci exerçait son action compressive sur une plus grande étendue des voies lacrymales et sur la peau, on ne me donnait pas de réponse bien satisfaisante. Et en effet, quelle réponse satisfaisante pourrait-on donner dans ce cas? L'on convient que, dans beaucoup de cas d'ouvertures faisant communiquer l'une avec l'autre certaines cavités tapissées par des muqueuses, il faut employer des obturateurs, que l'expérience démontre pouvoir rester à demeure très-long temps sans irriter ces membranes, quoique exerçant souvent sur elles une forte pression. L'on convient qu'un pessaire même très-large, agissant sur une muqueuse passablement irritable, peut aussi bien long-temps comprimer cette muqueuse, et demeurer dans le vagin sans accident, au grand soulagement de la malade; et on se révolte contre l'irritation que peut déterminer la présence d'une petite canule dans la partie des voies lacrymales, qui n'est certainement pas la plus irritable et la plus sensible! Mais une bougie ou un stylet produira cet effet irritant, que l'on redoute pour le canal lacrymal, tout à la fois sur ce canal, sur le sac lacrymal,

tée jusqu'aux glandes bronchiques et pulmonaires par les vaisseaux absorbans. En effet, ayant traité une tranche mince de la surface du poumon par l'acide nitrique pour enlever toutes les autres substances, il remarqua qu'il ne restait plus que des lignes noires produites par une série de petites molécules qui indiquaient, selon lui, la route qu'elles suivaient pour passer des vaisseaux aérifères aux glandes où elles étaient accumulées en quantité.

Laënnec, auquel les travaux de Pearson étaient probablement inconnus, s'explique d'une manière très-vague sur la nature de cette matière noire; il soupçonne qu'elle peut provenir, en partie au moins, de la fumée des lampes et des autres corps combustibles; mais il n'apporte aucune preuve et surtout aucune expérience à l'appui de cette opinion. Depuis Laënnec cette question n'avait point été soulevée de nouveau, quand en 1831 le docteur Gregory publia (1) le fait qui a donné l'éveil sur cet état pathologique, et les expériences que le docteur Christison a faites sur cette matière noire. Nous allons les rapporter ici sommairement.

SYMPTÔMES DE PHTHISIE TUBERCULEUSE. — EXPECTORATION NOIRE. — A L'AUTOPSIE, COLORATION NOIRE DU TISSU DES DEUX POUMONS.

Obs.— Hogg, âgé de 50 ans, fut admis à l'infirmerie d'Edimbourg le 29 mars 1831; il avait servi long temps en Amérique, aux Indes et dans diverses contrées de l'Europe. Il avait toujours joui d'une bonne santé, bien qu'il eût commis beaucoup d'excès surtout durant les dix ou douze dernières années pendant lesquelles il fut employé dans les mines de houille de Dolkath.

Seize mois environ avant son admission, il commença à éprouver des palpitations, de la dyspnée et une douleur dans la région sternale qui l'obligèrent à cesser ses travaux de mineur. A l'époque de son admission, il se plaignait en outre d'une toux violente venant souvent par paroxismes avec des crachats noirs, épais et visqueux, qui existaient depuis cinq mois. La respiration était fréquente. Le malade pouvait se coucher sur le côté droit, mais il préférait rester assis. Il y avait un peu d'œdème aux bras, aux jambes et aux épaules. L'abdomen était distendu, mais sans fluctuation. Le ventre était resserré. Il n'y avait jamais eu de douleurs dans les reins. L'appétit était bon, le pouls naturel. On entendait par toute la poitrine le mouvement respiratoire, mais généralement faible, bronchique et mêlé de beaucoup de râle muqueux, et spécialement à gauche et en avant.

Le lendemain de son entrée, le pouls ayant paru plus élevé, on fit une saignée de douze onces qui se couvrit d'une couenne, et l'on appliqua un vésicatoire sur le sternum. Le malade fut notablement soulagé.

Le 4 avril, la toux, la dyspnée, l'expectoration avaient beaucoup augmenté; le pouls battait 116. On entendait au-dessous de la clavicule droite un râle muqueux bruyant, se rapprochant très-fort du râle caverneux. Une nouvelle saignée de 16 onces fut pratiquée, et suivie d'un vésicatoire et d'une forte application de sangsues sur le sternum; il y eut un peu d'amélioration, ainsi qu'à la suite des purgatifs et des diurétiques qui furent employés aussi pendant quelque temps. Cependant l'œdème ne disparut jamais complètement. L'urine qui était assez abondante fut examinée plusieurs fois, et constamment elle fournit une coagulum assez considérable par l'ébullition, en même temps que sa densité, qui variait de 114 à 120, était moindre que dans l'état normal. Il était dès lors évident que cet homme était atteint en même temps et d'une maladie des poumons bien étendue, et d'une légère affection du cœur, et de la maladie des reins décrite par le docteur Bright.

Cependant, au commencement d'avril, l'œdème augmenta en même temps que la quantité de l'urine allait en diminuant; la dyspnée s'accrut considérablement; les crachats devinrent de plus en plus copieux et d'un gris foncé particulier et à peu près noir. Le malade mourut le 18 avril.

Autopsie. On trouve les deux poumons et surtout le droit fortement adhérens à la plèvre costale. La plèvre pulmonaire fort épaisse a sur quelques points l'apparence et la consistance des fibro-cartilages et un quart de pouce d'épaisseur. La plèvre costale correspondante à ces points de la plèvre pulmonaire, est ossifiée et réunit ainsi plusieurs côtes.

Les deux poumons présentent à l'intérieur une couleur noire uniforme qui pénètre leur masse tout entière. Le droit est le plus désorganisé et offre dans les lobes supérieur et moyen plusieurs grandes cavernes irrégulières, communiquant l'une avec l'autre, et traversées par des brides de substance pulmonaire et des vaisseaux sanguins. Ces cavernes contiennent une grande quantité de fluide qui aussi bien que leurs parois, offre la même couleur noire; une partie considérable de la substance pulmonaire qui les entoure est dense, hépatisée et friable; le reste des poumons est encore dense et offre beaucoup d'œdème. La sérosité qui en sort offre la même couleur noire. Le poumon gauche ne contient pas de cavernes, mais du reste ressemble complètement au droit. Dans diverses parties des deux poumons on sent au toucher des points durs, saillans, mais qui ne diffèrent pas du reste pour la couleur, et, même à l'aide du microscope, on ne peut y découvrir aucune trace de dépôt ou d'infiltration tuberculeuse. Tout le tissu est uniforme; les glandes bronchiques, de volume ordinaire, offrent partout la même couleur noire.

Le ventricule gauche du cœur est légèrement dilaté et hypertrophié. Les reins ont une couleur d'un gris mêlé et sont lobulés à l'extérieur, mais sans diminution de volume. Le tissu fibreux de la substance corticale a fait place en partie à l'apparence granuleuse qui caractérise la maladie de Bright et plus prononcée. La rate et le foie sont très-friables. Les autres organes sont sains et la couleur noire est exclusivement bornée aux poumons et aux glandes bronchiques.

Ce cas était-il un exemple d'infiltration de mélanose dans le tissu pulmonaire, ou bien la couleur noire de cet appareil dépendait-elle, comme dans les cas sur lesquels le docteur Pearson avait fait ses expériences, de la présence, dans ce tissu, d'une quantité anormale de charbon due à l'inspiration habituelle de la poussière de charbon de terre, au milieu de laquelle ce malade avait constamment vécu depuis une douzaine d'années. Telles sont les questions que se posa le docteur Gregory, et dont il trouva la solution dans des argumens de nature différente, les uns tirés des caractères propres à la mélanose, et des circonstances dans lesquelles on l'observe; les autres fondés sur des expériences chimiques qui ne peuvent laisser de doute. Nous ne rappellerons que ces derniers. Il nous suffira, pour faire connaître toute la confiance que méritent les expériences dont nous allons rapporter les résultats, de dire qu'elles ont été faites par le docteur Christison, auquel le docteur Gregory avait fait remettre le liquide noir contenu dans les poumons, et l'eau dans laquelle le tissu pulmonaire avait été lavé, et qui avait pris une couleur noire très-foncée.

1° Ce fluide, traité par l'acide nitrique concentré et en ébullition, n'a éprouvé aucune altération;

2° L'immersion dans une forte dissolution de chlorure n'a également produit aucun effet;

3° Une forte dissolution de potasse caustique en a séparé un peu de matière animale, et a filtré très-lentement. La première partie qui passa était opaque et noire; mais le reste d'un brun jaune pâle et transparent; en sorte qu'aucune portion de la matière noire n'avait été dissoute. Cette dernière, restée sur le filtre, bien lavée et séchée, brûla comme de la poudre de charbon, sans se boursouffler, sans odeur empyreumatique, et laissant beaucoup de cendre grise;

4° Une petite portion de cette poudre noire soumise à l'ébullition dans l'acide nitrique bien lavée et séchée, introduite dans un petit tube de verre et chauffée jusqu'à la chaleur rouge, fournit une quantité considérable de gaz qui avait l'odeur du charbon de terre, et brûla avec une flamme blanche. En même temps un fluide d'un jaune brun s'était condensé sur les parois du tube, ayant l'odeur du goudron de charbon,

(1) The Edinburgh medical and surgical journal.

plus susceptible encore, plus près des conduits lacrymaux, de la conjonctive, de la peau, et amènera aussi bien plus probablement tous les accidens de l'irritation, de l'inflammation, etc., sur des parties bien autrement importantes. C'est au reste ce que l'expérience m'a démontré comme à beaucoup d'autres.

Les amputations se pratiquent, dans les hôpitaux, selon diverses méthodes. Les uns font deux lambeaux, quelquefois un seul; un plus grand nombre fait la section circulaire; quelques autres pratiquent deux lambeaux semi-circulaires à la peau seulement, et coupent circulairement les muscles au niveau de la base de ces lambeaux relevés, etc. On fait un très-grand usage du tourniquet, ce qui exige de grandes précautions dans la section des chairs, pour pouvoir recouvrir les os d'une manière convenable. Les moignons que j'ai vus étaient en général dans un état très-satisfaisant. Les chirurgiens, dans les hôpitaux, ne pratiquent que la ligature des artères, et n'ont point recours à la torsion, par la raison qu'ils disent être satisfaits des résultats de la première. Ils réunissent autant qu'il est possible par première intention, et pansent en général d'une manière très-simple les plaies après les opérations. Sous ce rapport ils ne méritent que des éloges, et une conduite aussi rationnelle ne saurait trouver trop d'imitateurs. M. Keate, vieux chirurgien de l'hôpital Saint Georges, me racontait qu'il avait quelquefois pratiqué l'amputation de la jambe très-bas, et adopté au moignon une jambe artificielle convenablement modifiée pour cet effet. Il dit avoir obtenu des succès de cette manière, sur plusieurs malades qui existent encore et se servent très-bien du membre sur lequel l'amputation a été pratiquée; mais il n'y en avait aucun dans l'hôpital, et j'ai vainement demandé où je pourrais les voir. Au reste, il m'a assuré que son père avait aussi réussi un assez grand nombre de fois dans l'application du même procédé. Dans tout cela, pour que l'art chirurgical trouve quelque chose à gagner, il faut des faits, et des faits bien positifs et bien démontrés.

L'habileté des chirurgiens anglais dans la théorie comme dans le manuel opératoire des hernies, des ligatures d'artères, est connue depuis long-temps, et je n'ai rien vu dans les hôpitaux qui ne fût digne de leur réputation sous ce rapport.

J'ai déjà dit que l'on pratiquait depuis long-temps et fréquemment, dans ces hôpitaux, l'opération de la boutonnière dans les cas de dysurie ou de rétention d'urine par rétrécissement du canal de l'urètre. Pendant que j'étais à Londres, cette opération a été pratiquée dans les salles de Charles Bell, et il y avait en même temps, dans le même hôpital, parmi les malades de M. Arnott, un homme affecté d'une large ouverture fistuleuse au périnée, suite d'une semblable opération faite dix mois auparavant dans un autre établissement. M. Arnott me dit que l'on avait déjà ailleurs tenté la suture, et il était alors réduit à introduire par cette plaie des sondes jusque dans la vessie. Il est probable que ce fâcheux résultat n'a procédé certainement pas rationnel n'est pas le seul qui se soit offert dans les hôpitaux de Londres. J'étais, non sans raison peut-être, étonné, quand j'entendais un chirurgien très-instruit me dire qu'il avait lui-même pratiqué cette opération plus de vingt fois. En comparant sous ce rapport ce qui se passe à Londres avec ce qui se passe en France, il faut bien convenir, comme l'avait déjà très-bien observé M. Roux, que les traitemens de part et d'autre doivent être bien différens dans ces cas. Il n'est que trop vrai qu'un assez grand nombre de chirurgiens anglais ont négligé de se tenir au courant des recherches auxquelles s'est livrée avec succès, depuis quelques années, la chirurgie française, pour arriver, par des moyens plus ou moins ingénieux, à vaincre

et prenait en se refroidissant la consistance du sain-doux. Cette masse, comprimée entre des feuilles de papier à filtre, y fit une tache huileuse, et il resta une matière blanche qui, dissoute par l'alcool bouillant, laissa déposer par le refroidissement de petits cristaux obscurs.

« Il est impossible, dit le docteur Christison, de ne pas reconnaître dans le résultats de ces expériences les produits ordinaires de la distillation de la houille, qui fournit un gaz doué des mêmes propriétés, et un fluide semblable au naphte, contenant un principe cristallin analogue, sinon identique à la naphtaline. »

L'histoire de ce cas, les lésions morbides trouvées dans les poumons, et le résultat de l'analyse chimique de la matière noire en particulier, ne permettent pas le moindre doute sur la nature et l'origine de la coloration noire des poumons. L'état du malade, qui l'exposait continuellement à l'inspiration de la poussière de charbon de terre toujours suspendue dans l'atmosphère d'une mine, et l'identité de la matière noire trouvée dans les poumons avec cette même poussière, sont des circonstances trop remarquables par leur coïncidence, pour n'avoir pas immédiatement fixé l'attention des praticiens. Aussi, à peine le mémoire du docteur Gregory eut-il été publié, que bientôt des observations analogues furent recueillies sur d'autres points de l'Angleterre, et vinrent confirmer en grand nombre les conclusions qu'en avait tirées le docteur Gregory.

La plupart des sujets chez lesquels on a observé cette affection, étaient occupés depuis un grand nombre d'années, ou dans l'intérieur des mines à l'extraction du charbon de terre, ou dans de grands dépôts de ce combustible où ils respiraient continuellement un air chargé de molécules de charbon. On en a rencontré aussi dans les exploitations de charbon de bois et de mines différentes de celles de houille, mais où les ouvriers sont continuellement exposés à respirer un air chargé de suie ou de poussière de charbon. Quelques autres, mais en moins grand nombre, avaient travaillé pendant long-temps dans des magasins de charbon de bois ou dans des mines de nature différente; aussi, chez ces derniers sujets, l'analyse chimique de la matière charbonneuse diffère-t-elle de celle que nous venons de donner. Nous en allons voir un exemple dans une observation rapportée par le docteur Hamilton d'Edimbourg, et qui a fourni à M. Graham, professeur de chimie à Glascow, l'occasion d'un travail fort remarquable sur ce sujet, et dont nous allons présenter aussi les principaux résultats.

SYMPTÔMES DE PHTHISIE TUBERCULEUSE ET D'HYPERTROPHIE DU COEUR; EXPECTORATION DE CRACHATS D'UN BLEU FONCÉ D'ABORD, ET ENSUITE NOIRS; A L'AUTOPSIE, INFILTRATION D'UNE MATIÈRE NOIRE DANS TOUT LE TISSU DU POUMON.

OBS. II. — Parker, âgé de 58 ans, adonné à divers excès, était employé depuis quarante ans comme mesureur par la compagnie Caron, emploi dans lequel les ouvriers sont continuellement exposés à respirer une poudre fine composée en grande partie de poussier de charbon extrêmement dense. Je le vis pour la première fois à la fin de décembre 1833. A cette époque, il se plaignit que sa santé s'était continuellement détériorée depuis quelque temps, et qu'il était devenu si faible qu'il ne pouvait plus continuer les travaux de son état. En l'examinant, je trouvai que les jambes étaient considérablement enflées, et que l'action du cœur était beaucoup plus forte que dans l'état normal. Les bruits du cœur avaient quelque chose de sec et de dur, sans cependant imiter le bruit de râpe. Il y avait un peu de toux; la respiration était naturelle en avant et latéralement. Je lui prescrivis l'usage de la digitale, des diurétiques, des purgatifs.

Je ne revis le malade que deux mois après, et à cette époque le gonflement des jambes avait presque entièrement disparu. Il se plaignait de la toux, qui cependant n'était pas très-forte. La santé générale était à peu près dans le même état. Au commencement d'avril il ressentit dans les deux coudes de vives douleurs qui furent enlevées par l'emploi du vin de colchique et de linimens stimulans. Le colchique avait amené une diarrhée qui continua ensuite pendant plusieurs semaines, et ne fut arrêtée que par une mixture qui contenait du cachou.

Le 14 mai, les bruits du cœur me parurent presque les mêmes que la première fois; mais au-dessous de la clavicule droite on entendait un bruit de frottement assez fort. En avant et supérieurement la respiration était puérile, et la percussion semblait donner un son normal. En arrière et surtout à droite et en haut, on entendait un râle muqueux très-fort et une résonnance de la voix particulière. La respiration paraissait normale sur tous les autres points de la poitrine. A cette époque les forces du malade déclinaient rapidement.

Le 20 mai, il fut pris subitement d'une violente douleur du côté gauche, avec difficulté extrême de respirer. Il mourut le lendemain matin; il n'avait que peu transpiré pendant tout le cours de sa maladie, et les crachats restèrent bleus pendant la plus grande partie. Dans les derniers temps ils devinrent entièrement noirs, comme s'ils avaient été mêlés avec de la suie.

Autopsie. A l'ouverture de la poitrine on trouve les deux lobes supérieurs fortement adhérens à la plèvre costale; le lobe inférieur présentait quelques traces d'épanchement récent; une portion assez considérable du tissu pulmonaire offre une crépitation manifeste, mais on sent sur un grand nombre de points des noyaux d'engorgement. Examiné à l'extérieur, il présente partout une couleur noire très-foncée, comme s'il eût été couvert d'une couche de suie ou de poussière de charbon. Cette matière colorante qu'on retrouvait dans toute l'étendue du poumon, semblait cependant amassée en plus grande quantité sur les points indurés. Nulle part on ne trouve de matière tuberculeuse.

Le cœur était un peu hypertrophié; ses parois et ses cavités différant peu de l'état normal; quelques points de la valvule tricuspide paraissaient légèrement indurés et rugueux; toutes les valvules étaient parfaitement saines. Le calibre de l'aorte offrait un tiers environ de plus que ne le comportait l'état normal. Un des reins contenait un petit kyste; tous les autres viscères semblaient n'offrir aucune altération.

Il est impossible de méconnaître dans la singulière coïncidence qu'on a remarquée constamment entre cette maladie et les circonstances tout-à-fait spéciales dans lesquelles se trouvent les sujets qui l'ont présentée jusqu'ici, un rapport de cause à effet. Telle est l'abondance de molécules de charbon qu'entraine l'air dans les mines ou dans les autres lieux où elle s'est manifestée, que les crachats et les mucosités nasales des personnes qui par état sont obligées d'y demeurer constamment sont fortement teints en noir, et qu'un étranger ne peut y séjourner pendant quelques instans sans éprouver le même phénomène. Dans les mines où la plupart des cas rapportés ont été recueillis, la poussière de charbon est portée à des distances considérables des travaux; on ne peut descendre dans les puits sans qu'il s'en dépose une couche légère sur les vêtemens; elle s'insinue même sous les habits, sous le linge; et, ce qui est plus remarquable, les mineurs qui travaillent avec une plaie non cicatrisée, petite ou grande, peu importe, ne peuvent empêcher cette poudre d'arriver jusqu'à la surface de la plaie, et, sans retarder la cicatrisation, d'y faire une marque aussi indélébile que le tatouage chez les Indiens et les signes que s'impriment communément les marins avec la poudre à canon. On sait que cette poussière fine, quand elle a été inspirée, est le plus ordinairement rejetée au dehors par l'expectoration; mais si nous supposons que par une circonstance quelconque, dépendant soit d'un état morbide du poumon lui-même, soit du dérangement dans la santé du sujet, cette poudre ne soit pas entièrement reportée au dehors, on conçoit alors qu'elle s'accumulera dans les vésicules pulmonaires, ou passera par l'absorption dans les glandes bronchiques, s'incorporera avec le tissus pulmonaire, agira comme un irri-

---

les divers obstacles opposés par le canal de l'urètre au passage de l'urine. Cependant quelques-uns s'aperçoivent et proclament qu'un chirurgien habile doit se trouver très-rarement dans le cas d'avoir recours à un si mauvais moyen; et il faut dire que sir B. Brodie, qui lui-même a aussi pratiqué quelquefois cette opération, cherche cependant, en termes positifs, à établir la vérité de cette dernière proposition dans son *Traité des maladies des voies urinaires.*

On pratique dans les hôpitaux la taille latéralisée selon plusieurs procédés différens. Un gorgeret à peu près semblable à celui de Hawkins, le lithotome caché, un bistouri simple, assez généralement un bistouri plus ou moins convexe vers la pointe, à un ou deux tranchans, terminé vers cette pointe par une sorte de tubercule ou de bouton allongé, perpendiculaire dans sa longueur au plan de la lame de l'instrument, tubercule que l'on introduit dans la cannelure du cathéter de manière à diriger l'instrument, qui coupe ainsi de dehors en dedans et ne fait qu'une incision proportionnée à la largeur de la lame; voilà l'ensemble des instrumens le plus généralement employés. Quelques chirurgiens anglais se montrent très habiles dans l'opération de la taille. Il faut distinguer parmi eux MM. Key et Liston; l'habileté du premier est depuis long-temps connue et établie; pour le second, la réputation qu'il avait d'excellent opérateur, étant chirurgien en chef de l'hôpital d'Édimbourg, n'a pas diminué depuis cinq à six mois qu'il est chirurgien de l'hôpital de l'université de Londres. Je lui ai vu pratiquer cette opération; je crois qu'il serait difficile de montrer plus de sang-froid, plus de justesse de coup d'œil, plus de précision, d'élégance et de rapidité dans les mouvemens. Les hôpitaux de Londres sembleraient présenter un relevé de succès un peu plus avantageux, dans cette opération, que ne le présentent généralement les hôpitaux de France. Je ne m'attacherai pas à rechercher et à apprécier ici les causes de cette différence, parmi lesquelles il ne faut pas oublier la différence de constitution et d'irritabilité des individus dans les deux pays. Au reste, on pourrait peut-être avancer que dans aucun pays il n'y a de statistique entièrement satisfaisante sous tous les rapports, et les élémens qui entrent dans la solution d'une semblable question sont tels, qu'il sera difficile d'arriver à une parfaite démonstration. Relativement à l'importance de respecter ou de ne pas respecter les bornes de la prostate dans les incisions, circonstance sur laquelle appuient beaucoup quelques chirurgiens, notamment sir B. Brodie, s'il y en a qui se dirigent principalement d'après cette considération qu'il ne faut pas négliger sans doute, il en est d'autres qui ne mesurent la grandeur de l'incision que sur le volume présumé de la pierre; et certainement, en considérant la grosseur d'un grand nombre de calculs qui ont été extraits par la taille latéralisée avec succès, il est impossible, malgré tout ce qu'on peut dire de la dilatabilité de la prostate, qu'on ait extrait ces calculs sans causer des déchiremens de cette glande, si l'incision n'avait pas dépassé les bornes. Or, on ne saurait prouver que des déchiremens n'ont pas plus d'inconvéniens que l'incision, en ne les considérant même que sous le rapport des infiltrations urinaires. Il est évident, toutes choses égales d'ailleurs, qu'un tissu déchiré se réunissant bien moins vite qu'un tissu coupé nettement, les infiltrations urinaires pourront durer plus long-temps et faire plus de ravages dans le premier cas que dans le second.

Quelques chirurgiens des hôpitaux de Londres ont voulu essayer la lithotritie. Il y en a qui l'ont pratiquée plusieurs fois. Ils ont bien obtenu quelques succès; mais en général, ils n'ont pas été très-heureux; ce qui fait qu'il n'en est guère question maintenant, au moins dans le plus grand nombre des hôpitaux. Si cette opération est mise encore parfois en avant, c'est pour être présentée, par quel-

tant et produira tous les effets que déterminent les corps étrangers introduits dans l'économie. La respiration s'embarrassera, et l'on verra se développer successivement tous les symptômes qui annoncent en même temps et une altération organique et la difficulté continuellement croissante qu'éprouve le poumon à remplir ses fonctions. Or, d'après les recherches du professeur Christison sur la matière noire contenue dans le poumon du malade observé par le docteur Gregory, il ne peut pas rester de doute que dans ces cas le poumon ne contint une grande quantité de charbon venu de l'extérieur. Les expériences du professeur Graham sur les poumons du malade dont nous venons de rapporter l'histoire, et sur ceux de plusieurs autres sujets observés dans des circonstances tout-à-fait semblables, et que nous allons rapporter sommairement, viennent entièrement à l'appui de cette assertion.

La structure de cette portion de poumon, dit le docteur Graham, parlant du poumon que le docteur Hamilton lui avait envoyé, est oblitérée. On n'y observe plus de distinct que l'orifice de quelques gros vaisseaux. La surface mise à nu par une incision, ressemble exactement à de la tourbe fraîche.

De minces tranches de ce poumon, pressées dans un mortier avec des quantités successives d'eau, continuèrent pendant long-temps à la rendre aussi noire que de l'encre, sans rien perdre en apparence de leur matière colorante. Cette eau colorée ne passe pas transparente à travers le filtre. Avant que le poumon eût été examiné, on l'avait mis dans une solution de chlorure de chaux qu'on laissa s'évaporer, et au bout de quelques mois, ce qui restait avait la dureté de la pierre. Cette masse, traitée par l'acide nitrique concentré à la température environ de 100° Fahrenheit, fournit une grande quantité d'une poudre noire, pesante, qui fut ensuite lavée avec de l'eau chaude et séchée à 300 ou 400° Fahr., sans émettre d'odeur empyreumatique. Traitée par l'éther sulfurique, elle lui donne une couleur d'un brun foncé, presque noire. Après qu'on l'eut laissé évaporer, il présenta l'apparence et l'odeur d'un extrait, et bien que cette matière ne fût pas soluble dans la potasse caustique, il était évident qu'elle était d'une nature huileuse. La poudre noire fut entièrement débarrassée de cette matière grasse par des digestions répétées dans l'éther.

Cette poudre noire, dont le poumon fournit plus d'une once, c'est-à-dire plus du quart de son poids, examinée chimiquement, se trouva n'être que du charbon. On constata d'abord que ce n'était pas du charbon de terre; car, à l'air, elle brûla facilement et sans flamme, et chauffée dans un tube de verre, elle ne fournit aucune vapeur, mais seulement une petite quantité d'eau qui se condensa sur les parois de ce tube, et aussi du gaz combustible qui brûla avec une flamme bleue comme l'oxide de carbone. L'analyse de ce produit gazeux a démontré qu'il était le produit d'une faible quantité d'eau et d'acide nitrique que la poudre avait conservée, et qui se décomposait à une température élevée.

Cependant on voulut s'assurer si la houille, réduite en poudre impalpable et traitée successivement par la potasse, l'acide nitrique et l'éther, ne perdrait pas une partie de ses propriétés chimiques, et ne pourrait pas alors avoir fourni les résultats que nous venons de donner; en conséquence, une petite quantité de houille en poudre très-fine fut soumise à toutes les manipulations qu'avait éprouvées la poudre noire de poumon avant d'être l'objet du même examen chimique; mais alors elle présenta encore les mêmes résultats que si elle fût sortie à l'instant même de la mine.

Il est donc évident, d'après ces expériences de M. Graham, que le charbon peut s'accumuler en quantité anormale dans le poumon, de même que de celles entreprises par M. Christison il ressort que la houille peut se présenter dans un état analogue d'accumulation. A quoi tient la différence obtenue par ces deux habiles chimistes dans la nature de la poudre charbonneuse qu'ils ont retirée? Sans doute qu'elle provient des mines différentes où avaient été employés les sujets dont les poumons ont été examinés, et qui sont souvent indiqués d'une manière très-obscure par les observateurs anglais. Du reste, nous devons dire ici que le professeur Graham a analysé de la même manière les poumons de cinq autres sujets morts de la même maladie et constamment avec les mêmes résultats; les analyses chimiques n'ayant pas offert d'autre différence que dans la quantité de cendre laissée après la combustion de la poudre, tandis que le professeur Christison n'a analysé que le poumon du seul malade observé par le docteur Gregory. Cette question, comme on le voit, est importante, et nous appelons de tous nos efforts sur ce sujet l'attention de nos habiles chimistes, qui déjà ont fait faire tant de progrès à la chimie animale.

Ces résultats diffèrent tellement de ceux obtenus par tous les chimistes qui ont fait l'analyse de la mélanose, véritable produit de sécrétion, qu'il nous est inutile de mettre ici en opposition l'analyse de cette dernière. Il nous suffira de rappeler que la matière colorante de la mélanose peut être détruite avec la plus grande facilité par le chlore, la potasse, l'acide nitrique, etc., tandis que la poudre noire obtenue par les chimistes anglais, qui a résisté à ces réactifs puissans, ne peut pénétrer dans les poumons par l'assimilation interstitielle et y a été évidemment déposée par l'air venu du dehors. Si nous en voulions une nouvelle preuve nous la trouverions dans la disposition de cette matière à l'intérieur des cellules pulmonaires telle qu'elle a été décrite par le docteur Craig, dans une intéressante communication du docteur Graham, et sur un poumon emphysémateux desséché, d'un ouvrier des mines de houille.

« La surface pleurale de ce poumon, dit-il, a des taches grises ou noires dues à la présence de la matière noire dans les cellules. Les lignes inter-lobulaires contiennent une grande quantité de cette matière. Comme parmi les cellules dilatées par l'air, il en est qui ont le volume d'une noisette, il est facile d'étudier la disposition de cette matière, qui est plus abondante dans celles qui sont les plus dilatées. Ces dernières, en effet, sont tapissées à l'intérieur d'une certaine quantité de cette matière qui leur donne une couleur d'un noir foncé; elle y est même assez abondante pour qu'on puisse la détacher des parois de ces cellules avec la pointe d'un instrument, et pour tacher le doigt après qu'elle a été mouillée. Lorsqu'on examine avec un microscope les parois de ces cellules on reconnaît que la matière noire y est déposée sous forme de petits grains noirs. »

Résumons maintenant les connaissances que nous avons sur cette affection dont l'existence a été complétement mise hors de doute par les recherches des savans chimistes que nous venons d'exposer. Si nous avons consacré une grande partie de cet article à des études purement chimiques, c'est que l'objet nous a paru digne d'une grande attention. Car il s'agit non-seulement d'une maladie nouvelle mais d'une maladie dont l'origine diffère entièrement de celles de toutes les autres

ques uns surtout, sous un jour peu favorable en la comparant à la lithotomie. Parlez-vous à ces chirurgiens de cette opération, ils accumulent des argumens pour en démontrer le danger, l'incertitude, pour signaler la difficulté, l'impossibilité même de ne pas laisser des fragmens, les fâcheux effets que ceux-ci déterminent, la douleur, le spasme, l'inflammation de la vessie, etc. La première fois que j'assistai à la visite de sir Benjamin Brodie, j'y rencontrai M. Mott, habile chirurgien américain, et j'adressai quelques questions relativement au peu d'usage qu'on me paraissait faire dans les hôpitaux de la lithotritie. Sir Brodie répondit que cette opération en général ne réussissait pas; qu'il arrivait toujours quelque accident fâcheux; qu'au reste, quand il jugeait convenable de la pratiquer, il donnait la préférence à l'instrument de Weiss (calculo fractor) sur celui de M. Heurteloup et sur tous les autres. Là dessus il cita un cas d'opération faite par un chirurgien anglais où le malade était mort. Un des assistans cita un autre cas où la mort était également survenue. Après cela tout fut dit, et quatre jours après, la *Lancette* anglaise répéta la réponse de M. Brodie, à peu près dans les termes avec lesquels je viens de l'énoncer. Au reste, ni M. Brodie, ni le plus grand nombre des autres chirurgiens ne me paraissent avoir une connaissance bien exacte du mode opératoire et encore moins des succès de M. Civiale. Outre que cela ressortait de la conversation de M. Brodie, il est remarquable que, dans son ouvrage, lorsqu'il a jugé à propos de dire quelque chose sur la lithotritie, il n'a pas dit un mot relatif à M. Civiale et à son procédé opératoire. Quelques jours avant mon départ de Londres, M. Liston me dit qu'il allait tailler un malade sur lequel on avait tenté la lithotritie sans succès, quelques mois auparavant, à l'hôpital de Westminster. Je me rendis à l'hôpital de l'Université pour être témoin de cette opération. J'y trouvai un grand concours d'élèves et plusieurs autres chirurgiens de Londres. C'était une sorte de bonne fortune pour ceux qui n'aimaient pas la lithotritie. La taille fut faite avec une extrême habileté, à l'aide d'un bistouri simple, en se jouant presque des règles ordinaires, et en très-peu de temps. Ce calcul avait à peu près la longueur, mais moins que la largeur d'un œuf ordinaire. Il m'a fallu réellement le voir de très près pour croire qu'on avait essayé de lithotritier le malade. On paraissait en effet avoir saisi la pierre, mais seulement par une des arrètes, qui était assez fortement écornée dans l'étendue de quelques lignes. Cette pierre était assez dure; mais il est certain que l'opération était très-faisable dans ce cas, car elle a très-bien réussi pour des calculs plus gros, plus durs et dans des circonstances bien plus défavorables. Tout cela prouvait seulement que l'opérateur avait mal saisi la pierre, qu'il n'était pas assez exercé dans la manœuvre de cette opération, qu'il avait jugé à tort ne pas pouvoir réussir avec la lithotritie, ou que peut-être même il avait tourmenté mal à propos les voies urinaires du malade; je n'ai pas pu savoir bien positivement tous les détails de ce qui s'était passé alors. Toujours est il que ce fait ne prouvait absolument rien contre la lithotritie, et c'est ce que je fis observer à M. Liston ainsi qu'à quelques chirurgiens présens.

Je ne ferai que citer, en peu de mots, un fait arrivé à peu près à la même époque et qu'il est bon de rappeler, parce qu'il caractérise l'esprit avec lequel certains chirurgiens à Londres sont portés à considérer, à étudier ou à répandre la lithotritie. A l'occasion d'un malade opéré par M. Heurteloup, qui, plus tard, ayant recommencé à souffrir et ne voulant plus retourner vers ce chirurgien, finit par mourir de ses souffrances; onze mois après l'opération, d'autres chirurgiens ayant alors trouvé, par l'autopsie, quatre calculs dans la vessie, dont chacun avait pour noyau un des fragmens laissés par le lithotriteur, calculs que

affections connues jusqu'ici. C'est un véritable empoisonnement non par les organes digestifs, ni par la surface cutanée, mais par les poumons, et produit par une substance inerte qui n'agit que par le trouble que produit, soit sa masse, soit son poids, sur les fonctions des poumons.

Cause. D'après tous les faits recueillis jusqu'ici et qui montent environ à une vingtaine, il paraît que cette maladie ne se développe que dans les lieux où les sujets sont exposés à inspirer une grande quantité de charbon réduit en poudre, suffisamment fine pour être tenu en suspension dans l'atmosphère, que ce charbon soit de la houille, du charbon de bois ou le produit de la combustion des lampes dont se servent les mineurs pour leurs travaux. A laquelle de ces trois espèces de charbon doit-on attribuer le plus d'activé pour la production de cette maladie? c'est ce qu'il reste encore à décider. Cependant si nous en croyons le docteur Marshall, il est quelques conditions propres aux mines dans lesquelles travaillent les ouvriers et qui sont plus favorables à la production de cette maladie; ainsi, dans celles qui sont humides, ou bien dont la houille est peu dure ou peu divisée, on conçoit que cette maladie doit être plus rares; dans celles, au contraire où l'air est très-sec et où le charbon se brise en mille petits morceaux, il doit se produire une plus grande quantité de cette poussière fine. Et, en effet, jusqu'à ce moment la plupart des cas de cette maladie ont été observés dans les mêmes localités, tandis qu'il est d'autres mines où les travaux offrent beaucoup plus d'extension, et où l'on n'en a pas encore rencontré un seul exemple.

Il faut encore admettre une prédisposition particulière chez le sujet qui en est affecté; car, sur la très-grande quantité d'individus qui travaillent dans une mine ou dans un dépôt de charbon, et qui du reste sont à peu près dans les mêmes circonstances, il n'y en a jamais qu'un très-petit nombre chez lesquels agisse la cause que nous venons de signaler; sous ce rapport la maladie dont nous nous occupons ne diffère nullement de la plupart des maladies internes.

Marche de la maladie. La plus grande partie de la poussière de charbon qui est inspirée par les mineurs, est rejetée au dehors par l'expectoration. Cependant la quantité qui reste dans les poumons allant continuellement en augmentant, il arrive une époque où les vésicules pulmonaires, complètement obstruées comme nous venons de le voir dans l'intéressante citation empruntée au docteur Craig, ne peuvent plus exercer leurs fonctions. De cette époque à celle où la grande quantité de corps étrangers détermine l'ulcération du tissu pulmonaire, il y a encore une certaine distance qui varie suivant la force et la résistance des sujets; car nous trouvons, dans les recueils anglais que nous avons en ce moment sous la main, plusieurs cas d'individus travaillant dans les mines de houille, qui, étant morts d'une autre affection et ayant joui d'une longue et bonne santé, ont offert les poumons presque entièrement remplis de cette matière colorante; mais, quand une fois le poumon a commencé à s'ulcérer sur un seul point, on voit survenir rapidement les crachats d'abord gris, puis bleus, et enfin noirs, la plupart des accidens qui appartiennent à toutes les maladies cachectiques, et enfin la mort, que l'on attribue ordinairement à la consomption pulmonaire.

Diagnostic. Le seul symptôme pathognomonique est l'expectoration noire et charbonneuse chez un sujet placé dans les circonstances déjà indiquées; mais ce signe ne se présente qu'à une période déjà avancée de la maladie, et nous pourrions dire bien proche de la terminaison. Quant aux périodes antérieures, elles nous paraissent n'avoir pu être signalées par aucun phénomène particulier, si nous en jugeons par la comparaison et le rapprochement des cas recueillis jusqu'ici, c'est donc encore là un objet de recherches importantes dans l'étude de cette maladie.

Traitement. L'ignorance où nous sommes sur la plupart des circonstances propres à cette maladie, ne nous permet pas d'entrer dans de longs détails à l'occasion de son traitement. Avons-nous besoin de dire qu'aussitôt que la nature de la maladie aura été constatée, on doit d'abord éloigner le malade de la cause qui l'a déterminée? Mais c'est à une époque antérieure qu'il serait nécessaire qu'un traitement actif pût être employé; et, dans ces deux cas, jusqu'à quel point peut-on espérer que les moyens qui agissent sur le système absorbant pourront enlever le corps étranger introduit dans l'économie et rendre aux poumons leur élasticité et leur perméabilité habituelles : c'est ce que l'observation future peut seule déterminer.

Nous avons indiqué en passant un certain nombre de questions que soulève l'étude de cette curieuse maladie; nous les recommandons à l'attention de nos lecteurs, et spécialement de ceux que leur rapprochement de grandes exploitations de charbon de terre mettent à même de recueillir des observations analogues à celles que nous transmettent les médecins anglais. La France, bien que moins riche que l'Angleterre en mines de houille, en contient cependant assez pour que l'on puisse faire ces recherches parmi nous. D'ailleurs, nous ne devons pas l'oublier, toutes les industries qui se lient à l'extraction du charbon de terre ont pris un tel essor, que d'ici à quelques années cette exploitation aura acquis une extension bien supérieure à tout ce que l'on en attend communément. Il est donc de la plus haute importance pour la science et pour l'humanité d'étudier cette maladie et de chercher les moyens de la combattre.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ.

LEÇONS DE M. LISFRANC SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES.

(Deuxième article.)

Dans un premier article, nous avons passé en revue le traitement des tumeurs blanches à l'état aigu, et nous avons établi les règles de l'emploi des sangsues et de la compression pour l'état chronique. Il nous reste à parcourir les principaux moyens irritans ou révulsifs auxquels on a recours pour activer la résolution; ils se partagent naturellement en deux séries : les moyens locaux et les remèdes intérieurs.

I. MOYENS LOCAUX.

Ils sont nombreux et peuvent être rangés dans l'ordre suivant : 1° les bains d'eaux minérales, 2° les douches, 3° les frictions médicamenteuses, 4° les rubéfians, 5° les vésicatoires, 6° la cautérisation transcurrente, 7° les moxas, et enfin 8° le séton.

1° *Eaux minérales.* Tous les jours, en désespoir de cause, on envoie des malades affectés de tumeur blanche à Baréges, à Plombières

---

j'ai vus de mes propres yeux, on inséra, dans la *Lancette* anglaise, avec cette signature, *l'ombre de Ledran*, une lettre exactement dans les termes suivans : « Un opérateur gagne-t il *honnêtement* 200 livres sterlings en mettant dans la » vessie quatre pierres au lieu d'une? Le malade n'aurait-il pas bien mieux fait, » en s'adressant à un habile lithotomiste? L'avocat le plus hardi de la lithotritie » osera-t-il affirmer que de ceux à qui il arrive de survivre à ce cruel et long pro- » cédé, un sur dix reste libre des symptômes de la pierre deux ans après cette » opération tant vantée? un peu de discussion sur ce sujet est maintenant indis- » pensable pour la sécurité du public. »

Il est clair qu'une semblable lettre était plutôt dictée par un blâmable esprit de dénigrement, que par le désir franc et réel d'éclairer ce point de la science. M. Heurteloup n'étant pas à Londres dans ce moment, M. Costello se chargea de la réponse en faveur de la lithotritie. Très-modérée relativement à l'injuste et grossière vivacité de l'attaque, elle produisit un très-bon effet sur l'esprit du public et surtout du rédacteur de la *Lancette*, qui exprima à cette occasion une opinion très-favorable à la lithotritie, en termes bien formels, dans son dernier numéro d'avril.

On ne fait point usage du spéculum dans les hôpitaux de Londres, parce que, dit-on, la pudeur s'y oppose. Comme il est défendu de plaisanter dans un article de chirurgie, je ne dirai rien ni sur le mot ni sur la chose, en les comparant à l'état réel des mœurs, dans la capitale de l'Angleterre, dans cette ville d'extrêmes et d'antithèses, où les formes sont si souvent menteuses dans le monde moral comme dans le monde politique. Mais quand un chirurgien anglais de l'hospice des Vénériens viendra me dire qu'il ne peut pas ou n'ose pas examiner avec le spéculum les parties génitales d'une femme publique, qui se laisse d'ailleurs soigneusement et scrupuleusement examiner avec l'œil et le doigt, j'aurai certainement beaucoup de peine à garder mon sérieux. Le fait est que, ne pas se servir du spéculum lorsque les progrès de la chirurgie ont montré que son usage devenait tout-à-fait indispensable, c'est consentir à méconnaître des maladies plus ou moins graves, à en laisser devenir incurables plusieurs que l'on pourrait parfaitement guérir, à renvoyer comme débarrassées de tout mal des femmes qui ont encore et qui vont partout répandre le poison de la syphilis; c'est, en un mot, pendant que la science marche, rester à la même place ou même rétrograder.

Les deux hôpitaux consacrés aux maladies des yeux offrent une grande ressource à ceux qui veulent se perfectionner dans ce genre d'études, par le grand nombre de malades que l'on peut y passer en revue aux jours des visites générales, faites pour les malades du dehors auxquels on donne aussi gratuitement les remèdes. L'un de ces hôpitaux, où le service est fait par MM. Tyrrell et Scott, est le seul que j'ai bien pu voir. L'autre hôpital où M. Guthrie est chirurgien, jouit aussi à juste titre de quelque célébrité. MM. Tyrrell et Scott pratiquent fort habilement toutes les opérations qu'exigent les diverses maladies de l'œil. Pour l'opération de le cataracte, ils font coucher le malade sur le dos; derrière lui et du côté de la tête se place le chirurgien debout ou assis, selon la hauteur du lit ou de la table. Les yeux du malade sont opposés directement au jour d'une fenêtre plus ou moins élevée située en face. C'est dans cette position qu'ils pratiquent l'extraction, le procédé auquel ils ont le plus souvent recours, et c'est toujours à la partie supérieure de la cornée qu'ils opèrent leur incision. En passant ensuite légèrement sur la paupière inférieure et sur le globe de l'œil, ils font facilement et nettement sortir le crystallin. Un semblable procédé a certainement bien des avan-

ou ailleurs, et il paraît en effet que dans quelques cas on a retiré de bons effets des bains locaux de ces eaux minérales. Malheureusement, nul autre moyen peut-être n'a été appliqué d'une manière aussi empirique; si l'on consulte les rapports faits chaque année sur ces établissemens, on trouve tout simplement: Sur tel nombre de tumeurs blanches, tant ont guéri et tant ont résisté. Il est donc évident que toutes n'étaient pas dans les mêmes conditions; et j'ajouterai, dit le professeur, qu'il en est qui s'exaspèrent par l'emploi des eaux minérales. Ce sont ces conditions favorables ou fâcheuses qu'il fallait préciser; c'est ainsi qu'on aurait pu fonder des indications, et jusque-là ces rapports sont absolument nuls pour la science.

2° *Douches*. Les douches sont un moyen de résolution puissant et souvent employé. Selon le degré d'excitation qu'on veut produire, on les prescrit avec l'eau simple ou chargée de substances médicamenteuses; on en varie la force, la forme, la direction; ainsi, on les donne en arrosoir, en jet, ascendantes, horizontales, ou descendantes, et dans ce dernier cas on les fait tomber d'une plus ou moins grande hauteur. Voici ce que l'expérience a appris sur le meilleur mode à suivre dans leur emploi.

Les douches doivent être réservées uniquement pour l'état chronique. On commence par les administrer très-légères, pour en augmenter graduellement la force, afin de ne pas s'exposer à dépasser le but de prime-abord et à déterminer un état inflammatoire au lieu d'une excitation résolutive. On les sépare également par quarante-huit heures d'intervalle; plus tard, si l'excitation n'est pas trop forte, on peut en prescrire tous les jours.

Ordinairement après une douche, la tumeur est plus rouge, plus chaude; elle est aussi un peu tuméfiée, et le malade y ressent quelque douleur; il est indispensable qu'il garde le repos. Si ces symptômes ne durent pas plus d'une demi-heure à deux heures, c'est un bon signe, et souvent alors vingt-quatre heures ne se passent pas sans qu'on observe de la diminution dans le volume de la tumeur. On continue alors les douches sans rien changer. Si, au contraire, l'excitation dure plus long-temps, il faut les suspendre; si elle persiste encore au bout de vingt-quatre heures, il faut la combattre par l'application d'une trentaine de sangsues suivant l'état des forces, puis de cataplasmes émolliens. L'inflammation qu'on négligerait entraînerait rapidement la désorganisation des tissus, et rendrait l'amputation indispensable.

3° *Frictions médicamenteuses*. B. Bell a beaucoup appuyé sur l'utilité des frictions mercurielles. Il faisait faire un onguent dans lequel il entrait assez peu de mercure pour qu'on pût faire sans danger trois frictions par jour avec deux gros d'onguent. Chaque friction devait durer une heure; il ne les poussait pas d'ailleurs jusqu'à la salivation; il se contentait d'affecter la bouche un peu légèrement et d'y entretenir un peu de douleur pendant quelques semaines. Bell attendait aussi que l'inflammation fût en grande partie dissipée; mais d'autres praticiens n'ont pas toujours suivi cette règle salutaire, et ont employé les frictions sans distinction de cas.

Je puis assurer, dit M. Lisfranc, que quelques essais de frictions mercurielles dans l'état aigu des tumeurs blanches, m'ont fort mal réussi, et je ne les prescrirais que pour l'état chronique bien constaté. Du reste, l'emploi de ce moyen souffre de grandes difficultés dans la pratique civile, à cause des idées qui s'y rattachent et de la salivation qu'il peut déterminer. On y supplée avantageusement avec la pommade d'hydriodate de potasse, médicament d'une grande énergie, mais qui par cette raison même demande une surveillance extrême. Il ne faut tenter les frictions avec cette pommade que quand toute trace de l'état aigu a disparu; faute d'avoir pris cette précaution, nous avons vu survenir des inflammations terribles et même des abcès. L'iode est tellement excitant, que souvent il suffit d'un quart de gros de pommade en friction pour déterminer de la chaleur et même de l'inflammation. En résumé, c'est un moyen très-précieux, mais qu'on ne saurait prescrire avec trop de réserve.

4° *Rubéfians*. On a conseillé des linimens avec l'ammoniaque, ou la teinture de cantharides; il y a une quinzaine d'années, c'étaient là les moyens par excellence. On pratiquait une ou deux frictions par jour.

Il est facile de concevoir que les rubéfians ne peuvent être employés que quand l'inflammation est complétement dissipée. Du reste, toutes les fois qu'on emploie des linimens ou des pommades, il est essentiel de laver tous les jours les lieux frictionnés avec de l'eau tiède et du savon, ou de l'huile d'olive battue dans de l'eau, afin de nettoyer la peau et de la rendre plus accessible à l'action des médicamens.

5° *Vésicatoires*. Il est peu de moyens qui soient plus généralement employés contre les tumeurs blanches que les vésicatoires volans ou permanens, et toujours sans mieux en raisonner les indications. Les vésicatoires, très-utiles contre l'état chronique, sont dangereux dans la période d'acuité, et hâtent souvent alors la dégénérescence.

On peut dans certains cas les appliquer sur la tumeur même; d'autres fois, il est plus prudent de les mettre à côté. Ainsi, quand la peau est déjà altérée, évidemment il faut en écarter le vésicatoire. Je me suis parfaitement bien trouvé de l'appliquer à distance quand la tumeur est due à une cause rhumatismale. Soit une tumeur blanche du genou, par exemple; le vésicatoire placé immédiatement dessus ne sert le plus souvent qu'à y fixer le principe inflammatoire; je le fais mettre au côté externe de la cuisse, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur; il agit réellement alors comme révulsif; quelquefois même je l'ai essayé ainsi dans l'état aigu, et j'ai vu céder comme par enchantement la douleur et les autres symptômes inflammatoires. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit de cas exceptionnels, et que la cause bien constatée de la maladie explique un succès qui serait plus que douteux dans d'autres circonstances.

Sur la tumeur même, on préfère avec raison les vésicatoires volans; on peut en mettre successivement jusqu'à cinq à six sur un genou malade. Quelquefois le premier ne produit rien; on le laisse cicatriser, ce qui demande un jour ou deux, et l'on en applique un autre. Il est bon en général qu'il détermine quelques douleurs et un peu de chaleur dans les tissus affectés; ces symptômes durent peu et sont suivis d'une certaine diminution de volume. Tant que l'amélioration continue, il faut se garder de la troubler, et ce n'est que quand on s'est assuré que tout l'effet d'un vésicatoire est épuisé, qu'il faut en appliquer un autre.

Enfin le vésicatoire peut développer une inflammation plus forte qu'il ne convient. Si le repos et les topiques émolliens ne l'ont pas enrayée dans les vingt-quatre heures, on recourt sans délai à l'application d'une trentaine de sangsues. Ainsi surveillée, l'inflammation n'est point dangereuse et active même ordinairement la résolution; mais on conçoit que les sacrifices nécessaires pour l'arrêter ne sauraient se ré-

---

tages, soit que l'on ne s'en serve que dans le but d'opérer toujours avec la main droite, on pour avoir, dans quelques cas, moins à craindre l'issue brusque d'une partie des humeurs de l'œil. Il est certain, au reste, que, comme tous les autres procédés chirurgicaux, il n'est pas applicable à tous les cas indistinctement, et que par exemple, une saillie trop forte du rebord supérieur de l'orbite serait une contr'indication. Il y a à Londres un célèbre oculiste, M. Alexandre, qui, depuis très long-temps, paraît opérer de cette manière. Lorsque la cataracte est molle, ils se contentent généralement d'introduire une aiguille semblable à celle de Scarpa vers l'extrémité externe du diamètre horizontal de la cornée transparente, obliquement jusqu'au cristallin, qu'ils broient légèrement, après avoir fait deux ou trois petites incisions à la capsule. Ils confient ensuite à l'absorption le soin d'enlever tous les débris du broiement, excepté cependant les lambeaux de la capsule, s'ils étaient épaissis. Ils ont dans ces cas, sur la possibilité de rétraction de ces lambeaux vers la circonférence de la capsule, des idées qui sont fort hypothétiques. Au reste, il me paraît que ces messieurs exagèrent un peu le bon côté de leurs résultats; car M. Tyrrell prétend n'avoir qu'un insuccès sur douze, quinze et même vingt opérations.

Les hôpitaux de Londres offrent plusieurs bons opérateurs: M. Green, chirurgien instruit et modeste, agissant avec lenteur, mais avec sagesse et avec sûreté, MM. Key, Morgan, Lawrence, Keate, Brodie, etc., etc.; mais M. Liston peut être regardé dans ce moment comme le plus habile et le plus hardi opérateur de ces hôpitaux.

Au reste, ce ne sont pas les hommes habiles qui manquent à Londres, mais ce sont des institutions chirurgicales assez généreuses, assez libérales pour ne favoriser par-dessus tout que le talent. Qu'on donne à ces hôpitaux ces institutions qui leur manquent, et la chirurgie anglaise continuera d'occuper le rang élevé que, malgré ces vices, elle a su toujours conserver jusqu'à ces derniers temps.

— Nous avons reçu, à l'occasion du premier article de M. Baumès, la lettre suivante, que nous publions avec une note en réponse de notre correspondant.

Paris, 20 mai 1835.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR LEE, MEMBRE DU COLLÈGE DES CHIRURGIENS DE LONDRES, EN RÉPONSE AUX OBSERVATIONS DE M. BAUMÈS.

Monsieur le rédacteur,

En jugeant d'après l'article inséré dans votre avant-dernier numéro sur les *hôpitaux de Londres*, vos lecteurs auraient des idées bien inexactes sur l'état actuel de la chirurgie anglaise, que l'on représente comme ayant fait peu de progrès depuis vingt ans. J'ai beaucoup fréquenté depuis sept ans les hôpitaux du continent, et j'ai été à même de voir les résultats obtenus dans la plupart des maladies chirurgicales par les diverses méthodes. Je dois affirmer que j'ai vu les plus mauvais effets produits par le traitement purement local et antiphlogistique dans beaucoup de ces maladies qui, en Angleterre, sont guéries par une combinaison des moyens généraux et locaux; et que ce traitement, loin de causer des gastro-entérites, produit souvent une amélioration de la santé générale des malades, aussi bien que

péter trop souvent. C'est donc une raison d'attendre que tout soit rentré dans le calme le plus complet avant de déterminer une vésication nouvelle ; et il convient aussi de diminuer la largeur de l'emplâtre vésicatoire pour obtenir une moindre irritation.

6° *La cautérisation transcurrente* date du temps des Arabes, et n'a jamais depuis manqué de partisans ; encore de nos jours, Rust la préconise comme applicable à tous les cas. C'est une erreur qui aurait souvent des suites fâcheuses ; plus la cautérisation, appliquée aux tumeurs chroniques, donne de résultats souvent merveilleux, plus son énergie d'action doit la faire rejeter du traitement des tumeurs aiguës.

Elle exige d'ailleurs une assez grande réserve, et c'est surtout aux tumeurs très-dures qu'elle convient. On fait glisser le cautère de manière à produire une brûlure au second degré seulement ; et avant d'y revenir, on attend que la cicatrisation soit complète et que l'amendement soit arrêté. Dès que la tumeur est quelque peu ramollie, il faut abandonner la cautérisation et faire succéder la compression graduée.

7° Ce qui vient d'être dit de la cautérisation transcurrente s'applique parfaitement au moxa, moyen plus héroïque encore, parce qu'il porte son action plus profondément sur les tissus. Il ne faut pas aussi se servir de moxas trop larges et qui, après la chute de l'escarre, laissent une plaie trop étendue et trop longue à guérir ; je donne la préférance à de petits moxas d'un diamètre égal à celui de l'extrémité du doigt médius ; de cette manière, on peut en appliquer un plus grand nombre, et surtout, comme en général il faut cicatriser le premier avant de recourir à un autre, on peut revenir à intervalles plus rapprochés. Du reste, nos moxas sont faits avec l'*artemisia Japonensis* ; ils brûlent seuls et vite, et causent par là même moins d'irritation que les moxas ordinaires.

Quelques praticiens mettent le moxa sur la tumeur même ; il faut pour cela que la peau soit saine et que la tumeur offre une dureté considérable, sans quoi on risquerait de déterminer une trop vive inflammation. Il est préférable de le mettre à distance ; encore est-il besoin de surveiller exactement son action, afin de remédier à temps aux désordres qu'il peut produire.

Il n'y a qu'un seul cas où je m'écarte de cette règle ; c'est quand la désorganisation affecte une marche rapide, que les moyens les plus rationnels échouent, en un mot que tout est perdu ; on peut alors risquer le moxa comme dernière ressource : *ad extremos morbos extrema remedia.*

8° Enfin le *séton* agit plus profondément encore que le moxa, et exige aussi plus de réserve dans son emploi. Quelques chirurgiens ne craignent pas de le passer à travers la tumeur même., et j'ai vu huit à dix fois recourir à cette pratique ; dans tous ces cas, il a fallu recourir à l'amputation. Ce résultat n'est pas fait pour encourager ; aussi je n'ai recours au séton que dans des cas très-rares, lorsque la tumeur est pour ainsi dire au dernier terme de la chronicité, et qu'elle ne se laisse modifier par aucun moyen ; et dans ces cas encore, je me borne à passer le séton à côté et jamais immédiatement au travers de la tumeur.

II. Remèdes intérieurs.

La tumeur blanche étant en général une affection locale, on a rarement insisté sur le traitement intérieur. Sans doute, lorsqu'elle semblait tenir à quelque disposition générale, on combattait cette disposition elle-même ; mais alors on ne voulait remplir qu'une indication en quelque sorte étrangère à l'affection articulaire. Quelques chirurgiens cependant ont administré l'iode, même dans les cas de tumeurs blanches indépendantes de toute diathèse constitutionnelle ; nous avons répété ces essais sans en obtenir d'autre résultat que de détériorer les fonctions digestives. C'est donc un moyen à repousser.

Mais dans ces derniers temps, un autre mode de traitement interne a été proposé par M. O'Beirne, chirurgien de Dublin, qui en a fait l'objet d'un mémoire lu à la société royale d'Irlande, le 8 mars 1134. Ce traitement consiste à donner le calomel à l'intérieur à assez fortes doses pour amener en quelques jours la salivation. Dès que ce phénomène se présente, les douleurs cessent comme par enchantement, la tuméfaction diminue, et l'articulation revient rapidement à son état normal. Sept observations contenues dans ce mémoire appuyaient ces promesses séduisantes. (V. Gazette médicale, 1834, p. 520.) Il était donc d'une haute importance de vérifier jusqu'à quel point elles méritaient confiance. Comme les succès obtenus à la clinique de la Pitié y attirent toujours un assez grand nombre de tumeurs blanches, les sujets ne manquaient point ; et depuis la fin de 1834 jusqu'à ce jour, nous avons fait un assez grand nombre d'essais. Disons d'abord que nous avons exactement suivi la formule de M. O'Beirne pour les adultes, qui est la suivante :

Prenez : calomel, 18 grains.
Opium, 3 grains.
F. 6 pilules. — T. à prendre une chaque trois heures.

Ces 6 pilules suffisent pour un jour ; on les répète le lendemain et les jours suivans, jusqu'à ce que la salivation soit bien établie.

Toutes les fois que la tumeur blanche était à l'état aigu, la douleur a disparu en effet avec une promptitude véritablement prodigieuse, et en même temps la tumeur diminuait aussi d'une manière notable. Sous ce rapport, les assertions du chirurgien de Dublin ont été jusqu'ici pleinement confirmés. Mais il n'en va plus ainsi dans les autres cas, soit que la tumeur prise à l'état aigu ait été ramenée par ce traitement même à la condition chronique, soit qu'elle se soit offerte dès le principe avec les caractères de la chronicité. Mais les observations suivantes feront mieux comprendre la valeur réelle de ce moyen.

Tumeur blanche du genou droit a l'état aigu. — Bons effets du traitement mercuriel. — Guérison achevée par d'autres moyens.

Obs. I.—Jean Vaste, âgé de 29 ans, cocher, d'une assez bonne constitution, quoique un peu lympathique, entra à la Pitié, salle Saint-Louis, n. 39, le 28 décembre 1834, pour y être traité d'une tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale du côté droit.

Il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juin dernier. A cette époque il tomba de son siège et se fit au genou droit une forte contusion. Après quelques jours de repos, Vaste reprit ses occupations; mais les douleurs du genou qui paraissaient dissipées se réveillèrent, faibles d'abord, pour s'accroître insensiblement ; l'articulation se tuméfia chaque jour davantage, au point qu'il ne pouvait plus se servir de ce membre sans des souffrances horribles.

Lors de son entrée, le genou était d'un tiers plus volumineux que celui du côte

---

de l'affection locale, dans des cas qui résisteraient au seul emploi des moyens locaux. Depuis la publication de l'ouvrage de M. Abernetby (*sur l'origine et le traitement constitutionnels des maladies locales*), on a très-bien observé dans la Grande-Bretagne l'influence des agens thérapeutiques sur la majorité des maladies chirurgicales, et même en France quelques chirurgiens, parmi lesquels je citerai M. Lisfranc, ont senti la nécessité de l'emploi plus libre de ces agens en chirurgie. Votre correspondant dit que les engorgemens articulaires sont classés sous la dénomination générique de tumeurs blanches, et que l'amputation est souvent pratiquée dans des cas guérissables. Ces remarques ne peuvent s'appliquer spécialement à l'Angleterre. Grâce aux travaux de sir B.-C. Brodie, on a acquis l'habitude de distinguer quand les maladies des articulations dependent de l'inflammation de la synoviale, de dégénérescence de cette membrane, d'ulcération des cartilages, de maladie des extrémités des os, ou d'une complication de ces états, et si les symptômes déterminés vers une articulation ne tiennent pas a une simple affection nerveuse, comme dans le cas qui a tant émerveillé votre correspondant, et qui, je n'en doute pas, aurait été traité sur le continent par des antiphlogistiques avec aggravation de la maladie ; j'ai cité des exemples de cette méprise dans un ouvrage sur ces affections. (*Traité de quelques désordres nerveux qui simulent des maladies organiques*; 1833.)

Étant sur ce sujet, je dirai un mot d'un ouvrage dont vous avez récemment rendu compte, celui de M. Griffin, où quelques affections nerveuses sont attribuées à une lésion de la moelle épinière, parce qu'on a remarqué une sensibilité anormale en passant sur divers points du trajet de la colonne vertébrale. Long-temps avant la publication de cet ouvrage, j'ai observé cet excès de sensibilité qui, dans mon opinion, n'est que cutanée, car elle est aussi marquée en soulevant, ou en pinçant légèrement la peau, qu'en pressant sur l'épine ; et elle existe en d'autres parties de la surface cutanée, quand l'attention du malade est attirée sur le point où on fait l'expérience.

Agréez, etc.

Edwin Lee.

Note de M. Baumès. La lettre de l'honorable docteur Lee ne saurait détruire la valeur des faits que j'ai observés dans les hôpitaux de Londres, et que j'ai comparés aussi, comme lui, à tous ceux que l'expérience m'a appris à apprécier et à bien connaître. Quelle que soit l'importance relative qu'il attache aux diverses doctrines médicales, je tiens pour justes mes assertions sur la marche des tumeurs blanches, engorgemens articulaires, etc., et sur la fréquence des amputations. Les bons ouvrages et les idées originales d'Abernetby, qui d'ailleurs ne sont pas bien contraires au texte de Sir Astley Cooper, cité dans mon premier article, n'empêchent pas ce texte d'être suivi à la lettre dans plusieurs hôpitaux de Londres. Or c'est là ce que je blâme, et ce sur quoi je ne saurais être d'accord avec M. Lee, en ne considérant que les faits. Quant à ce que M. le docteur Lee affirme de M. Lisfranc, peut-être aussi s'est-il un peu trop hâté de généraliser les idées de ce chirurgien sous ce rapport.

— Traité des fièvres intermittentes, par A. Bonnet, D.-M. P., membre et ex-président de la société royale de médecine de Bordeaux, membre de plusieurs autres sociétés savantes. Un volume in-8°. Prix : 7 fr. A Paris, chez Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis.

opposé. La peau était chaude, injectée; et l'articulation était le siége de douleurs tellement vives que le malade était privé de repos. Le toucher le plus léger accroissait les souffrances d'une manière horrible. En dedans surtout, au niveau du ligament interne, il y avait une place de l'étendue d'une pièce de cinq francs plus tuméfiée et plus sensible. Du reste, on ne sentait pas de fluctuation, et la tuméfaction semblait indépendante du tissu osseux. La constitution n'était point altérée, et les viscères se présentaient dans une condition excellente.

On mit le malade à la diète; on appliqua 50 sangsues en deux fois, à deux jours d'intervalle; puis des cataplasmes réitérés; l'inflammation en fut à peine modifiée et les douleurs restèrent les mêmes.

Le 3 janvier M. Lisfranc soumit ce malade à la méthode de Dublin. Le premier jour pas de résultat. Dès le second, coliques, dévoiement, six selles; le malade accuse déjà un très-léger soulagement.

Le troisième jour, léger mal de gorge, les gencives sont tuméfiées.

Le quatrième, après vingt-quatre pilules, la salivation est largement établie. Les douleurs ont complètement cessé. Il faut exercer une pression assez forte, ou imprimer des mouvemens à l'articulation pour produire quelque sensation pénible. Le lendemain la salivation continue. Tout ce qu'il y avait d'inflammatoire dans la tumeur avait disparu.

Lors du commencement de ce traitement mercuriel, des mesures avaient été prises. A ce cinquième jour, en mesurant de nouveau, on trouva un pouce de diminution en haut et au milieu, et neuf lignes à la partie inférieure.

Dès ce moment il n'y a plus eu de diminution, mais les douleurs n'ont plus reparu. La salivation a encore duré quelques jours, s'éteignant d'une manière graduelle.

Le 18 janvier, l'état chronique était bien assis; la caloricité de la peau était devenue à peu près normale, et une pression modérée déterminait à peine de la sensibilité. M. Lisfranc poursuivit alors le traitement par ses moyens ordinaires; de sangsues en petit nombre, des frictions fondantes, la compression, en suivant toujours les indications qui ont été signalées; ces moyens ont dissipé le reste de l'affection, et le malade est sorti parfaitement guéri le 2 mars 1835. On lui a recommandé de porter une genouillère.

Bien évidemment dans ce cas le traitement a été merveilleusement abrégé par la salivation provoquée; mais il n'est pas moins évident que l'influence de la salivation a eu des limites, et qu'elle n'aurait pas suffi seule à la guérison. Il semble qu'elle se borne à dissiper et les accidens inflammatoires et la tuméfaction qui serait sous leur dépendance; du moins, une fois que l'état chronique est arrivé, l'amélioration s'arrête; et ce fait a été si général dans nos essais, que nous avons peine à concevoir les succès complets que M. O'Beirne dit avoir obtenus de cette seule médication. Mais avant de citer des exemples de ce traitement dirigé contre des tumeurs blanches à l'état chronique, nous montrerons par une observation bien curieuse combien la salivation est puissante pour abattre les douleurs les plus vives, même quand la nature spéciale de la tumeur blanche défend tout espoir de guérison.

TUMEUR BLANCHE DE NATURE FONGUEUSE; VIVES DOULEURS CALMÉES PAR LA SALIVATION MERCURIELLE; AMPUTATION.

Obs. II.—Le nommé Ingaramo, ancien officier, âgé de 57 ans, tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital de la Pitié le 24 octobre 1834, pour une tumeur blanche au genou droit.

Il y a une dixaine d'années, en faisant des armes, la fatigue détermina dans le genou droit un gonflement considérable, qui se dissipa en quinze jours par le repos, des applications de sangsues et des cataplasmes. Depuis lors, ce membre a toujours été plus faible que l'autre, quoique l'articulation fémoro-tibiale demeurât sans douleur et à son volume normal.

Le 23 août 1834, sans cause connue, le genou se tuméfia de nouveau, et en quarante-huit heures doubla de volume; il n'y avait d'abord de douleur que lorsque le malade voulait se soutenir; mais au bout de cinq jours, la peau devint chaude, injectée; la tumeur se durcit et fut le siége de douleurs pulsatives extrêmement vives, que le moindre mouvement rendait horribles à supporter. On ne fit d'autre traitement que le repos et les cataplasmes, et la tumeur resta toujours aussi douloureuse, jusqu'à ce qu'enfin le malade entra à l'hôpital.

La tumeur alors était fusiforme, molle, spongieuse, comme un lipôme non dégénéré, et semblait résider spécialement dans les tissus mous articulaires. C'était évidemment une de ces tumeurs spongieuses qui résistent à tous les traitemens. La moindre pression était intolérable. Du reste, rien dans le reste de l'économie; le malade avait joui jusqu'alors d'une bonne santé; et depuis l'invasion de la tumeur blanche, l'appétit même s'était toujours bien conservé.

Cinq jours après son entrée, il fut mis à l'usage des pilules mercurielles à la dose indiquée; il en prit ce tout neuf. A la troisième, il se déclara un dévoiement et quelques coliques qui durèrent deux jours; un peu de soulagement se remarquait déjà au genou. Mais dès que la salivation fut bien établie, toutes les douleurs disparurent; les autres signes d'inflammation, tels que la chaleur, la coloration de la peau, la rénitence des tissus se dissipèrent également. Les mesures indiquaient un pouce de diminution en haut, un pouce au milieu et six lignes à la partie inférieure de la tumeur. Cet état d'amélioration se maintint une dixaine de jours; mais les symptômes de la salivation une fois passés, les accidens du côté du genou reparurent avec une marche si rapide, qu'au bout de peu de jours il fallut sacrifier le membre.

Dans cette observation, comme dans la précédente, l'efficacité du traitement mercuriel paraît résider presque tout entière dans la salivation qu'il provoque. A la vérité la légère diarrhée manifestée les premiers jours amène un léger soulagement; mais ce soulagement est peu marqué, et il est permis de présumer qu'on en obtiendrait autant de tout autre léger purgatif. Mais dès que la salivation est établie, plus de doute, la douleur tombe comme par enchantement; et c'est peut-être ici l'une des méthodes thérapeutiques où le rapport de cause à effet entre le moyen administré et le soulagement produit est le plus incontestable à raison de la rapidité et de la constance avec laquelle cet effet se manifeste.

Nous allons présenter maintenant les résultats de ce traitement employé contre l'état chronique : les observations qui suivent démontrent suffisamment ce que nous avons avancé.

TUMEUR BLANCHE A L'ÉTAT CHRONIQUE; DÉPLACEMENT DE LA ROTULE; FLEXION DE LA JAMBE; TRAITEMENT MERCURIEL SANS AUCUN AMENDEMENT.

Obs. III. — Malbec, âgé de 28 ans, couché au n° 8 de la salle Saint-Antoine, porte au genou gauche une tumeur blanche dont il fait remonter l'origine à l'âge de 10 ans. Le genou commença alors à se tuméfier sans cause connue. Traité pendant deux ans par des émolliens, puis des fumigations aromatiques, il se trouvait assez bien pour s'appuyer sur cette jambe comme sur l'autre; seulement le genou était resté un peu plus gros, et la flexion de la jambe ne pouvait se faire d'une manière complète. A 15 ans une chute sur le genou raviva les symptômes; plusieurs autres chutes eurent pour effet chaque fois d'augmenter l'engorgement; la cuisse et la jambe commencèrent alors à dépérir, ce qui rendait l'engorgement plus apparent encore. Il y a deux ans et demi qu'une chute semblable l'a amené dans cet hôpital avec des symptômes d'irritation très-intenses. M. Lisfranc réussit à calmer la douleur, à faire disparaître presque entièrement le gonflement, et à rendre la marche plus facile; mais au commencement de 1834, la marche redevint fatigante, la jambe se fléchit spontanément sur la cuisse, et le malade rentra à la Pitié le 24 mars, demandant l'amputation d'un membre désormais plutôt nuisible qu'utile.

Le genou était alors très-volumineux, offrant une forme globuleuse; la rotule était déjetée en dehors, et la partie interne de l'articulation très-tuméfiée. La pression était assez douloureuse autour de la rotule, indolente ailleurs; la peau avait sa couleur et sa chaleur normales. M. Lisfranc fit d'abord disparaître la douleur par l'application de sangsues et de topiques émolliens; puis, à l'aide de la compression modérée et des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, il parvint à réduire d'un pouce et demi environ la circonférence de la tumeur dans tous ses points. Mais alors l'amendement s'arrêta, et la tumeur était restée depuis assez long-temps au même point, quand on essaya les pilules de calomel et d'opium le 17 septembre.

Le premier jour le malade eut quelques coliques et du dévoiement; les jours suivans il eut des nausées continuelles et même quelques vomissemens. A la vingtième pilule la salivation commença; elle devint excessive à la vingt-troisième, et força à en suspendre l'administration. Elle dura cinq jours avec une telle intensité que le malade a déclaré depuis qu'il ne recommencerait pas un semblable traitement à quelque prix que ce fût. Au reste, il n'y a pas eu le moindre indice d'un amendement quelconque; et le malade est resté long-temps dans le même état à l'hôpital.

Il y aurait peu de justice sans doute à juger une méthode thérapeutique sur une semblable observation. La guérison était impossible; il s'agissait seulement d'assurer l'ankylose en dissipant les restes de l'altération des parties molles. Or, dans ce dessein, nous avions déjà employé nos moyens accoutumés, qui avaient produit une amélioration notable; il y avait lieu d'espérer que le traitement nouveau imprimerait aussi quelque élan à la résolution redevenue stationnaire; il n'en a rien été absolument. Le peu d'action du mercure sur les tumeurs à l'état chronique n'est pas moins manifeste dans les observations suivantes.

TUMEUR BLANCHE CHRONIQUE DU GENOU; TRAITEMENT MERCURIEL; NUL EFFET.

Obs. IV.—Boissel, âgé de 23 ans, tempérament bilieux, couché salle St-Louis n. 12, entra à l'hôpital le 19 mars 1834, pour une tumeur blanche à l'état aigu, que le traitement accoutumé de M. Lisfranc ramena bientôt à l'état chronique. Elle persistait dans cet état, lorsqu'on mit le malade, le 15 septembre, à l'usage des pilules mercurielles, mais seulement à la dose de trois par jour. Dès le second jour, léger dévoiement; dès le troisième, le dévoiement cesse, la salivation est abondante; on cesse les pilules. La salivation dura quinze jours sans qu'on put apercevoir aucun changement dans la tumeur.

TUMEUR BLANCHE CHRONIQUE DU COUDE-PIED; TRAITEMENT MERCURIEL; EFFET A PEU PRÈS NUL.

Obs. V.—Aubry, âgé de 30 ans, tempérament lymphatique, est entré, salle Saint-Louis, n. 31, le 16 janvier 1835, pour une tumeur blanche à l'état chronique de l'articulation de la jambe avec le pied. Le 15 février, on commence le traitement mercuriel à la dose de six pilules. Dès la première nuit, dévoiement, commencement de salivation. Le lendemain la salivation est assez abondante pour qu'on cesse les pilules le troisième jour; elle dura six jours entiers. La tumeur diminua d'une ligne à la partie supérieure, de deux lignes à la partie moyenne, d'un demi-pouce à la partie inférieure; après quoi elle resta complètement stationnaire. Le malade sortit le 20 mars sans être guéri.

Toutefois il convient de dire que dans quelques cas la salivation s'est montrée un peu plus efficace; ainsi sur un malade couché au n. 23 de la salle Saint-Louis, on obtint une diminution d'un demi-pouce à la partie supérieure de la tumeur, et de deux tiers de pouce à la partie

inférieure et à la partie moyenne. Voici l'exemple le plus frappant que nous ayons vu d'une semblable diminution par le traitement mercuriel.

TUMEUR BLANCHE CHRONIQUE DU GENOU DROIT; TRAITEMENT MERCURIEL; NOTABLE AMÉLIORATION; GUÉRISON ACHEVÉE PAR D'AUTRES MOYENS.

Obs. VI.—La nommée Gagneux, âgée de 19 ans, blonde et d'une constitution lymphatique, portait depuis six mois une tumeur blanche du genou droit, qu'elle avait toujours traitée d'une façon peu complète. Le 22 janvier 1835, jour de son entrée, le genou avait 9 pouces de circonférence au milieu, 8 pouces et demi à la partie supérieure, 8 pouces à la partie inférieure. Pilules de calomel et d'opium à la dose ordinaire. Après trois jours, la salivation fut établie; elle augmenta graduellement jusqu'au huitième jour; on avait discontinué l'usage des pilules après le cinquième. Par suite de la salivation, la tumeur avait diminué partout de trois quarts de pouce; après quoi, elle demeurait stationnaire. Le 6 février, on recourt à la compression à la deuxième dose: cônes d'agaric et circulaires de bandes. Le 13 février, douleurs assez vives qui forcent à la suspendre. Le 18 février, la compression fut rétablie. A cette époque, douzième jour de la compression, la tumeur avait diminué au moins de trois quarts de pouce; en bas d'un demi pouce, en haut d'un demi-pouce. Diminution totale depuis le debut du traitement: au milieu, un pouce et demi; en haut et en bas, un pouce et quart.

Vers la fin de février, il n'y avait pas de diminution nouvelle. Au commencement de mars, troisième degré de la compression (compresses graduées); pas de diminution. Dix sangsues à deux reprises au-dessous de la rotule. La compression fut renouvelée. Le 20 mars, diminution de deux lignes en haut, au milieu et en bas. La compression a été continuée à la même dose jusqu'au 15 avril, époque à laquelle la malade est sortie sans douleur, mais avec un léger gonflement, qui se dissipera par l'usage d'une genouillère matelassée; elle marche sans douleur et avec très-peu de gêne.

Nous avons multiplié ces essais à l'hôpital, et nous avons même prescrit les pilules mercurielles en ville; les résultats n'ont pas différé de ceux qu'on vient de lire. Le plus ordinairement, les premières pilules déterminent une légère diarrhée; très-rarement des vomissemens; mais ces accidens cessent assez promptement, et surtout dès que la salivation se manifeste.

Chez certains malades la salivation se déclare du premier au troisième jour; plus généralement il a fallu cinq à six jours, et conséquemment de trente à quarante pilules. Dans un seul cas nous en avons administré jusqu'à soixante sans produire de salivation; c'était chez un homme qui sortait d'un autre hôpital où il avait subi un traitement mercuriel. Dans ce cas aussi, les vomissemens excités par le calomel avaient long-temps persisté, revenant par intervalles.

Comment expliquer d'ailleurs l'action prodigieuse de ce traitement sur l'état aigu des tumeurs blanches? Quelques personnes ont présenté dans ces derniers temps le mercure comme un antiphlogistique. On sait que les onctions mercurielles sur les parties affectées ont réussi à dissiper des érysipèles, à calmer des péritonites et même des inflammations du foie. D'autre part la médecine anglaise fait un grand usage du calomel à l'intérieur dans la plupart des inflammations. Mais d'abord on ne pousse point l'emploi du mercure, dans tous ces cas, jusqu'à la salivation; et les résultats du traitement mercuriel dans la syphilis semblent déposer contre cette prétendue propriété antiphlogistique. En effet, il est bien établi que, dans la période inflammatoire des chancres et en général de tous les symptômes vénériens, le mercure ne fait que les exaspérer. La question des propriétés du mercure en général est loin d'être définitivement jugée; pour le cas qui nous occupe, on ne saurait expliquer son action par les lois de révulsion ordinaire, puisque ni la diarrhée ni les vomissemens qu'il produit quelquefois n'ont d'influence bien sensible sur la tumeur, tandis que celle de la salivation est à la fois si prompte et si puissante.

Si nous comparons cette nouvelle médication avec l'ancienne, il faut bien reconnaître que, dans l'état aigu, elle offre d'immenses avantages. Ces douleurs incessantes, cette irritabilité de la tumeur qui demandaient souvent quatre, six, dix mois et plus pour se dissiper, cèdent en quelques jours pour ne plus revenir. Les malades sont exempts de cet épuisement qu'entraîne toujours plus ou moins la répétition des émissions sanguines. Enfin celles-ci même échouent fréquemment pour donner au malade le soulagement qu'il réclame contre la douleur et l'insomnie; et jusqu'ici le calomel a constamment réussi. Chez un de nos malades en ville, les douleurs étaient intolérables et résistaient à tous les moyens; la salivation provoquée en quelques jours les fit disparaître comme d'un coup de baguette, avec tout le reste de l'appareil inflammatoire.

Mais quand l'élément inflammatoire a disparu, l'action de ce traitement est nulle ou beaucoup moindre. Serait-ce que la salivation une fois arrêtée n'a qu'une certaine durée d'influence; et en la reproduisant de nouveau, pourrait-on espérer de nouvelles améliorations? Cela est peu probable, puisque le calomel administré de prime abord pour l'état chronique a presque constamment échoué. D'ailleurs il ne serait pas facile de soumettre de nouveau les malades à un traitement aussi pénible par lui-même, surtout quand la douleur n'est plus là pour les déterminer; et l'on peut même ajouter que les légers avantages obtenus ainsi ne compenseraient pas les inconvéniens de la salivation.

En résumé, le traitement mercuriel, efficace et préférable à tout autre contre l'état aigu, est à peu près nul et doit être rejeté dans l'état chronique. On voit par là combien la distinction que nous avons établie entre ces deux périodes de la maladie est importante, et combien elle donne de précision et de sûreté aux indications.

L'emploi du calomel est d'ailleurs soumis aux mêmes règles que les autres moyens proposés contre l'état aigu. L'issue fâcheuse du fait suivant servira à démontrer toute la valeur du principe que nous avons posé, de ne pas tenter la guérison d'une tumeur blanche quand quelque viscère important est profondément affecté.

TUMEUR BLANCHE AIGUE COMPLIQUÉE DE PHTHISIE; BONS EFFETS DU TRAITEMENT MERCURIEL; DÉCROISSEMENT DE LA TUMEUR EN MÊME TEMPS QUE LA PHTHISIE DEVIENT PLUS GRAVE; MORT.

Obs. VII.—Marie Renaud, journalière, âgée de 29 ans, constitution affaiblie, portant au cou des traces de scrophules, ressentit il y a deux ans une douleur au genou, qui d'abord ne l'empêcha pas de travailler. Peu à peu le genou se gonfla; il y a un an elle entra dans un hôpital où on lui appliqua des sangsues et une demi-douzaine de vésicatoires volans, sans beaucoup de succès. Elle est entrée à la Pitié le 8 décembre 1834 dans l'état suivant.

Le genou était fort gonflé, très-douloureux; la malade y ressentait des soubresauts par intervalles; les tégumens offraient sur la tumeur une légère teinte rouge; depuis cinq semaines, la marche était impossible, hors avec des béquilles, et depuis quelques jours la douleur l'empêchait même avec ce soutien. La malade ayant ses règles, on attendit jusqu'au 12 décembre pour commencer le traitement par les pilules, qu'elle prit alors à la dose accoutumée.

Le 13, nul effet encore. Le 14, la malade n'a pas dormi de la nuit; le pouls est vibrant et fréquent; les gencives commencent à se tuméfier; il y a eu cinq ou six selles. Le 15, elle commence à cracher. Le 16, constipation; la salivation est établie, la langue, les gencives, et la partie des joues qui avoisine les commissures des lèvres, sont tuméfiées; des ulcérations se remarquent à la face interne des lèvres; la soif est vive, l'appétit nul; le ventre toutefois indolent. Mais à côté de cette crise si prononcée, se manifeste un autre ordre de phénomènes. La malade a dormi cette nuit même et n'a été réveillée que par le besoin de rejeter sa salive; le genou est libre de toute douleur, hors quand on le remue; il n'y a plus de soubresauts. On cesse les pilules le 17 décembre.

Le 19, la salivation continue avec abondance; la salive est même sanguinolente; la tumeur du genou a diminué de cinq lignes à sa partie moyenne et d'un pouce en haut et en bas. Cette amélioration continua à faire des progrès en même temps que la salivation persista, c'est-à-dire durant une quinzaine de jours; puis la salivation ayant cessé, la tuméfaction revint, et bientôt même on sentit des indices manifestes de fluctuation.

Mais tout à coup l'affection changea de marche. La malade portait au sommet des deux poumons des tubercules et même des cavernes dont le stéthoscope avait constaté l'existence. Cette phthisie, qui jusqu'alors n'avait pas autrement révélé sa présence, prit subitement une marche aiguë et rapide, et en trois semaines emporta la malade. On nota qu'à partir de l'exacerbation subite des symptômes de la phthisie, ceux de la tumeur blanche déclinèrent avec une rapidité étonnante; en sorte qu'à la mort de la malade, le genou affecté semblait avoir subi une espèce d'atrophie, et paraissait moins volumineux même que celui du côté opposé.

Terminons maintenant en peu de mots ce qui a rapport au traitement de l'état chronique des tumeurs blanches. Tous les moyens de résolution que nous avons passés en revue ne sauraient être indistinctement employés. Nous avons indiqué, pour les plus énergiques, les circonstances qui les réclament; pour les autres, on devra naturellement employer les plus inoffensifs d'abord, et se diriger ensuite d'après le résultat. Lorsqu'un seul moyen ne suffit pas, on peut en combiner plusieurs ensemble, les sangsues, la compression, les frictions avec l'iode, etc. Chaque fois aussi qu'un moyen paraît épuisé, c'est-à-dire que la tumeur, malgré son emploi, reste opiniâtrement stationnaire, il faut le quitter, sauf à y revenir plus tard. Il est des cas enfin où, après avoir mis en œuvre tous les moyens, la tumeur, amenée à une résolution presque complète, semble se soustraire à tout amendement ultérieur; alors nous nous sommes souvent bien trouvé de l'abandonner à elle-même; souvent dans cette condition nouvelle la nature achève toute seule ce qu'elle refusait aux moyens de l'art.

Lorsqu'enfin l'engorgement est complétement résolu et les tissus ramenés à leur état naturel, il reste quelques indications encore à remplir. Tantôt, pour le genou principalement, c'est une fausse ankylose avec flexion de la jambe qu'il faut dissiper; on y parvient par des moyens mécaniques. Il est prudent, pour éviter le retour de l'inflammation, de procéder avec mesure, d'appliquer l'appareil seulement pour quelques heures d'abord; on augmentera graduellement et la durée de l'application et la force d'extension. Les cataplasmes émolliens, les bains locaux favorisent beaucoup l'effet de ces moyens.

Mais si l'on a affaire à une ankylose réelle, doit-on se refuser à toute

tentative de ce genre ? J'ai vu, dit le professeur, sortir de moo service uoe trentaine de malades portant des ankyloses complètes, autaot qu'il était possible d'eo juger; quatre d'entr'eux soot rentrés, à la suite de chutes ou de violeoces extérieures, avec leur ankylose détruite et un gonflement de l'articulation énorme. J'ai traité l'affection nouvelle avec autant de succès que la précédente, et l'ankylose ne s'est point reproduite. Ces faits m'avaient conduit à me demander s'il ne serait pas avantageux de rompre l'ankylose, quand tous les autres symptômes ont disparu. La crainte d'accidens graves m'a jusqu'à présent arrêté; toutefois de semblables essais me paraissent d'autant plus autorisés que souvent l'ankylose vraie est hornée à uo point très-limité de l'articulation, et qu'on peut même fort hien prendre pour une soudure des os une fausse aokylose.

Après la guérisoo, les malades oe doiveot faire d'abord qu'uo très-léger exercice. La marche même modérée détermine fréquemmeot, au début, des douleurs assez fortes pour jeter quelque trouble daos l'esprit du praticien; moi-même je me suis plus d'uoe fois demaodé si je devais faire continuer la marche ou revenir au repos du lit. Voici en définitive à quelle solutioo m'a cooduit l'expérieoce. Quand la douleur est légère et oe dure qu'une heure on deux, il faut continuer l'exercice; l'articulatioo s'habitue peo à peu an mouvement, acquiert plus de liberté, et fioit après no temps plus ou moins long par fonctionner sans nulle difficulté. Mais si la douleur était très-vive ou persistait loogtemps, tout uo jour, par exemple, ce serait un sigoe qu'il reste encore quelques traces de l'affection à dissiper, et il faudrait reveoir au repos et aux moyens appropriés.

Les tumeurs blanches soo· très-sujettes à récidiver; j'ai vu souveot des malades sortis guéris de cet hôpital, y rentrer au bout d'un mois ou un peu plus tard; eo sorte que daos le prîocipe j'incliois à coeclure que la cure radicale est impossible. Mais je suis parveuu à prévenir ces récidives en faisaot soutenir l'articulation dans ses mouvemeos plusieurs mois après la guérison. Pour le genou, par exemple, je recommande une genouillère lacée, matelassée dans les points qui correspondent aux lieux déprimés, pour exercer une pressioo partont égale; ainsi on eotoure de tous côtés la rotule, mais principalement sur les bords latéraux, de bourrelets plus ou moios volumineux, selon la saillie de l'os. Cette genouillère s'oppose à la stase des liquides, et fournit un point d'appui à tootes les parties de l'articulatioo; enfin elle empêche les graods mouvemens, plus capables que toute autre causo de reproduire la maladie.

Nous avons passé sous silence le traitement qui coovient aux tumeurs blanches d'origioe syphilitique, goutteuse, rhumatismale, etc. Il consiste d'ailleurs dans les mêmes moyens à l'état aigu; et pour l'état chronique, dans la combioaison des moyens locaux avec les remèdes intérieurs propres à combattre la diposition générale.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 MAI.

MÉMOIRE SUR LA DISTRIBUTION ET LE MOUVEMENT DES FLUIDES OANS LES PLANTES, par M. GIRON DE BUZARINGNES.

L'auteur commence par donner une description de l'appareil de ce moovement, appareil composé d'utricules et de vaisseaux.

« Les utricules, dit-il, sout le principe et le terme de l'organisation. C'est d'elles qne naissent les vaisseaux; c'est en elles ou à leur surface qu'ils versent les fluides nutritifs. Leur forme est très-variable, tantôt augaleuse, tantôt arrondie, tantôt allongée; leur tissu est membraueux, mince et transparent.

« Chaque utricule est reellemeut ou a été un ensemble de deux utricules, dont une est contenue daus l'autre; celle-là coutieut du gaz. L'espace qui les sépare est occupé par un liquide ou par les concretions qui en uaissent. Ce fait est facile à observer sur la betterave rouge et sur l'arroche pourprée, la couleur rouge de la sève permettant de distinguer aisément la partie fluide de la partie gazeuse.

« Les rapports du gaz au liquide ne sont pas constans; tantôt le gaz occupe presque toute la capacité de l'utricule, tantôt il n'en occupe qu'une petite partie, tantôt il en est totalement absent. La quantité me parait plus grande dans les jeunes utricules que daus celles qui ont atteiut leur complet développement, ou encore sous les influences de la chaleur et de la sécheresse, plus que sous celles du froid ou de l'bumidité. Cette organisation se manifeste nettement daus les poils qui ne sont que des utricules allongées, ou qu'une suite allongee d'utricules.»

M. Girou distingue les vaisseaux en conduits inter-utriculaires, en vaisseaux adducteurs, et en vaisseaux abducteurs.

Les conduits inter-utriculaires serpentant, comme leur nom l'indique, eotre les utricules, se composent de deux tubes concentriques; l'intervalle entre les deux est rempli par un liquide; le tube interne contient le gaz.

« Comme dans ces conduits, dit l'auteur, les deux fluides ne sont pas toujours dans les mêmes rapports de dilatation et de quantité, il arrive que l'un cédant à la pressiou de l'antre, fuit, et alors toute la capacité du conduit semble occupée sur un point par un des fluides, et sur un antre par l'autre... On a pensé, poursuit M. Girou, que les couduits inter-utriculaires n'étaient que des vides limités par les parois des utricules. La proposition inverse serait aussi vraie : l'organisation de l'utricule se continue dans celle du couduit, et réciproquement. »

M. Girou divise les vaisseaux adducteurs en vaisseaux unis, vaisseaux spiraux et vaisseaux annulaires.

« Les premiers, dit-il, sont des tubes cylindriques d'un très-petit calibre, analogues aux couduits inter-utriculaires dont ils ue sout probablement qu'une transformation, et qui n'offrent à leur surface ni spires, ni anneaux, ni ponctuation, ni raies. On les trouve quelquefois près de la moelle, mais toujours et plus abondamment dans le corps fibreux. Ils contiennent, dit l'auteur, comme les cooduits inter-utricolaires, un liquide et un gaz.

« Les vaisseaux unis ressemblent à des utricules très-allongées placées bout à bout et séparées par un très-léger étranglement annulaire. On voit le gaz s'y mouvoir et se dégager en bulles qui deviennent arrondies après leur sortie. »

« Les vaisseaux spiranx ou trachées sout la continuation des vaisseaux unis, et très-probablement aussi des vaisseaux inter-utriculaires. Ils se composent aussi d'une tunique externe à laquelle la spirale est attachée, et sous laquelle est le liquide. J'ai vu, dit l'auteur, le tube interne saillant à l'orifice du tube externe, dont il se distinguait parfaitement par sa transparence et son calibre; j'ai vu la spirale, roulée sur le tube interoe, se déplacer sans qu'il se déchirât; j'ai vu le gaz se mouvoir dans les vaisseaux spiraux et s'en échapper; mais j'ai vu aussi, dans les plantes à sève colorée, le liquide se mouvoir dans ces mêmes spirales, et avancer en les longeant, lorsque, par sa dilatation, le gaz occasione une hernie des tuniques entre les spires écartées. On rencontre les vaisseaux spiraux dans la tige et dans les organes foliacés, plus rarement dans le corps ligneux et les racines; dans les lieux où ils aboodent, les vaisseaux unis soot rares ou manquent entièrement. »

Recherchant l'organisation de la spirale, M. Girou a été conduit à penser qu'elle est tuberculeuse et remplie d'une substance moins transparente que ses parois.

« J'ai déjà dit, poursuit l'auteur, que j'ai vu dans la betterave rouge et dans un vaisseau dont les spires etaient écartées, le liquide, cédant à la dilatation du gaz, se retirer contre la spirale et avancer en la longeant. Je me crois autorisé par l'hydroscopicité des membranes utriculaires, à supposer que la spirale se remplit du liquide dans lequel elle se baigne. La spirale tient lieu de valvules; elle est une valvule coutinue. La pression du gaz s'exerce de bas en haut, ou de la racine vers la feuille, puisque c'est dans ce sens qu'il se dilate et qu'il se meut dans sa dilatation. Elle s'exerce aussi dans chaque vaisseau, du centre à la circonférence. Elle tend donc à élever le liquide le long de la spirale contre laquelle elle le pousse; et comme celle-ci résiste à la pression, bien plus du moins que la membrane qui en unit les spires, elle devient pour le liquide un soutien qui l'empêche de descendre ou dimiune l'action de son poids.

» Les vaisseaux annulaires situés près de la moelle ont leurs anneaux quelquefois contigus, mais en général d'autant plus écartés qu'ils sont plus voisins de la moelle. Ces anneaux sout susceptibles d'être isolés comme les spirales, et, isolés, ils ne portent comme elles aucune trace de déchirure. Ils sont moins cylindriques et plus aplatis que les vaisseaux spiraux, avec lesquels leur situation et leur structure tendent à les faire considérer comme très-aoalogues, ce que confirme d'ailleurs l'observation bien connue de trachées en partie spiralées et en partie annulaires.

» Le vaisseau annulaire se compose, comme le vaisseau spiralé, de deux tuniques, et la distribution des deux fluides y est la même. L'anneau n'est pas roulé vers les deux extrémités de la ligue courbe qui le forme, et il permet au liquide de s'élever, mais il devient un obstacle à ce qu'il descende, et remplit réellement les fonctioos d'une valvule. »

Vaisseaux abducteurs ou fausses trachées. — L'auteur comprend sous ce nom les vaisseaux rayés ou les vaisseaux ponctués, qui se divisent aussi en vaisseaux spiraux et vaisseaux annulaires. L'auteur est porté à les considérer comme la transformation de séries longitudinales d'utricules, comme la trachée serait la transformation du conduit inter-utriculaire.

« La fausse trachée est composée de deux tuniques, l'une interne, qui contient le gaz, et l'autre externe; dans l'intervalle est le liquide. La membrane externe est entourée d'un réseau cellulaire dont les mailles changent de forme suivant l'état de distension du vaisseau. » L'auteur donne sur la composition de ce réseau de longs détails dans lesquels nous ne pouvons le suivre; il examine ensuite l'opinioo qui voit dans les fausses trachées la continuation des trachées, et il expose les raisons qui l'obligent à ne pas s'y conformer.

» Dans les *conifères*, dit M. Giron, on ne trouve que des vaisseaux unis et des vaisseaux ponctués. Ceux-ci sont garnis sur deux côtés opposés d'une rangée de petits mamelons qui repondent aux intervalles qui séparent les utricules allongées transversalement des rayons médullaires extrêmement minces dans les plantes; en sorte que chacune de ces utricules passe entre deux de ces mamelons, et y exerce une pression qui les reud plus saillans. Ici, poursuit l'auteur, je considère les vaisseaux unis comme les analogues des adducteurs unis des autres plantes; et les vaisseaux mamelonnés comme les analogues des abducteurs, parce que les uns me présentent la condition nécessaire à l'ascension de la sève, et les autres celles de la distribution du fluide nourricier. Comme il est possible de constater la présence du gaz dans ces deux ordres de vaisseaux, on est contraint d'y supposer aussi celle du liquide, car il faut bien qu'il ait ses conduits; il est possible d'ailleurs de les apercevoir. »

L'auteur s'attache ensuite à prouver, d'après l'organisation et la position des vaisseaux qu'il a decrits, que ceux qu'ils nomment adducteurs, meritent en effet ce nom, et portent la sève des racines aux organes floraux ou foliacés, tandis que les abducteurs, reportant de ces mêmes parties vers les racines la sève élaborée, distribuent dans toute la plante ce fluide nourricier.

Une dernière partie du mémoire est destinée à faire comprendre le jeu de l'appareil sous l'influence de la chaleur et de la lumière. Il nous serait difficile de le faire bien comprendre sans le secours des figures.

CALCULS VÉSICAUX.

M. le docteur Ségalas présente des fragmens d'une pierre qui paraît s'être divisée spontanément dans la vessie d'un vieillard de soixante-dix ans.

Ces fragmens, au nombre de plus de trois cents, et tels que M. Ségalas les a trouvés à l'autopsie, sont de volumes très-divers, la plupart de forme anguleuse. On dirait un calcul brisé par le marteau. Ils ont une texture ferme et sont composés presque exclusivement d'acide urique.

Le malade n'avait ressenti aucune incommodité qui pût l'avertir de la présence de ces calculs; dix jours seulement avant sa mort il fut atteint d'une rétention d'urine qui obligea à le sonder et même à laisser à demeure une sonde de gomme élastique. Dans les premiers jours de la maladie, il avait bu une assez grande quantité de vin blanc, parce qu'on lui avait persuadé que c'était un excellent moyen de rétablir le cours des urines.

A l'autopsie, on trouva la vessie hypertrophiée, la muqueuse était rouge et enflammée; dans le bas-fond, les calculs étaient au milieu d'un liquide semblable à de la lie de vin. La surface interne des uretères était injectée, les reins étaient doubles du volume ordinaire, le gauche était ramolli et rempli d'une sanie purulente. La prostate avait trois fois le volume ordinaire.

M. Ségalas expose les motifs qui lui font considérer la division comme récente. Il établit ensuite que le cathétérisme pratiqué sur le malade n'a pu amener la rupture. Il pense que l'usage que cet homme avait fait du vin blanc, en augmentant beaucoup la sécrétion des urines, a amené la séparation spontanée des parties du calcul. Il cite à l'appui de cette opinion le fait de fragmens semblables rendus par un malade qui avait été soumis quelque temps à l'usage des eaux de Contrexéville, eaux qui ne pouvaient guère agir autrement qu'en augmentant la sécrétion des urines.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 MAI.—PRÉSIDENCE DE M. LOUYER-WILLERMAY.

L'affluence des auditeurs appelée par la discussion sur la lithotritie est plus grande encore qu'à la dernière séance. Quelques-uns sont placés dans une petite salle au premier étage qui prend jour par deux fenêtres sur la salle des séances, et qui figure une double tribune. Les bancs des académiciens sont également bien garnis.

M. Goyrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix et membre-correspondant, est présent à la séance.

COMMISSION POUR LE PRIX FONDÉ PAR MADAME MICHEL.

M. LE PRÉSIDENT annonce que le bureau, pour épargner les momens de l'Académie, a nommé la commission chargée de prononcer sur ce prix. Elle serait composée de MM. Esquirol, Ferrus, Pariset et Louyer-Villermay.

M. Emery réclame contre ce mode d'agir; c'est l'Académie qui doit nommer les commissaires. — Un court debat s'engage sur le travail dont sera chargée cette commission; il ne paraît pas décidé si elle rédigera le programme à remplir ou si elle ne fera qu'examiner les mémoires envoyés. M. Breschet demande qu'on donne lecture de l'extrait du testament de madame Michel, afin de connaître d'une manière précise les intentions de la testatrice; mais cet extrait étant dans les archives, la suite de ce débat est renvoyée à la prochaine séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la lithotritie. Ici se représente encore le rapport de M. Ferrus, réclamant la priorité. A la remarque de M. Velpeau, qu'on ne peut interrompre une discussion commencée, M. Londe répond qu'on l'a bien interrompue pour le rapport de M. Kéraudren. L'Académie consultée décide en faveur de l'ordre du jour.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TAILLE ET LA LITHOTRITIE.

M. LEPELLETIER commence par déclarer que tout parallèle est impossible entre la taille et la lithotritie; ce sont deux opérations totalement différentes; la taille peut s'appliquer à tous les calculeux sans exception; la lithotritie au contraire n'est convenable que pour un certain nombre et dans des conditions favorables; toute la question consiste donc à voir quels sont les cas où la lithotritie est réellement préférable à la taille. Il n'y avait, poursuit l'auteur, qu'un seul moyen de résoudre ce problème, c'était de comparer les résultats. On a mis en regard à cet effet des résumés statistiques; et, chose bien remarquable! les partisans de la taille ont accepté cette comparaison, les partisans de la lithotritie ont reculé devant elle. J'aurais mieux compris que la taille rejetât un semblable cartel comme inégal; car, enfin, elle ne choisit pas les malades sur lesquels elle opère; tandis que la lithotritie les trie avec soin : donc la taille aurait pu présenter une mortalité plus forte que la question serait encore restée indécise. Mais si au contraire, la taille avec ce désavantage présente encore de plus beaux résultats, que serait-ce si elle choisissait aussi ses malades? Et je dois dire que M. Velpeau n'a pas cité à beaucoup près les faits les plus favorables à la taille; il est certaines localités en province où elle réussit bien mieux qu'à Paris. S'il m'est permis de me citer, je dirai que dans un espace de 12 ans à l'hôpital du Mans, j'ai taillé 18 calculeux; 17 ont guéri; on pourrait même dire que le 18e n'a point succombé à l'opération, car il n'est mort que trois mois après, et par suite d'une péritonite chronique. Je ne cite ici que les opérations faites à l'hôpital, parce qu'elles ont eu lieu en public et qu'on peut les vérifier. M. Marjolin m'a dit qu'un chirurgien de province, sur 30 individus taillés, n'en avait perdu qu'un seul. La lithotritie aurait-elle eu de semblables succès? Et lorsque ses défenseurs rejettent la statistique, nous disent-ils du moins quel moyen reste de savoir laquelle des deux opérations sauve le plus de malades?

Je ne viens point cependant faire ici le procès à la lithotritie; je la regarde, au contraire, comme une merveilleuse conquête de l'art; je sais qu'elle reussit très-bien, surtout entre des mains habiles, et l'on peut dire que ses insuccès ont tenu peut-être à ce qu'elle était mal exécutée. Ainsi, pour moi, j'avouerai que je fais mal la lithotritie; la taille est beaucoup plus facile; mais c'est là même un mérite pour une opération que de pouvoir être bien faite par la plupart des chirurgiens.

La taille a contre elle, il est vrai, d'être une opération sanglante, et dans la dernière séance, on s'est écrié qu'il fallait éviter autant que possible ces sortes d'opérations; on a été jusqu'à dire que dans tous les cas de hernie étranglée il fallait épuiser le taxis avant d'en venir au débridement. C'est une assertion grave, messieurs, et contre laquelle je crois qu'on ne saurait trop s'élever; car elle constitue un des principes les plus subversifs qu'on ait émis en chirurgie, et tous les chirurgiens d'hôpitaux savent combien l'opération de la hernie est périlleuse quand on l'a trop différée. Il est des cas dans lesquels le taxis est une chose imprudente; je crois qu'on peut en dire autant de la lithotritie.

En résumé, les partisans de cette opération rejetant la statistique, il n'y a plus de moyens de comparaison possibles; à dater de cette déclaration, la discussion devait être fermée. On a dit : Mais c'est que les élémens nous manquent; et plus tard, avec ses perfectionnemens, la lithotritie l'emportera sur la taille. Mais avec ce mot *plus tard*, il n'y a pas de décision possible, et c'est remettre la question au lendemain.

Pour terminer en peu de mots, je dirai que la lithotritie, dans les cas les plus favorables, me paraît pouvoir rivaliser avec la taille; mais ceci même a besoin de preuve, et je ne voudrais pas l'affirmer. C'est donc là ce qu'il faut commencer par démontrer; ensuite il y a un avis à donner aux défenseurs de la lithotritie, c'est de ne pas en pousser l'usage jusqu'à l'abus, de peur de provoquer une réaction qui ferait rejeter à la fois et l'abus et l'usage.

M. AMUSSAT. Je ne saisis pas bien le sens des objections de M. Lepelletier. Il ne veut pas qu'on établisse de parallèle entre les deux opérations; mais en cela nous sommes d'accord; et j'ai établi entre elles une telle différence, que j'ai déclaré qu'il serait barbare de faire la taille là où serait indiquée la lithotritie. Puis, plus loin, il revient cependant à ce parallèle qu'il jugeait impossible, et le seul moyen de l'établir, selon lui, est la statistique. J'en demande pardon à M. Lepelletier : la statistique n'est pas l'unique moyen de comparer deux opérations; et si je l'ai rejetée, c'est que les faits entassés dans les tableaux qu'on nous a offerts, ne sont ni assez authentiques ni assez semblables entre eux pour qu'on puisse en déduire quelque chose. M. Lepelletier a ajouté une petite digression qui s'adresse spécialement à moi, à propos des opérations non sanglantes que je regarde comme préférables aux opérations sanglantes. Je maintiens parfaitement ce que j'ai dit; je pense, et l'expérience m'a confirmé, que la rentrée d'une hernie étranglée par le taxis, à quelque époque que ce soit, est toujours préferable à l'opération (rumeur); et laissant là la question de la hernie, je crois que tout malade qui peut supporter la lithotritie, gagne infiniment à être traité par cette méthode plutôt que par la taille. C'est pourquoi j'ai dit qu'il fallait commencer par tenter le broiement, non pas toujours, mais presque toujours; et je me suis attaché à préciser les indications autant que possible. En vérité, il est difficile de concevoir que cela fasse le moindre doute; pour ne rappeler qu'un seul fait, celui dont M. Roux a parlé dans la dernière seance, voilà un homme qui avait un assez gros calcul; en une seule séance il en est débarrassé : dira-t-on que dans ce cas et dans tous ceux qui s'en rapprochent, la lithotritie n'a pas sur la taille un avantage immense? Ce fait, non comme fait isolé, mais comme exemple de ce qui a lieu dans une foule de cas, est plus fort que tout ce que je pourrais dire en faveur de la lithotritie.

Maintenant, pour terminer cette discussion, je ne pense pas que l'Académie puisse se prononcer formellement pour une opinion ou pour l'autre; seulement le but de l'attaque de M. Velpeau était de déprécier la lithotritie; nous avons suffisamment repoussé cette aggression; la discussion qui vient d'avoir lieu n'est pas de nature à faire perdre à la lithotritie la faveur dont elle jouissait auparavant; et c'est là tout ce que nous voulions obtenir.

M. VELPEAU. Messieurs, il me paraît difficile d'arriver à une solution quelconque, si l'on persiste à perdre de vue le vrai sens de l'attaque pour lui en substituer un qu'elle n'a jamais eu. Ainsi on nous présente comme adversaires de la lithotritie, et nous en sommes au contraire les partisans dans certains cas. Ainsi on dit avec raison que l'essentiel est de préciser ces cas, et l'on oublie que c'est ce que, dans mon rapport, j'ai moi-même tâché de faire. Ai-je été du moins plus sévère pour la lithotritie, que M. Amussat lui-même? Eh bien! je vais lui prouver que les limites qu'il a posées à cette opération, ne sont pas autres que celles que j'ai posées moi-même.

M. Amussat a divisé les calculeux en deux grandes catégories, chacune comprenant cinq ordres de cas; et la première, qu'il réserve tout entière à la lithotritie, comprend les cas dans lesquels la vessie est saine, et le calcul varie d'un très-petit volume au volume d'une noix, sans offrir une très-grande dureté. Or, Messieurs, j'ai dit textuellement dans mon rapport : « Non-seulement chez les enfans, mais encore chez les adultes, elle (la lithotritie) expose à plus d'inconvéniens que la taille, *toutes les fois que le calcul offre une trop grande dureté ou dépasse le volume d'une grosse noix.* » J'ai même ajouté une condition omise par M. Amussat : « et que le malade n'a pas une trop grande répugnance pour cette dernière opération. »

Maintenant sur quoi donc sommes-nous en désaccord? Ah! le mot de *méthode exceptionnelle* a choqué nos adversaires; ils veulent, dans leur amour pour la lithotritie, qu'elle s'applique à un plus grand nombre de cas que la taille, et vous avez ouï M. Amussat avancer que sa première catégorie renfermait plus des deux tiers des calculeux. Les deux tiers! c'est certainement beaucoup; mais admettons cette proportion; il faudra du moins en retrancher les enfans, chez qui, de l'aveu général, la taille est préférable, et qui sont presque tous dans cette première catégorie. Maintenant pour savoir quel vide cela va faire dans le chiffre de M. Amussat, prenez les tableaux statistiques qui ont été déroulés l'autre jour par M. Lisfranc; vous trouverez pour résultat final que la moitié des calculeux ne dépasse pas l'enfance. Si cette proportion vous effraie, mettez un tiers d'enfans; puis retranchez ce tiers des deux tiers de M. Amussat, et vous trouverez en dernière analyse que la taille s'applique encore au plus grand nombre des cas. Et qu'ai-je besoin de me livrer à ces calculs? Les lithotriteurs, en faisant leur choix, laissent eux-mêmes de côté le plus grand nombre des calculeux. Voilà M. Civiale qui, consulté par 429 malades, n'en a soumis à la lithotritie que 244, à peine un peu plus que moitié. Or, n'est-il pas probable qu'emporté par l'exagération que nous reprochons à la lithotritie, M. Civiale l'a appliquée quelquefois

à des sujets auxquels la taille aurait pu mieux convenir? Et sans cela, remarquez que sur le chiffre total, il n'y avait que 14 enfans.

M. Amussat a d'ailleurs fort rétréci le cadre des complications qui s'opposent à la lithotritie. Ajoutez, s'il vous plaît, les cas où le calcul est en partie engagé dans l'urètre, ou dans l'uretère; ceux où le calcul est adhérent à la vessie, logé en totalité ou en partie dans un kyste formé dans les parois de cet organe; ceux où les calculs sont en nombre considérable; ceux où il y a maladie des reins, maladie de la prostate, maladie de l'urètre; ceux où l'irritabilité du malade est trop forte pour permettre les manœuvres du broiement, etc. Dans les autres cas qu'il admet lui-même comme contre-indications, M. Amussat dit cependant qu'on peut tenter la lithotritie avec succès; oui, sans doute, on peut la tenter, on peut réussir quelquefois, échoner très-souvent; voilà pourquoi nous, nous disons qu'on ne le doit pas.

M. Lisfranc. Je dirai d'abord à M. Lepelletier, et cela peut aussi bien s'adresser à M. Velpeau, qu'il n'est pas exact que les partisans de la lithotritie aient refusé le combat sur le terrain de la statistique; et les chiffres que j'ai apportés dans la dernière séance avaient assez bien répondu sur ce point, ce me semble, pour ne pas être sitôt oubliés. J'ai montré que la taille avait moins de succès, que la lithotritie en avait davantage que M. Velpeau ne leur en attribuait; que, tout au contraire de ce qu'il avait annoncé, la lithotritie réussissait mieux en général que la taille; et l'on ne m'a pas encore démontré que je m'étais trompé. Je sais bien que M. Velpeau a expliqué la différence de nos résultats pour la taille en disant que nous avions puisé à des sources différentes; mais j'ai indiqué les miennes; tout le monde a pu les vérifier, et je déclare que pour les faits cités dans cette discussion, je n'en connais pas d'autres. Il a plu aussi à M. Velpeau d'enfler la mortalité des calculeux traités par la lithotritie, en ajoutant aux cinq morts avoués par M. Civiale, les 97 individus qui n'ont pas été opérés. Je ne veux pas le chicaner là-dessus. Mais, n'ayant pas de semblable addition à faire aux chiffres de M. Heurteloup, il est venu insinuer qu'ils ne méritaient aucune confiance, et s'est fondé sur des lettres particulières qu'il aurait reçues de Londres. Ceci attaque directement la bonne foi, la probité scientifique de M. Heurteloup; il ne faut pas cependant que M. Heurteloup qui est absent soit ainsi attaqué sans défense dans ce qu'un médecin a de plus cher, sa réputation: *medicus vir probus, medendi peritus*. Je demande donc formellement à M. Velpeau quelles sont ces lettres, s'il en a une ou plusieurs; si elles jettent du doute sur un ou quelques faits seulement, ou sur tous les faits rapportés par M. Heurteloup; enfin quelle est leur valeur dans la discussion qui nous occupe. M. Heurteloup, arrivant à Londres avec une découverte toute française, a fort bien pu trouver quelques chirurgiens plus curieux de dénigrer la lithotritie que de l'apprendre et de l'appliquer; et si l'on revient tant de fois sur cette idée, que les lithotriteurs sont amoureux de la lithotritie, ils pourraient répondre que d'autres chirurgiens sont aussi amoureux de la taille. Mais laissons là ces sarcasmes que tous les partis peuvent se renvoyer, et qui n'avancent pas la discussion d'un pas.

M. Velpeau a dit, et c'est un point sur lequel je veux revenir, que les calculeux au début ne sentaient pas leur pierre. Cela prouve seulement que M. Velpeau n'a jamais eu la pierre (on rit); pour moi qui l'ai eue, et qui en ai vu beaucoup d'autres avant et après moi, j'affirme qu'il est très rare qu'une pierre, même petite, ne cause pas des douleurs très-perceptibles au malade. Les malades alors vont voir le médecin; c'est le médecin le plus souvent qui omet de les sonder et leur laisse ignorer qu'ils ont une pierre. Mais à mesure que ce grand principe de pratique se répandra parmi les médecins. — « *Dès qu'un malade accuse des douleurs dans la vessie, il faut explorer cet organe par le cathétérisme*; » — quand ce principe, dis-je, aura acquis toute la publicité, toute la popularité qu'il mérite d'avoir, la pierre sera reconnue de très-bonne heure; les malades avertis qu'ils peuvent échapper au couteau se soumettront plus facilement à une opération non sanglante; et je maintiens qu'à mesure que nous avancerons, nous verrons augmenter la proportion des calculeux lithotritiables.

Ajoutez à cela l'influence d'une bonne thérapeutique médico-chirurgicale, et ici il me revient en mémoire un fait qui répondra à cette autre assertion de M. Velpeau, que les lithotriteurs n'opèrent guère que moitié des cas qui se présentent à eux, et encore qu'ils en ont opéré qui se seraient probablement mieux trouvés de la taille. Je dis, au contraire, que dans le début d'une opération toute nouvelle, regardée avec envie par les uns, avec méfiance par les autres, les chirurgiens qui l'avaient inventée devaient craindre de la compromettre en l'essayant sur des sujets douteux; ils n'osaient l'étendre aussi loin qu'ils ont fait plus tard, et il est probable qu'aujourd'hui, sur un nombre donné de calculeux, la lithotritie en opérerait davantage qu'autrefois. Je ne dis pas cela sans preuve. Moi-même j'ai conduit chez un chirurgien lithotriteur un malade auquel je m'intéressais beaucoup; il venait de loin, il était fatigué; la pierre était grosse; la vessie irritée; le chirurgien se refusa d'abord à l'opérer, de peur de compromettre l'art. J'insistai; je déclarai en prendre sur moi la responsabilité. Avec le repos, les bains, les petites saignées révulsives, nous fîmes d'un cas très-grave un cas assez favorable, et la lithotritie réussit pleinement. J'en ai vu un autre chez qui la première tentative détermina une cystite et une fièvre bilieuse; il fut traité et guéri de ces accidens; puis j'encourageai le lithotriteur à persévérer, et deux séances suffirent pour délivrer le malade de sa pierre. Je maintiens donc que la lithotritie doit s'appliquer à plus de cas que la taille; qu'elle sera plus généralement appliquée encore dans l'avenir, et que pour le passé elle a déjà donné des résultats plus favorables. J'ai dit.

M. Velpeau repousse le reproche d'avoir donné des chiffres inexacts. Les chiffres de M. Lisfranc et les miens mènent au même résultat pour ce qui concerne la taille en Angleterre; pour l'Italie, M. Lisfranc s'appuie sur un relevé de M. de Renzi, publié dans la Gazette médicale de 1835; je me suis appuyé sur un des documens fournis par le même auteur, et publiés dans la Gazette médicale en 1834; et ainsi du reste. M. Lisfranc m'a interpellé sur les lettres dont j'avais parlé à l'occasion de M. Heurteloup; j'en ai une qui m'est particulièrement adressée; une autre a été publiée dans la *Lancette* anglaise de samedi dernier; elles sont signées des noms les plus recommandables, Sir A. Cooper, M. Liston; il en résulte que cinq ou six malades donnés pour guéris par M. Heurteloup, se sont représentés dans les hôpitaux avec la pierre; et chez l'un d'eux entre autres on a trouvé des fragmens de calculs anciens formant le noyau des nouveaux calculs. Je n'accuse pas pour cela la probité scientifique de M. Heurteloup; il s'est abusé sur les résultats comme nous nous abusons tous; ainsi, quand on veut diminuer la proportion de ses morts pour quelque opération que ce soit, on ne manque pas de dire: celui-ci a succombé à une affection des viscères, celui-là à une autre cause. Messieurs, les taillés meurent parce qu'ils ont été taillés, les lithotritiés, parce qu'ils ont été lithotritiés; voilà la vérité.

Je passe à la discussion des faits de M. Bancal; et ici il y a quelque chose de plus grave. On me reproche d'avoir fait de la statistique avec des faits isolés. Mais d'une autre part, M. Lisfranc n'a-t-il pas mis en principe qu'il fallait prendre tous les faits, et non-seulement les compter, mais les peser? Et quels sont ceux que l'on peut mieux peser que les observations rapportées avec tous leurs détails dans les ouvrages mêmes des lithotriteurs? De l'examen de ces faits j'avais d'abord conclu qu'il y avait eu deux guérisons sur quatorze opérés. M. Lisfranc affirme qu'il y en a eu quatre: de plus, que chez trois malades il n'y a pas même eu de tentatives. J'ai donc recouru au livre: le voici, chacun pourra le consulter; et je maintiens qu'il y a eu des tentatives chez tous les malades. Quant à la différence entre les tentatives et l'opération, nous avons vu ce qu'il faut en penser.

Mais y a-t-il eu vraiment quatre guérisons au lieu de deux? Je pourrais dire ici que si j'ai été inexact, c'est en donnant un chiffre plus élevé au lieu d'un chiffre trop bas; car il n'y a vraiment qu'une guérison bien constatée. Pour le second malade, l'opération continuée durant près de quatre mois, avec les accidens les plus fâcheux, a fini enfin par ne plus laisser rencontrer de pierre dans la vessie; mais l'urine rendait toujours un dépôt lithique; et l'auteur lui-même convient que cette circonstance a laissé son esprit en proie aux conjectures. Dans l'observation quatrième, citée par M. Lisfranc comme une guérison, il n'y avait qu'un petit calcul qui fut broyé; mais M. Bancal ajoute qu'il fut étonné de ne pas voir sortir une quantité de détritus proportionnée au volume présumé de la pierre; et le malade a succombé plus tard à un catarrhe vésical. Enfin pour ce qui regarde la femme, elle avait un petit calcul qu'on broya; il survint une récidive; la lithotritie cette fois fut entravée par des accidens; plus tard la malade rendit naturellement un petit calcul et se trouva guérie; la lithotritie n'est pas pour grand' chose dans cette guérison. Ce sont là des faits que je suis bien aise de rétablir.

M. Breschet. Je ne veux faire qu'une seule observation, afin de mettre un terme à ce débat. Cette question a déjà été agitée il y a plusieurs années dans l'ancienne section de chirurgie; elle était alors moins mûre qu'à présent et ne présentait pas autant d'intérêt; la discussion fut fermée sans rien résoudre. Je ne pense pas qu'une décision soit plus possible aujourd'hui qu'alors; et ceci tient à deux causes principales: aux choses et aux personnes. Ainsi je vois les partisans de la taille et de la lithotritie séparés en deux camps ennemis (non! non!), et des deux parts on s'attache à une opinion trop exclusive. Il ne faut pas se dissimuler aussi que la lithotritie a été trouvée par de jeunes chirurgiens; que l'esprit humain, quand on a dépassé un certain âge, répugne à se remettre sur les bancs, à recevoir des leçons de ceux auxquels il était accoutumé à en donner; et puis nous étions accoutumés à la taille et l'on ne se défait pas tout à coup de ses habitudes; en un mot, nous n'étions peut-être pas dans une position assez impartiale pour juger la lithotritie. Attendons que la génération qui s'élève, et qui s'exerce à la fois à la taille et à la lithotritie nous donne les résultats de ses expériences comparatives. Je propose donc à l'Académie d'adresser des remerciemens aux divers membres qui ont soutenu la discussion et qui y ont apporté tant de lumières, et de passer à l'ordre du jour. (Appuyé.)

M. Velpeau. M. Breschet oublie qu'il ne s'agit pas d'une décision à porter sur la question en litige, mais sur un rapport. Je déclare d'ailleurs que je prends sur moi la responsabilité de mes opinions, et ne prétends nullement engager l'Académie.

M. Roux. M. Breschet est tombé dans une grave erreur en nous divisant en deux camps; personne ici ne rejette la taille; personne non plus ne rejette la lithotritie. Tout ce qui nous sépare, c'est la fixation des indications qui conviennent à l'une et à l'autre; et il est trop vrai que nous ne pouvons rien décider à cet égard, puisqu'il nous manque des élémens. Mais je prie, au nom de la science, j'adjure MM. les lithotriteurs de vouloir bien nous les donner exactement, soit pour le passé, soit pour l'avenir. On a cité les succès et les revers de MM. Civiale et Heurteloup; mais M. Amussat fait aussi la lithotritie, et M. Leroy d'Étiolle, et M. Ségalas. Que tous nous communiquent tous leurs faits, puisque ce n'est que par une grande masse de faits qu'on arrivera à quelques déductions légitimes. Je déclare pour ma part que je me croirais engagé à le faire; si quelqu'un venait me demander par exemple. — M. Roux, combien de fois avez-vous pratiqué la staphyloraphie, et avec quels résultats? — Je répondrais, j'ai pratiqué 75 opérations de staphyloraphie; les cas où l'opération n'a pas réussi sont dans la proportion de un sur 4; et l'opération n'est pas sans danger, car deux de mes malades y ont succombé. — J'ai plus récemment modifié d'une manière assez avantageuse la suture du périnée; voici le résumé de mes essais à cet égard. J'ai fait cette suture onze fois sur neuf femmes, attendu que deux fois elle avait échoué et qu'il a fallu la réitérer; deux de mes opérées sont mortes; les autres sont guéries. Voilà ce que chaque chirurgien devrait dire pour toutes ses opérations; c'est ainsi qu'on avancerait la science; et voilà ce que je désire vivement qui soit fait pour la lithotritie. (Très-bien!)

M. Ségalas propose à l'Académie de nommer une commission permanente comme celle de la vaccine, qui porterait le titre de *commission de la taille et de la lithotritie*, et qui serait composée de membres étrangers à l'une et à l'autre de ces opérations. (On rit.) Cette commission ferait chaque année un rapport général sur tous les faits de taille et de lithotritie qui auraient eu lieu dans Paris. (Appuyé!)

M. Velpeau déclare qu'il se rallie à cette proposition.

M. Roux la rejette, attendu qu'il n'y a pas plus de raison de nommer une commission pour ces deux opérations que pour toutes les autres.

M. Bouchoux revient sur le pronostic qu'il a déjà porté; il est convaincu que dans vingt ans la lithotritie sera bien plus fréquemment employée que la taille.

M. Sanson. De toutes parts on s'est écarté de la question; il ne faut cependant pas clore la discussion sans y revenir. Nous avons dit dans notre rapport que la

lithotritie, appliquée comme méthode générale, donnerait des résultats déplorables; personne ne l'a contesté; mais on s'est tourné d'un autre côté, et on nous a reproché de vouloir déprécier la lithotritie, tandis qu'au contraire nous la proclamions excellente dans de justes limites, et que nous cherchions à la défendre contre ses abus. A ce propos, on en a appelé aux sentimens de l'auditoire; on a vanté les bienfaits d'une opération qui nous a conservé deux des plus grands chirurgiens de notre époque. Qu'est-ce que cela prouve? que ces deux chirurgiens étaient dans des conditions favorables à la lithotritie. Puis on a tiré un grand avantage des aveux qui nous étaient échappés, a-t-on dit, à M. Velpeau et à moi. Mais ces aveux prétendus ne sont qu'une conséquence directe de la doctrine émise dans notre rapport; oui, si j'étais dans les conditions requises, je me ferais lithotritier, tout comme je lithotritierais mes malades; il était inutile de s'écrier que la lithotritie était sauvée, attendu qu'elle n'était point attaquée.

Mais nous avions eu le grand tort de la rejeter comme méthode générale. Messieurs, il ne faut pas jouer sur les mots. On entend en chirurgie, et nous entendons par méthode générale, celle qui peut répondre au plus grand nombre des éventualités; par méthode exceptionnelle, celle dont les applications sont plus circonscrites. N'est-il donc pas vrai que la taille peut s'appliquer à tous les cas, même à ceux de la lithotritie, tandis que la lithotritie ne saurait s'appliquer à tous les cas de la taille? Tout le monde est d'accord sur ce point, ce me semble; mais la conséquence est forcée, donc la lithotritie est la méthode exceptionnelle, et nous ne l'avons pas entendu autrement dans notre rapport.

Il semble toutefois qu'il y ait une sorte de contradiction à dire que la taille, que nous croyons moins favorable dans les cas simples, le sera davantage dans les cas compliqués. Mais cette contradiction n'est qu'apparente; la raison de nos préférences se trouve dans les accidens propres à chacune des deux opérations. Les accidens de la taille se rattachent surtout à l'incision; ceux de la lithotritie à l'irritation de la vessie. Quand la vessie est saine, et que la facilité présumée des manœuvres ne laisse rien craindre de ce côté, la lithotritie a tout avantage, car ses dangers alors sont peu de chose, et elle évite au malade ceux de la taille. Si, au contraire, la vessie est déjà malade, les dangers du broiement se présentent dans toute leur force; ceux de l'incision sont bien moindres; la taille alors mérite la préférence.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il va mettre le rapport aux voix.

M. NACQUART. Mais personne n'a demandé la clôture, et plusieurs personnes sont encore inscrites pour prendre la parole.

La discussion sera donc continuée à mardi prochain.

— Samedi, séance extraordinaire pour la lecture des mémoires.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE LARVES D'ŒSTRE CHEZ L'HOMME, par M. GUYON, ancien chirurgien-major aux Antilles françaises.

Les doutes qui existent encore sur l'existence de l'*œstre humain* m'engagent à faire passer à M. le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE les observations ci-dessous, que j'extrais d'un mémoire rédigé à la Martinique en 1823.

La larve fournie par d'Espagnet a été envoyée par moi à M. Percy, mais elle n'a pu lui parvenir que peu avant sa mort, et je ne sais ce qu'elle sera devenue; les renseignemens que j'ai prié de prendre à cet égard ne m'ayant donné que des résultats peu satisfaisans.

Alger, ce 1er avril 1835.

GUYON.

PREMIÈRE OBSERVATION RECUEILLIE A L'HÔPITAL DU FORT-ROYAL, ILE MARTINIQUE, dans les salles de M. LEFORT, premier médecin en chef de la Marine, etc.

OBS. — La gabarre du Roi, *le Bayonnais*, arriva au Fort-Royal, île Martinique, le 25 septembre 1823, venant de notre établissement sur la rive droite de la Mana, dans la Guiane française. Le 27, Pierre d'Espagnet, de Bayonne, âgé de 40 ans, calfat à bord de ce bâtiment, fut admis à l'hôpital du même lieu, comme convalescent d'une fièvre intermittente, qu'il avait contractée sur les bords de la Mana. Le lendemain 28, il fit voir à M. Bernard, chargé des pansemens, une petite tumeur qu'il portait à l'hypocondre droit, à un pouce au-dessus de l'os des îles, et qui ressemblait parfaitement à un furoncle. Cette tumeur, qui venait de s'ouvrir, fut recouverte d'un emplâtre de diachylum, pansement qu'on renouvelait tous les matins, lorsque le 6 octobre, M. Bernard aperçut, au centre de la tumeur, dans l'ouverture qui s'y était pratiquée, un corps étranger qui s'y était engagé de dedans en dehors. Celui-ci n'était autre que la queue d'une larve, ou, pour mieux dire, la partie de la larve qui, par sa configuration, semble en être la queue. Cette partie, saisie avec des pinces, fut bientôt suivie de la larve elle-même, que d'Espagnet prenait pour un petit poisson de la Mana.

En voici les principaux caractères, tracés d'après un examen très-superficiel, cet examen n'ayant pu être fait qu'à l'œil nu.

Larve apode, d'un blanc terne, composée de deux parties bien distinctes: l'une, la plus grosse, qui en constitue le corps; l'autre, dont la longueur fait environ les deux tiers de la longueur totale, et que les habitans du pays désignent sous le nom de queue. (Son aspect est absolument celui de l'appendice si remarquable des larves dites à queue de rat.)

1re *Partie*. Corps ovoïde, un peu allongé, légèrement arqué de la partie supérieure à l'inférieure, ou du dos vers le ventre; terminé antérieurement par une ouverture munie d'une forte aspérité noire, qui ne la dépasse pas; se continuant postérieurement avec l'autre partie; garnie transversalement, et en comptant d'avant en arrière, 1° de trois anneaux entiers, couverts de petits points noirs, rugueux; 2° de six autres anneaux, garnis d'aspérités, d'une consistance cornée et d'un noir de jais; mais dont trois seulement en font le tour (les 2e, 4e et 6e), les autres se terminant sur les flancs, près du ventre (les 1er, 3e et 5e).

2e *Partie*. Corps grêle et nu dans toute sa longueur, un peu recourbé de haut en bas, tronqué à son extrémité, qui paraît être perforée.

La peau dans une étendue d'environ 15 à 18 lignes, était d'un rouge violacé, et décollée du tissu cellulaire. L'ouverture par laquelle la larve s'était fait jour, n'avait guère plus d'une ligne de diamètre. Ses bords, très-amincis à l'intérieur, avaient une teinte bleuâtre. Pour le reste, la partie avait assez l'aspect que présente un furoncle après la sortie du bourbillon.

La plaie rendit, pendant quelques jours, une matière séro-purulente, en petite quantité, ce qui ne laissa pourtant pas de soulager beaucoup le malade.

Le Bayonnais devant partir pour la France le 15, d'Espagnet sortit de l'hôpital la veille. Le gonflement et la rougeur étaient entièrement dissipés, et la plaie commençait à se cicatriser.

Telle était, du reste, l'ignorance de ce marin sur la cause de la tumeur qu'il portait, que lui demandant s'il n'avait pas été piqué par quelque insecte, il répondit sur-le-champ que non. Cependant, comme j'insistais sur ma demande, il ajouta: « à l'exception des *moustiques* et des *maringoins* (1), qui, tous les soirs, infestaient le carbet (2), où étaient les malades de l'équipage. »

Voici, en peu de mots, tous les renseignemens qui me furent fournis par ce marin.

Le premier poste de notre établissement sur la Mana, est à trois lieues de l'embouchure de la rivière. Le Bayonnais y était arrivé le 12 juin; et, à partir du même jour, d'Espagnet avait été employé à terre, pour des travaux relatifs à son état. Le 1er septembre, dans la matinée, il fut pris d'un fort accès de fièvre et transporté de suite au carbet dont nous avons parlé, situé à une portée de fusil du rivage. La fièvre continuait sous le type quotidien, lorsque, dans la soirée du 16, il éprouva tout à coup une vive démangeaison dans la partie de l'hypocondre que nous avons indiquée. Cette démangeaison s'accrut tellement dans la nuit du lendemain, que le 18, de bonne heure, il crut devoir faire examiner, par l'infirmier du bord, la partie qui en était le siége. L'infirmier n'apperçut là que de la rougeur. Le lendemain, examinant de nouveau la partie, il reconnut du gonflement, et dit à d'Espagnet que c'était un clou qui lui venait. Un cataplasme fut appliqué sur la partie.

Bientôt la rougeur, le gonflement et la douleur augmentèrent; il y eut insomnie et fièvre toutes les nuits. Le malade n'éprouvait du soulagement qu'en comprimant la tumeur avec force; et c'est en la comprimant ainsi qu'il en produisit la rupture, le 28, dans la matinée, le lendemain de son entrée à l'hôpital.

DEUXIÈME OBSERVATION, recueillie à la Trinidad.

Le 27 octobre 1823, M. Dubourg vint me faire voir, au fort Bourbon, île Martinique, une petite cicatrice qu'il portait à la partie interne et supérieure de la jambe droite, trace de la sortie d'un macaque (3), dont il avait été atteint en 1819, pendant son séjour à la Trinidad. Quant aux accidens qu'il avait éprouvés par la présence de l'animal, voici ce qu'il me raconta:

Il souffrait depuis environ quinze jours dans la partie que nous avons indiquée; l'inflammation était considérable, les glandes fémorales excessivement engorgées, la fièvre ne le quittait plus, lorsqu'un Indien, à qui il fit examiner son mal, y appliqua un mélange de tabac et de piment; le ver sortit le jour même de cette application.

Quelque temps après et à peu d'intervalle, M. Dubourg fut atteint, aux parties latérales du cou, de deux autres macaques, dont il se débarrassa bientôt, en recourant à la préparation qui lui avait si bien réussi. Le cou n'en conservait aucune trace, ce qu'explique le court séjour qu'ils y avaient fait.

TROISIÈME OBSERVATION, recueillie à la Trinidad.

Un ami de M. Dubourg, Européen, qui habite la Trinidad, avait, depuis 10 à 12 jours, la partie interne de la cuisse gauche excessivement tuméfiée. Les glandes de l'aine ainsi que la verge participaient à la maladie, qui avait débuté par une légère inflammation. Celle-ci avait été exaspérée par plusieurs voyages à pied, que le malade avait été obligé de faire.

Un médecin du pays attribuait tous ces accidens au virus vénérien, et il allait les combattre par un traitement mercuriel, quand la sortie d'un des plus gros macaques que M. Dubourg eût encore vus, vint les faire cesser tout à coup.

---

(1) Il ne faut pas confondre, comme on l'a fait jusqu'à M. Latreille, le *maringoin* avec le *moustique*; outre la différence d'organisation qui sépare ces deux diptères, le premier est infiniment plus gros que l'autre, que l'on aperçoit à peine, même lorsqu'il est fixé sur la peau. Ajoutez que la piqûre du *maringoin* (culex), est loin d'être aussi cuisante que celle du *moustique* (simulium, Latr.); heureusement que celui-ci est un peu moins commun, moins répandu que l'autre.

(2) Maison, hameau, village, dans la langue des Indiens.

(3) La larve porte, dans la Guiane, le nom de ver *macaque*, de *macaque*.

LETTRE SUR QUELQUES RÉSULTATS DONNÉS PAR LA TAILLE ET LA LITHOTRITIE; par M. DELMAS père.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans le nº du 2 mai 1835 de votre intéressant journal, j'ai lu l'analyse d'un rapport fait à l'Académie de médecine par M. Velpeau, sur un mémoire de M. Leroy relatif à la lithotritie chez les enfans en bas âge. J'ai vu avec plaisir les observations judicieuses faites par M. le rapporteur, et j'ai approuvé le vœu qu'il exprimait, qu'il fût établi des tableaux statistiques bien exacts sur les succès ou les insuccès des diverses méthodes opératoires de la pierre. Si ces tableaux pouvaient être faits (ce qui serait à désirer dans l'intérêt de la science et de l'humanité), je citerais en faveur de la méthode latérale avec le lithotome caché, un succès presque incroyable obtenu par un ancien professeur de notre école, M. Méjean, qui a pratiqué cette opération cent cinq fois, et une seule fois avec insuccès; j'y ajouterais les succès presque constans de M. Laumonier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, et que j'ai pu observer pendant plus de deux ans, lorsque je faisais dans cet hôpital le service comme chirurgien en second. Il est à noter que ce chirurgien habile se servait du lithotome de Lecat. J'ajouterais enfin que, dans ma pratique particulière, j'ai pratiqué onze fois l'opération de la taille, savoir dix fois par la méthode latérale, et une par la méthode recto-vésicale de M. Sanson, et toujours avec succès.

D'un autre côté, j'ai vu pratiquer trois fois la lithotritie, et malheureusement les opérés ont succombé avant le troisième jour, et sans être débarrassés de leur pierre.

D'après ce qui précède, ne serait-il pas permis de penser qu'on perd trop de vue une méthode qui a pour elle un grand nombre de succès, tout en reconnaissant que la lithotritie peut dans quelques cas présenter beaucoup d'avantages, mais qu'elle a besoin d'être pratiquée par des mains exercées, ce que l'on ne trouve que très-difficilement en province.

Quant à la question qui fait l'objet du mémoire de M. Leroy, il est reconnu par presque tous les praticiens que la lithotomie chez les enfans est le plus ordinairement suivie de succès, et d'après la lecture des observations rapportées par M. Leroy, il serait bien permis de se demander si la lithotomie n'aurait pas évité à ces petits malades le plus grand nombre des souffrances que la lithotritie leur a occasionées.

Si vous pensez, Monsieur le rédacteur, que les réflexions précédentes puissent être de quelque intérêt pour la science, veuillez les insérer dans votre journal, et agréer l'assurance de la considération de votre tout dévoué serviteur et confrère.

DELMAS père.

Montpellier, ce 14 mai 1835.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

SUR LE CATHÉTÉRISME SIMPLE ET FORCÉ, et sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires; par Matthias MAYOR, docteur en chirurgie à Lausanne (1).

L'opuscule dont nous avons à rendre compte nous paraît destiné à faire une profonde sensation dans le monde chirurgical. Depuis bientôt quinze ans que Ducamp a rappelé l'attention des chirurgiens sur les rétrécissemens de l'urètre, les quatre grandes méthodes de traitement, dilatation, cautérisation, scarifications, injections, avaient été tour à tour tellement travaillées, modifiées, perfectionnées, qu'on ne pouvait guère espérer de trouver encore quelque mine vierge dans ce champ exploré par tant d'esprits ingénieux; la multiplicité des procédés avait nui même à quelques-unes de ces méthodes, et la plupart des praticiens étaient revenus de guerre lasse à la dilatation, plus simple et aussi efficace que toutes les autres. C'est dans cet état de choses que M. Mayor vient s'attaquer à cette méthode même, telle qu'on la pratique aujourd'hui, qu'il la change et la modifie tellement qu'il en fait quelque chose de tout nouveau et d'inconnu jusqu'à lui; repoussant comme inutiles et nuisibles les principes les plus universellement admis, et érigeant en principes les manières de faire les plus unanimement réprouvées. L'autorité dont jouit à juste titre M. Mayor, les succès qu'il annonce, ceux qu'il a obtenus tout récemment en public dans les principaux hôpitaux de Paris, nous font un devoir d'exposer avec soin et d'une manière complète cette méthode nouvelle, qui menace en effet de faire une révolution dans une partie importante de l'art.

Les principes suivis aujourd'hui dans la dilatation de l'urètre sont: 1° de commencer par des bougies ou des sondes de très-petit calibre; 2° de préférer les instrumens mous, soit en corde à boyaux, en sparadrap ou en gomme élastique, aux instrumens métalliques; 3° de procéder avec lenteur et de n'augmenter le calibre des corps dilatans qu'après un certain temps et par degrés presque insensibles; 4° de laisser les corps dilatans à demeure dans l'urètre et dans la vessie.

M. Mayor recommande au contraire: 1° de se servir de primeabord de cathéters d'un gros calibre, et par exemple sa sonde la plus petite n'a pas moins de deux lignes de diamètre; 2° de s'en tenir presque exclusivement aux instrumens métalliques; 3° d'introduire un cathéter de deux lignes dès la première séance, et d'en augmenter de jour en jour le volume, de manière à arriver en peu de jours à passer une sonde de quatre lignes et demie de diamètre; 4° enfin il ne veut pas qu'on laisse de sonde à demeure. Il est difficile, comme on voit, de mettre en regard des doctrines d'une opposition plus tranchée. Voyons sur quels motifs le novateur se fonde.

Si vous avez, dit-il, à opter entre une très-petite et une très-grosse canule pour l'injection d'un lavement, vous donnerez sans balancer la préférence à la dernière, parce qu'elle ne vous laisse pas à redouter les picotemens douloureux d'une canule trop petite, ses arrêts dans les plis de la muqueuse, et plus que cela même, si c'est une main peu exercée qui la dirige. Faites d'autres essais comparatifs; fermez les doigts comme pour faire le poing, puis essayez de pousser dans la région palmaire une sonde conique d'argent, un stylet boutonné, etc., vous sentirez vos doigts piqués, le corps dur et mince heurter à chaque instant contre le moindre pli, la plus légère anfractuosité, et n'avancer qu'en vous blessant. Avec un gros cathéter, au contraire, vous pénétrerez facilement et sans douleur. Renouvelez l'épreuve; mais cette fois, au lieu de présenter les diverses sondes sur l'endroit même où elles doivent pénétrer, placez-en le bout au hasard dans l'espèce de cul-de-sac ou d'entonnoir qui existe entre l'index et le pouce fléchis l'un sur l'autre; les stylets, les petites sondes tendront inévitablement à faire fausse route, tandis que le bout semi-sphérique du gros cathéter glissera comme de lui-même vers le centre de l'enfoncement ou vers l'endroit qui offre le moins de résistance. On peut simuler mieux encore ce qui se passe dans un rétrécissement de l'urètre en étranglant, au moyen d'un fil ou d'un ruban serré lâchement par un nœud simple, l'étroit boyau d'un petit animal; si l'on cherche à forcer l'endroit rétréci avec une petite sonde, on risquera de perforer presque constamment l'intestin, tandis qu'une grosse algalie forcera le lien à céder et la constriction à disparaître, sans endommager les parois intestinales. Enfin, comme dernière preuve de la préférence que méritent les instrumens d'un gros calibre, faites faire au premier venu, après une légère instruction, le cathétérisme sur un cadavre; il réussira avec une grosse sonde; avec une petite, il échouera presque toujours.

Mais comment concevoir qu'un instrument si volumineux franchira sans désordre un canal si rétréci? Ici M. Mayor rappelle avec combien peu de danger on introduit plusieurs doigts et même la main entière dans le rectum; comment une verge volumineuse force l'entrée du vagin chez une vierge; comment la tête énorme du fœtus dilate ce canal dans les douleurs de l'enfantement. Il insiste surtout sur cette dernière comparaison; le cathétérisme forcé, dit-il, est en quelque sorte un petit accouchement retourné; aussi faut-il avoir grand soin d'imiter la marche de la nature. Le cathéter étant arrivé sur la portion rétrécie, il faut l'appuyer avec énergie, et essayer de le faire pénétrer en exécutant alternativement et avec quelques efforts, de petits mouvemens de gauche à droite, d'avant en arrière, de vrille, et de va-et-vient. En se rappelant la marche progressive de la tête dans la parturition, on a soin de ne pas se presser et de s'arrêter de minute en minute, soit pour ne pas trop fatiguer le malade, soit pour donner aux parties le temps de céder. Si l'on n'avance pas, si l'obstacle résiste trop fortement, au lieu d'employer un excès de force pour le vaincre, on a recours à des numéros *successivement plus forts*; et l'on s'autorise précisément de ce volume pour rendre les efforts d'introduction *de plus en plus énergiques*, sans avoir à craindre ni fausses routes, ni déchiremens.

On conçoit que pour toutes ces manœuvres les sondes métalliques l'emportent infiniment sur les sondes de gomme élastique et sur les bougies. Le premier principe de M. Mayor étant adopté, le second va de

(1) Brochure in-8° de 50 pages avec une planche lithographiée. — Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

droit; mais c'est à ce premier principe surtout que s'adressent de fortes objections. Au reste, l'auteur les a prévues et va de lui-même au-devant.

La principale est celle-ci : le rétrécissement est parfois si étroit et entouré de tissus tellement durs et résistans, qu'il lui sera impossible d'admettre une sonde d'un aussi gros calibre, et qu'en forçant on arrivera à faire des fausses routes. M. Mayor répond qu'une pression modérée et plus ou moins soutenue suffit pour vaincre toute résistance ; une sonde peut bien user et perforer la vessie ; le coude, le talon et le genou ont produit les mêmes résultats sur la matrice, dans des accouchemens prolongés; le pois d'un cautère parvient à se nicher dans la peau; la pression de très-gros calculs sur les parois des uretères et de l'urètre suffit pour leur faire franchir ces canaux, etc. Si de telles résistances ont été vaincues, pourquoi ne viendrait-on pas à bout d'un simple rétrécissement, qui, quelque étroit qu'on le suppose, n'en est pas moins la partie la plus vulnérable et la plus apte à céder de l'urètre? Et en supposant qu'il offre un obstacle invincible dans quelques cas évidemment très-rares et exceptionnels, cela ne saurait servir d'objection contre une doctrine qui s'applique au moins à l'immense majorité des cas.

M. Mayor s'appuie aussi sur l'expérience suivante : Prenez une couche d'un tissu quelconque bien résistant : percez-la d'un petit trou sur un point donné, et dirigez vers cet endroit le bec d'un cathéter; vos efforts commenceront par déprimer un peu le commencement de ce canal artificiel en forme d'entonnoir; cet entonnoir deviendra peu à peu plus profond, et enfin vous finirez par créer un large passage dans toute l'étendue de la perforation.

Nous avouerons que l'objection ne nous paraît pas complétement résolue. En admettant l'expérience citée, il est évident qu'on parviendrait bien plus vite encore à élargir la perforation avec une sonde d'une ligne de diamètre, qu'avec une sonde de deux lignes; ce qui irait droit contre la conclusion à laquelle veut arriver M. Mayor. Ses autres comparaisons ne sont pas non plus bien rassurantes. Si une pression modérée parvient à perforer la vessie, qui me répond que je ne parviendrai pas aussi à perforer l'urètre en me servant du même moyen? Mais, dit M. Mayor, le rétrécissement est le point le plus apte à céder; et, quel que soit son siége, quelles que soient les inclinaisons tortueuses de l'urètre, il faudra bien que ce canal *souple et flexible* s'adapte à la direction du cathéter, comme le fourreau à l'épée, comme la sonde élastique à son mandrin en fil de fer. Cette comparaison est très-ingénieuse; mais elle n'est pas juste. L'urètre n'est pas si fort assujéti à se mouler sur la sonde, qu'il ne se crève très-souvent pour peu qu'on enfonce avec trop peu de ménagement ce prétendu moule; et tout le monde peut savoir par expérience qu'il est bien plus aisé de faire une fausse route que de forcer un rétrécissement ordinaire. Les raisonnemens de M. Mayor étaient donc très-bons pour autoriser à tenter cette méthode nouvelle; mais leur valeur s'arrête là et n'équivaut point à une démonstration. La seule réponse victorieuse à faire aux objections qui nous occupent, c'est qu'en effet M. Mayor et d'autres après lui sont parvenus à forcer ces rétrécissemens sans accidens, avec des sondes de deux lignes; c'est que, toutes choses égales d'ailleurs, des sondes de deux lignes exposent moins à trouer l'urètre que des sondes d'une ligne; mais on voit aussi qu'il ne faudrait pas s'en fier aveuglément à l'indication posée, et pousser bon gré mal gré la sonde jusqu'à victoire complète; il faut une connaissance exacte de l'anatomie de l'urètre, une grande habitude de manier la sonde, une main assez exercée pour sentir jusqu'où la pression est innocente, et à quel degré la résistance des tissus à la rupture est près de cesser; et nous verrons même tout à l'heure que ce n'est pas seulement en les dilatant qu'on parvient par cette méthode à forcer les rétrécissemens.

Supposons toutefois l'obstacle vaincu, faut-il laisser une sonde à demeure dans la vessie? Il est d'observation, dit M. Mayor, que l'urètre comme le vagin, l'anus, et en général toutes les membranes, ne revient pas *de suite* sur lui-même lorsqu'il a été fortement distendu; il reste le plus souvent assez long-temps avant de se resserrer; son énergie est comme vaincue, de sorte qu'on peut, après quelques minutes comme au bout de plusieurs jours, réintroduire sans trop de peine le tube métallique qui a forcé et franchi le défilé, et lui substituer même immédiatement un numéro supérieur. Il ne s'agit souvent que d'une ou deux introductions forcées pour empêcher pendant long-temps la production du resserrement; plus d'une fois même il dit avoir dompté *pour toujours* une pareille disposition, avec quelques cathéters de gros calibre introduits coup sur coup dans l'urètre.

Ceci posé, il devient évident que la permanence des sondes dans l'urètre est au moins inutile; et ainsi se trouve annulé le dernier avantage des sondes de gomme élastique sur les instrumens métalliques. Mais de plus il y a un avantage à laisser le canal libre; c'est qu'on est bien plus vite et plus sûrement averti du moment où la vessie, quelquefois comme paralysée par sa distension, a repris son énergie et ses fonctions; on hâte même ce retour de la contractilité en laissant le malade se livrer seul à quelques essais d'uriner, avant de réintroduire la sonde.

Quant à l'augmentation rapide du calibre des sondes, on trouvera comme moi, dit l'auteur, que cette augmentation, l'obstacle étant vaincu, n'influe en rien sur la difficulté de les introduire.

Voyons maintenant comment se comporte l'opérateur; et d'abord un mot de ses instrumens. M. Mayor a six degrés de sondes; le n° 1 ayant deux lignes de diamètre, et les suivans s'accroissant chacun d'une demi-ligne, ensorte que le n° 6 offre quatre lignes et demie de diamètre. Le numéro est marqué pour chaque cathéter sur une petite plaque transversale ou longitudinale, qui sert à faciliter le maniement du tube et à en indiquer la direction. Il a en outre une septième sonde, dite *conique*, dont le bec répond au n° 1, et l'autre extrémité au n° 6; elle est destinée à forcer graduellement, d'abord le méat urinaire, si sa dilatation est nécessaire pour le passage des autres instrumens, et ensuite les autres points rétrécis si on le juge convenable. Tous ces instrumens ont une courbure unique, qui n'a rien d'ailleurs de particulier; tous sont creux, munis de deux yeux à l'ordinaire; mais ces trous, pour ne pas froisser les parois de l'urètre, sont d'une part évasés en dehors et arrondis; ensuite ils sont placés sur une portion du tube un peu plus étroite que le bec et le reste de la sonde. Le vide du tube ne doit jamais aller plus loin que le dernier trou; on évite ainsi vers le bec de la sonde une sorte de cul-de-sac où s'amassent du sang, du mucus et même des matières contagieuses. Enfin ces cathéters sont faits en étain, non qu'on ne puisse en fabriquer en argent suivant les mêmes principes; mais nous verrons bientôt de quelle importance est ici une pareille économie.

On commence donc par le n° 1; l'instrument est introduit à la manière ordinaire, en suivant la paroi supérieure de l'urètre et en se conformant à la courbure sous-pubienne de ce canal; et arrivé à l'obstacle, on se comporte comme il a déjà été dit. Dans un premier cathétérisme, il arrive d'ordinaire que la sonde est assez fortement enclavée dans le rétrécissement, et le frottement qu'elle éprouve quand on la retire suffit quelquefois pour donner au métal un poli sensiblement plus beau. M. Mayor a profité de cette observation, et avant d'huiler son cathéter, il ne manque pas de le frotter un moment avec un linge ou de la peau.

S'il n'y a pas urgence, on peut ne faire qu'une introduction partielle; c'est-à-dire que s'il y a plusieurs rétrécissemens, on sera libre de chercher à les forcer successivement, en une ou plusieurs séances; et lors même qu'il n'y en aurait qu'un, on pourra ne le traverser que graduellement, en y revenant tous les jours ou à des intervalles beaucoup plus éloignés; mais chaque fois avec cette confiance que, même en les suspendant huit ou dix jours, on n'aura rien perdu de l'effet produit d'abord. Dans tous les cas, on laisse toujours séjourner pendant quelques minutes le cathéter introduit dans le rétrécissement, pour que son action compressive soit plus sensible. Cela est surtout nécessaire quand on se propose de faire glisser un second et un troisième tube, dans la même séance, après le premier, comme M. Mayor l'a fait assez souvent.

Mais si la vessie distendue exige une prompte évacuation de l'urine, alors M. Mayor pratique le *cathétérisme forcé*, c'est-à-dire qu'il n'abandonne plus le malade, et qu'il fait succéder, sans trop d'interruption, ses différens cathéters les uns aux autres. Ici la manœuvre est un peu différente. Arrivé sur l'obstacle, il saisit son cathéter à pleine main, en en plaçant l'extrémité au milieu de la face palmaire, et en étendant l'indicateur sur le côté convexe; ce doigt sera allongé jusqu'au méat urinaire, sur lequel il importe qu'il reste, et contre lequel il faut l'appuyer. Après avoir de l'autre main tendu la verge, ce doigt indique alors si l'on fait quelque progrès, ou bien s'il faut accroître la pression et changer peut-être d'instrument. On essaie alors avec de plus gros numéros; puis on revient aux numéros moindres, quand l'action des premiers a dû notablement changer et amender les conditions du rétrécissement.

Au moment où certaines coarctations viennent à céder, on entend ou on éprouve un petit frémissement brusque, comme si quelque chose se déchirait ou se déplissait. Il ne faut, dit M. Mayor, que s'en féliciter; car on a triomphé de l'ennemi, et le reste ensuite est facile. Assez souvent dans les premières applications quelques gouttes de sang s'échappent; cette petite hémorrhagie dégorge localement et tient lieu de sangsues. C'est là tout ce que dit l'auteur des accidens qui peuvent suivre; toutefois il avoue que ce mode quelque peu brusque, surtout si l'on en exagère l'effet avec trop d'impatience, *exige plus particulièrement l'emploi des antiphlogistiques proprement dits*; c'est-à-dire probablement qu'il cause plus d'irritation que tout autre, ce qui pouvait se

prévoir. D'ailleurs, selon l'auteur, la première introduction seule est pénible; il en est ici comme du vagin après la première intromission de la verge ou la sortie d'un premier fœtus. Les autres introductions de la sonde ont lieu presque par le propre poids du tube métallique, et il suffit souvent de le diriger avec le bout du petit doigt. Il en résulte cet immense avantage, que l'on apprend très-aisément au malade à se sonder lui-même; et qu'après peu de jours, on le renvoie en lui donnant une de ces sondes d'étain, sacrifice fort léger en comparaison de ceux qu'exige le long séjour dans nos hôpitaux et les méthodes actuelles; puis une seule introduction à longs intervalles suffit pour prévenir la récidive pour plusieurs mois et même pour plusieurs années.

Telle est la méthode de M. Mayor, qui peut s'appliquer, comme il le remarque lui-même, à tous les autres rétrécissemens, du canal nasal, de la trompe d'Eustache, de l'œsophage, du larynx, et spécialement du rectum. Six observations suivent ce travail; dans une seule, le rétrécissement étant excessif et provenant d'ailleurs d'une forte contusion au périnée, M. Mayor échoua, mais toutes les autres méthodes échouèrent de même, et la boutonnière était la seule ressource. Nous n'analyserons point ici les autres faits, attendu que M. Mayor a eu de fréquentes occasions, dans ces derniers temps, de pratiquer sa méthode dans la plupart des hôpitaux de Paris, et qu'il a réussi d'une manière souvent prodigieuse.

Mais maintenant jusqu'à quel point peut-on la recommander et l'appliquer; en d'autres termes, quels sont les accidens qui peuvent suivre? A part le danger des fausses routes qui la rendra toujours très-périlleuse dans des mains inhabiles, il paraît évident qu'elle doit avoir tous les inconvéniens qui se rattachent à une excessive dilatation de l'urètre, et qui ont été signalés pour la lithotritie. M. Mayor, que nous avons consulté, nous a dit n'avoir jamais vu ces accidens; mais sur une quinzaine d'essais qu'il a faits à Paris, nous savons qu'un malade a été pris d'accidens nerveux assez violens pour effrayer, bien qu'ils n'aient eu d'autre suite qu'une rétention d'urine durant quelques jours. Un autre, non traité par M. Mayor à la vérité, a succombé à des accidens de nature typhoïde; l'autopsie a montré une fausse route toute récente vers la prostate, et à l'endroit du rétrécissement des éraillures très-sensibles de la muqueuse urétrale. Ces éraillures rendent compte du *frémissement brusque* signalé par M. Mayor, et témoignent qu'il ne s'agit pas ici, constamment du moins, d'une dilatation pure et simple.

Les principes qu'il pose nous paraissent justes et rationels; les reproches qu'il adresse à la dilatation ordinaire sont fondés; mais peut être dans l'application a-t-il poussé ses idées trop à l'extrême. Ne pas admettre de sondes au-dessous du diamètre de deux lignes, c'est une exclusion qui n'est pas assez motivée; prescrire de pousser la dilatation jusqu'à quatre lignes et demie, c'est une autre exagération que nous signalons surtout comme inutile. Il est bien reconnu que nulle dilatation ne suffit pour permettre d'affirmer la cure radicale; et M. Mayor lui-même a grand soin de munir ses malades guéris d'un cathéter, pour qu'ils se dilatent le canal de temps à autre. Avec une dilatation de trois lignes et demie, on arriverait à un semblable résultat; et certainement on aurait quelques accidens de moins à craindre. De même une main habile évitera tout aussi bien les fausses routes avec une sonde d'une ligne à une ligne et demie, et éprouvera certainement moins de résistance à forcer le rétrécissement. Le *cathétérisme forcé*, opération brillante, ne nous paraît pas assez nécessaire, et expose à trop de dangers; les injections forcées de M. Amussat rempliront les indications les plus urgentes partout où ce cathétérisme aurait quelque chance de succès.

A part ces remarques que nous soumettons au jugement de M. Mayor et des praticiens, sa méthode nous paraît une innovation heureuse et fertile en bons résultats. Sans croire avec lui l'hémorrhagie un accident heureux, nous n'y attachons que peu d'importance; et les éraillures de la muqueuse dans le lieu rétréci, en les supposant constantes, ne seraient après tout que ce que tentent de faire par d'autres manœuvres les partisans des scarifications. Mais les deux grands avantages que nous reconnaissons au nouveau moyen, c'est que, d'une part, il abrége de beaucoup la durée du traitement; de l'autre, il fournit pour la classe indigente un préservatif assuré et peu coûteux contre les récidives, et c'est sans doute l'administration de nos hôpitaux ne tardera pas à adopter.

MÉMOIRE SUR LES EFFETS CONSÉCUTIFS DES PLAIES DE TÊTE ET DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES A SES DIFFÉRENTES PARTIES, par M. le baron LARREY; lu à l'Académie des sciences, le 7 avril 1834.

C'est toujours une bonne fortune pour le monde savant qu'un ouvrage ou un mémoire publié par M. Larrey. On peut être assuré d'y trouver de bonnes recherches, des faits importans, des principes positifs et nettement formulés. Embrassant ordinairement le sujet qu'il traite d'une vigoureuse et féconde étreinte, il est toujours conduit à des résultats importans, des vues ingénieuses, des aperçus neufs dont l'art fait ensuite son profit. Nous n'en voulons pour preuve que le mémoire dont nous venons d'exposer le titre. Ce travail offre d'autant plus d'intérêt qu'on y trouve la solution de plusieurs questions chirurgicales fort importantes. Par exemple, on a long-temps discuté pour savoir comment la nature parvenait à guérir les plaies de tête suivies d'une perte de substance plus ou moins étendue dans toute l'épaisseur des os du crâne; en un mot, quel était le mode d'occlusion de ces ouvertures, selon les lois de la vie. M. Larrey prouve d'abord qu'on ne peut l'attribuer, comme on l'a cru d'abord, à la lame externe de la dure-mère fournissant une végétation vasculaire qui passe à travers l'ouverture, se met en rapport avec les parties molles extérieures, et forme ainsi une sorte de cicatrice ou obturation charnue dont la consistance devient ensuite plus solide. L'auteur fait voir que cette espèce de ciment organique, produit pathologique de la dure-mère, n'a point lieu; bien plus, qu'il en résulterait de graves inconvéniens pour le cerveau. Il démontre qu'il y a ici un travail organisateur tout particulier dans les os qui circonscrivent l'ouverture même du crâne; que cette ouverture, due au trépan ou à toute autre cause de déperdition de substance aux os du crâne, ne se forme que par l'allongement et l'amincissement des fibres ou vaisseaux osseux des bords de cette ouverture. « En même temps, dit-il, il s'opère un travail de concentration et de resserrement de toute la paroi osseuse correspondante; en sorte que, après la guérison complète de ces solutions de continuité, on trouve une réduction sensible dans toute la région correspondante au point trépané. » M. Larrey fait ensuite observer avec raison qu'il est le premier qui ait fait observer ce travail de concentration, non-seulement dans les os du crâne, mais encore dans ceux qui forment les parois de la poitrine, dans les vertèbres, et enfin dans tous les os de l'économie.

Le principe posé, l'auteur expose ensuite comment ce phénomène a lieu, la marche de la nature dans cette circonstance, les avantages qui en résultent, et les applications pratiques qu'on peut en déduire; il entre à cet égard dans des détails du plus grand intérêt.

Parmi les curieuses observations insérées par M. Larrey dans son mémoire, il en est surtout deux qui frappent par leur singularité; l'une est relative au jeune chirurgien Juville qui, frappé à la tête par un éclat d'obus, présenta long-temps des aberrations de l'intelligence, et finit par succomber près de douze ans après la blessure reçue. La seconde est celle d'un jeune officier d'artillerie qui, ayant été blessé profondément à la région pariétale droite, choisit quelque temps après cet endroit pour opérer son suicide. Guidé par son doigt, il introduisit à travers la cicatrice la pointe d'un couteau à ressort très-acéré et la fit enfoncer tout à coup dans le crâne, en appuyant le manche de l'instrument contre la muraille de sa prison. Voilà certes un nouveau mode de suicide inconnu à ceux qui, las de la vie, se débarrassent du fardeau le plus tôt possible.

Mais, non content d'examiner les effets consécutifs des plaies de tête sur le crâne et le cerveau, M. Larrey les observe encore sur les yeux; et ses remarques ont, comme à l'ordinaire, une grande portée clinique; nous dirons la même chose de ses considérations sur les plaies de la face et celles des mâchoires. En résumé, ce mémoire est digne de la haute réputation de l'auteur. Partout, en effet, on reconnaît le chirurgien habile, l'observateur expérimenté, se tenant constamment dans la sphère des faits et de leurs déductions légitimes. M. Larrey ne sait point *deviner* la science; il la fait, il l'éclaire, il l'agrandit par la recherche constante du progrès réel, par l'enquête rude et laborieuse du vrai et du bon. Or si, en matière de science, tout se pèse et s'estime par les résultats, on peut dire que ceux obtenus par cet illustre chirurgien tiendront une large place dans l'histoire chirurgicale de notre époque.

R.-P.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

RECHERCHES SUR LES ACCIDENS PRODUITS PAR L'USAGE DES PRÉPARATIONS DE CHARCUTERIE AVARIÉES; par M. Pointe, professeur à l'école secondaire de médecine de Lyon.

Le numéro 3 de la Gazette médicale de cette année renferme un article sur l'empoisonnement produit par des préparations de charcuterie avariées, et spécialement par les boudins et les saucissons corrompus; il résulte de ce travail, qui intéresse particulièrement les habitans des grandes villes : 1° que les boudins et les saucissons sont, de toutes les préparations de charcuterie, celles dont l'usage a le plus souvent déterminé des accidens graves; 2° que des signes particuliers pourraient servir à reconnaître l'empoisonnement produit par ces substances alimentaires; 3° enfin que ces accidens sont très-fréquens dans le Wurtemberg, et que les habitans de la capitale de la France n'en sont pas exempts, quoique les magistrats de cette ville surveillent avec soin cette industrie (1).

Il ne sera peut-être pas sans intérêt pour les lecteurs de ce journal et sans utilité pour la ville de Lyon, de faire connaître l'influence que les préparations de charcuterie peuvent avoir sur ceux des habitans de cette ville qui en font un usage trop exclusif, et de signaler à ses magistrats des inconvéniens qu'ils pourraient prévenir par une surveillance plus active.

Lyon, réputé pour l'excellence de sa charcuterie, est de toutes les villes de France celle où, relativement au nombre de ses habitans, il s'en prépare davantage; puisque indépendamment de ce qu'il en faut pour sa population ouvrière qui est très-nombreuse, il en exporte encore une grande quantité dans les départemens et dans l'étranger : double motif pour l'autorité de surveiller sa confection, puisque la santé publique y est intéressée, et qu'il s'agit d'une branche de commerce assez lucrative.

L'influence fâcheuse que l'usage habituel de la chaire de porc doit avoir sur la santé, a été observée dans toutes les grandes villes; sa saveur stimulante, agréable à des palais usés par l'abus des boissons alcooliques, son prix généralement assez peu élevé, la commodité d'un aliment que l'artisan peut manger au sortir de la boutique du marchand et sans autre préparation, et enfin ses propriétés éminemment échauffantes, expliquent de reste et l'abus que l'on en fait et les accidens qui en résultent.

La viande de porc considérée comme aliment, peut être étudiée : 1° dans son influence générale sur la constitution organique des indivi-

(1) Plusieurs milliers de kilogrammes de marchandises avariées venaient (1834) d'être saisies dans les boutiques des charcutiers de Paris.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° IV.

A M. LE DOCTEUR D...

Depuis que vous avez quitté Paris, mon cher ami, pour vous retirer dans votre modeste héritage, je n'ai oublié aucune des questions que nous avons si souvent agitées, soit à la fin de nos études médicales, soit dans les intervalles de repos que nous laissait l'activité de la pratique. Parmi ces questions, il en est une qui m'a frappé bien des fois par son importance et l'admirable fécondité de ses résultats; c'est que l'étude approfondie du cœur humain appartient à la médecine et aux médecins. Vous rappelez-vous ce mot lancé en plaisantant par un homme d'esprit dans une conversation : Ce sont les robes noires, disait-il, qui gouvernent les hommes; le monde entier est devenu leur proie. Cette assertion est pour moi une vérité démontrée; plus je vis et je réfléchis, plus elle se confirme dans mon esprit; car le pouvoir moral gouverne de fait les sociétés civilisées. Ces robes noires, qui désignent évidemment le prêtre, l'avocat et le médecin, ont en effet, une étonnante influence, apparente ou cachée, sur notre état social. Voulez vous en savoir la cause? C'est qu'à ces professions seules il est donné de connaître l'homme, de le voir ce qu'il fut, ce qu'il est, et ce qu'il sera probablement dans tous les temps. Toutefois, je ne crains pas de l'affirmer, la médecine a sur ce point une supériorité qu'on ne peut lui contester. Il est vrai que l'avocat exerce une grande influence sur les masses, surtout dans certaines formes de gouvernement; il est encore vrai que le spectacle des passions humaines, aux prises avec l'intérêt, lui est sans cesse offert; qu'il peut les contempler dans ce qu'elles ont de grand et de noble, plus souvent dans ce qu'elles ont de bas, de rusé, de cauteleux, de méchant; mais il est également qu'il ne voit ces passions que dans certaines circonstances et chez une certaine classe d'individus; car enfin à qui n'a rien on ne peut rien disputer, et il n'y a pas de procès possible. Le médecin a le même avantage, mais sous des rapports bien plus variés, sur une échelle bien autrement vaste, puisqu'il s'agit de la société entière. A la vérité, le prêtre communique avec tous les hommes; il enseigne la parole de vie aux forts et aux faibles; il sème le bon grain pour le pauvre et le riche; il s'abaisse avec les humbles et s'élève avec les grands; par la voix de l'apôtre, il nous avertit que chaque homme doit souffrir et mourir; que cette loi est générale et éternelle. Toutefois, il y a une énorme différence entre le prêtre et le médecin pour apprécier la nature humaine; c'est que le corps, l'organisme, l'être matériel, est tout-à-fait étranger au premier, tandis que c'est la base spéciale des études et des méditations du second; et cette différence amène d'incalculables résultats. Cependant, qu'on n'infère pas de ce principe que l'être moral soit exclu de notre art, ce serait étrangement le méconnaître. Loin de là, n'est il pas certain que l'étude de

dus qui en font un usage trop exclusif, alors même qu'elle ne laisse rien à désirer sous le rapport des diverses préparations que les charcutiers lui font subir; 2° dans son action chez les personnes qui en ont pris une assez grande quantité pour qu'elle ait causé une indigestion, ou qui, sans en avoir trop mangé, en ont éprouvé des accidens qui tiennent à un premier degré de décomposition ou à une mauvaise confection de cette substance alimentaire.

1° INFLUENCE GÉNÉRALE DE L'USAGE DE LA VIANDE DE PORC SUR LA CONSTITUTION ORGANIQUE DES PERSONNES QUI EN FONT UN USAGE TROP EXCLUSIF.

La chaire fraîche ou salée jouit de propriétés excitantes qu'elle doit à ses fibres qui sont dures et assez serrées pour qu'aucune parcelle de graisse ne puisse se placer dans leurs intervalles; à une assez grande quantité d'osmazome; à une graisse qui dans quelques régions est assez ferme, mais dans d'autres est molle, huileuse et d'assez difficile digestion, et surtout enfin à la grande quantité de sel et autres épices que l'on emploie dans les diverses préparations qu'on lui fait subir.

Les parties fibreuses et graisseuses du porc résistent plus long-temps que la plupart des autres substances alimentaires à l'action des organes digestifs, ceux-ci sont obligés de réagir avec plus de force et plus souvent sur un bol alimentaire qui offre plus de résistance; cet état physiologique ainsi exagéré et souvent répété se convertit insensiblement en un état pathologique qui est l'inflammation ou l'hypertrophie, et quelquefois en des dégénérescences organiques de diverses natures; voilà pour les désordres locaux, mais il en est d'autres qui sont généraux et qui reconnaissent deux sources: 1° l'état d'irritation inflammatoire d'une portion du tube digestif, peut se réfléchir sur les autres appareils d'organes et les entretenir dans un état continuel d'excitation et d'échauffement, sorte de phlegmasie générale chronique qui amène l'amaigrissement et un véritable état de phthisie ou de consomption; 2° quand les préparations de charcuterie ont été digérées à la faveur d'un travail de la digestion plus ou moins laborieux, tous les principes existans n'ont pas été également détruits par l'action des organes, l'osmazome particulièrement leur a échappé, il a pénétré dans le torrent circulatoire et a fait sur tous les tissus vivans une impression excitante qui peut avoir des suites tout aussi funestes que celles que je viens de signaler (1); ce n'est donc pas à tort que l'on a placé la viande de porc et ses diverses préparations parmi les alimens échauffans; je crois que considérée sous le rapport de l'influence qu'elle peut avoir sur la santé, l'abus que les militaires en font dans les villes, doit être placé immédiatement après celui des liqueurs spiritueuses; bien entendu que je ne veux parler ici que de cette influence diététique qui agit d'une manière lente et insensible, qui ne s'accompagne d'aucune douleur, qui ne met point dans le cas de s'aliter, et qui pour ces diverses raisons n'en n'est que plus dangereuse, puisqu'elle mine les meilleures constitutions à l'insu même des victimes qu'elle fait.

(1) Cette réaction dans quelques circonstances se fait particulièrement remarquer plus spécialement sur certains appareils d'organes; de là les affections nombreuses de la peau, observées chez les peuples qui faisaient de cette substance leur régime habituel.

2° PHÉNOMÈNES MORBIDES QUI SE MANIFESTENT A LA SUITE DE L'INGESTION DANS L'ESTOMAC DES PRÉPARATIONS DE CHARCUTERIE DE MAUVAISE QUALITÉ OU PRISES EN TROP GRANDE QUANTITÉ.

Il est vrai de dire que les accidens graves qui résultent de l'usage des préparations de charcuterie mal confectionnées ou avariées ne sont pas communs à Lyon, on les observe cependant quelquefois et je vais en rapporter deux observations.

OBS. I. — M. V. D., négociant, âgé de 44 ans, d'une stature peu élevée et d'un tempérament éminemment lymphatique, me fit appeler le 31 décembre 1834; à son dîner de la veille, qui avait eu lieu de deux à trois heures, on lui avait servi entre autres alimens très-sains et qu'il avait coutume de manger tous les jours, des boudins qu'il avait trouvés excellens; il n'avait cependant point pris à ce repas plus d'alimens que son appétit n'en demandait, et la digestion parut se faire sans accident pendant les premières heures; mais à 10 heures, c'est-à-dire 7 heures après la dernière digestion des alimens, quelques coliques légères se firent sentir, mais disparurent; durant le reste de la nuit, le sommeil fut agité et interrompu plusieurs fois par des coliques peu intenses; à huit heures du matin, besoin d'aller à la selle, qui ne put être satisfait malgré de grands efforts qui réveillèrent les coliques; en peu d'instans ces dernières prirent le plus haut degré d'intensité, s'accompagnèrent de nausées, de tuméfaction et de dureté de l'abdomen qui devint en même temps douloureux surtout vers la région cœcale. Les parties supérieures et inférieures restaient fléchies sur le ventre, le moindre effort d'extension donnant lieu à un grand accroissement de souffrances. Cet état pénible prenait à chaque instant un caractère plus grave; bientôt la chaleur et la respiration cutanée furent inégales; le pouls petit et concentré, l'agitation extrême; les efforts pour vomir et les douleurs de l'abdomen affreuses; enfin le malade se trouve dans un état d'angoisse inexprimable qui effraya les assistans. (A huit heures, 15 sangsues sur la région cœcale; cataplasme et lavemens émolliens, etc.) La maladie continua à marcher dans sa période d'accroissement; les douleurs du ventre s'étendirent vers les régions rénale et épigastrique, surtout à droite. (A dix heures, nouvelle application de 15 sangsues, etc., etc.) A midi, les douleurs cessèrent d'augmenter; alors seulement les efforts de vomissement eurent pour résultat l'expulsion d'un liquide glaireux et d'une dose de potion calmante prise il y avait peu d'instans. De temps en temps, le malade cédait à une sorte d'accablement et d'assoupissement, s'endormait pendant quelques minutes; mais bientôt les douleurs le réveillaient, et il délirait pendant un moment. La nuit se passa dans cet état. Le lendemain, 1er janvier, à cinq heures, les coliques perdirent une partie de leur force; mais les envies d'aller à la selle et d'uriner se firent sentir de nouveau; le premier besoin ne put être satisfait malgré les efforts les plus pénibles et très-souvent répétés; quant aux urines, elles s'échappaient parfois goutte à goutte, et leur émission était accompagnée d'une douleur vive qui paraissait partir du col de la vessie; les douleurs abdominales devinrent moins aiguës, mais elles s'étendirent jusqu'aux testicules; des éructations fréquentes eurent lieu, et un sentiment de malaise semblait à chaque instant annoncer une syncope. (Les fomentations émollientes seules soulagèrent un peu. Les lavemens émolliens et laxatifs, quoique souvent répétés, ne furent suivis d'aucune selle tant qu'a duré la période d'acuité, etc.) Cette maladie s'est maintenue à ce degré d'intensité jusqu'au 4 janvier, époque où elle a offert une nouvelle décroissance, mais alors et pour la seconde fois, tous les phénomènes morbides sont restés quelque temps stationnaires, et ce ne fut que le 4 janvier, premier jour où les lavemens ont commencé à produire quelque effet, qu'une amélioration plus notable s'est manifestée; ces premières selles étaient composées, au dire de la garde, de matières noires, dures et séparées par grumeaux; le corps a pu s'étendre; le ventre étant devenu moins douloureux, moins tuméfié et moins dur; les menaces de syncope ont cessé; depuis l'état de ce malade a toujours été en s'améliorant; de nouveaux lavemens ont amené de nouvelles selles, mais moins consistantes, moins foncées et mêlées de parties membraneuses et filamenteuses; il est enfin entré en convalescence vers la fin de janvier; la liberté du ventre n'a pu se maintenir sans le secours des lavemens avant le 15 mars, et jusqu'à la même époque environ il n'a pu satisfaire son appétit sans éprouver quelques souffrances qu'il rapportait à l'estomac.

---

l'organisme dans ses rapports physiques et moraux, comme dans son état normal ou irrégulier, constitue la médecine? C'est précisément ce qui la place si haut, ce qui établit sa suprématie, ce qui lui donne à jamais une large place dans les nécessités sociales.

Ainsi le médecin examine l'homme sous tous les aspects que celui-ci présente à son observation, il ne néglige aucun des phénomènes de l'économie. Il en résulte que lui aussi voit l'humanité dans ses phases les plus diverses, car les hommes sont dans l'homme. Aucun observateur au monde n'est donc mieux placé que le médecin pour juger ce que valent nos prétentions et notre orgueil, pour bien connaître cette communauté des hommes dans la souffrance, leur égalité devant la mort et devant Dieu, pour pénétrer cet inexorable ennui, fonds de la vie humaine, contempler la puissance morale toujours aux prises avec la puissance animale, enfin confondre tous les hommes dans un même amour, car il voit souvent les grands de trop près pour mépriser les petits. Personne ne sait mieux que lui que les cris de joie ont leur amertume, et les voluptés leurs soupirs; que le lendemain n'est jamais garanti de la tempête et de la maladie; que tout ce qui est humain passe et s'efface, le plus petit grain de sable ayant en lui plus de durée que la fortune de Rome.

On blâme les médecins de faire, en général, une trop grande part à l'organisation; mais outre que ce reproche est parfois mal fondé, on ne voit pas que c'est à l'aide de l'étude des organes qu'ils s'élèvent à la connaissance pleine et entière de l'homme, autant du moins qu'il nous est donné de l'obtenir. Une crédule et jactancieuse métaphysique peut se renfermer dans de ténébreuses abstractions, placer la vérité sur un trône de vapeurs en se contentant du vague et de l'insubstantiel; mais peut-elle espérer de connaître ainsi l'homme dans son entier? Je le sais, l'ame, même la plus mêlée avec la chair, la plus dominée par les tendances instinctives, la plus obscurcie par la puissance organique, n'en conserve pas moins son caractère indélébile. Le MOI, représenté par une volonté énergique, est une force primitive qui domine l'organisme; idée parfaitement rendue par un philosophe moderne, lorsqu'il rappelle ce mot d'un grand capitaine se disposant à marcher au combat: « Tu trembles, carcasse; mais tu tremblerais bien davantage si tu savais où je vais te conduire. » Rien de mieux assurément; mais combien de fois aussi cette volonté, toujours limitée par les conditions organiques, n'est-elle pas en outre domptée, subjuguée par des habitudes, par un type primordial d'organisation qui la tyrannisent sans cesse, misérable esclave, *strascinando la catena*, preuve de sa déchéance et de sa nullité. Vouloir est beau; mais le pouvoir de vouloir, voilà ce qui nous manque, parce qu'il y a un sceau de misère et de faiblesse imprimé à la matière organisée. Certes, on peut reconnaître dans ces circonstances toute la puissance de l'organisation, et cette puissance bien appréciée dans son énergie comme dans ses effets, devient un guide qu'on ne perd jamais de vue impunément. Ici comme partout le fait matériel recouvre l'idée, le fait moral, quelque étendu qu'on le suppose; or donc, qui sait apprécier les faits matériels, c'est-à-dire, l'organisme, en connaître la valeur, en calculer les résultats, peut descendre hardiment dans les profondeurs du cœur humain, y saisir ce fil secret et mystérieux qui conduit à la vérité. Je vous le demande, mon cher ami, n'est-ce pas là étudier l'homme par une véritable logique expérimentale et inductive? Peut-on douter que les explorations anatomiques, physiologiques et philosophiques aient une identité qu'on ne saurait nier sans nier l'évidence même? Vous le savez, dans nos graves entretiens, nous avons d'un commun accord rejeté un grossier matérialisme, tout aussi inexplicable que le spiritualisme

OBS. II. — Je tiens de M. le docteur Gensoul l'histoire de six personnes habitant sous le même toit, le mari, la femme, la mère de l'un d'eux, deux ouvriers et une ouvrière qui, après avoir mangé (1834) de la chair de porc salée et du melon, éprouvèrent tous des accidens graves qui furent d'abord ceux d'une gastro-entérite, et assez semblables chez chacun; envies de vomir; douleur à l'épigastre et dans toute l'étendue de l'abdomen, soif vive, fièvre ardente, etc. Le docteur Gensoul fut appelé en consultation vers le dixième jour de la maladie par M. le docteur Franche, médecin traitant; il fut reconnu que ces six individus n'offraient encore que les symptômes d'une phlegmasie très-aiguë de la muqueuse digestive, avec réaction forte sur les appareils généraux; de là une fièvre aiguë grave qui mit la vie de plusieurs en danger. Jusqu'au moment de cette consultation, leur état fut à très-peu de chose près le même; mais dès que cette affection eut perdu son caractère d'acuité, elle prit chez chacun une forme différente. La maladie du mari s'est soutenue avec des symptômes graves pendant plus d'un mois, et la convalescence a été longue et marquée par un état de faiblesse qui a duré plusieurs mois; les symptômes de gastro-entérite, chez la femme, disparurent presque subitement vers le douzième jour, mais ils furent aussitôt remplacés par ceux d'une névrose (la danse de Saint-Guy), qui cessèrent eux-mêmes après quinze jours de durée. La mère, âgée de 65 ans, est de tous ces malades celui qui a offert les phénomènes d'inflammation gastro-intestinale les moins intenses; mais comme chez tous, la convalescence a été chez elle longue et pénible; les forces surtout ont eu bien de la peine à revenir. Les deux ouvriers, hommes forts et robustes, ont eu des gastro-entérites très-aiguës; Après quelques jours de traitement à domicile, ils ont été transportés à l'hôpital, où ils ont séjourné plusieurs semaines. Enfin l'ouvrière, qui était une jeune fille, a été passer sa convalescence à la campagne, et ce n'est qu'après un laps de temps très-long qu'elle a recouvré la santé et les forces.

Je conclus de ce qui précède que les accidens graves qui peuvent résulter de l'usage des diverses préparations de charcuterie avariées ou sophistiquées s'accompagnent de signes assez variés. A Lyon, ils n'ont point été semblables à ceux qui ont été décrits par le docteur Rodenmüller dans le Wurtemberg, et à Lyon, ils ont différé dans la plupart des cas observés. Ces différences tiennent à plusieurs causes, au tempérament et à la constitution organique des individus; à l'espèce de préparation de charcuterie dont on a fait usage, et surtout au genre d'altération que cette substance alimentaire a éprouvé. Ces accidens, qui sont en général le résultat d'une action excitante qui agit d'abord sur le tube digestif et consécutivement sur tout l'organisme, doivent en effet être modifiés suivant que l'élément sanguin, nerveux ou lymphatique prédomine, et suivant que la constitution est forte ou faible; or, le tempérament mixte est celui de la plupart des Lyonnais qui jouissent de quelque aisance; une prédominance lymphatique et une constitution assez faible se rencontrent très-souvent dans la classe nombreuse des ouvriers employés au tissage de la soie; dans les autres industries, on rencontre en général des constitutions plus fortes, et le tempérament bilieux-sanguin se fait assez souvent remarquer dans toutes les classes. Au reste, le grand nombre d'étrangers que le commerce attire des départemens et de l'étranger explique la grande variété de tempéramens et de constitutions que l'on trouve à Lyon; or, les modifications qu'une maladie développée sous l'influence d'une même cause doit éprouver dans ces diverses circonstances se comprennent, et n'ont pas besoin d'autre explication.

De toutes les préparations de charcuterie, la plus susceptible de devenir malsaine par le fait d'une mauvaise préparation est le boudin; après viennent les saucisses, le fromage de cochon, les cervelas, etc.; toutes ces substances alimentaires, le boudin excepté, sont un mélange de diverses parties du porc hachées et fortement épicées; alors même qu'elles ne sont point avariées, leur digestion exige une intégrité parfaite dans les organes digestifs, et les personnes qui ont ces derniers très-irritables s'abstiennent assez ordinairement d'en manger; la plupart d'entre elles n'ont pas même besoin pour s'imposer cette privation de l'avis de leur médecin; le sentiment seul de leur conservation les porte à refuser un aliment qui aux uns cause des nausées et des renvois tant que dure la digestion stomacale, et aux autres quelques coliques et un peu de diarrhée. Quant aux parties du cochon qui ne sont point ainsi composées, tels que pieds, jambons, filets, côtelettes, etc., que l'on mange salées ou fraîches, et alors simplement cuites dans un bouillon fortement assaisonné, quoique douées d'une propriété échauffante incontestable, il est rare que leur usage soit immédiatement suivi d'accidens graves. Je pourrais en dire autant des quartiers de cochon salés et spécialement préparés pour la marine. C'est donc surtout à la mauvaise qualité des préparations de charcuterie qu'il faut rapporter les accidens dont j'ai parlé, accidens que dans quelques cas l'on pourrait prendre pour de véritables empoisonnemens. Il se consomme à Lyon beaucoup de boudin, et le sang des porcs que l'on tue ne suffisant pas, les charcutiers y suppléent par le sang d'autres animaux, et particulièrement par celui de mouton ou de veau; mais les boudins ainsi composés ne sont pas aussi bons; la digestion en est plus difficile que celle des boudins faits avec le sang de cochon; or, comme les cochons et les veaux ne sont pas sous la main des charcutiers, il faut un certain laps de temps pour se procurer de leur sang; de là vient que pour la confection de ces boudins on est souvent dans le cas de se servir de sang vieux et malpropre de ces animaux; enfin la graisse sous forme de bandelettes que l'on place dans les boudins n'est pas toujours la meilleure du porc. Les mauvais boudins sont assez faciles à reconnaître; leur couleur noire est plus terne, et leur consistance est moindre; ils conservent l'impression des doigts qui les compriment, même légèrement; leurs bandelettes graisseuses sont ordinairement plus minces et toujours moins fermes. Quant aux préparations de charcuterie composées de diverses parties de l'animal, hachées, mêlées et très-épicées, l'on conçoit que la décomposition putride doit s'emparer avec plus de facilité de ces différens mélanges; il suffit quelquefois de la mauvaise qualité d'un seul des ingrédiens qui entrent dans leur préparation pour hâter cette décomposition; enfin, toute espèce de charcuterie peut avoir séjourné plus ou moins long-temps dans des bassins malpropres ou oxidés, et leur usage dès lors pourra produire des accidens d'autant plus graves qu'à cette cause de maladie se joindra l'action stimulante qui appartient au comestible lui-même; et sous l'influence de ces deux causes qui agissent de concert, on verra se développer les phénomènes morbides les plus fâcheux.

L'influence des préparations de charcuterie sur la santé de l'homme a été signalée depuis long-temps. Sur mer, où l'on a tant de raisons d'éloigner des matelots toutes les causes de maladies, le cochon salé n'entre point dans le régime des équipages destinés à de courtes traversées, ou y entre pour très peu; pour les voyages de long cours, l'on ne peut s'en passer, mais elle n'y entre que dans une proportion déterminée, et le gouvernement ne permet l'embarcation que des viandes salées de porc de première qualité. La ville de Nantes est le plus souvent chargée de ces approvisionnemens. Dans notre colonie d'Afrique, l'un des points occupés par nos troupes (Bougie) se fait remarquer par un nombre de malades hors de toute proportion avec celui des autres garnisons françaises de cette contrée; eh bien! Bougie est, de toutes les

---

le plus pur; nous nous sommes gardés de considérer l'homme comme un simple bimane, qui ne diffère des animaux que par un pouce opposable et la faculté de dormir sur le dos; mais aussi, dirigés par la puissance des faits, notre point de départ a été l'organisation examinée dans tous ses rapports. Nous avons vu que les fonctions organiques constituent la prédétermination physique, et que celle-ci conduit aux tendances morales; tantôt abandonnées à elles-mêmes, tantôt restreintes, combattues ou écartées par une volonté forte, soit seule, soit aidée de l'éducation ou de motifs religieux. Ainsi, *animus noster, modo rex est, modo servus*, comme l'a dit un ancien, et on en voit la raison. Mais celui qui aura les notions les plus approfondies sur ces prédéterminations et ces tendances, aura par cela même la connaissance la plus nette, la plus positive du cœur humain, et ces notions appartiennent au médecin, parce que lui seul connaît le mieux la machine humaine, parce qu'il l'a vue, comme on l'a déjà remarqué, dans ses états les plus variés, les plus opposés; tranquille ou furieuse, faible ou vigoureuse, saine ou brisée, délirante ou réglée; successivement imbécile, éclairée, stupide, bruyante, muette, léthargique, vivante ou morte. J'accorde que le corps soit uniquement la *chose* de l'homme, mais cette chose influe nécessairement sur la volonté et les actes. En vain dira-t-on que considérer l'homme dans ses fonctions organiques, c'est le voir dans ses rapports inférieurs, c'est se placer au point de vue le plus bas. Que nous importe? L'essentiel est d'obtenir quelques rayons de lumière pour pénétrer dans la nature humaine; et les médecins ont su en recueillir plusieurs qui jettent un vif éclat. Pour nous, il est vrai, cette recherche est sans fictions, le sens philosophique a déchiré le voile poétique, mais la vérité a aussi son charme et sa beauté. Toujours est-il que par l'étude des lois vitales, par la connaissance des constitutions individuelles, des prédominances organiques, par l'appréciation du pouvoir autonome de l'économie, le médecin peut disposer d'un instrument dont les autres observateurs sont dépourvus; que sa robe noire couvre plus d'étendue de savoir, plus de données positives, parce qu'il a plus de moyens d'en acquérir.

Si maintenant passons aux occasions de se servir de cet instrument, d'appliquer ce savoir, on trouve que les médecins conservent encore ici leur supériorité. Le prêtre et l'avocat n'exercent leur ministère que dans certains cas; le médecin voit l'homme dans toutes les circonstances où le placent la nature et la société. Or, ces circonstances sont singulièrement multipliées. Rappelons-nous que l'être humain appartient pour ainsi dire au médecin depuis sa naissance jusqu'à sa mort; du berceau à la tombe, parce que la douleur est notre éternelle compagne. Et même en remontant plus haut, à peine le germe est-il fécondé, qu'il faut souvent de nombreuses précautions hygiéniques et médicales pour le préserver d'atteintes funestes. Si l'on parcourt ce que j'appelle *la courbe de la vie*, on trouvera que notre art ne perd jamais de vue un seul instant l'humanité. Qui a plus besoin de lui que l'enfant? Les maladies ne l'assiégent-elles pas de toutes parts? Le jeune homme si fortement en possession de la vie, qu'il croit à peine qu'elle a une fin, n'est-il pas exposé à une foule de maux, précisément à cause de ce haut degré de vitalité dont il est si fier? L'homme fait ne peut s'avancer dans son orageuse carrière sans invoquer notre secours; sa susceptibilité morbide est d'autant plus grande que la vie s'exerce chez lui dans un cercle plus étendu. D'ailleurs, la mobilité excessive de ses passions, la rapidité de leur développement; le trouble qu'elles apportent dans l'économie, la servitude où elles tiennent le sens moral, n'est-ce pas là le feu rongeur de l'existence? Et tous les jours nous en constatons les effets, car le médecin, comme les interprètes de la divinité, a le droit

villes d'Afrique que nous occupons, celle où les vivres, et particulièrement les bestiaux, arrivent avec le plus de difficulté et où par conséquent le soldat est le plus souvent exposé à ne vivre que de viande de cochon salé. Nul doute, et c'est l'avis de plusieurs médecins militaires qui pratiquent en Afrique, que cette mauvaise alimentation ne soit une des causes des maladies meurtrières qui déciment notre garnison dans la ville de Bougie.

POINTE,
Professeur de clinique médicale à l'école secondaire de médecine de Lyon.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

REMARQUES SUR L'ABLATION DE LA LANGUE PAR LA LIGATURE ; par M. Matthias MAYOR, docteur en chirurgie à Lausanne, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Je viens de faire, avec autant de succès que de facilité, la *cinquième* extirpation d'une langue cancéreuse, au moyen de mon procédé pour *la ligature en masse* ; et comme, pour cette opération, on me vantait beaucoup le mode de M. Mirault, je me suis procuré la monographie du chirurgien d'Angers. Quelle a été ma surprise en lisant, dans le premier fascicule du quatrième volume des *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, les passages suivans, que j'extrais textuellement de l'ouvrage susmentionné !

« 1° Le fait d'une jeune fille qui, affectée d'un cancer encéphaloïde » envahissant une grande partie de la langue, en a été délivrée par des » opérations chirurgicales nouvelles, qu'on eût peut-être taxées de témé» rité si le succès n'était venu les légitimer (1).

» 2° Développement de ramollissement et d'ulcérations ; hémorrha» gies qui mettent en danger les jours de la malade.

» 3° Le mal était d'autant plus grave que, pour le détruire, il fal» lait emporter les deux tiers de la langue. Or, dans aucun cas que je » connusse, on n'était allé aussi loin, et les procédés opératoires em» ployés jusqu'ici étaient inapplicables ou insuffisans.

» 4° Abandonné à ma propre inspiration, le cercle de mes idées se » restreignit à deux moyens de traitement. L'un consistait à intercep» ter d'abord la circulation et à diviser transversalement la langue, *puis* » à extirper celle-ci en la détachant de la paroi inférieure de la bou» che. L'autre moyen était de faire la ligature des deux artères lin» guales, et de pratiquer l'ablation du cancer. Le 17 mai (1833), en » présence, etc., je ne réussis point à saisir l'artère du côté gauche, » et je crus plus convenable de combiner la ligature de l'artère linguale » d'un côté et celle de la langue du côté opposé. Néanmoins, l'hémor» rhagie récidiva trois fois dans la journée, et trois fois il fallut re» courir au tamponnement. J'arrivai à temps pour être témoin de la » quatrième. La jeune fille était accablée et d'une pâleur extrême, le » pouls petit, accéléré, et nous agitâmes la question si l'on ne devait » pas procéder de suite à la ligature de la moitié gauche de la langue » pour oblitérer médiatement l'artère qui fournissait du sang.

» 5° Il était huit heures du soir ; on s'accorda pour remettre au » lendemain l'opération, à cause de la difficulté qu'il y aurait eu à la » pratiquer à la lumière artificielle.

» 6° Le 6 juin, assisté, etc., je fis sur la ligne médiane du cou une » incision, depuis un travers de doigt au-dessous du menton jusqu'à » l'hyoïde.

» 7° La langue fut alors saisie par ses deux faces avec une pince » dont les mors étaient garnis d'agaric, et tirée hors de la bouche. » J'enfonçai par la plaie une grande aiguille courbe garnie d'une li» gature ; je lui fis traverser la base de la langue de manière à péné» trer dans la bouche, et je l'attirai en dehors avec mon doigt indica» teur. Je l'enfonçai (*ensuite*) dans la paroi inférieure de la bouche, » et je la fis sortir par la plaie du cou, près de l'endroit où je l'avais » plongée dans le premier temps de l'opération ; ses deux chefs, pla» cés sous le menton, furent passés dans un serre-nœud et serrés assez » fortement.

» 8° La douleur causée par la constriction du lien fut très-vive dans » la première demi-heure ; mais à partir de ce moment, elle s'affai» blit de plus en plus et dégénéra en un engourdissement pénible.

» 9° Les effets immédiats de cette ligature ne furent point ceux que » j'avais redoutés, et qui m'avaient détourné d'abord de ce procédé » opératoire.

» 10° Aussitôt que le tissu de la langue commença à se diviser, on » eut soin de porter de temps en temps le doigt entre les lèvres de la » plaie pour prévenir leur adhésion immédiate. Au bout de quelques » jours, la malade s'en acquittait très-bien elle-même.

» 11° Le 16 du même mois, une ligature fut portée sur la moitié » droite de la langue, comme je l'avais fait pour l'autre moitié ; mais » la malade souffrit moins que la première fois. »

L'auteur se prononce donc ici hautement en faveur de la ligature ; il indique les inconvéniens graves de l'excision, la difficulté des moyens hémostatiques, et il envisage les avantages de son procédé de la manière suivante.

« 12° En portant, dit-il, les liens par-dessous le menton, on peut em» brasser la base même de la langue ; au contraire, en liant la langue » par la bouche, comme on l'a fait jusqu'ici, on se trouve borné par » son adhérence à la paroi inférieure de cette cavité. Il est évident que » dans les ligatures qu'on a faites par cette voie, on n'est jamais allé » au-delà de la moitié antérieure de la langue.

» Le nouveau procédé est donc un moyen précieux, puisqu'il per» met d'extirper les dégénérescences de la langue, lors même qu'elles » s'étendent jusqu'à l'isthme du gosier. »

J'ai mis des chiffres à côté de ces passages, parce que je me propose de les reprendre et de les examiner un à un ; mais avant d'analyser ce procédé et les assertions du professeur d'Angers, je vais mettre en regard l'opération suivante, telle que je l'ai pratiquée au n° 17 de la rue du Battoir, en présence de MM. Amussat, Piuel-Grandchamp, Allertz, Labat et de plusieurs autres personnes distinguées, le 14 mai dernier.

(1) Nous avons publié l'observation de M. Mirault dans la GAZETTE MÉDICALE, 1834, pag 507.

---

de sonder les cœurs et de scruter la pensée. Quand à l'individu d'un âge avancé, sommé par la vieillesse de renoncer aux plaisirs, à toute action énergique, il ne trouve un tutélaire abri que dans les principes d'une hygiène bien entendue et strictement observée. Bien plus, lorsque la mort a levé sa faux, la médecine veille encore sur l'homme, chargée qu'elle est du soin d'adoucir ses derniers momens. Baglivi a laissé, dit-on, inédit, un curieux mémoire intitulé *De Medicind agonisantium* ; cela prouve que cet homme illustre avait conçu l'art dans son éminente perfection. Enfin la mort a frappé la victime, la médecine est-elle donc désormais inutile? Nullement ; jusqu'à ce que le cadavre soit devenu « ce qui n'a plus de nom dans aucune langue : » elle s'en empare souvent ; elle l'interroge pour y découvrir les secrets de la vie et le siége des maladies ; elle veille même sur sa décomposition, dans l'intérêt de la sûreté de ceux qui vivent.

Dites-moi, mon cher D..., connaissez-vous une autre profession qui prenne ainsi l'homme depuis la première ébauche de sa vie, jusqu'à l'entière disparition de son être physique, qui l'accompagne, le protége toujours, lui, cheminant sans cesse dans l'angoisse et la douleur à toutes les phases de son existence. On peut donc l'avouer, il y a alors pour tout médecin dont la tête est saine, l'esprit exercé et le cœur haut, une ample moisson d'observations sur la nature humaine. Pénétrant d'ailleurs dans les intimités de la vie sociale et des affections de famille, il connaît ces calices d'amertume bus goutte à goutte et dans le silence, il sait les plaintes qu'il faut étouffer, les larmes à dévorer, les vertus ignorées, les dévoûmens, les sacrifices inconnus. Remarquez bien, en outre, mon ami, que ces observations peuvent être faites sur une immense classe d'individus. Si le médecin jouit d'une certaine réputation, il peut parcourir dans le même jour tous les degrés de l'échelle sociale. A peu d'heures d'intervalle, il lui est donné de contempler la terrible lutte de la pauvreté laborieuse, contre la nécessité de chaque jour, de voir combien il y a de misères, de privations à la base de la société, combien aussi éprouvent de chagrins, d'infirmités, ceux qui placés au sommet, ne savent que faire de leur temps, de leur argent et de leur santé. A ce sujet, je me rappelle que je donnais des soins il y a quelques années, à madame de P..., issue d'une des plus illustres maisons d'Italie. Cette dame habitait alors l'un des riches hôtels de la place Vendôme ; mais éprouvant tout le malaise de la satiété et l'ennui du bonheur, son sort lui paraissait triste ; d'ailleurs elle se croyait ruinée, car elle n'avait plus que soixante mille livres de rente. Attaché au bureau de charité de l'arrondissement, je traitais d'une maladie chronique, précisément à la même époque, une pauvre femme âgée, aveugle, demeurant rue Saint-Guillaume ; sous un toit à charbon, que le propriétaire, par commisération, lui laissait habiter avec sa petite-fille. Je faisais toujours ces deux visites immédiatement l'une après l'autre, du palais au trou à charbon, ou de celui-ci au palais. Et en vérité, je me suis demandé bien des fois, sans pouvoir résoudre la question, qu'elle était de mes deux malades la plus infortunée ? Ce qu'il y a de certain, c'est que la grande dame se plaignait infiniment plus que l'autre ; telle est l'humanité considérée au plus haut et au plus bas degré de la société ; spectacle que nous avons tous les jours sous les yeux. Mais, lorsque la santé morale de cette société est profondément altérée, lorsque la flamme des révolutions poussée par le vent des idées et de l'opinion, allume les passions politiques, personne plus que le médecin n'est à même d'en observer les effets sur les individus ; alors que de belles et curieuses études de l'homme, ne peut-il pas faire, car dans ces circonstances, les passions se mettent tout-à-fait en dehors.

Si maintenant vous placez le médecin auprès des hommes d'une intelligence su-

Obs. — Il s'agissait d'une femme de 53 ans, madame Renout de Saint-Germain, qui portait, depuis environ 14 mois, une induration ulcérée, ayant tous les caractères du cancer, et qui occupait plus de la moitié droite de la langue, depuis sa base jusqu'à sa pointe. Ce mal avait été traité longuement et inutilement par des caustiques variés; mais ses rapides progrès ne laissèrent plus d'espoir que dans l'extirpation par l'instrument tranchant ou par la ligature. On donna la préférence à cette dernière, et je fus chargé de l'exécution. L'indication était de faire tomber toute la portion cancéreuse et suspecte, et de conserver, autant que possible, ce qui n'était pas encore affecté. Pour cet effet, la malade étant assise vis-à-vis du jour, un aide placé derrière assujettit la tête avec la main droite ramenée sous le menton, et avec le pouce entouré et protégé par une bande et introduit entre les mâchoires. J'enveloppai alors la langue d'un linge bien sec, et l'ayant mise, par ce moyen, à ma disposition, je la saisis avec la main gauche et la tirai en dehors. On put alors mieux explorer encore toute l'étendue du mal, et assigner l'endroit précis jusqu'où il convenait de porter l'agent destructeur. On s'assura donc, encore une fois, que le mal ainsi que je l'ai déjà dit, s'était porté en arrière jusqu'à l'isthme du gosier, et qu'il empiétait même sur la moitié gauche de l'organe en dépassant le raphe de quelques lignes. — Ces points bien constatés, je portai la pointe d'un bistouri ordinaire, dont était armée ma main droite, au côté gauche du frein de la langue, et je la fis ressortir en haut et en arrière, au delà de l'endroit malade, et à peu près vers l'extrémité postérieure d'une ligne qui délimiterait le tiers gauche de l'organe d'avec son tiers moyen. Puis je fis, en tirant à moi l'instrument, sur cette même ligne idéale, une incision d'arrière en avant qui divisa en un clin d'œil la langue en deux parties inégales; une droite comprenant environ les deux tiers de l'organe, et une gauche qui n'en représentait qu'un tiers. C'étaient donc deux langues que nous avions maintenant sous les yeux et dont l'une, encore saine, pouvait être conservée, tandis que l'autre devait être retranchée au-delà des limites présumables et *palpables* du mal dont elle était le siége. Ces limites ayant été encore soigneusement explorées et déterminées, j'implantai dans cette portion carcinomateuse les deux crochets d'une pince-érigne, deux lignes plus loin que l'endroit reconnu sain, c'est-à-dire au niveau de l'amygdale droite; et après avoir, d'un coup de bistouri, incisé assez profondément le frein, en rasant le tissu de la langue, je poussai l'autre partie de la pince, à peu de chose près, vis-à-vis et dessous la première, et puis je serrai suffisamment l'instrument. Je le confiai à un aide auquel je recommandai de tirer fortement, comme pour extraire la langue de la bouche.

Cette pince-érigne enfilait et portait l'anse d'un fil métallique, comme les pinces portent quelquefois le fil lorsqu'on veut lier une artère. Je n'eus donc autre chose à faire pour terminer l'opération, qu'à pousser cette anse au-delà des crochets de l'érigne pince, et de faire agir le constricteur, afin d'étrangler sur-le-champ tout ce qui se trouvait embrassé par le lien. Or, comme les crochets de l'érigne avaient été portés dans la partie saine et bien au-delà du mal, le fil constricteur placé lui-même encore derrière ces crochets, devait, bien réellement, n'agir que sur des tissus reconnus sains.

Toutes ces petites opérations se firent en moins de temps qu'on n'en a mis à en lire la description; et la tâche du chirurgien se serait ainsi trouvée accomplie, sans le petit incident que voici: l'érigne, comme nous venons de le voir, avait été portée fort avant dans l'arrière-bouche; et, soit que le fil n'eût pas été poussé assez profondément, soit que l'aide chargé de le contenir ne connût pas assez l'importance et la manière de le fixer pendant la constriction, ce lien glissa entre les deux crochets supérieurs et nous força de le relâcher pour mieux le replacer et l'assujettir. Je me chargeai moi-même de ce soin, pendant que l'aide tirait plus fortement encore sur la langue, et que M. Amussat faisait agir vivement le constricteur.

Tout alla alors à merveille; le fil disparut en s'enfonçant derrière les quatre crochets de la pince-érigne; la langue se tuméfia et devint bleuâtre; et la malade, qui n'avait poussé qu'un cri au moment de l'implantation des crochets et de la constriction du lien, fut placée immédiatement dans son lit. Il n'y eut aucune hémorrhagie, et quelques injections d'eau et de lait nettoyèrent la bouche et purent peut-être calmer les parties irritées. — On leur substitua le lendemain celles d'eau fraiche acidulée de suc de citron ou de vinaigre, que l'odeur fétide semblait indiquer. Il n'y eut de douleur que pendant une demi-heure; la fièvre fut presque nulle, mais la langue devint noirâtre et se gonfla si fort qu'elle remplit la cavité de la bouche, et écarta les mâchoires en s'interposant entre elles et en faisant saillie hors de la bouche. Aussi, le tiers de cet organe sain que je tenais à conserver fut refoulé en arrière et à gauche de manière à ne pouvoir plus être aperçu, et on ne reconnut sa présence que le deuxième jour après l'opération, et lorsque M. Amussat eut retranché la plus grande partie de la portion étranglée et *mortifiée*, dont la fétidité commençait à devenir incommode. Dès ce moment, l'usage de la parole revint graduellement; un peu de boisson put passer, et la malade, certaine maintenant de sa guérison donna des signes évidens de satisfaction et même *de gaieté*. — Cette hilarité jointe aux marques touchantes de reconnaissance de cette opérée, résultait, surtout, de la conviction qu'elle avait maintenant, qu'elle ne serait pas *privée de la parole*; car elle sentait et nous montrait qu'elle pouvait *remuer* le petit bout de langue que je lui avais conservé, et elle en tirait des inductions d'autant plus agréables, qu'elle avait redouté un moment de rester à jamais muette.

J'avais cependant cherché à la rassurer sur cet objet, puisqu'il est bien connu qu'on peut s'exprimer assez bien encore, malgré qu'on ait perdu complettement l'organe essentiel du goût. Le fil tomba le cinquième jour, après qu'il eut complètement coupé ou détruit les tissus qu'il étreignait. Il aurait pu être enlevé au moins deux jours plus tôt; mais comme il n'occasionait aucune douleur, on crut devoir le laisser encore. Le neuvième jour, madame Renout avalait sans aucune douleur, et le dixième elle s'est présentée chez M. Labat, rue de Grenelle, où étaient réunis un grand nombre de médecins de Paris et de l'étranger. On a pu remarquer entre autres, que le tiers restant de la langue avait diminué de longueur, augmenté de largeur; et qu'il manifestait une tendance à occuper le milieu de la bouche, au lieu de rester sur le côté gauche. Aussi, à part sa petitesse, n'offre-t-elle rien de bien extraordinaire.

Si le lien s'est montré aussi énergique, c'est qu'il était conduit et serré (1) d'après les principes que j'ai tracés dans mon *Essai sur la ligature en masse* (2). Ces principes ont donné naissance à un *procédé opératoire qui consiste à lier à distance, avec la force progressive et permanente du cabestan, les masses les plus volumineuses et les plus compactes, et à les faire incessamment tomber en mortification.*

J'arrive maintenant à M. Mirault, et les chiffres qui suivront se rapporteront à ceux qui sont placés en tête des passages que j'ai cités et empruntés au mémoire de cet habile anatomiste. Ce mode nous évitera des longueurs et des répétitions inutiles et fastidieuses.

1° Les opérations de notre auteur sont en effet bien *nouvelles*, et non-seulement *téméraires*, mais encore barbares. Elles n'étaient nullement nécessaires, et l'Académie de médecine, bien loin de les accueillir et de les sanctionner, aurait dû les repousser de toutes ses forces. Ce corps savant ne devrait jamais perdre de vue *que le monde médical tout entier a les yeux tournés vers lui*, et que la plus petite faute, la plus légère inconséquence peuvent avoir les suites les plus graves, au

(1) L'instrument au moyen duquel on opère cette puissante constriction n'est guère autre chose que le soi-disant *porte-nœud* de Roderic et de Bouchet, auxquels j'ai adapté une espèce de tourniquet métallique, faisant l'office de ce qu'on appelle improprement un *serre-nœud*; mais la manière de tirer un très-grand parti de cet instrument et de le faire servir à tous les cas qui *peuvent et doivent le réclamer*, est une *doctrine à part*, que je revendique, qui fait la base *des ligatures en masse*, et que j'ai fait connaître, déjà en 1826, après l'avoir suffisamment éprouvée, dans un grand nombre de circonstances.

Le mari de la malade a le plus souvent forcé lui-même cette constriction, et il s'est si bien acquitté de cette fonction qu'il a deux fois rompu et rétabli le fil d'argent; tant la chose offre peu de difficultés. Il est juste d'ajouter cependant que cet homme est un peu mécanicien, qu'il a d'abord saisi le mode d'agir de ce constricteur; qu'il tenait à accélérer autant que possible son action, et que voyant que ses tentatives de resserrement n'étaient pas très-douloureuses, il les a fréquemment réitérées et poussées avec une très-grande vigueur. Aussi, on lui doit que la tumeur a été sphacelée vingt-quatre ou trente-six heures plus tôt.

(2) A Paris, chez la plupart des libraires.

---

périeure; vraies créatures d'élite et d'exception, dont la nature ne donne que quelques rares épreuves, combien de faits, d'aperçus, de vertus, de grandeur, de faiblesses, de qualités, de défauts, de faux principes de leurs actions ne découvrira-t-il pas? Pourquoi cela? C'est que nul ne connait mieux que lui ces organisations, ces ames si démesurément impressionnables, c'est qu'il voit ces hommes dans le détail de leurs passions, de leurs mœurs, de leurs sentimens de tous les jours, choses inconnues le plus souvent à leurs contemporains et à leurs biographes. J'ai déjà remarqué ailleurs que si le médecin Vacherot qui s'enferma volontairement à Vincennes avec le cardinal de Retz, eût écrit tout ce qu'il avait vu et entendu, nous saurions ce que s'est bien gardé de révéler ce turbulent ennemi de Mazarin. Supposez que Corvisart eût fait la physiologie et la psycologie de Napoléon, pensez-vous que nous n'aurions pas, sur cet homme extraordinaire, des notices et des secrets à jamais perdus dans la tombe de Sainte-Helène. En vain des hommes célèbres et puissans s'enveloppent quelquefois de dissimulation, le médecin qui les approche habituellement ne tarde pas à découvrir ce qu'ils tiennent enseveli dans leur conscience; il ne s'agit que de trouver l'occasion. Lorsque Coictier dit à Louis XI, qui avait la secrète intention de le livrer à son compère Tristan; je sais bien que vous voulez m'envoyer où vous en avez envoyé tant d'autres, mais je jure Dieu que vous partirez trois jours après moi, le rusé docteur savait bien qu'il touchait l'endroit sensible du roi, qui, en effet, le laissa vivre et l'enrichit. Personne peut-être n'a porté plus loin la dissimulation que Tibère, cet *homme de boue pétrie avec du sang*, comme disait un philosophe. Atteint de la maladie dont il mourut, il désira cacher son danger jusqu'à la fin; mais, dit Tacite, le médecin Chariclès, en lui touchant presque furtivement le pouls, découvrit aussitôt la vérité, « *Medicus arte insignis, nomine Charicles, non quidem regere valetudines principis solitus, consilii tamen copiam præbere. Is velut propria ad negotia digrediens, et per speciem officii, manum complexus, pulsum venarum attigit: neque fefellit.* Annal, IV, 45. Tout ce passage que je suis forcé d'abréger et que je vous engage à relire, est admirable de profondeur. Il me parait donc démontré que tout médecin doué d'une certaine justesse d'esprit, favorisé par les circonstances, connaîtra mieux que qui que ce soit des philosophes, ces espérances, ces craintes, ces transports, ces vives joies, ces cuisantes douleurs dont le composé se nomme cœur humain. « Honte à qui en abuse, ai-je dit autre part, mais tenez pour certain que l'homme qui a pénétré le plus avant, ce même cœur humain, est un médecin instruit, sagace, prudent, ayant l'habitude des hommes et des choses. A ses yeux se déroule journellement l'histoire secrète de l'humanité, les mystères de la vie privée. Plus de voiles, plus d'hypocrisie; la douleur, cette grande révélatrice, montre l'homme tel qu'il est... Rien de ce que notre destinée a de plus intime, n'échappe au médecin qui a l'intelligence de ces douleurs, qui sait voir, qui sait comprendre ses semblables et sympatiser avec eux (1). »

Vous sentez bien mon cher D... que je ne fais qu'effleurer une aussi grande question. Toutefois il me semble avoir prouvé combien la médecine est supérieure à toute autre science, quand il s'agit d'une complète exploration des abimes de notre être. Par elle seule, il est donné de connaître l'homme en esprit, en chair et en os; de le saisir pour ainsi dire par ses deux anses principales, le physique et le moral. On comprend dès-lors le jeu de ses passions, leurs menteuses séductions et la cruelle énergie de leur action; on sait pourquoi il se laisse dompter par l'égoïsme, serpent qui le flatte et le mord, le caresse et le tue; pourquoi la liberté

(1) *Physiologie* et *hygiène* des hommes livrés aux travaux de l'esprit, etc., tome 2, p. 93.

lui faire perdre de cette considération qu'il doit être jaloux de commander. Or, l'Académie a ici évidemment fait erreur, et elle s'est oubliée en face de la médecine opératoire et de ses besoins, de l'humanité et de ses exigences, des hommes qui veulent franchement le progrès et des vrais moyens de l'obtenir. La chirurgie doit, en effet, répudier tous les procédés compliqués et dangereux, chaque fois qu'elle possède déjà des moyens plus simples, plus faciles et plus sûrs d'arriver au même but; elle devra, de même, tenir compte des douleurs plus ou moins vives, des procédés plus ou moins longs et des dangers plus ou moins évidens, lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur respective des innovations; et celles-ci ne doivent être admises comme telles dans le domaine de la science qu'autant qu'elles *le sont réellement*, et qu'elles se présentent sous un jour plus favorable aux praticiens, aux élèves et surtout aux malades. Or, rien de pareil ne milite en faveur du procédé de M. Mirault, et *malgré le succès obtenu*, l'Académie aurait dû le lui dire doucement, mais avec franchise, et lui conseiller, avec la bienveillance qui la caractérise, d'employer mieux le talent dont il est évidemment doué.

2° Les jours de la malade n'étaient mis en danger que parce que les chirurgiens ne connaissaient pas le moyen sûr et facile d'enlever le mal qui la menaçait. Ce cas rentre donc dans la règle commune de la plupart des affections, des hémorrhagies, des hernies étranglées, par exemple, qui feront toujours courir *les plus grands dangers* aux malades s'ils sont sans secours, ou si les personnes qui doivent les leur porter ignorent les ressources de l'art en pareilles circonstances.

3° On peut enlever, à volonté, les deux tiers et les trois quarts de la langue, et même cet organe *tout entier*, *aussi loin qu'on le voudra*, par des procédés opératoires *bien connus*, et qui, employés jusqu'ici, ont toujours été *applicables et suffisans.*

4° *S'abandonner à son inspiration* est le propre de trop de praticiens; et j'ai à déplorer ce funeste écart chez la plupart de ceux qui ont fait et font encore usage des moyens que j'ai indiqués pour le traitement des fractures et pour le cathétérisme. Il semblerait, à les voir faire, que l'instrument est tout en chirurgie, et que la manière de s'en servir n'est qu'un pur accessoire dont les *habiles* n'ont que faire; et quel est celui qui ne croit pas appartenir à cette classe distinguée! Or, l'instrument est au contraire un point d'assez peu de valeur, sans les préceptes qui s'y rattachent. Ainsi, une excellente lancette n'a rien de commun avec la saignée, si l'on ignore la manière d'en faire usage; et si l'on connaît les procédés que réclame l'opération même, on pourra toujours la pratiquer avec toute espèce d'instrument tranchant, voire même avec un *fragment de verre* terminé en pointe. Le fil, la pince à torsion, le garrot, ne sont hémostatiques qu'autant qu'on sait apprécier leur manière d'agir dans les hémorrhagies, etc. J'avais besoin de m'expliquer sur ces *trivialités*, parce que, je le répète, on est en général trop absorbé ou fasciné par *le moyen*, quel qu'il soit, et qu'on ne met pas assez de prix au *modus faciendi* qui en fait souvent toute la valeur.

M. Mirault a eu du moins le grand tort ici de ne pas consulter ses souvenirs, et de ne pas feuilleter au besoin quelques journaux de médecine. Ce n'est certes pas à moi à lui reprocher de ne pas avoir connu les préceptes que contient mon livre, bien que celui-ci ait été annoncé dès l'année 1826, et qu'il soit sur tous les catalogues des ouvrages de médecine; mais M. Mirault aurait pu trouver dans la plupart des journaux de médecine, la relation qu'ils ont donnée d'une extirpation de langue cancéreuse que j'ai faite, à la Pitié, en 1826, sous les auspices de M. Lisfranc, et sur la personne d'un avocat de Salins. Il paraît avoir également ignoré l'essai peu encourageant de M. Cloquet dans une circonstance toute pareille. Si le chirurgien d'Angers qui se tient sûrement au courant des nouveautés médicales, par la lecture assidue des feuilles périodiques, se fût rappelé ces faits, il se serait, à coup sûr, épargné l'embarras de formuler un ou deux mauvais plans de traitement, de chercher inutilement à lier l'artère linguale gauche, et d'avoir la douleur de tourmenter si long-temps et si mal à propos la jeune malade; de l'exposer trois à quatre fois à périr d'hémorrhagie; de la voir arriver au dernier terme de la faiblesse; et d'être obligé de la soumettre encore à une autre ligature sur la moitié gauche de la langue, après l'avoir appliquée sur le côté droit de cet organe. L'Académie n'aurait-elle pas dû rappeler à notre auteur qu'il s'était grandement fourvoyé, et qu'avant de se frayer une nouvelle et pénible route, il aurait dû examiner si celles qui existent déjà ne sont pas suffisamment bonnes? Faire le contraire et honorer la témérité et l'imprévoyance, c'est légitimer l'absence d'études et de recherches; c'est autoriser les jeunes gens à se passer présomptueusement des travaux de leurs devanciers; c'est, en un mot, encourager tous les *Icares* en chirurgie. Quant à moi, j'aurais certainement hésité avant d'accorder à M. Mirault un bill d'indemnité pour avoir *osé présenter* un semblable travail; et je ne conçois pas comment, après les observations faites dans la discussion (1) par M. Lisfranc, qui connaissait bien mon procédé et qui récemment encore l'a mis habilement en pratique, l'Académie a pu donner son approbation au nouveau mode opératoire. Elle a sans doute cédé au prestige du *luxe anatomique* que déploie notre auteur, ou à la manière dont celui-ci triomphe enfin d'un dédale de difficultés; et elle n'a pas réfléchi que ces longues et minutieuses descriptions étaient évidemment un *hors-d'œuvre*, et que les difficultés étaient le fait même de l'opérateur et s'accumulaient, en quelque sorte, à mesure que, sans boussole et sans guide, il s'avançait témérairement dans une carrière inconnue.

5° On a compromis encore les jours de cette jeune fille en remettant au lendemain cette opération urgente. Le prétexte d'une lumière artificielle ne peut être admis, quand on voit tant de chirurgiens la préférer à un faux jour, et lorsque nous sommes si souvent appelés à n'agir qu'à la lueur des chandelles.

6° La bouche est et sera toujours suffisante pour permettre *toute espèce* d'opérations dans son intérieur. C'est donc une cruauté toute gratuite que de s'ouvrir une voie ailleurs pour pénétrer dans cette cavité; il y a plus: l'ouverture sous le menton ne pouvant jamais être aussi grande que celle que permet la bouche, c'est se créer à plaisir une difficulté de plus pour opérer. Il vaudrait mieux, au besoin, fendre transversalement la joue, en commençant par l'une des commissures des lèvres.

7° On suit péniblement l'auteur dans la description qu'il fait ici des nombreuses opérations qu'il a provoquées sans nécessité; je voudrais pouvoir couvrir d'un voile ces scènes de douleur; je ne m'y arrêterai donc pas, mais je ne puis m'empêcher de demander à cet opérateur, qui décrit si bien et si minutieusement toutes ses manœuvres, ce qu'était son

(1) V. cette discussion, GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 524.

---

morale succombe si souvent dans sa lutte avec la puissance organique; pour quoi nos facultés sont-elles toujours au-dessous de nos rêves et de nos désirs; comment l'homme se transforme et se modifie selon les âges, les climats, les habitudes; comment on met à profit cette disposition par l'éducation, les préjugés, les institutions religieuses et politiques; enfin, comment, en pénétrant dans les vastes prévisions d'un nouveau monde philosophique, on peut espérer de perfectionner notre nature, d'améliorer son sort en terminant la longue guerre de ce qui est encore, contre ce qui doit être. Une chose incontestable, c'est que les vrais médecins placent l'humanité dans son vrai point de vue, ni trop haut, ni trop bas; ils ne l'avilissent pas en voyant l'homme tout entier par l'intermédiaire infidèle et grossier des organes; mais ils ne ressemblent pas à ceux qui *taillent nos obligations à la raison d'un autre être*, comme dit si bien Montaigne. Ne supposant même que ce qu'on nomme esprit, cœur, âme, ne soient qu'un pur mécanisme organique, encore faut-il savoir en presser le ressort à propos et avec justesse; de là la nécessité pour les médecins d'étudier l'homme sous tous les rapports possibles; de là aussi leur importance sociale, souvent même leur action directe sur les idées de leurs malades, de leurs contemporains; car, croyez-moi, agissant par l'espérance, par la crainte de la douleur et de la mort, leur influence dans le monde est plus grande qu'on ne croit ordinairement. C'est au point que s'ils étaient unis, associés, par un intérêt qui leur soit commun à tous, s'ils étaient solidaires, ce qu'à Dieu ne plaise, comme le furent jadis les membres d'une société religieuse célèbre, ils pouvaient adresser au reste des hommes, ces rudes paroles de Mirabeau: « Poignardez-nous d'avance, car vous serez asservis. »

Je pressens votre objection, mon ami, on voit peu de docteurs capables de se tenir sur ces hauteurs de la médecine philosophique. J'en conviens; pour cela il est indispensable de s'adonner à la méditation sur ces objets, il faut même qu'un certain enthousiasme en faveur de la profession agite assez l'esprit pour le pousser aux cimes de l'idéalité médicale. Or, beaucoup de médecins manquent ou de goût ou de loisir, pour se livrer à ce genre d'observations. Plus souvent encore, ils ne réfléchissent pas assez sur ce qu'ils voient ou entendent chaque jour; leur esprit glisse sur la surface des objets les plus graves, les plus dignes d'attention. Les uns, partageant cette avidité démesurée de bien-être matériel, qui corrompt et éteint de nos jours le sentiment moral, n'ont pour but que le lucre et le luxe, ils s'en font les esclaves. D'autres ne conçoivent rien au-delà du matériel de l'art; attachés à la glèbe du métier, ils suivent péniblement leur routine et leur sillon; clore l'avenir par un petit pécule laborieusement amassé, tel est leur unique espoir. Il est aussi un vulgaire savant qui s'arrête au parvis; étrangers à cette force ascensionnelle de la pensée qui place tout d'abord notre profession au sommet des connaissances humaines, ces médecins traitent de pareilles idées de chimères, de rêveries platoniques. N'allez pas croire néanmoins que le nombre en soit aussi grand qu'il le paraît; beaucoup de médecins ont réfléchi sur ces grands objets, mais beaucoup aussi gardent au fond de leur âme ces trésors de méditation, car le temps n'est pas venu de les produire. Bien plus; il est des écoles qui ont long-temps conservé le dépôt sacré de cette magnifique iatrosophie. Au nombre de ces dernières, il faut compter celle de Montpellier, sol antique et fécond de la médecine transcendante qui mérita si bien la célèbre inscription: *olim Cous, nunc Monspeliensis, Hippocrates*. Au reste, quoi qu'il en soit, des idées de certains hommes et de certaines écoles sur la médecine, de la variabilité des doctrines, des diverses manières de considérer le but de nos études, toujours est-il que la connaissance exacte et approfondie de l'homme ne peut avoir lieu qu'à l'aide de notre art; la médecine et la philosophie sont éternellement unies, puisque la santé et le bonheur sont à jamais inséparables.

R.-P.

serre-nœud? Comment il a serré *assez fortement* ses fils? Pourquoi il s'est contenté de ne les resserrer que *deux fois* depuis? S'il n'a pas éprouvé le besoin de revenir sur cette opération, et d'en augmenter l'effet au fur et à mesure de la section, etc.? Ces données, si importantes dans un procédé opératoire par la ligature, sont passées complétement sous silence; mais nous pouvons conjecturer que l'on n'a pas retouché assez souvent au fil constricteur; que celui-ci a dû cependant se relâcher bien vite et être bientôt à peu près inutile, et que ces circonstances ont eu pour effet nécessaire d'exiger *neuf jours* pour opérer la section.

8° La douleur ne dure guère, en effet, qu'une demi-heure; mais elle est d'autant moins longue et vive que la constriction a pu être portée plus loin; c'est pourquoi il est important d'avoir un moyen de la pousser d'abord à l'extrême, de la graduer à volonté, et de la conserver toujours à un degré convenable. On a pu voir, dans l'observation de la femme Renout, comment j'obtiens tous ces avantages essentiels, dont probablement M. Mirault a été complétement privé.

9° Les effets immédiats de la ligature en masse ne sont jamais à redouter, *quand on peut la faire et la maintenir avec beaucoup de force, de manière à enrayer* LE PLUS TÔT POSSIBLE *l'influence de l'innervation et de la circulation dans les tissus étranglés, et à amener promptement leur destruction.* Par ce moyen, les parties sensibles sont aussitôt frappées de mort, et ne peuvent réagir sur l'économie pour y produire ou réveiller des sympathies funestes. Et comme ces parties sont précisément celles qui sont sous l'action immédiate du lien, il s'ensuit que tout est à peu près terminé, quant à leur réaction, dès qu'on les a en quelque sorte *forcées au silence* EN LES TUANT. C'est le seul et vrai point de vue sous lequel il convient d'envisager la ligature en masse; et si l'on s'écarte de cette règle, on court risque de voir arriver toute la série des symptômes qu'on a justement reprochés à la ligature, telle qu'elle a été pratiquée jusqu'ici. Or, M. Mirault d'Angers s'est exposé grandement à voir surgir des affections secondaires graves, en agissant avec mollesse et en maintenant, *pendant neuf jours*, un corps étranger sur des tissus aussi irritables, et en les agaçant et torturant sans interruption durant tout ce long temps *avant de leur donner le coup de grâce.*

10° Ces irritations successives et prolongées rentrent dans les considérations exposées à l'article précédent, et ne font qu'augmenter nos regrets en voyant ainsi martyriser cette infortunée. Un peu de coton insinué entre les lèvres de la plaie aurait, d'ailleurs, rempli le but que se proposait ici l'auteur.

11° On voit qu'après dix jours de souffrance, il a fallu recommencer des manœuvres analogues; mais on ne dit pas à l'Académie combien elles durèrent, et ce que devint le nouveau fil placé. Nous savons seulement que, vingt-sept jours après cette dernière opération, trente-sept par conséquent depuis la première, « il ne restait au centre de l'or» gane qu'un noyau induré de la grosseur d'une noisette, et que l'ul» cère était en grande partie cicatrisé. »

12° On peut lier toutes les parties de la langue, et sa base même, en les attaquant par la bouche, quelle que soit la profondeur qu'on ait à atteindre. En effet, la langue étant fortement attirée en dehors, une érigne peut être portée aussi en arrière qu'on le voudra sur sa face supérieure; une autre érigne peut également, après ou même sans l'incision préalable du frein, être poussée et refoulée très-profondément sous l'organe. Or, les crochets de ces instrumens, ou si l'on veut *de l'érigne-pince*, étant placés bien exactement *au-delà* du siége du mal, il est évident que rien n'empêchera l'anse d'un fil quelconque d'être établi derrière ces crochets; que la portion de ces crochets qui n'aura pas pénétré dans les chairs servira de guide sûr pour diriger le lien, et en même temps d'obstacle insurmontable pour empêcher ce dernier de revenir en avant; qu'en faisant agir alors le petit tourniquet métallique, le fil devra s'enfoncer dans les tissus, *et toujours derrière les crochets*; qu'il se creusera de cette manière une voie, un sillon qui, dans peu de secondes, aura acquis assez de profondeur pour lui servir d'ornière invariable, et pour autoriser l'opérateur à enlever ses érignes. Rien n'empêche encore, comme on le voit, d'appliquer *au besoin* une troisième ou quatrième érigne sur les côtés mêmes de la langue, afin de tracer au fil sa marche sur les extrémités du diamètre transversal, comme on lui en a assigné une dans la direction du diamètre opposé.

Tout est donc simple, facile, sûr, doux et prompt en pénétrant par la bouche, comme le prouve d'ailleurs l'observation rapportée dans cette note; et tout est compliqué, lent, difficile et dangereux dans les *Mémoires de l'Académie royale de médecine* EN 1835!

HOTEL-DIEU.

REVUE DES CLINIQUES MÉDICALES DE L'HOTEL-DIEU DE PARIS PENDANT LES MOIS DE MARS ET AVRIL.

SCARLATINE ET ROUGEOLE.

Les deux derniers mois nous ont offert des exemples nombreux de scarlatine et de rougeole. L'histoire détaillée de ces observations serait d'un médiocre intérêt, tandis que envisagées dans leur ensemble, et étudiées sous le rapport de leur diagnostic différentiel, elles méritent de fixer un instant notre attention. Nous avons vu des médecins d'ailleurs instruits confondre les symptômes de la scarlatine avec ceux de la rougeole. Une pareille méprise est loin de nous surprendre. Ces deux affections ne revêtent pas toujours leurs caractères accoutumés; elles peuvent présenter dans leur marche des irrégularités et des complications qui impriment à la physionomie pathologique de chacune d'elles un cachet différent. Pour connaître à fond les signes pathognomoniques de ces deux maladies, il faut les avoir observées pendant le cours de leurs épidémies. Dès lors leurs différences deviennent si prononcées, que toute erreur de diagnostic est impossible.

Et, d'abord, dans leur mode même d'invasion, se trouve une ligne de démarcation bien tranchée. La scarlatine débute par un mal de gorge assez violent quelquefois, pour rendre la déglutition, si non impossible, du moins très difficile. Le délire, surtout chez les enfans, éclate dès l'apparition des premiers symptômes. La fièvre est des plus vives, l'anxiété du malade est extrême. Dans la rougeole, au contraire, les phénomènes morbides du côté de l'encéphale sont très-rares; s'ils se manifestent, c'est toujours après la fièvre d'incubation, lorsqu'une pleurésie ou une pneumonie, par une complication fâcheuse, viennent aggraver la position du sujet. Les voies aériennes sont le siége d'une phlogose quelquefois très-intense; il y a toux, corriza, larmoiement et des douleurs plus ou moins vives dans divers points de la poitrine. Les scarlatineux sont rarement affectés d'inflammation des organes respiratoires. Si elle se manifeste chez eux, les suites en sont peu redoutables; les moyens les plus faibles suffisent pour y remédier. L'examen des symptômes concommitans de la rougeole suffisent pour constater la prédominance des lésions thoraciques; ajoutons que leur gravité est souvent de nature à motiver des craintes. Les coqueluches les plus rebelles se développent chez les enfans à la suite de cet exanthême; il produit l'inflammation et la suppuration des tubercules chez les adultes prédisposés à la phthisie pulmonaire. Un phénomène constant et remarquable de la rougeole est celui que présente l'expectoration. Les crachats des malade sont la plus grande analogie avec ceux d'un phthisique dont l'ulcération des poumons aurait déjà fait des progrès. Ils ressemblent au pus sécrété par une caverne tuberculeuse, et mélangé à une certaine quantité de mucosités gluantes.

Le désordre des fonctions gutturales, digestives et cérébrales caractérise la scarlatine; elle s'accompagne ordinairement de diarrhées opiniâtres et d'anarsaque. La moindre imprudence du malade pendant la convalescence, suffit pour déterminer les accidens les plus graves. Un fait sur lequel les auteurs n'ont pas assez insisté, est celui relatif à la prédisposition des scarlatineux à contracter les affections rhumatismales. On peut évaluer à trois sur huit le nombre des adultes qui atteints de scarlatine présentent cette complication. Nous n'avons pas eu occasion d'observer une pareille coïncidence pour la rougeole; tout porte à croire que lorsque l'inflammation rhumatismale se rattache à cet exanthème fébrile, elle est produite par une circonstance purement fortuite.

La rougeole et la scarlatine présentent aussi dans leurs éruptions des différences notables. La peau des scarlatineux se colore en rouge violacé ou framboisé vingt-quatre heures après l'apparition des premiers symptômes. L'exanthème apparaît d'abord par une infinité de petits points qui bientôt se réunissent en plaques irrégulières et gagnent en largeur. L'éruption n'a lieu pour la rougeole que du quatrième au sixième jour après l'invasion, par des plaques irrégulièrement semi-lunaires, laissant entre elles des intervalles inégaux. La peau plus vivement colorée que dans la scarlatine est d'un rouge plus prononcé; ses inégalités sont plus saillantes et sensibles au toucher. La desquamation de ce dernier exanthème a lieu du neuvième au quinzième jour; plus prompte dans la rougeole, elle s'opère par une infinité de petits points distincts et séparés entre eux, tandis que dans la scarlatine la desquamation a lieu par plaques ou bandes extrêmement longues.

La langue des scarlatineux est rouge, pointillée à son sommet et recouverte à sa base d'un enduit blanchâtre, épais et si consistant qu'on pourrait sans trop forcer la comparaison, l'assimiler à un morceau de

fromage. Des points blanchâtres tachent la membrane muqueuse de la bouche et de l'isthme du gosier. On aperçoit sur toute son étendue des concrétions pelliculaires qui, plus tard, se détachent. L'épitellium tombe par plaques, et la membrane ainsi mise à nu est d'une sensibilité extrême et d'un rouge rosé qui rend plus saillantes les papilles nerveuses. De pareils phénomènes se manifestent parfois dans la rougeole, mais jamais à un degré aussi prononcé que dans les scarlatines les plus simples. La coloration de la muqueuse buccale pour ces deux maladies offre les mêmes variétés de nuances que nous avons signalées à la peau. Enfin ces petites vésicules qui apparaissent aux mains, au col, à l'abdomen, sont dans la scarlatine constantes, inégales et saillantes; dans la rougeole au contraire cette éruption est rare, et peu apparente lorsqu'elle existe.

Si on interroge le cadavre des scarlatineux, voici les principales altérations qui s'y trouvent. Le pharynx laisse apercevoir des traces d'inflammation; le tube digestif lui-même dans toute sa longueur peut offrir des indices de phlogose; mais la principale altération a placé son siége aux ganglions cervicaux. Ils sont rouges, tuméfiés et ramollis. Cette tuméfaction est quelquefois si considérable, qu'elle s'accompagne de suppuration. Plusieurs praticiens, en effet, ont eu occasion d'observer pendant le cours d'une épidémie de scarlatine des bubons scarlatineux. Au contraire, dans la rougeole les ganglions bronchiques et pulmonaires présentent les plus graves lésions. L'inflammation en a augmenté le volume, dénaturé la substance, et les a réduits à une pulpe mollasse et grisâtre. La muqueuse du larynx et de la trachée, d'un rouge plus ou moins foncé, témoigne de l'état inflammatoire de ces parties; enfin les bronches et le parenchyme du poumon, suivant les prédispositions du sujet et la violence de l'exanthème, offrent des altérations souvent profondes.

Le traitement de la rougeole et de la scarlatine est absolument identique; sauf les complications, qui nécessitent parfois des médications énergiques, la prudence exige que l'on se borne à une méthode expectante. Les soins hygiéniques, surtout pendant la convalescence, sont pour ces deux affections de première nécessité. Les praticiens n'ignorent pas les dangers qui accompagnent la rétrocession de ces exanthèmes. Il est donc urgent de n'omettre aucun des préceptes qui assurent à ces fièvres exanthématiques, une marche facile, et une guérison prompte. Nous avons vu les accidens les plus graves se développer à la suite d'une scarlatine dont l'éruption avait disparu trois jours après son apparition. Des exemples de ce genre sont très-fréquens dans la pratique des médecins qui soignent beaucoup d'enfans. Les rétrocessions partielles de ces exanthèmes sont assez rares; mais lorsqu'elles surviennent, on doit se tenir en garde contre leur gravité. M. Reveillé-Parise nous a cité le cas d'une jeune fille atteinte de rougeole; l'éruption qui était d'abord générale disparut tout à coup de la poitrine, et les désordres les plus graves éclatèrent du côté des organes thoraciques, pour ne céder qu'aux efforts d'une thérapeutique sagement dirigée. Le même praticien nous a rapporté l'observation d'une rougeole dont l'éruption se montrait encore dans toute sa vigueur dix jours après son apparition. La durée de cet exanthème semblait subordonnée à une constipation opiniâtre, qui pendant tout ce temps tourmenta le malade.

Parmi les inflammations des muqueuses qui compliquent la scarlatine, nous devons distinguer celle de la bouche, qui tend à la sécrétion d'une fausse membrane. L'expérience a démontré que la cautérisation était le moyen le plus efficace pour enrayer la marche de cette phlogose. On touchera donc les fausses membranes avec le nitrate d'argent, l'acide hydrochlorique, ou mieux encore avec l'acide phosphorique préparé dans les conditions que nous avons indiquées dans un mémoire spécial (1). Si des organes importans se trouvaient menacés, il conviendrait de déployer les ressources des médications les plus actives; mais en dehors de ces indications précises, il vaut mieux rester simple spectateur, et confier à la nature le soin de la guérison. Nous nous sommes toujours méfié de ces médicamens dotés si gratuitement de vertu spécifique. Quant aux purgatifs administrés par les anciens dans la convalescence des fièvres exanthématiques, il est bon d'en limiter l'emploi. A moins d'une indication spéciale, nous nous abstenons volontiers des évacuans. Si les suites de la scarlatine et de la rougeole se compliquent quelquefois de désordres fonctionnels et organiques graves, c'est plutôt à la négligence apportée dans les soins hygyéniques qu'au manque de ce précepte thérapeutique, qu'il faut les attribuer.

EMPLOI DE LA TEINTURE DE COLCHIQUE DANS LES CAS DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Quelques essais sur l'efficacité de la teinture de colchique dans les rhumatismes articulaires aigus ont été tentés à l'Hôtel-Dieu. Nous possédons des faits qui ne permettent pas de révoquer en doute la vertu médicamenteuse de cet agent thérapeutique; mais avant de les communiquer à nos lecteurs, nous devons entrer dans des détails qui feront ressortir les circonstances indispensables, pour donner quelque valeur à des essais de ce genre.

Une des connaissances les plus essentielles à un médecin est celle de la marche naturelle des maladies; elle est surtout indispensable au thérapeutiste; sans elle, il lui est impossible de bien juger de l'action des médicamens qu'il soumet à son expérimentation. Comment apprécier, en effet, les modifications que telle substance imprimera à un état morbide, si l'on ne connaît d'avance les phénomènes qui l'accompagnent, le degré de leur intensité, le mode de leur succession; leur tendance à s'accroître, à diminuer ou à dégénérer; suivant la période de la maladie, etc., etc. Un seul exemple suffira pour mettre cette vérité dans tout son jour. Qu'un homœopathe, peu versé dans la marche naturelle des maladies, soit appelé auprès d'un enfant atteint de fièvre éphémère; s'il méconnaît cette affection, alarmé de l'intensité des symptômes fébriles qu'il observe chez son jeune malade, il prescrit un globule homœopathique, et vingt-quatre heures après l'enfant est calme, le pouls s'est régularisé, les symptômes cérébraux ont disparu; ne se croira-t-il pas en droit d'attribuer à l'action de la fraction homœopathique un pareil changement? Nous connaissons deux faits semblables qui ont valu des adeptes à la doctrine de Hahnemann. Que si ce même médecin avait connu le cours naturel de la maladie qu'il avait à traiter, il aurait déclaré sans hésitation que la fièvre céderait sans intervention pharmaceutique; il n'aurait pas attribué à un décillionième de grain de belladone des effets inhérens à la nature de la maladie.

Ce raisonnement trouve son application dans une foule de questions relatives au traitement des fièvres intermittentes. Que de médicamens ont été réputés spécifiques dans ces maladies, et combien peu étaient dignes de ce nom! Les préparations de l'écorce de Pérou ont été les seules qui n'aient pas démenti leur réputation. Doit-on pour cela accuser de mauvaise foi les thérapeutistes qui nous ont préconisé les vertus de tel ou tel autre fébrifuge? Non, sans doute; ils ne méritent que le reproche d'avoir mal observé. Si tous les médecins savaient que certaines fièvres intermittentes guérissent d'elles-mêmes après quelques jours de diète et de repos; qu'il suffit souvent d'un changement de lieu pour prévenir un accès; s'ils savaient qu'un très-petit nombre de ces pyrexies résiste aux moyens diététiques les plus simples, ils ne soumettraient pas ces fébricitans, dès leur premier examen, à une expérimentation thérapeutique; ils attendraient plusieurs jours avant de tenter ces essais; car ce n'est qu'après avoir acquis la certitude que la fièvre d'accès a empiré pendant l'expectation, qu'ils pourront essayer un remède et apprécier avec justesse sa puissance médicatrice.

Ces réflexions nous conduisent à formuler notre opinion sur la valeur des essais thérapeutiques tentés pour combattre les affections rhumatismales. Il en est très-peu qui méritent notre confiance; cependant il est facile de préciser les cas dans lesquels on pourra conclure en faveur d'une médication antirhumatismale, si toutefois elle est suivie d'un amendement notable. M. Chomel a souvent, dans ses leçons cliniques, appelé l'attention des élèves sur ce sujet important. Pour juger de l'efficacité d'un remède nouveau contre le rhumatisme, trois conditions nous paraissent indispensables. 1° Il faut administrer le médicament peu de jours après l'apparition des douleurs; 2° l'inflammation rhumatismale doit occuper simultanément ou successivement plusieurs articulations; 3° le malade présentera encore les symptômes de la fièvre rhumatique. Il est inutile d'ajouter que le rhumatisant doit être placé en dehors de toute autre condition morbide. C'est ainsi que dans l'état puerpéral de nouveaux élémens se combinent à l'inflammation rhumatismale et impriment à sa nature et à sa durée des caractères particuliers. De même, pendant le cours de l'expérimentation, il faut s'abstenir ou tenir compte de toute autre médication dont les effets seraient de neutraliser ou augmenter l'action de la substance expérimentée. Si l'on opère dans ces conditions, on peut, après plusieurs essais répétés sur divers individus, dans des temps et des lieux différens, asseoir son jugement. La teinture de colchique a été expérimentée d'après les règles que nous venons de tracer. Nous rapporterons d'abord deux observations détaillées, et nous les commenterons ensuite.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; EMPLOI DE LA TEINTURE DE COLCHIQUE. — GUÉRISON.

OBS. — Au n° 16, de la salle Sainte-Madeleine, est placé le nommé Dugaest, âgé de 34 ans, d'une constitution forte, jouissant habituellement d'une bonne santé. Le 24 de ce mois, il éprouve une douleur vive à la malléole externe gauche. La veille il avait été exposé à la pluie pendant plusieurs heures. Cette douleur de-

(1) GAZETTE MÉDICALE, n° 7, 1834.

vint si vive que la marche lui fut impossible; il se mit donc au lit. Bientôt l'épaule gauche devint à son tour douloureuse, et trois jours après toutes les articulations étaient prises. Le malade avait une fièvre intense, des soubresauts de tendons, une insomnie continuelle; il était sans appétit et tourmenté par une constipation opiniâtre. Le 26, il entre à l'Hôtel-Dieu; son état est le suivant : Toutes les articulations sont le siége de vives douleurs; elles ne peuvent exécuter le moindre mouvement sans en augmenter la violence. De plus, soif brûlante, pouls dur et fréquent. Les genoux et les poignets présentent une légère tuméfaction, avec un peu de rougeur. On saigne le malade, et il éprouve un peu d'amendement dans l'intensité des douleurs. Le lendemain, nouvelle saignée avec un soulagement sensible. Le 30, le sternum à sa partie supérieure est le siége de vives douleurs; une inflammation aiguë s'est emparée des organes de la déglutition; le malade ne peut avaler les liquides qu'avec une extrême difficulté. Des sangsues sont appliquées *loco dolenti*, et tous ces accidens se calment. Néanmoins les articulations restent toujours douloureuses et les mouvemens sont impossibles. La tuméfaction des poignets et des genoux a acquis plus de développement; on les recouvre de cataplasmes emolliens. Cet état persiste jusqu'au 3 du mois suivant, où la teinture de colchique est administrée au malade pendant 9 jours consécutifs, en augmentant graduellement la dose de ce médicament. Ses effets subordonnés à la quantité de son emploi ont été constamment les mêmes. Il a déterminé des diarrhées abondantes, des sueurs copieuses principalement sur le tronc. Les douleurs se sont calmées progressivement; les articulations ont repris la liberté de leurs mouvemens; la fièvre a cédé le quatrième jour de l'emploi du remède. Le malade, après une insomnie de plusieurs jours, a pu prendre du repos; mais dans son sommeil il a eu des visions pénibles. L'appétit renaît bientôt; le 10, le malade a pris des alimens; le 13, son rétablissement était complet : il va tous les jours au bain pour hâter sa convalescence.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; EMPLOI DE LA TEINTURE DE COLCHIQUE. — GUÉRISON.

OBS. — Le nommé Courrier, âgé de 41 ans, n'ayant jamais éprouvé de douleurs rhumatismales, fut pris le 5 février de douleurs vives à l'articulation humero cubitale droite; tout mouvement de ce bras devint impossible, et dès le lendemain des douleurs d'abord vagues, mais bientôt après très intenses éclatèrent dans toutes les articulations. Le malade s'alita avec fièvre et inappetence; resta chez lui pendant 6 jours sans rien employer pour se soulager, mais voyant son état s'aggraver, et son impossibilité d'executer le moindre mouvement, il se fit transporter à l'Hôtel-Dieu. Le numéro de son lit est le 43 de la salle Sainte-Madeleine. Examiné le 13 au matin, son état est le suivant : Douleurs excessivement vives aux poignets, aux coudes et aux genoux; toutes les articulations sont le siége d'un gonflement notable, et presentent peu de rougeur. Le malade ne peut trouver dans ses nuits, ni calme, ni sommeil. Une fièvre vive l'agite; une soif ardente le dévore; il se plaint continuellement. Ses membres sont recouverts d'une légère moiteur. On le saigne. Le lendemain léger amendement dans les douleurs. Le surlendemain, les articulations, surtout celles du genou droit et des poignets sont excessivement douloureuses. Le malade couche à plat dans son lit ne peut se mouvoir sans souffrir horriblement. On prescrit la teinture de colchique d'abord à 15 gouttes, et on élève chaque jour graduellement la dose jusqu'à 2 scrupules; des coliques violentes, une diarrhée des plus abondantes et des sueurs copieuses suivent l'administration de ce médicament. L'amélioration dans l'état rhumatique du malade coïncide avec ces effets. Le 20, les muscles du col participent à l'inflammation rhumatismale; le flanc gauche est aussi douloureux. Le 22, l'amendement est très-sensible; le malade a reposé plusieurs heures; dans son sommeil il a eu des songes pénibles. Il éprouve des coliques très vives et une diarrhée abondante. On diminue la dose de la teinture de colchique. Elle s'élevait à 2 scrupules, on la réduit à 1 scrupule. Courrier depuis longues années est sujet à un catarrhe pulmonaire chronique. Pendant le cours de son rhumathisme, il a éprouvé les symptômes qui caractérisent cette première affection. Le 23, les mouvemens des articulations sont libres; il n'y reste que peu de douleur et de gonflement; le malade réclame et obtient des alimens. Néanmoins le pouls conserve encore de la plenitude et de la fréquence. On suspend tout-à-fait l'emploi de la teinture que le malade prétend ne pas pouvoir supporter. Il reste encore quelques légères douleurs dans l'épaule gauche et dans la cuisse droite. Le lendemain, elles ont complètement disparu; l'appétit est bon, les fonctions s'executent normalement, et après une courte convalescence, Courrier sort de l'Hôtel-Dieu tout-à-fait rétabli.

Dans les deux observations qui précèdent, l'emploi de la teinture de colchique a été suivi des plus heureux résultats. L'inflammation rhumatismale s'est promptement dissipée sous l'influence de cet agent thérapeutique. L'amendement qui s'est manifesté dans tous les symptômes rhumatiques ne saurait être rapporté à la marche naturelle de la maladie. Lorsqu'un rhumatisme se déclare avec tous les caractères que nous avons signalés chez ces deux malades, il est rare qu'il cède avant le vingtième jour. Très-peu de médications sont assez puissantes pour éteindre cette phlogose avant qu'elle parvienne à ce terme. C'est ainsi que nous avons vu les émissions sanguines locales et générales, les frictions mercurielles, les sudorifiques, les opiacés, etc., etc., calmer momentanément les douleurs, mais le rhumatisme poursuivre sa durée jusqu'au troisième ou cinquième septenaires. Les effets de la teinture de colchique dans les deux observations précédentes ont été très-prononcés; quelques jours de l'emploi de ce remède ont suffi pour calmer les douleurs, rendre aux membres la liberté de leurs mouvemens, et conduire le malade en pleine convalescence. Comment expliquer cette action thérapeutique? La teinture de colchique jouirait-elle d'une propriété spécifique contre les affections rhumatismales? Essayons de résoudre cette question.

Si l'on étudie attentivement tous les phénomènes qui suivent l'administration de la teinture de colchique dans les rhumatismes, on remarque bientôt que les effets salutaires de ce médicament sont en raison directe du nombre des évacuations alvines et de l'abondance des sueurs qu'il détermine; son action, en d'autres termes, est d'autant plus marquée qu'il est plus puissant diaphorétique. Les désordres fonctionnels qu'il suscite dans l'économie animale réagissent sur la phlogose rhumatismale, et produisent dans cet état morbide des modifications importantes. Voilà du moins ce qui paraît résulter du petit nombre de faits que nous avons observés. Dans un cas où la teinture de colchique n'a déterminé ni diarrhée, ni sueurs, nous n'avons noté aucun amendement dans les symptômes rhumatiques. Tout porte à croire, en basant notre jugement sur l'observation, que ce médicament agit dans les affections rhumatismales en suscitant une dérivation énergique sur le tube intestinal et en favorisant l'exhalation cutanée. Si l'on nous objectait que les autres purgatifs ne se comportent pas de la même manière à l'égard des rhumatismes, nous répondrions qu'il en est ainsi pour une foule d'affections. Ainsi la fièvre typhoïde, qui peut quelquefois être combattue avantageusement par un purgatif salin, s'accommodera mal d'un purgatif végétal; les fièvres bilieuses, qui cèdent si facilement à un éméto-cathartique, restent souvent rebelles à l'emploi de tout autre évacuant; et pour en finir avec les exemples, citons les baumes de tolu et de copahu, qui produisent les mêmes désordres fonctionnels, et qui jouissent néanmoins d'une action curative spéciale; l'un s'adresse aux sécrétions bronchiques, l'autre modifie les sécrétions urinaires. Toutes ces substances, outre une action qui leur est commune, jouissent encore de propriétés inhérentes à leur nature, déterminant dans l'économie des effets sensibles, mais peu susceptibles d'interprétation. La teinture de colchique doit être classée dans cette série de médicamens.

Tous les malades ne peuvent pas supporter l'action de ce remède. Il inspire à quelques-uns une répugnance invincible. Ils ont selon leurs expressions, l'estomac trop faible pour le tolérer. En effet, la teinture de colchique détermine suivant la susceptibilité du sujet, des tiraillemens et des douleurs d'estomac, des nausées, des vomissemens, des coliques, des diarrhées abondantes, et une cuisson insupportable à l'anus. Les deux rhumatisans dont nous avons rapporté l'histoire se plaignaient d'être agités pendant leur sommeil par des rêves pénibles. Nous ne pensons pas que ce soit là un effet du médicament. Les malades qui prennent de l'opium pour les douleurs rhumatismales sont aussi tourmentés par des rêvasseries sombres. Il est plus rationel d'attribuer ces apparitions de spectres à l'état de surexcitation du système nerveux déterminé par de vives souffrances, qu'à l'action même des remèdes employés pour combattre le rhumatisme. La dose à laquelle on a d'abord donné la teinture de colchique a été de quinze à vingt gouttes dans une potion, pour la porter graduellement jusqu'à plusieurs scrupules suivant la susceptibilité du sujet. Les premières doses de la teinture déterminent quelquefois des troubles digestifs tels, qu'il devient urgent d'en suspendre l'emploi ou d'en affaiblir la quantité. Les individus atteints de rhumatisme et traités par la teinture de colchique sont à l'abri de ces convalescences longues et pénibles qui suivent ordinairement l'emploi des évacuations sanguines dont on a tant abusé dans ces derniers temps.

Plusieurs cas de rhumatisme chronique avec gonflement considérable des articulations, se sont offerts pendant le dernier semestre à notre observation. Parmi les médications les plus efficaces qui leur ont été opposées, nous devons citer en particulier, l'usage des bains contenant en dissolution de fortes doses de sublimé corrosif. M. Trousseau les a toujours employés avec un grand succès; administrés avec précaution, ces bains ne déterminent jamais d'accidens toxiques graves.

Nous ne terminerons pas ces réflexions sur le rhumatisme sans insister sur une particularité relative au malade qui fait le sujet de notre première observation. Pendant le cours de son rhumatisme, il a été pris d'angine gutturale. Il faudrait bien se garder de confondre les caractères de cette inflammation avec ceux de la phlogose qui survient dans ces parties en dehors de toute condition rhumatismale. Ces deux angines diffèrent essentiellement entre elles; le même traitement ne saurait donc leur être applicable. L'angine rhumatismale débute tout à coup, le plus souvent pendant le cours d'une affection rhumatique; elle arrive en peu de temps à son summum d'intensité; elle ne s'accompagne pas toujours de fièvre, et si un mouvement fébrile survient, il n'est pas en rapport avec le degré d'acuité des symptômes. L'angine rhumatismale ne se termine jamais par la formation d'un abcès, jamais par la gangrène; sa terminaison la plus commune est la métastase; en un mot, elle diffère de l'angine proprement dite inflammatoire de la même manière que l'inflammation simple diffère de la

phlogose rhumatismale. Ces caractères, que nous ne faisons qu'ébaucher ici, trouveront ailleurs de plus longs développemens. Les sangsues qui furent appliquées au malade du 16, dans le but de combattre son angine, furent suivies d'un prompt soulagement. Nous pensons qu'on serait arrivé au même résultat, en s'abstenant de toute émission sanguine. Les angines rhumatismales, si fréquentes pendant le cours des rhumatismes articulaires, disparaissent avec cette même instantanéité qui caractérise leur invasion. Lorsqu'elles sont le résultat d'une métastase, et qu'il est possible de distinguer le point de départ, il convient dans bien des cas de rappeler par les moyens appropriés l'inflammation rhumatismale dans le lieu où elle était primitivement fixée. Il est sans doute inutile de faire remarquer combien le pharynx, à cause de sa structure musculeuse, est propre à devenir fréquemment le siége des métastases rhumatismales. Nous avons vu des malades plongés plusieurs fois dans des bains où l'on avait fait dissoudre deux onces et demie de deuto-chlorure de mercure.

HÉMOPTYSIE ABONDANTE, EMPLOI DES ÉMISSIONS SANGUINES ET DE L'EXTRAIT DE RATHANIA; — APOPLEXIE PULMONAIRE. — MORT.

OBS. — Lemaître François, âgé de 46 ans, serrurier, d'une constitution robuste, eut, il y a 3 mois, une fluxion de poitrine, pour laquelle il fut admis à l'Hôtel-Dieu. Depuis cette époque, il avait joui d'une bonne santé, lorsque le 14 de ce mois, jour du début de sa nouvelle maladie, il éprouva un malaise général, des lassitudes dans les membres, et un point de côté très-violent. Le jour même de son admission à l'hospice, 30 sangsues furent appliquées sur le lieu de la douleur et cette émission sanguine fut suivie d'un soulagement très-marqué. Examiné à la visite du 22 au matin, voici l'état dans lequel nous l'avons trouvé : sa face est congestionnée, ses yeux sont rouges et larmoyans; il exhale de sa bouche une odeur infecte; il est constipé depuis six jours; de plus, soif, anorexie, langue rouge, épaisse, couverte à sa base d'un enduit blanchâtre; les commissures des lèvres présentent une teinte légèrement jaunâtre; le ventre est tendu et douloureux à la pression; respiration facile, pouls dur et fréquent; la percussion de la poitrine donne de la sonoréité en avant; en arrière; matité des deux côtés, surtout à droite; l'auscultation fait entendre quelques légers râles sibilans; la respiration est faible dans les points où existe la matité. Le malade a rendu par l'expectoration sans efforts de toux, une quantité de sang évaluée à deux onces. Pr. : Saignée; huile de ricin, 2 onces, limonades légères à hautes doses.

Le 23, la saignée, qui a été de 12 onces, offre un sang couvert d'une couenne inflammatoire et pourvu de beaucoup de sérosité. L'haleine du malade est toujours fétide; pendant la nuit il a expectoré une grande quantité de sang. La percussion et l'auscultation de la poitrine donnent en arrière de la matité, peu de bronchophonie; en avant sonoréité et élasticité avec un léger râle crépitant; le pouls bat 110 pulsations par minute; le ventre est dur et ballonné; les selles sont très-difficiles; le malade se plaint d'une amertume extrême de la bouche et d'envies de vomir. (Pr. : Saignée, looch blanc; limonade à hautes doses; lavement émollient.)

Le 24, hémoptysie moins abondante que la veille; on évalue à trois onces le sang expectoré; du reste, même état. Pr. : Extrait de rathania trois gros.

Le 25, le malade a continué à cracher le sang; sa face est pâle; les pommettes seules présentent une coloration d'un rouge foncé; la respiration est plus difficile, le pouls cède plus facilement à la pression du doigt; empâtement des viscères abdominaux, constipation. Pr. : Continuation des mêmes moyens. Le 26 l'état du malade semble s'améliorer; l'expectoration du sang est moins abondante, l'oppression moins marquée, l'auscultation et la percussion n'offrent rien de particulier; le malade a mangé deux soupes sans être incommodé. On insiste sur le même traitement.

Le 28, il obtient le quart; dans la journée, il expectore quatre crachats sanguinolens. On prescrit de nouveau l'extrait de rathania, la limonade et les lavemens. Rien n'annonçait que l'émoptysie devait reparaître, lorsque tout à coup dans la soirée du 29 il regorge des flots de sang; le faciès se décolore, les extrémités se refroidissent, et il succombe asphyxié.

NÉCROPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT : chaleur de l'atmosphère à 18 degrés; cadavre en bon état, non putréfié. La percussion dans diverses régions du thorax donne en arrière une matité double avec résistance moyenne au doigt; l'ouverture du péricarde laisse écouler un demi-verre de sérosité, le cœur d'un volume et d'une consistance médiocre présente quelques légères incrustations à l'origine de l'aorte; cette artère offre un peu de dilatation à sa crosse. Les poumons adhèrent de deux côtés et ne s'affaissent pas; ils présentent en arrière un engoument très-prononcé. En avant le poumon droit au lieu même où la matité avait été observée, est le siége d'un engoument considérable; tandis que du côté opposé il est entièrement sain. La trachée-artère est d'une couleur rosée; les divisions bronchiques droites sont occupées par des caillots de sang qui les oblitèrent complètement; le poumon gauche en arrière dans sa partie la plus déclive est engoué et présente dans son intérieur une cavité remplie par un caillot du volume d'une amende. Toutes ces ramifications bronchiques sont occupées par des caillots sanguins. Aucun point du poumon droit ne contenait de foyer; toutes les bronches sans exceptions étaient obstruées par des caillots; autour d'elles sont des taches noires qui paraissent dues à l'infiltration du sang. Dans le parenchyme même des poumons se trouve du sang figé sans altération de texture de l'organe. Les viscères abdominaux n'offrent rien de bien remarquable; le foie paraît un peu plus volumineux que dans l'état naturel; la texture de son parenchyme est plus dense et friable. Les intestins contiennent en quantité des matières fécales, liquides dans les parties supérieures du tube digestif et moulées dans le cœcum et l'S iliaque du colon.

L'étude attentive des symptômes et des lésions cadavériques observées chez ce malade ne permet pas de méconnaître l'affection décrite par Laennec sous le nom d'apoplexie pulmonaire. Des faits semblables ne se présentent pas fréquemment dans la pratique. Celui que nous publions offre d'autant plus d'intérêt qu'il a été précédé d'un crachement de sang très-abondant. Lorsqu'une hémoptysie se déclare, il n'est pas toujours facile d'en assigner la cause. Les unes se rattachent au développement des tubercules pulmonaires; d'autres sont constitutionnelles et ne tiennent à aucune lésion organique du poumon; elles peuvent aussi être accidentelles, succédanées, symptômatiques, critiques; d'autres enfin se lient à un état pléthorique ou à une disposition organique inconnue dans sa nature. Dans tous ces cas, lorsque l'hémorrhagie pulmonaire par son abondance inspire des craintes sur ses suites, il faut se hâter de saigner le malade; c'est sans contredit le moyen le plus efficace pour se rendre maître de l'hémoptysie. Ce précepte qui constitue la règle générale souffre néanmoins quelques exceptions, et l'observation qui nous occupe vient se classer dans cette catégorie.

Nous sommes loin de blâmer la première des émissions sanguines qui fut pratiquée chez ce malade. L'indication paraissait urgente : nous aurions désiré cependant que l'on eût ouvert de préférence à celle du bras une veine du pied, afin d'opérer une révulsion plus prompte. Ce choix ne paraîtra pas indifférent aux observateurs qui ont connaissance des faits publiés par Barthez à ce sujet. Le même praticien et Stoll, avant lui, avaient observé que certaines hémoptysies qui résistent aux émissions sanguines, sont supprimées au contraire avec facilité au moyen d'un vomitif. L'expérience de ces grands maîtres semble totalement perdue pour notre époque. L'indication d'un éméto-catarthique était d'autant plus marquée dans le cas qui nous occupe, que le malade se plaignait depuis plusieurs jours d'une constipation opiniâtre; l'état de sa langue, celui du ventre, le trouble des fonctions digestives, ne motivaient-ils pas assez cette médication? Nous ne doutons pas que *le coup de sang dans les poumons qui l'a frappé*, pour parler le langage de Zimmermann, était occasionné par l'obstruction des viscères abdominaux. On n'ignore pas que la fille de ce célèbre médecin fut victime d'une semblable maladie. Comment de pareils désordres peuvent-ils déterminer l'apoplexie pulmonaire? Est-on autorisé à admettre avec certains auteurs que le sang gêné dans son cours reflue dans les rameaux supérieurs de l'aorte, dans le ventricule gauche du cœur, de proche en proche dans l'artère pulmonaire et ses divisions, ce qui détermine une congestion hémorrhagique qui se fait jour par les petits vaisseaux des bronches. Quelle que soit la valeur de cette hypothèse, il n'est pas moins avéré, que rien dans ces circonstances ne saurait remplacer un éméto-catarthique. C'est un fait d'expérience que l'on ne saurait contester. L'extrait de ratanhia fut administré à ce malade; et d'abord avec apparence de succès. On peut utiliser les propriétés de ce médicament contre certaines hémorrhagies; mais il est bon d'en préciser l'emploi. Il n'est réellement efficace que dans les hémorrhagies passives.

MÉTRITE CHRONIQUE.

OBS. IV. — Au n° 4 de la salle Saint-Lazare, se trouve placée une femme âgée de 26 ans et mère de plusieurs enfans. Son mari, homme brutal, l'accabla de coups il y a environ trois mois, tandis que ses règles coulaient encore. A la suite de ces violences, elles se supprimèrent; la malade éprouva de la céphalalgie, des nausées, des vertiges et des douleurs continuelles à l'hypogastre. Cette indisposition ne l'empêcha pas de se livrer à son occupation journalière; mais elle sentait son malaise s'accroître aux termes qui signalaient d'habitude l'apparition de ses menstrues. Depuis trois mois les règles n'ont pas paru. Il y a 8 jours, victime de nouvelles violences de son mari, cette femme fut prise d'une fièvre vive, d'inappétence, de céphalalgie et de douleurs hypogastriques, qui la forcèrent à réclamer des soins à l'Hôtel-Dieu.

Examinée le lendemain de son admission, on remarque en divers points du corps des traces de contusion. Le pouls est plein, dur et fréquent; la malade accuse un violent mal de tête qu'elle rapporte surtout à la région frontale; tous les membres sont endoloris; mais le principal siége de ses douleurs est à l'hypogastre et à la région lombaire. On pratique immédiatement le toucher, le doigt indicateur porté dans le vagin et promené sur le col de la matrice constate au museau de tanche une fermeté et une densité inaccoutumées. Ces parties présentent un peu plus de chaleur que dans l'état naturel. Le corps de l'utérus sensible au toucher offre une légère tuméfaction; cet organe est comme enclavé dans le bassin; et toutes les tractions exercées sur lui ne peuvent détruire son immobilité. Pour compléter cet examen, le doigt est introduit dans le rectum, et M. Chomel reconnait un commencement de rétroversion, et à droite une petite tumeur molle qui lui parut n'être qu'un ganglion lymphatique engorgé. On prescrit une saignée du bras. Le lendemain, moindre intensité dans les symptômes généraux; la fièvre a cédé; amélioration notable dans les accidens locaux; les douleurs hypogastriques sont moins vives; on peut presser sur cette région sans déterminer de la souffrance. On insiste pendant quelque temps sur les antiphlogistiques; l'usage des fomentations émollientes sur l'hypogastre; d'injections et de demi-lavemens émolliens, des boissons adoucissantes et un régime sévère, concourent au rétablissement de la malade.

Le résumé des principaux traits de cette maladie dénote une lésion de l'utérus. Les signes fournis surtout par le toucher, les douleurs lombaires et hypogastriques, et l'aménorrhée qui persistait depuis trois

mois, confirment ce diagnostic. L'exploration des organes utérins était dans ce cas de la plus haute importance. La chirurgie fait uo précepte de sonder tous les malades qui se plaigoent de douleurs dans la vessie, et de dérangemeos dans les fonctions des voies urinaires. M. Lisfranc, dans la dernière discussion de l'Académie de médecioe sur la lithotomie et la lithotritie, a beaucoup insisté, et avec juste raison, sur cette règle de conduite. On devrait appliquer le même priocipe à la recherche des affectioos de l'organe utérin. Une femme est-elle tourmentée par des souffrances qui ont pour foyer la matrice? cet organe n'exécute-t-il plus normalement ses fonctions? Il faut toucher la malade, quelle que soit sa répugnance à se soumettre à cette exploration. Si les médecins mootraient plus de fermeté daos ces circonstances; si par une pudeur mal entendue, ils ne répugnaient pas à proposer à leur cliente cet examen, comme indispensable pour les éclairer et les diriger dans leur traitement, nous affirmoos sans crainte qu'une foule d'affections de matrice qui, dans une période avancée, deviennent incurables, seraient par cette précaution enrayées dans leur marche. Nous n'insistons pas ici sur ce fait, qui nous paraît susceptible de longs développemens.

Le toucher chez la malade qui nous occupe fut pratiqué dès le premier jour de son admission à l'Hôtel-Dieu, et fit reconnaître une fermeté et une deosité du museau de tanche inaccoutumées. Cette lésion était-elle de nature squirrheuse? M. Chomel ne s'arrêta pas long-temps à cette idée à cause de l'âge de la malade, et surtout à cause de l'absence des symptômes généraux qui se lient ordinairement aux dégénérescences de la matrice. La dureté de ces parties était produite par l'inflammatioo chrooique dont elles avaient été pendant trois mois le siége. Cette phlogose n'aurait pu déterminer la production d'un squirrhe ou d'un carcinome, qu'autant que l'économie de cette malade aurait été entachée d'une prédisposition particulière à cette dégéoérescence. Ses antécédens, sa constitution, sa physionomie pathologique, ne pouvaient inspirer une telle crainte. Il n'en est pas de même d'une autre malade placée à côté de cette dernière, et affectée comme elle de maladie de l'organe utérin. Elle est âgée de 57 ans; une hémorrhagie abondante par le vagin signala le début de sa maladie; depuis quatre mois, elle a reodu plusieurs fois des caillots de sang; dans l'intervalle, il s'est déclaré un écoulement tantôt rougeâtre, sanieux, tantôt blanchâtre et muqueux. Les forces et l'embonpoint ont dimioué peu à peu; la peau commence à se colorer en jaune-paille. Cette femme est entrée à la clinique pour une pleurésie caractérisée par un point douloureux et un bruit de frottement très-manifeste dans un des côtés de la poitrine. Les émissions sanguioes ont suffi pour dissiper cette inflammation; mais les douleurs utérines persistant, M. Chomel pratiqua le toucher. Le col de l'utérus, entièrement effacé, est sillonné par un grand nombre de rides, et comme ratatiné; sa surface est parsemée d'une foule de dépressions, d'inégalités et de saillies. Le doigt promené sur ces parties ne détermioe aucune douleur. A de pareils sigoes, on ne saurait méconnaître un carcinome utérin. La forme ratatinée qu'affecte le cancer chez cette femme est, d'après les observations publiées par les auteurs, celle qui laisse le moins de chaoces de guérison; elle paraît donc vouée à une mort certaioe. Les palliatifs seront mis en usage pour calmer les souffrances et soutenir son espoir. Si une nouvelle hémorrhagie se déclare, on pratiquera une saignée proportionnée aux forces du sujet; si son état d'affaiblissemeot se refusait à l'emploi des émissions sanguines, le décubitus horizontal et les astringens offriraient des ressources utiles; enfin, daos certains cas d'urgence, on a recours au tamponnement. M. Chomel l'a pratiqué dernièrement avec des éponges imbibées de jus de citron, et par ce moyen il se rendit maître d'uoe hémorrhagie qui menaçait de devenir mortelle.

AFFECTION TYPHOÏDE.

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse? Au moment où cette maladie semble vouloir revêtir un caractère épidémique, on sentira toute l'importance de cette question. Nous sommes loin de posséder un nombre de matériaux suffisans pour la résoudre. Si nous l'agitons aujourd'hui, c'est seulement pour appeler sur elle l'attention des observateurs, et les inviter à de nouvelles recherches. Quelques faits recueillis à l'Hôtel-Dieu de Paris et dans la pratique de plusieurs médecins, ont confirmé les craintes des contagionistes. Nous pensons que les praticiens français ont adopté avec trop de légèreté le système de la non-contagion. Des observatioos faites avec science et bonne foi autorisent un doute, que les faits ultérieurs pourront seuls convertir en certitude. Il suffit du moindre examen pour être convaincu de la nécessité d'une nouvelle enquête, avant de porter sur cette question un jugement définitif. Les élémens de sa solution ne sont pas toujours faciles à saisir à Paris. On peut cependant dès le début de cette épidémie y acquérir des données assez précises pour pouvoir plus tard motiver une opinion.

Les faits que les non-contagionistes invoquent en leur faveur se réduisent à deux principaux, savoir: 1° ceux qui donoent des soins aux personnes atteintes de fièvre typhoïde, ne contractent pas la maladie; 2° dans les hôpitaux, où tous les lits ont été occupés par des malades en proie aux symptômes typhoïdes; on ne remarque pas que les entrans affectés de toute autre maladie, et qui se placent dans la même couche où se trouvait naguère uoe personoe atteinte de fièvre typhoïde, soient pris de cette affection. De même les voisios des individus affectés de fièvre typhoïde, ne contractent pas la maladie. Des objections puissantes ont été faites à ceux qui s'étayaient de ces faits pour ne pas croire à la contagion. Nous ne les rapporterons pas ici. Nous devons nous borner à une indication sommaire des preuves invoquées de part et d'autre. Nous n'avons pas pour but, nous le répétons, d'éclairer cette question; il nous suffit pour le moment de fixer sur elle l'attention des observateurs.

Les partisans de la contagion oot poursuivi leurs recherches dans les petites localités, où il était facile de prendre le mal à sa source et de suivre pas à pas ses progrès. Ils ont vu la fièvre typhoïde se déclarer dans les villages à la suite de communication d'individus saios avec des individos affectés appartenaot à d'autres villages; ils ont observé que la fièvre typhoïde n'affectait qu'une seule fois le même individu, ce qui lui donnait encore une plus grande aoalogie avec les maladies contagieuses. Comme la plupart d'eotre elles, elle présente à la peau des phénomènes caractéristiques; enfin, entre le typhus et l'affection typhoïde, il existe des traits de ressemblance frappans; la céphalalgie, la prostration, la stupeur, le météorisme, la diarrhée, l'affaiblissement des sens, sont des symptômes qui caractérisent ces deux affections. Toutes deux débutent le plus souveot par des phénomènes inflammatoires, et se terminent par ataxie ou adynamie; elles présenteot les mêmes dispositions aux escarres et aux hémorrhagies. Les seules différences bien apparentes entre elles sont la durée de la maladie et la marche de l'éruption. Un examen de la plus haute importance serait celui qui constaterait l'altération des plaques de Peyer daos le typhus; ce caractère anatomique trouvé, il resterait peu de doute sur la contagion de la fièvre typhoïde; mais nous croyons qu'il est très-difficile de rassembler des preuves assez puissaotes par leur nombre et leur nature pour emporter cooviction. On discutera long-temps avant d'arriver à quelque donnée certaine sur cette contagion, et une fois trouvée, de nouveaux embarras et de nouvelles cootroverses surgiront de toute part pour assigner le mode de transmission de cette fièvre.

A. Boyer, D.-M. P.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er JUIN.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES PLANTES MARINES, CONNUES SOUS LE NOM DE ZOSTÈRES, AU LIEU DE CRIN, DE PAILLE OU DE LAINE, POUR LA CONSTRUCTION DES LITS; PAR MM. DAMIENS ET PASTEUR D'ETREILLES. — Rapport par M. Bory.

Ces plantes, qu'on a quelquefois rangées parmi les algues, mais qui doivent être placées bien plus haut dans l'échelle végétale, sont des phanérogames déjà compliquées dans leur structure, munies de racines, de tiges et de feuilles parfaitement distinctes où le microscope fait voir des cellules à peu près carrées, liées par des forces parallèles et tellement disposées qu'il résulte à la fois de leur subordination une solidité et une flexibilité à toute épreuve.

La nature de ces feuilles est un peu cornée, surtout dans l'état de fixité où elles ne sont pour ainsi dire nullement susceptibles d'être imprégnées par les liquides dans lesquels on les laisserait macérer.

Ayant eu occasion d'en faire infuser fort long-temps dans l'eau pour en obtenir des animalcules microscopiques, le rapporteur a vu qu'elles ne s'y décomposaient point, et que quand on les retirait après une longue immersion, elles n'avaient subi d'altération que dans leur couleur. En les mettant à macérer pendant long-temps dans l'urine et les lavant ensuite une seule fois dans l'eau pure, il a vu qu'elles ne conservaient absolument aucune odeur.

Cette résistance à se laisser pénétrer par les liquides est surtout prononcée dans certaines écailles fauves dont leur base est recouverte et qui semblent indestructibles; ce sont ces écailles particulières que le mouvement des flots réduit, lorsque le reste de la plante a été détruit par une longue attrition en boules fortement feutrées comme dans les cabinets d'histoire naturelle sous le nom d'*ægragropyles de mer*, mentionnées par Imparati, et qui devinrent vers la fin du siècle passé l'objet d'une polémique entre Ramard et Draparnaud.

Les cultivateurs des contrées maritimes ayant remarqué la facilité avec laquelle les hydrophytes qu'ils confondent sous la dénomination de *varechs* et de *goémons* se pourrissent, ont imaginé de temps immémorial d'en fumer leurs champs et en ont obtenu d'excellens engrais; il recueillent ces plantes sur les plages où les flots en accumulent d'immenses quantités; l'expérience leur a appris que les zostères qui s'y trouvent abondamment confondues ne participant point à la putréfaction de ce qui les environne, demeurent entièrement inutiles, et ils ont soin d'en extraire autant qu'ils le peuvent les débris. C'est l'observation de ce fait qui a suggéré aux auteurs du mémoire l'idée de tirer parti de ces végétaux que l'agriculture repoussait, et qui sont si répandues dans toutes les mers. Les zostères n'avaient guères été employées que pour les emballages des objets fragiles: l'usage qu'en faisaient les marchands de verre les avait fait désigner sous le nom d'*algues de verriers*, nom introduit dans la science au temps de Bauhin et de Tournefort, qui appelaient l'espèce la plus commune *algua vitriorum*.

On a essayé d'employer les zostères pour la fabrication du papier, mais on n'a obtenu que des produits assez médiocres.

Linnée reconnaissait deux espèces de zostères, qu'il distinguait par les épithètes d'*oceanica* et *méditerranea*. On a reconnu que ces plantes qui, au premier coup d'œil, ne diffèrent guère que par la largeur des feuilles, et dont les formes sont absolument pareilles, différaient assez peu par leur fructification pour qu'on en constituât deux genres distincts. Les feuilles plates de l'une et de l'autre espèce, éminemment flexibles, longues de plusieurs pieds, larges de quelques lignes et très-fournies, naissent par des faisceaux qui, lorsque la mer est haute et calme, s'élèvent verticalement du fond et semblent former des prairies épaisses d'une couleur obscure. Les parties vaseuses qu'on appelle *mattes* sur plusieurs endroits de nos côtes s'en recouvrent entièrement, ce qui empêche les vagues de les bouleverser. Les racines des plantes dont il est question produisent à la surface de ces mattes le même effet que celle de la *camalatroslide* des sables sur les dunes mobiles que cette graminée concourt si puissamment à fixer. Les ils d'alluvion de la Zéelande sont protégées contre les tempêtes de la mer du Nord par les tapis épais que forment la superposition des feuilles de zostères. C'est probablement en observant l'effet protecteur de ces plantes que les Hollandais ont été conduits à l'imiter dans la construction de leurs digues, et à revêtir le talus d'une couche de paille pressée qui met le sol dans la condition des mattes naturelles. Comme en Hollande, pays de pâturages, la culture des céréales est bornée, et que dans le Waterstad il fallait faire venir de loin la paille, on a imaginé depuis peu d'y substituer la zostère qui se trouve là sous la main, et peut être recueillie à peu de frais. C'est aujourd'hui avec les longues tresses qu'ils en composent, que sont revêtus les talus des digues sur lesquelles la vague vient déferler et retourne sans emporter une seule parcelle du sol parfaitement retenu.

De toutes les mers de l'Europe, la Baltique méridionale est peut-être celle dont les zostères tapissent le plus abondamment le fond; aussi sur ses rives a-t-on de bonne heure songé à en tirer parti. Comme on y avait, de même qu'en Bretagne, reconnu leur inutilité sous le rapport des engrais, on les brûlait pour en tirer des cendres qu'on répandait sur les champs. Cependant quelques particuliers pensèrent qu'il serait possible de les employer plus avantageusement en les substituant à la plume dont on se sert dans les pays du Nord pour les lits, ce qui a plus d'un inconvénient. M. Bory eut occasion, dans l'hiver de 1807 à 1808, de reconnaître par expérience que cette tentative était heureuse, et, de retour en France, il se fit un lit de zostère. Ce lit cependant, dit-il, était beaucoup moins bon que ceux préparés suivant le procédé des auteurs du mémoire. Dans ceux-ci la matière est plus élastique, mollette, totalement dépouillée de ce qui lui restait d'hygrométrique et de salin, absolument inodore, n'acquérant aucune fétidité par l'usage, et prompte à sécher quand elle a été mouillée.

Pour montrer les avantages de la zostère sur les autres substances qu'on a employées aux mêmes usages, les auteurs du mémoire examinent successivement chacune de celles-ci sous divers rapports, et notamment sous celui du prix. Ils sont conduits à conclure que le plus convenable et le plus salubre des modes de couchage serait en même temps le plus économique. Les commissaires pensent que ces conclusions sont justes, et qu'on doit louer les auteurs des efforts qu'ils ont faits pour utiliser en grand des végétaux dont les deux meilleures espèces sont indigènes sur nos côtes, où elles étaient le plus souvent dédaignées.

RAPPORT SUR LE NOUVEAU PROCÉDÉ DE M. GERDY POUR LA CURE RADICALE DES HERNIES, par M. LARREY.

M. Larrey fait en son nom et celui de M. Roux un rapport sur un mémoire de M. Gerdy, relatif à un mode de guérison radicale des hernies, en repoussant la peau dans la place qu'occupait la hernie et la fixant dans cette position en déterminant une adhérence.

Le rapporteur présente des considérations anatomiques d'où il résulterait que les hernies ne se produisent pas parce qu'il y a des ouvertures naturelles à l'abdomen; mais parce que la paroi abdominale est prédisposée communément par la faiblesse du sujet à se laisser écarter. Il ajoute qu'il a vu fréquemment des cas dans lesquels la hernie avait lieu à une distance plus ou moins grande de l'ouverture, et que certains sujets guéris une fois d'une hernie la voient se reproduire un peu plus loin. D'où il conclut déjà que chez ces individus l'opération est inutile, et que d'un autre côté, chez ceux qui ne sont pas prédisposés aux hernies, l'opération est encore inutile, parce que le simple usage d'un bandage amène la guérison. Il établit ensuite ses motifs pour repousser l'opération sur cette considération, que les conditions exigées par M. Gerdy se présentent rarement, et que quand elles existent l'application du brayer suffit pour les guérir; 2° sur ce que quand la hernie est ancienne il y a souvent des adhérences de l'épiploon qui peuvent se rompre et amener des accidens; 3° que le passage des aiguilles à travers les parties entre lesquelles on veut déterminer l'adhérence ne peut être considéré comme innocent, quoi qu'en pense M. Gerdy; 4° enfin il suppose que la compression exercée sur le cordon peut amener l'atrophie des parties.

Les mêmes commissaires font un rapport aussi peu favorable sur une autre méthode proposée dans le même but par M. Ramier, méthode d'ailleurs toute différente, et qui consiste à inciser l'anneau pour y passer un séton.

M. le docteur Mayor de Lausanne lit un mémoire sur les bassins artificiels construits en fil de laiton, de manière à ce que les différens détroits s'y trouvent figurés dans leurs dimensions normales. Nous publierons prochainement ce mémoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SUITE DE LA SÉANCE DU 2 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. LOUYER-WILLERMAY.

Après la correspondance, M. le président annonce que le réglement laisse au bureau la faculté de nommer les commissions pour les prix, à moins que dix membres ne demandent la nomination au scrutin. L'Académie est donc appelée à décider si elle maintiendra la commission proposée pour le prix fondé par madame Michel. On donne lecture de l'extrait du testament de cette dame, portant en substance : — « Qu'elle lègue à l'Académie royale de médecine une rente perpé» tuelle sur l'état de *mille francs*, lesquels seront appliqués à un prix annuel à » décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur le traitement des maladies prove» nant de la surexcitation nerveuse. »

Après un court débat, M. Adelon demande qu'on suive les précédens. M. Double déclare que jusqu'à présent l'Académie a toujours nommé elle-même et au scrutin les commissions des prix; c'est une garantie d'indépendance qu'il faut conserver; toutefois, vu le grand nombre des travaux dont l'Académie a à s'occuper, il propose, pour le cas actuel seulement et sans que cela puisse passer pour précédent, d'adopter la commission nommée par le bureau.

Cette proposition est adoptée; la commission demeure en conséquence composée des cinq membres dont les noms suivent: MM. Esquirol, Pariset, Falret, Ferrus et Louyer-Villermay.

L'ordre du jour est la suite de la discussion sur la lithotritie.

MM. Dubreuil, doyen de la Faculté de Montpellier et Valentine Mott, de New-York, sont présens à la séance.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR LA VALEUR COMPARATIVE DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE.

M. SANSON. J'avais pris la parole à la fin de la dernière séance, lorsque l'heure avancée m'a obligé de m'arrêter; je vais donc compléter ce que j'avais à dire. J'avais établi d'abord qu'on s'était mépris en nous considérant comme les adversaires de la lithotritie, car nous n'en combattons que les abus; puisqu'on n'avait pas bien compris notre pensée, en repoussant pour la lithotritie la qualification de méthode exceptionnelle; car il est trop évident que quand même la lithotritie serait applicable à 90 cas sur 100, la taille qui peut s'appliquer aux cent cas, demeure toujours la méthode générale; enfin j'avais mis en regard les accidens qui sont propres à chaque opération, ceux de l'incision pour la taille, ceux de la cystite pour la lithotritie; et je regrette que sur ce point ni le procès-verbal, ni les journaux, n'aient bien compris ma pensée (1).

Et d'abord qu'on me permette une observation. J'ai attribué les vives attaques dont nous avons été l'objet à un malentendu, à une méprise; et nous connaissons trop bien la loyauté de nos adversaires pour admettre même la possibilité d'une autre hypothèse. Mais il faut cependant convenir que si nous avions eu en face des hommes poussés par quelque motif secret, personnel, à faire valoir une méthode, ils n'auraient pu mieux s'y prendre; c'est une excellente tactique que de supposer des objections imaginaires pour se donner la gloire facile de les renverser. Pour nous, je le répète, nous sommes partisans et amis de la lithotritie, et peut-être ses amis les plus véritables; car nous l'avertissons de ne pas suivre désormais une voie qui lui deviendrait fatale. Ceci n'est pas un blâme de ce qui a été fait; car tous les débuts sont difficiles, on tâtonne, on expérimente; mais après douze années d'expérimentations, il est temps d'en déduire des conséquences; et nos paroles sont uniquement un avis pour l'avenir.

Je veux relever aussi deux assertions de M. Amussat. Il nous a dit que la lithotritie avait été à sa naissance accueillie avec froideur, repoussée par les préventions; messieurs, on trouverait difficilement au contraire une autre opération qui ait excité d'abord une telle sympathie. C'était parmi les médecins la propagande la plus active; chez les malades c'était de l'enthousiasme; et les chirurgiens des hôpitaux ou bien essayaient eux-mêmes la lithotritie à leurs cliniques, ou bien appelaient les lithotriteurs. M. Amussat assure aussi qu'aujourd'hui les malades fuient nos hôpitaux, par effroi de la taille. Eh! messieurs, depuis que ces débats sont commencés, les renseignemens de toute espèce nous sont venus. Il y a dans Paris un service spécial, dans un hôpital, consacré à la lithotritie; dans toute l'année 1834, il n'y a eu que cinq ou six calculeux opérés; je maintiens du moins qu'ils n'ont pas dépassé ce dernier nombre; et sur ce nombre, *deux sont morts!* Depuis le premier janvier de cette année, il est entré trois calculeux dans le même service; un est mort de l'opération; mais il était dans des conditions très-défavorables; un autre opéré a eu des accidens assez graves; le troisième est bien portant, mais il n'a pas encore été lithotritié. Or, pour ne parler que de l'Hôtel-Dieu il y est entré cette année cinq calculeux pour se faire tailler; vous voyez donc que les hôpitaux ordinaires n'ont pas si fort à redouter qu'on le dit la concurrence de l'hôpital Necker.

Arrivons maintenant au fond de la question. La commission attaquée a d'abord répondu par des chiffres et les chiffres sont accablans pour la lithotritie. Ici nos adversaires se sont divisés. M. Amussat a rejeté tout argument tiré de la statistique. Mais il est tombé à mon avis dans une erreur grave; il est impossible que lui même n'ait pas opposé faits à faits quand il a pris parti pour la lithotritie contre la taille; ce sont sans doute les succès qui l'ont décidé; mais pour les apprécier, il a dû les compter; et toute expérience comparative se réduit en dernière analyse à un chiffre; qu'il n'ait pas compté exactement, soit; alors la démonstration est seulement moins rigoureuse; mais il n'en a pas moins compté; agir autrement, ce serait se priver volontairement des lumières de la raison; ce

(1) Nous ignorons de quels journaux a voulu parler M. Sanson; s'il nous avait fait l'honneur de nous lire, il aurait vu sa pensée rendue dans la GAZETTE MÉDICALE de la même manière et presque avec les mêmes termes qu'il a jugé convenable de la reproduire à l'Académie.

(*Note du rédacteur*)

serait faire de la chirurgie une loterie; ce serait une chose vraiment immorale. Je dis donc que M. Amussat lui-même a compté.

M. Lisfranc, lui, ne rejette point la statistique; mais il a cherché à redresser nos chiffres. On lui a fait à cet égard une concession que je regrette; ainsi, au lieu d'établir une mortalité de 1 sur 4 à 5 opérés, on a diminué d'un le nombre des opérés et accru ainsi la mortalité. Je maintiens que la première proportion est la véritable. Du reste, M. Lisfranc a mis à part les enfans, et je crois qu'il a eu parfaitement raison; moi-même j'ai eu occasion de faire voir que pour bien apprécier les résultats de la taille, il fallait exclure les enfans. Je dois ajouter cependant que dans la discussion actuelle, comme on mettait en ligne de compte les enfans lithotritiés, il fallait bien aussi admettre les enfans taillés.

Mais supposons exacts les résultats donnés par M. Lisfranc, et que la mortalité par la taille soit égale à celle de la lithotritie; la taille serait encore préférable. Ainsi la taille est bien moins douloureuse; chez quelques individus, à la vérité, le broiement est très-peu pénible; et j'ai vu moi-même un malade qui disait qu'il pourrait dormir durant l'opération; mais c'est le seul que j'aie vu si bien disposé; le plus grand nombre se plaignent de douleurs excessivement aiguës. Je pourrais ici m'appuyer du fait même que M. Amussat a rapporté comme si concluant en sa faveur; de cet homme qui comparait une séance de broiement à l'arrachement d'une dent; car d'une part l'arrachement d'une dent ne cause pas déjà une douleur si légère; mais surtout ne vous souvenez-vous pas qu'en parlant de cet opéré, il est échappé à M. Amussat de l'appeler *un martyr*?

J'ai dit que la taille convenait à un plus grand nombre de cas, et cela est évident. J'ai dit qu'elle était plus facile, et personne ne le conteste; et M. Amussat en a pris même avantage pour rejeter les insuccès de la lithotritie sur la maladresse des opérateurs. Eh bien je maintiens que c'est un immense avantage pour la taille que d'être une opération à la portée de tous, une ressource que tous les malades ont pour ainsi dire sous la main; tandis que la plupart de ceux qui se résigneraient à la lithotritie n'ont guères que cette double chance, ou d'être mal opérés ou de n'être pas opérés du tout. La lithotritie est également suivie de convalescences plus longues; M. Lisfranc nous dit à la vérité : *me voilà; je me porte bien!* — Je l'accorde et lui en fais mon compliment (on rit); mais combien de temps a-t-il mis à se rétablir? Et faut-il énumérer ici le grand nombre de catarrhes vésicaux et d'autres accidens qui succèdent à la lithotritie?

En outre, la lithotritie est plus longue; et enfin elle donne moins de sécurité contre les récidives par l'oubli de quelques fragmens. On me répond que les lithotriteurs sont des gens habiles; mais M. Lisfranc est un chirurgien habile; est-il sûr de rencontrer toujours toute pierre ou tout fragment de pierre enfermé dans la vessie? S'il avait cette certitude, il ne me resterait qu'à désirer qu'un si rare avantage fût partagé par tous les chirurgiens.

Messieurs, votre décision aura une haute portée. Je crois d'abord, quoiqu'on en ait dit, que cette discussion a jeté de vives lumières; que les lithotriteurs quand même mettront un peu plus de réserve dans leurs tentatives à l'avenir; et ceux de nos collègues qui sont étrangers à cette opération se seront convaincus que si la lithotritie est bonne et n'expose point à des revers quand elle est convenablement appliquée, elle a des conséquences très-fâcheuses, lorsqu'on en fait une méthode générale. A vous maintenant de voir si, par un ajournement pur et simple, vous voulez autoriser ces tentatives malheureuses à se reproduire; ou bien si en adoptant le rapport, vous déclarerez au public et aux malades que la lithotritie n'a d'avantages sur la taille que quand on l'applique dans certaines limites et avec discernement.

M. Lisfranc. Avant de répondre à M. Sanson, j'ai un léger différend à vider avec M. Velpeau à propos des observations de M. Bancal. Après y avoir vu deux guérisons, M. Velpeau n'en trouve plus qu'une, tandis que j'en avais cité quatre; je tiens à démontrer ce que j'ai avancé. Le premier fait est admis comme une guérison par M. Velpeau; donc pas de discussion à cet égard. Le second me paraît un des plus beaux succès qu'ait obtenus la lithotritie; car la vessie contenait des productions accidentelles, et un an après l'opération le sujet, malgré ses 78 ans, n'avait cessé de se bien porter. C'est par erreur certainement que M. Velpeau a dit que l'urine continuait à donner un dépôt lithique; il n'en est nullement question; et quand cela serait, est-ce donc une preuve que la vessie contient encore une pierre, et ce dépôt ne s'observe-t-il pas même après la taille? Le sujet de la quatrième observation a survécu deux ans et demi à l'opération; les urines déposaient des mucosités abondantes; mais un catarrhe vésical à 72 ans est-il chose si extraordinaire, qu'il faille l'attribuer à la lithotritie, et dire que c'est là un insuccès? Enfin la première femme délivrée de plusieurs calculs ensemble par le broiement s'est bien portée durant une année entière, et c'est parce que, *trois ans après*, elle a rendu un autre calcul par l'urètre, que M. Velpeau prend ce cas pour un échec? Quelqu'un a-t-il jamais prétendu que la lithotritie préservât des récidives?

Je laisse de côté quelques autres allégations contraires aux miennes; ainsi M. Velpeau compte toujours 14 opérés, et il y en a un pour lequel on n'a même jamais songé au broiement, et deux autres qu'on s'est borné à sonder avec les sondes ordinaires, l'un même avec des sondes du n° 4. Le livre est là; les faits y sont comme je l'ai dit; maintenant qu'on les explique comme on voudra, qu'on prenne l'introduction d'une simple sonde pour une opération de lithotritie, je ne m'arrêterai pas à réfuter sérieusement de semblables interprétations.

J'en viens à M. Sanson; et d'abord, pour répondre à une légère insinuation de son exorde, je lui rappellerai que je n'ai dans cette discussion d'autre intérêt que la vérité. J'ai étudié sérieusement la lithotritie, et j'avais pour cela un motif qui valait bien tous les autres; mais je ne l'ai pas même pratiquée. Du reste, si notre argumentation est entachée d'erreur, elle doit être d'autant plus facile à renverser, et j'avoue pourtant que je n'ai rien entendu qui fût capable de me convaincre.

Ainsi M. Sanson proclame la taille méthode générale, parce qu'elle peut s'appliquer à tous les cas; mais où donc a-t-on vu qu'en chirurgie on érigeât en méthode générale le procédé qui pourrait à la rigueur être mis le plus souvent en usage au lieu de celui qui réussit le plus souvent? Qu'on ne s'y trompe pas; ces procédés qui remédient à tout ne sont le plus souvent que d'extrêmes ressources qu'on peut employer, oui, mais qu'on ne doit employer qu'après avoir épuisé tous les autres; en un mot, de véritables moyens exceptionnels, qu'une singulière erreur de mots a pu seule faire confondre avec les méthodes générales. La taille est cette ressource extrême, que la nécessité seule justifie, et qui ne doit être tentée qu'au défaut de la lithotritie.

On avance que la lithotritie est plus douloureuse que la taille. Je veux bien l'admettre, dans les cas difficiles; quand la vessie est malade, le calcul dur et volumineux; mais je maintiens l'opinion contraire dans les cas de calculs médiocres dans une vessie saine; d'une part, parce que le calcul est détruit en peu de séances; et d'autre part parce que nos adversaires se font une étrange illusion s'ils bornent les douleurs de la taille à celles de l'incision même. Les chirurgiens qui ont fait souvent la taille savent très-bien quelles horribles souffrances cause souvent le chargement de la pierre et les efforts nécessaires pour son extraction; ils tiennent compte aussi des douleurs provoquées par le passage continuel de l'urine sur cette plaie récente et sensible, sans parler des accidens qui peuvent aggraver les suites de l'opération.

Mais, ajoute-t-on, la convalescence est plus longue après la lithotritie. Je le nie encore; d'abord pour ce qui me regarde; mais ensuite, messieurs, pour le grand nombre d'opérés près de qui j'ai fait prendre des renseignemens avant de me décider moi-même; le plus ordinairement, après chaque séance de lithotritie, l'opéré peut se livrer à ses affaires comme auparavant.

Enfin, et j'avais cependant déjà répondu à ce reproche, M. Sanson accuse les lithotriteurs de laisser fréquemment des fragmens de calculs dans la vessie. En thèse générale, sans doute qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître ces fragmens dans une vessie ample, par exemple, dans une vessie à colonnes, ou encore dont le bas-fond est très déprimé, et surtout avec nos sondes ordinaires. Je ne veux même pas dire que les lithotriteurs ne tombent jamais dans l'erreur à cet égard; jamais et toujours sont des mots vides de sens en chirurgie. Mais je m'en rapporte à tous ceux qui ont vu pratiquer la lithotritie, qui ont suivi avec attention le procédé d'exploration, la manière d'agir des instrumens; tous vous diront combien l'erreur doit être rare. Voici en effet comment les choses se passent : on explore d'abord la vessie distendue par l'urine ou par une injection; puis on évacue le liquide; l'organe revient alors sur lui-même et embrasse l'instrument avec une telle force, que celui-ci, malgré son poids et sans être soutenu, demeure maintenu dans sa position presque perpendiculaire à l'horizon et à l'axe du corps; les calculs ou les fragmens de calculs sont donc nécessairement ramenés contre les branches, et vont pour ainsi dire au-devant. Cette rétraction de la vessie est si réelle et si forte, que chez beaucoup d'opérés ces dernières explorations sont plus pénibles que l'opération même; ainsi, lorsque dans la dernière séance que je subis, mon calcul étant détruit depuis long temps, on explora pour la dernière fois la vessie vide, je la sentis qui se contractait avec une telle force sur l'instrument, que la douleur dépassa tout ce que j'avais senti jusqu'alors, et il fallut attendre quelques minutes que ce spasme eût diminué.

J'avais dit que s'il restait quelque fragment la douleur en avertirait le malade; M. Sanson répond que la douleur persiste généralement plusieurs jours après le broiement complet du calcul. Cela est vrai; mais encore ici n'allons pas à la faveur du mot mettre la confusion dans les choses. Ce n'est plus la douleur vive, cruelle, *sui generis* de la pierre; c'est une douleur toute différente, dépendant de l'irritation que la pression des instrumens droits a occasionée au col de la vessie. Les calculeux ne s'y méprennent point.

M. Velpeau. Je suis fâché d'être obligé de revenir sur les insuccès de M. Bancal, d'autant plus que cela n'éclairera pas beaucoup la question principale; mais enfin M. Lisfranc m'y ramène, et après avoir posé en principe que quand on cite il faut citer juste, il ne paraît pas l'observer beaucoup lui-même. Ainsi ce n'est pas le premier malade de M. Bancal que j'ai donné comme guéri, c'est le second; et je ne suis pas étonné que M. Lisfranc n'ait pas trouvé le dépôt lithique en le cherchant ailleurs que là où je le mentionnais. Pour le troisième, M. Lisfranc dit qu'il est mort trois ans après; (M. Lisfranc : Deux ans et demi!) M. Bancal dit qu'il est mort au bout d'un an. (M. Lisfranc : Mais voilà le livre!) Quant à la femme qui a recommencé à souffrir un an après, elle ne saurait passer pour guérie. Et enfin pour ces tentatives qui ne sont pas, dit-on, l'opération même, je dis qu'elles ont les mêmes dangers; en effet, le danger vient ici de la nécessité de maintenir dans l'urètre des instrumens volumineux et droits; et les prétendus instrumens courbes d'aujourd'hui n'échappent pas à ce reproche; car la courbure est tout entière dans la vessie et la portion droite dans l'urètre.

M. Amussat. Qu'il me soit permis d'abord de manifester mon étonnement de l'ingénieux détour auquel a recouru M. Sanson. C'est nous, selon lui, qui avons attaqué la commission; la commission n'a fait que se défendre. Mais est-il donc besoin de rappeler les violentes expressions du rapport, ce jugement sévère porté contre la lithotritie, ce pronostic plus sévère encore? Jamais une opération encore nouvelle fut-elle en butte à une agression plus vive? Nous n'avons fait pour nous que la défendre au nom de la science et de l'humanité; et qu'on cesse donc de mêler les personnes à une discussion toute de choses; car nous ne formons point deux camps, Messieurs; nous n'avons tous ensemble qu'un ennemi commun, c'est la pierre; (Très-bien!) seulement notez ceci, les uns l'attaquent directement par les voies naturelles, c'est la lithotritie; les autres, avec la taille, font une trouée périlleuse avant d'arriver à l'ennemi. (Sourires et marques d'assentiment sur tous les bancs.)

Le danger de cette dernière opération est flagrant; et nous avons cité l'exemple de deux célèbres chirurgiens, juges compétens, qui, décidant pour eux-mêmes, se sont fiés à la lithotritie. Cela ne prouve rien, a-t-on dit; et puis vous avez entendu nos adversaires déclarer tour à tour qu'ils se feraient broyer s'ils étaient dans des conditions favorables; et puis cela n'a rien prouvé encore. Mais qu'ils répondent donc à cet autre exemple de Hallé, atteint de quelques petits calculs qu'on eût si facilement broyés, et qui mourut des suites immédiates de la taille.

Mais nous admettons, disent-ils, la lithotritie; elle est bonne, elle est excellente dans certaines conditions. C'est déjà une large concession qui nous est faite; car à entendre l'argumentation et de M. Sanson et de M. Velpeau, vous auriez pu penser que la taille était fort innocente en comparaison de la lithotritie. Que de reproches accumulés contre cette dernière! Il y en a un fort singulier; c'est qu'elle est difficile à pratiquer. Oui, messieurs, toute opération est difficile à qui ne l'a pas suffisamment étudiée; et nous nous plaignons précisément que des chirurgiens qui se sont presque exclusivement livrés à la taille, viennent ici se porter accusateurs et juges dans une question où ils ne

sont que partisans. M. Lepelletier est partisan de la taille; il l'a pratiquée avec un rare bonheur, et lui-même est convenu qu'il fait mal la lithotritie. Comment alors les apprécierait-il impartialement? Il est trop évident que M. Lepelletier ayant à opérer un calculeux, préfèrera toujours la taille, par cette grande et invincible raison qu'il sait la faire et qu'il ne sait pas faire la lithotritie.

Et cela ne s'applique pas seulement à M. Lepelletier: la plupart des chirurgiens des hôpitaux sont dans ce cas. Si M. Velpeau ou M. Sanson était venu nous dire: j'ai essayé l'une et l'autre opération; je les ai pratiquées impartialement l'une et l'autre, et je viens ici, fort de ma double expérience, et je soutiens que la taille est plus souvent nécessaire que la lithotritie. Oh! ce raisonnement aurait eu quelque valeur. Mais nos adversaires font presque constamment la taille; ils ont pratiqué peut être deux ou trois fois la lithotritie; et une de leurs raisons, c'est qu'elle est difficile; et, ils viennent avec ces élémens vous poser des chiffres, et décider par exemple que la taille convient dans les trois quarts des cas. Et qu'en savent-ils? où sont les faits? où ont-ils pris leurs chiffres? On m'a reproché, Messieurs, de repousser la statistique; vous sentez bien que je ne peux accepter celle-là.

J'ai donné, moi, une proposition toute différente, et voici sur quels faits je me fonde. Dans les commencemens de la lithotritie, lorsque nous en étions encore aux perforations successives, je trouvais parmi les calculeux qui s'adressaient à moi à peu près un égal nombre de cas favorables à la lithotritie, et de cas qui me semblaient exiger la taille. Depuis les grands perfectionnemens apportés à l'appareil instrumental, je broie au moins dans les deux tiers des cas; et je pratique de plus en plus rarement la taille, malgré le désir de mes élèves qui voudraient me voir appliquer mon procédé de cystotomie sur le vivant. Car je dois le faire remarquer, Messieurs, et j'adresse ces mots en réponse à M. Sanson: bien que j'aie pris une part notable à la découverte du broiement, je ne suis pour rien dans la découverte des méthodes de M. Jacobson et M. Heurteloup; je n'ai donc nul intérêt à les préconiser; et je ne suis pas tout-à-fait sans intérêt dans la question de la taille. J'ai cherché à perfectionner les deux opérations, adoptant le mieux là où je le voyais, comme doit faire un homme de science et de conscience.

En conscience, Messieurs, j'ai trouvé que le malade avait le droit de réclamer de son chirurgien la lithotritie avant la taille; que certains cas demandaient impérieusement la première, et qu'il fallait l'essayer encore même dans les cas douteux, et n'en venir à cette dernière ressource de la taille que quand il est démontré qu'il n'en reste pas d'autre. J'ai déjà essayé de préciser les indications; je vais poursuivre; car les chirurgiens qui fixent leur attention sur ces débats, se soucient peu d'assertions vagues; ils veulent avant tout des indications.

M. Velpeau ne fait qu'un bloc des enfans calculeux, et il les range tous du côté de la taille. Cela, messieurs, est trop absolu; cela n'est pas fondé en fait. Qu'un enfant de 6 à 12 ans, atteint d'un calcul, présente un canal très-étroit, très-irritable; il faut le tailler: nous sommes d'accord; mais si cet enfant a le canal large et dilatable, s'il supporte bien le cathétérisme, la lithotritie est évidemment préférable. L'âge n'y fait rien; ce sont les conditions où se trouve le malade qui doivent décider le chirurgien.

Pour les femmes, M. Velpeau a dit avec raison que la taille est beaucoup moins grave que chez les hommes; donc il les a en masse condamnées à être taillées. Mais ajoutez donc que la lithotritie est encore ici infiniment moins grave; le canal est plus court, plus droit, plus large; je me suis même souvent étonné que le broiement n'ait pas été inventé il y a long-temps pour la femme, d'autant plus que chez nos voisins, il y a cinquante ans, on extrayait des calculs énormes par la dilatation de l'urètre; d'autant plus que déjà pour l'homme même, dans les cas de gros calculs, Lecat avait imaginé un appareil complet de lithotritie qu'il faisait jouer à travers une boutonnière faite au périnée. La lithotritie est si simple et si facile chez la femme, que si par malheur M. Velpeau avait dans sa famille une femme atteinte de la pierre, je suis convaincu qu'il préférerait le broiement pour elle, ainsi qu'il le ferait pour lui.

Chez les adultes, l'âge n'apporte aucune contre-indication; passons donc. Restent enfin les vieillards, et il faut bien avouer que c'est ici le côté le plus grave de la question. Mais, messieurs, la solution n'est pas pourtant si difficile; tout vieillard qui se trouve dans les conditions favorables, et je les ai déjà déterminées, doit être lithotritié; dans les autres cas, l'âge est sans doute une contre-indication de plus, et quelquefois la taille est l'unique ressource. Mais je dois le dire: avec les perfectionnemens récens de la lithotritie, les contre-indications perdent beaucoup de leur gravité, et j'ai déjà assez de faits pour être autorisé à avancer que, dans la plupart de ces cas, il faut encore tenter la lithotritie, sauf à revenir à la taille, si les circonstances la rendent nécessaire.

Ici nos adversaires triomphent. Ces tentatives, disent-ils, rendent la taille infiniment plus périlleuse; mais je me borne à le nier purement et simplement; je ne sais pas sur quoi ils se fondent; j'ai fait assez fréquemment la taille après avoir essayé la lithotritie; je n'ai pas moins bien réussi, et les faits de ce genre fourmillent. Et en vérité, il est pénible d'avoir à répondre à des assertions aussi gratuites; et voilà pourquoi nous prions instamment MM. les chirurgiens des hôpitaux d'étudier, de pratiquer plus souvent une opération qu'ils veulent juger. On nous a quelquefois reproché de vouloir monopoliser la lithotritie; mais nous nous plaignons au contraire qu'elle ne soit pas plus répandue. C'est un devoir pour tout chirurgien de suivre les progrès de son art, s'il ne veut se soumettre à une responsabilité effrayante. Pour moi je le déclare, j'ai beaucoup fait pour la lithotritie; mais je l'abandonnerais dès demain si l'on venait à trouver un moyen de dissoudre la pierre, quelle qu'en fût d'ailleurs la difficulté, à la seule condition qu'il offrît aux malades plus de sécurité.

M. Rochoux a la parole. (La clôture!)

M. Bouillaud parle contre la clôture. La question est bien grave, dit l'honorable membre; et quant à moi, qui n'ai fait ni l'une ni l'autre opération, et qui me trouve cependant placé parmi les juges du camp, je déclare que je ne suis pas encore suffisamment éclairé. J'avoue toutefois que j'incline vers la lithotritie, et que si j'avais à me décider pour moi ou pour toute autre personne de ma famille, c'est la lithotritie que je préfèrerais. Je suis étonné qu'on nous présente la taille comme une opération si débonnaire; pourquoi donc aurait-on inventé la lithotritie, et pourquoi l'aurait-on accueillie avec de tels transports? On invoque la statistique; je pense en effet que c'est l'unique moyen de décider la question; mais les lithotriteurs ne la refusent point; ils l'appellent de tous leurs vœux; seulement ils disent qu'aujourd'hui nous ne possédons pas assez d'élémens. Je me propose donc de réclamer une enquête après cette discussion; mais je demande avant tout qu'elle soit continuée.

La clôture est de nouveau réclamée; on la met aux voix. Une première épreuve est douteuse; à la seconde, la clôture est prononcée. La parole est à M. le rapporteur pour résumer la discussion.

M. Velpeau retrace à grands traits la marche qu'a suivie la discussion; expose les objections pour et contre; compare de nouveau les résultats des deux opérations prises en masse; ainsi sur un total de 1,003 opérés par la lithotritie, 616 seulement ont été délivrés de leur pierre; 387 l'ont gardée ou sont morts; et d'autre part sur un total de 5845 tailles on trouve 5149 guérisons, 724 morts. La taille a donc jusqu'ici donné des résultats plus favorables; puisque pour rendre la mortalité égale, il faudrait qu'en regard du chiffre total des individus guéris par la taille, il y eût 2,748 morts. Il termine enfin en disant que la lithotritie ne convient tout au plus que pour un quart des calculeux; M. Liston va plus loin, et n'en veut que pour un cinquième; M. Brodie la restreint même à un sixième. Donc il est vrai de dire que la taille est toujours la méthode générale.

Ce résumé improvisé avec une prodigieuse facilité de mémoire et d'élocution a tenu constamment l'assemblée attentive, bien qu'il ait duré plus de trois quarts d'heure.

On demande la lecture des conclusions. M. Lisfranc fait une motion d'ordre; il faut qu'il soit bien entendu qu'en votant les conclusions, l'Académie n'entend point adopter les opinions émises dans le rapport.

M. Ollivier fait remarquer que les opinions émises dans un rapport n'engagent point l'Académie et que celle-ci n'adopte que les conclusions.

M. Velpeau déclare qu'il n'entend nullement engager l'Académie; il désire même qu'on ne vote que sur les conclusions; l'Académie ne peut aller aux voix sur les opinions personnelles d'un de ses membres, surtout quand celui-ci ne le demande pas. Il relit ensuite ses conclusions qui, renfermant quelques mots relatifs à ses opinions sur la lithotritie, excitent de vives réclamations.

— M. le Président. M. Gimelle me fait passer un amendement propre à tout concilier. (Attention.) Il propose que les partisans de l'une et de l'autre méthode s'appellent mutuellement dans leur pratique, et... (Rires et interruption.)

M. Sanson. Qu'on vote d'abord sur les conclusions; après quoi si quelque membre veut proposer l'impression du rapport, il en est bien le maître, et l'Académie aura à décider.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées. Immédiatement après, M. le président se lève et déclare que la séance est levée. Plusieurs membres réclament; M. Eméry demande le renvoi du rapport au comité de publication. Tout le monde est levé; les exclamations, les réclamations se croisent. La proposition de Eméry est mise aux voix au milieu du tumulte et adoptée. M. Lisfranc réclame vivement et demande que le vote soit renvoyé à la prochaine séance; l'Académie sera en nombre, et on aura du moins sa véritable opinion.

M. Sanson. C'est voté!

Il est cinq heures et demie; l'Académie se sépare au milieu de la plus vive agitation.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'EXSTROPHIE DE LA VESSIE; SORTIE DE L'URINE PAR L'OMBILIC; par M. Ruper, docteur en médecine et membre correspondant de plusieurs sociétés savantes à Senoms (Vosges).

Obs. — François Terrier, âgé de 13 ans, né de parens sains qui appartiennent à des familles dans lesquelles on n'avait jusqu'alors observé aucun vice de conformation, présente la taille de 4 pieds moins 3 lignes, et un développement physique proportionné à son âge; toutes ses facultés intellectuelles s'exécutent librement.

L'endroit sur lequel le cordon ombilical a été fixé, se trouve sur la ligne médiane, à 8 pouces au-dessous de l'appendice xyphoïde et immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. Il offre à l'observateur une excroissance de chair sanguinolente qui a une surface couverte d'aspérités, une circonférence de 8 pouces et une forme triangulaire dont les angles sont presque égaux. Vers le centre de cette difformité on voit deux petits tubercules allongés, placés horizontalement et éloignés l'un de l'autre de 4 lignes, par où suintent continuellement des gouttes d'urine; avant leur sortie ces canaux s'allongent; après chaque goutte il s'opère une contraction qui les fait disparaître; à l'angle inférieur qui est sur la même ligne que la symphyse des pubis, se trouve la moitié inférieure du gland, avec son prépuce et le frein qui les unit; sur le milieu de la face supérieure de ce demi-gland, il existe une racine assez marquée qui occupe la place du canal de l'urètre, et qui sert à diriger les urines qui tombent sur cette surface, qui, en les recevant, fait l'office d'une gouttière. Un rayon horizontal qui a environ deux lignes de profondeur, sépare ce gland du restant de l'excroissance, qui est limitée des deux côtés latéraux par deux raies profondes de 3 pouces de longueur sur 1 de largeur.

La symphyse des os pubiens, au lieu d'être convexe, présente au doigt investigateur une surface plate; la peau qui la recouvre est inégale, rude et parsemée de poils follets; elle forme, à la région occupée dans l'état normal par les organes génitaux externes, une espèce de scrotum qui est vide; les deux glandes destinées à la sécrétion de la matière psorifique, sont arrêtées au-dessus des branches horizontales du pubis.

Cette observation présente quelque analogie avec celle que M. le docteur Barré vient de publier tout récemment dans le nº 18 de ce journal; elle en diffère cependant sous plusieurs rapports. Le sexe, dans le cas

présent, n'est pas douteux, il est du masculin ; les fonctions confiées à l'estomac et aux intestins s'exécutent librement.

La place que la nature a choisie pour établir le siége de son aberration, se trouve à la région hypogastrique. Le cordon ombilical ne laisse après lui aucune trace qui pût aujourd'hui attester l'endroit où il a eu son insertion.

La sensibilité est très-grande dans cette production anormale ; le plus léger frottement produit par les vêtemens continuellement imbibés d'urine, y détermine une assez forte douleur, ce qui rend la progression pénible et la course difficile. Les jambes sont un peu arquées en dehors. La poitrine est inclinée en avant pendant la marche, afin que les vêtemens appuient moins sur l'abdomen.

J'ai essayé, à différentes reprises, de m'assurer de la direction de l'étendue des uretères, mais il m'a été impossible d'y parvenir, tant la douleur occasionée par la présence de la sonde était vive. En passant légèrement le bout du doigt sur le gland, on remarque qu'il est doué d'une grande sensibilité.

Il y a plusieurs années que je fis faire une plaque en étain d'une certaine largeur, qui a une face concave destinée à recouvrir la monstruosité et en même temps à recevoir les urines pour les diriger dans un petit sac en cuir qui s'ôte à volonté au moyen d'une vis. L'usage de cette invention a été négligé par les parens ; elle n'a pas obtenu tout le succès qu'elle mérite.

HÉMORRHAGIE PÉRIODIQUE PAR LE RECTUM, chez un enfant de huit ans, existant depuis sept ans. Observation communiquée par M. JOUAN, chirurgien à Rochefort.

OBS. — Il y a dix mois que je fus consulté pour un enfant âgé de 8 ans, qui, depuis sa première année, éprouve tous les mois un flux de sang par le rectum. Cet enfant est d'une bonne constitution et jouissant d'une brillante santé. Il a les cheveux noirs, le teint coloré, la poitrine bien dilatée ; les viscères abdominaux sont dans l'état normal ; toutes ses fonctions s'exécutent ; la verge est développée ; les testicules sont descendus dans le scrotum. Cet écoulemant, qui dure de trois à quatre jours, est précédé des symptômes suivans : malaise général, céphalalgie, quelques coliques, douleur lombaire, pesanteur dans les cuisses et les jambes. Enfin paraît le flux ; pendant celui-ci les fonctions ne sont point altérées ; l'enfant a de l'appétit, digère bien. Le pouls est assez développé ; cependant l'enfant est un peu pâle. Au bout du quatrième jour il reprend sa vigueur ordinaire. J'ai examiné l'intérieur du rectum, et je n'y ai rien trouvé d'anormal ; j'ai vu sept à huit fois ce petit malade dans ce cas.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DIE GEFÆSSDURCHSCHLINGUNG. — L'ENLACEMENT DES VAISSEAUX, nouveau moyen hémostatique, par M. STILLING, médecin adjoint à la maison de santé de Marbourg.

C'est une brochure de 152 pages sur une nouvelle manière d'arrêter les hémorrhagies, et qui consiste dans l'enlacement du bout du vaisseau divisé, à travers une fente pratiquée à peu de distance de son extrémité béante.

Cet ouvrage se compose de plusieurs parties principales. Dans une première, que l'auteur nomme ses prolégomènes, il passe en revue tous les moyens inventés jusqu'à ce jour pour arrêter l'écoulement du sang, et en fait une critique assez sévère.

Dans une autre partie, il explique les faits qui l'ont mis sur la voie, pour arriver à la méthode dont il est l'inventeur. Il nous fait connaître comment il a conçu la possibilité de faire un nœud avec le bout d'un vaisseau, tout aussi bien qu'avec une autre tige flexible. Il se mit donc à chercher, dans les arts, les différens procédés qu'on met en usage pour nouer les cordes et les lacets. Bientôt il apprit que les bouchers et les chasseurs, lorsqu'ils vident les animaux qu'ils écorchent, s'opposent à l'écoulement des matières contenues dans les voies digestives, en étreignant les extrémités du canal alimentaire, sans le secours d'aucun lien étranger. Pour pratiquer cette opération, ces hommes perforent l'intestin, à quelque distance du point où ils l'ont coupé, et passent plusieurs fois par cette ouverture le bout qui la dépasse. M. Stilling crut pouvoir utiliser ce procédé pour la science. Il fit beaucoup de tentatives, les varia de bien des manières, et croit être parvenu aujourd'hui au point où il voulait arriver. Il compte enfin pouvoir satisfaire à toutes les indications qu'il espérait devoir remplir.

Après ce chapitre, l'auteur énumère tous les essais, tant sur les cadavres que sur les animaux vivans, auxquels il a soumis son invention. Par ces essais il a voulu juger jusqu'à quel point cette nouvelle méthode était exécutable, et quel degré de confiance on pouvait lui accorder sous le rapport hémostatique. C'est ainsi qu'il a éprouvé d'invaginer le bout libre du vaisseau tantôt par une fente unique, tantôt par une anse membraneuse qui résultait d'une incision double. Il a apprécié, de diverses manières, à quelle distance de la division du vaisseau la fente devait être pratiquée. Les tentatives ont été variées avec des incisions longitudinales, transverses et obliques. L'auteur a donné plusieurs dimensions à ses fentes et en a évalué la grandeur la plus convenable. Il a étudié le genre de nœud qu'on obtient par ce mode d'engainement, et il décrit les angles des plaies qui résultent des incisions faites à travers le bout libre du vaisseau.

Après avoir isolé des portions d'artère ainsi bouchées, M. Stilling a cherché à s'assurer jusqu'à quel point leur obturation résistait à l'effort d'une colonne de liquide. Dans le cas où la matière à injection venait à s'échapper par les angles de la plaie, ou à dénouer l'anse formée, il a songé à faire disparaître cet inconvénient. Enfin, après avoir fait un grand nombre d'essais, il s'est arrêté à l'enlacement du bout de l'artère divisée, à travers l'anse oblique qui résultait d'une double perforation du vaisseau, perforation pratiquée à une distance de l'extrémité béante pour le moins aussi grande que le calibre du tube vasculaire lui-même.

Vient ensuite un article dans lequel l'auteur indique les avantages de sa nouvelle méthode. Les principaux sont, d'après lui, d'éviter les corps étrangers qu'on est obligé d'abandonner dans la plaie lorsqu'on a recours à la ligature ; de ne point être exposé à froisser l'artère à une distance bien avancée dans les chairs, comme cela a lieu par la torsion, et de ne pas voir les artères se détordre par l'effort du sang, lorsque les extrémités n'ont été qu'incomplètement froissées.

Plus loin M. Stilling passe à la description de la manière dont cette nouvelle opération doit être exécutée, pour offrir tous les avantages possibles. Il prescrit le nombre d'aides convenables pour chaque cas particulier, décrit les instrumens dont on doit se servir, et fait connaître à cette occasion deux pinces nouvelles qu'il a inventées. L'une d'elles est une pince à compression naturellement fermée, mais qui s'ouvre au moyen de deux boutons, que l'on presse lorsqu'on veut écarter les deux branches. Chacun de ces boutons ressemble à un clou arrondi, dont la pointe traverse librement un trou pratiqué dans l'une des branches, et va s'implanter ensuite dans la branche opposée en y pénétrant par sa face interne. Outre cette pince, qui doit servir à remplacer les doigts d'un aide pour suspendre la circulation pendant qu'on opère, l'inventeur en décrit encore une autre dont les mors très-larges et aplatis sont munis d'une fente destinée à guider le bistouri, lorsqu'on incise le bout d'artère qu'on se propose d'invaginer. Ces instrumens sont figurés dans une planche jointe à la brochure, et dans laquelle on voit encore les dessins de quelques bouts d'artère enlacés par différens procédés et représentés à plusieurs temps de l'opération.

Un chapitre est consacré à la revue des différentes maladies dans lesquelles on peut avoir recours à la nouvelle méthode. Ce sont tous les cas où les malades peuvent mourir d'hémorrhagie, tels que anévrismes, plaies, opérations graves, amputations, etc., etc. L'auteur donne des règles pour chaque cas particulier, et rend le lecteur attentif aux accidens qui peuvent survenir pendant et après l'opération. Il ne se dissimule pas la difficulté que sa méthode offre dans son exécution, et il convient que pour y réussir il faut s'y être beaucoup exercé et être un homme d'une main très-sûre.

Il rapporte ensuite une observation d'hémorrhagie de l'artère radiale chez un garçon menuisier, qu'il a arrêtée par enlacement. L'opération dura *trois* quarts d'heure, et lorsqu'elle fut terminée il se trouva environ un pouce d'écartement entre le bout d'origine et le bout périphérique du vaisseau. La plaie s'est cicatrisée par première intention.

M. Stilling termine enfin par un parallèle entre toutes les méthodes hémostatiques connues, et finit, comme on le pense bien, par donner la préférence à la sienne.

Nous avons cherché à pénétrer le but de l'auteur et il nous a paru qu'il n'a pas été atteint. Comment appliquera-t-il sa méthode aux vaisseaux profonds ? et dans le petit nombre de circonstances où elle peut réussir, est-elle réellement préférable au moyens déjà connus ?

Il faut convenir que, si l'enlacement a pu être fait, il peut sûrement s'opposer à l'écoulement du sang, et il ne laisse pas de corps étrangers dans la plaie; mais il offre dans son exécution des difficultés presque insurmontables.

F. J. D.

DE MOGOSLOCIA E CONGLUTINATIONE ORIFICII UTERI EXTERNI, COMMENTATIO; auct. H.-Fr.-Jos. NÆGELÉ. — Heidelbergæ, 1835. In-8°, IV-43 pag.

Parmi les causes de dystocie dépendant d'un état morbide du col de l'utérus, on a beaucoup parlé de l'oblitération de cet organe ou de sa coarctation par suite d'induration, de tumeurs squirrheuses ou d'autre nature; affections qui nécessitent le plus souvent l'hystérotomie vaginale. Mais il existe quelquefois un autre état pathologique qui, bien que moins grave, ne mérite pas moins l'attention des accoucheurs, c'est l'adhérence, ou plutôt l'agglutination des lèvres de l'orifice utérin. C'est ce sujet peu connu que M. Nægelé, fils du célèbre professeur d'accouchemens, a choisi pour l'acte probatoire que, suivant l'usage établi en Allemagne, il vient de présenter au début de sa carrière professorale.

Des nombreux traités d'accouchemens publiés en France et en Allemagne, ceux de Paul Portal et de madame Lachapelle sont les seuls où il soit fait mention de ce mode d'occlusion de l'orifice de l'utérus; les autres n'en parlent pas, soit que leur attention n'ait pas été dirigée vers ce point, soit que cet état pathologique ne se soit pas présenté à leur observation. C'est donc un véritable service que M. Nægelé rend à la science en réunissant dans la monographie que nous annonçons, toutes les observations qu'il a pu se procurer, et en provoquant ainsi de nouvelles recherches.

L'auteur divise son travail en deux parties : dans la première il s'occupe de la nature et du traitement de l'agglutination de l'orifice externe de l'utérus, comme obstacle à la parturition; la seconde partie est consacrée aux observations.

Déterminant avec précision la maladie dont il veut parler, M. Nægelé déclare qu'il n'entend pas traiter de l'occlusion produite par des callosités, des cicatrices ou d'autres lésions de l'orifice utérin, mais d'un mode particulier d'occlusion qui s'observe également chez les primipares et chez les multipares, qui semble se produire pendant le cours de la gestation, et dans laquelle ni l'orifice ni les parties voisines n'offrent aucune trace d'induration, de rigidité ou de déformation quelconque.

Les signes auxquels on peut reconnaître l'agglutination du bord de l'orifice utérin, sont les suivans : Au commencement du travail, le segment inférieur de l'utérus descend profondément dans la cavité du bassin sans que l'on perçoive aucun vestige de l'orifice, ou bien ce dernier se présente sous la forme d'un pli ou d'une fossette située dans un point très-éloigné du centre du bassin. Les contractions assez fortes font descendre de plus en plus le segment inférieur, l'utérus se distend considérablement, ses parois s'amincissent au point qu'il semble que le doigt de l'explorateur n'est séparé de la tête du fœtus que par les seules membranes de l'œuf. Malgré la violence des douleurs, l'orifice reste étroitement fermé, les forces de la femme s'épuisent, jusqu'à ce qu'enfin l'orifice s'entr'ouvre, soit spontanément, soit par l'intercession de l'art; quelquefois, si la femme n'est pas secourue à temps, on peut redouter une rupture ou une paralysie de l'utérus.

M. Nægelé croit trouver la cause de cette affection dans une inflammation antécédente des bords de l'orifice, soit que cette inflammation soit suivie d'ulcération, soit qu'elle ait pour produit une exsudation de lymphe plastique qui s'organise peu à peu et donne naissance à une fausse membrane qui finit par fermer plus ou moins l'orifice. Il se demande si l'on ne pourrait pas attribuer à la formation de cette fausse membrane la même origine qu'à la formation de la caduque. Comparant l'évolution de l'utérus à une sorte d'état inflammatoire, il croit pouvoir trouver dans cet état les élémens de la production d'une membrane accidentelle, ou du moins il pense que, dans cette disposition, la moindre irritation peut en favoriser le développement. Notre intention étant de donner simplement une analyse du travail de M. Nægelé, nous nous abstiendrons de discuter cette opinion, qui probablement ne satisfera pas tous les accoucheurs; car il s'agirait avant tout de prouver que l'on peut comparer l'évolution de l'utérus à un état pathologique.

Le traitement proposé par l'auteur est des plus simples; il consiste à détruire les fausses membranes avec le doigt ou avec un instrument obtus. Il préfère le doigt comme étant l'instrument le plus sûr, et parce qu'il suffit pour déchirer les adhérences. Quant à l'incision, elle est inutile dans la plupart des cas, et, dirigée par une main inhabile, elle peut offrir des dangers.

Nous n'analyserons pas les seize observations qui composent la seconde partie de ce travail intéressant : nous nous bornerons à en recommander particulièrement la lecture. La première est tirée des Annales de la clinique d'accouchemens de Heidelberg; les autres ont été publiées dans divers ouvrages ou recueils périodiques, tels que P. Portal, Sandifort, le Journal de Siebold, etc. Les quatre dernières ont été communiquées à M. Nægelé par divers accoucheurs.

A. L.

VARIÉTÉS.

— APERÇU MÉDICAL DES HÔPITAUX DE LONDRES, où sont traitées les maladies vénériennes et les maladies de la peau; accompagné d'une revue analytique des principaux travaux des Anglais sur ces maladies, de quelques considérations sur l'état actuel de nos connaissances à leur égard, et sur leur classification. — Brochure in-8°; prix : 2 fr. — Par M. P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon.

Paris, Baillière et Crochard, rue de l'École-de-Médecine.

— TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, accompagné d'un atlas grand in-4°, contenant en 26 planches, 400 figures gravées et coloriées; par P. RAYER, médecin de l'hôpital de la Charité, médecin consultant du roi, membre de l'Académie royale de médecine. Deuxième édition, entièrement refondue; 3 vol. in folio et atlas in 4°. Prix du texte seul, 3 vol. in 8°. 23 fr.

De l'atlas seul, avec explication raisonnée, un vol. in-4°, cartonné. 70 fr.

Prix de l'ouvrage complet, 3 vol. in-folio, atlas. 88 fr

A Paris chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Cette deuxième édition est un livre entièrement neuf; nous lui consacrerons incessamment une analyse raisonnée, et nous signalerons l'importance de ce travail sous le point de vue scientifique et sous le rapport des soins apportés à l'exécution des planches.

— TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE LA TÊTE-DE-BUCH, département de la Gironde, suivie de considérations hygiéniques applicables aux pays marécageux; par F.-A. LALESQUE D.-M. P., médecin de la compagnie de canalisation et de colonisation des Landes de Bordeaux, etc. In-8°, 2 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis. Londres, même maison, 219, Regent street.

— DE LA FRACTURE DU COL DU FÉMUR, étudiée spécialement sous le point de vue de l'anatomie pathologique; dissertation suivie de quelques observations de plaies de la tête, de la poitrine, du ventre, etc., et de propositions sur divers points de médecine; par E. CHASSAIGNAC, docteur en médecine, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, vice-président de la société anatomique. — Un vol. in 8°; prix : 1 fr. 50 et 2 fr. franc de port.

Paris, Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, n° 4. 1835.

— NOUVEAU MANUEL COMPLET D'AUSCULTATION ET DE PERCUSSION, ou application de l'acoustique au diagnostic des maladies; par A. RACIBORSKI, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-chirurgien militaire. — Un vol. in-18 de 302 pages et un tableau synoptique des signes de l'auscultation et de la percussion, appliquées aux signes des maladies. Prix : 5 fr. 50.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis.

— PHILOSOPHIE DE L'HISTOIRE NATURELLE, ou phénomènes de l'organisation des animaux et des végétaux, par M. J.-J. Virey, D.-M. P., membre de l'Académie royale de médecine, du conseil supérieur de santé, de la chambre des députés, etc. Un fort vol. in-8°. Prix 7 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n. 13 bis.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

N° 24. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 13 JUIN 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départements, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Deuxième mémoire sur les exostoses : de leurs causes, de leur mode de développement, et des accidens qu'elles peuvent occasioner; par M. Rognetta, docteur en médecine et en chirurgie.

Je n'examinerai pas ici la question de savoir si, avant l'invasion de la syphilis en Europe, les exostoses étaient déjà connues des médecins de l'ancien continent. Je dirai seulement que ceux qui pensent négativement à ce sujet me paraissent dans l'erreur (1); car, bien que la syphilis constitutionnelle soit une des causes les plus fréquentes des exostoses, elle n'en est malheureusement pas la seule. Il y a autant d'exostoses scrophuleuses que de syphilitiques. Il y en a deux fois autant qui ne dépendent que de causes purement locales. Et ce qui paraît plus particulier à cet égard, c'est que certains animaux domestiques n'en sont pas plus exempts que l'homme : le cheval, le bœuf, l'âne, le chien, la brebis, etc., ont souvent présenté des exemples d'exostoses. Comment donc auraient-elles été ignorées des anciens (2)?

Je ne pense pas avec M. Devergie que les exostoses, dites syphilitiques, ne sont que des exostoses mercurielles; car j'ai vu de ces tumeurs douloureuses, formées sur des individus déjà vérolés et qui n'avaient jamais subi de traitement mercuriel, devenir indolentes par une médication à l'aide de ce métal. J'ai, d'autre part, vu des malades atteints de maladies chroniques du foie et de la rate être mercurialisés jusqu'à la sursaturation, sans présenter la moindre apparence d'exostose ni d'autres lésions profondes propres à la syphilis, et que M. Devergie impute gratuitement au mercure. J'admets donc, avec tous nos meilleurs praticiens, l'existence d'une diathèse syphilitique, et je l'admets aussi comme une des causes assez ordinaires de certaines exostoses, soit parenchymateuses, soit épiphysaires. J'ajouterai pourtant que l'affinité de ce virus pour les tissus fibreux en général, et en

(1) Venerandæ antiquitati hasce ossium extantias non perspectas fuisse et cognitas. Ludwig, de exost., p. 5. — Heine, de morbis ossium; Ribell, ouv. cité, p. 6.

(2) M. Dupuis, membre de l'Académie de médecine, l'un des vétérinaires les plus recommandables de France, a eu la bonté de m'apprendre que dans un très-grand nombre d'exostoses qu'il a rencontrés sur le cheval et sur le bœuf, ces tumeurs étaient, les unes simplement accollées à l'os (épiphysaires), les autres, faisaient continuation avec la substance propre de l'organe sous-jacent (parenchymateuses.) Les premières se rencontrent ordinairement, d'après M. Dupuis, sur la table interne du coronal et de l'os maxillaire inférieur. Marc-Aurèle Severin, Morgagni, Ruysch, Wilson et quelques autres auteurs ont décrit plusieurs cas d'exostoses pareilles sur d'autres animaux.

Feuilleton.

AFFAIRE THOURET-NOROY. — MÉMOIRE DE M. CRÉMIEUX, AVOCAT.

Dans quelques jours ce long procès sera terminé. La Cour de cassation va incessamment porter sa sentence suprême et définitive. Sa décision aura un grand retentissement; elle est destinée à asseoir sur des bases inebranlables les légitimes prérogatives de notre profession, ou bien à la livrer sans défense aux injustes passions des hommes et à d'incessantes attaques. Nous attendons avec la plus vive impatience un arrêt qui doit fixer notre position vis-à-vis de la société, poser la limite de la compétence des tribunaux pour les faits de la pratique médicale, et nous apprendre enfin si notre brevet de capacité légale est une véritable garantie ou un vain titre, un inutile parchemin. La question soumise en ce moment à la conscience éclairée de la Cour de cassation, est une question de principes; les noms des parties intéressées, les faits particuliers de la cause ne sont rien, c'est le principe engagé dans ce débat qui est tout Malgré l'intérêt naturel que provoque toujours une persécution injuste, la voix du public médical tout entier ne se serait pas élevée avec tant d'unanimité et d'énergie en faveur du médecin accusé et condamné, si sa personne seule eût été compromise. L'honneur, l'indépendance, les prérogatives légales de la profession, indignement méconnus et violés dans cette déplorable affaire, ont pu seuls susciter une aussi éclatante manifestation de l'opinion. Si, répondant à notre appel de tous les points du royaume, nos confrères se sont empressés d'envoyer leurs souscriptions; si le doyen de la Faculté, prenant l'initiative dans l'assemblée générale des médecins de Paris, a réclamé le concours de tous les membres du corps médical, c'est que chacun a compris la nécessité de s'unir dans un effort commun de résistance contre les atteintes dont était menacée la dignité de l'art. Le médecin opprimé a dû naturellement profiter le premier de cette généreuse assistance, mais il a dû comprendre lui-même que son premier devoir était de consacrer à la cause commune les ressources que la communauté mettait entre ses mains. Une si unanime levée de boucliers et des secours si efficaces, ne pouvaient avoir pour unique résultat et pour unique but d'indemniser un confrère de quelques pertes pécuniaires. C'était là une considération fort accessoire. Le but essentiel était de fournir à notre corps attaqué les moyens de se défendre et de poursuivre avec vigueur et persévérance par toutes les voies légales et jusqu'au bout, un procès dont la solution l'intéresse au plus haut point. Ce but a été atteint : l'arrêt de la Cour royale de Rouen est en ce moment déféré à la Cour de cassation Un avocat célèbre, M. Crémieux, a été chargé de faire valoir les moyens de nullité que présente la cause. Quel que soit le résultat définitif, nos confrères de Paris et des départemens auront au moins la satisfaction d'apprendre que rien n'a été négligé pour se conformer à leurs inten-

particulier pour le périoste, détermine plus souvent des exostoses de la dernière espèce que de la première. C'est en effet par la périostose qu'une bonne partie des exostoses syphilitiques commence.

Les virus scrophuleux et rachitique, au contraire, ayant une tendance spéciale à affecter le tissu intime des os, occasionent plus souvent des exostoses parenchymateuses que des tumeurs épiphysaires; et plus souvent encore (chez les enfans surtout) l'hypérostose.

Il paraît certain que le virus scorbutique peut quelquefois aussi être cause d'exostoses. J.-L. Petit, Cullerier, en ont observé des exemples. D'autres praticiens ont aussi eu plusieurs fois l'occasion de voir des exostoses à Bicêtre sur des individus scorbutiques. Il faut convenir cependant que cette cause est des plus rares.

Je ne connais pas de cas bien constaté d'exostose dépendant de la diathèse cancéreuse. Je sais que plusieurs auteurs admettent les exostoses cancéreuses; mais ils confondent ici l'ostéosarcôme avec les véritables ostéocèles. En effet, l'ostéosarcôme n'est autre chose que le cancer du parenchyme des os.

De calculs comparatifs établis sur tous les cas d'exostoses que j'ai pu me procurer, il résulte qu'il y a un plus grand nombre d'exostoses diathésiques épiphysaires que de parenchymateuses; ou, pour mieux dire, que les causes internes en général produisent plus souvent la première espèce d'exostose que la dernière, vérité importante pour la thérapeutique, et qui avait jusqu'ici échappé aux observateurs. Il résulte aussi, d'après l'observation, que les exostoses syphilitiques, tant épiphysaires que parenchymateuses, se montrent le plus ordinairement sur les régions osseuses les moins couvertes de parties molles, telles que le front, les tempes, la mâchoire inférieure, la face antérieure du tibia, des clavicules, des côtes, du sternum, etc., tandis que les exostoses scrophuleuses ou rachitiques, au contraire, se manifestent de préférence dans la partie diploïque des grands os longs, ou bien dans la substance tout alvéolaire des os courts. On dirait que la présence des grands muscles est un obstacle au développement des exostoses du premier genre, et demeure sans influence sur les autres. On conçoit en effet que la contraction répétée d'une masse musculaire peut jusqu'à un certain point s'opposer à la formation d'une exostose épiphysaire, en délayant la matière ossifique sous-jacente à mesure qu'elle se forme, et l'obligeant par là à subir d'autres changemens, tandis que cette même action s'opposerait en vain à l'expansibilité active de la substance parenchymateuse d'un os; mais ceci n'est qu'une simple conjecture. Ce qui ne doit pas cependant être tenu pour une supposition gratuite à cet égard, c'est que, ainsi que sir A. Cooper le fait remarquer, les exostoses parenchymateuses s'observent plus fréquemment sur la face interne du fémur et dans la direction du muscle triceps crural; sur la partie supérieure du tibia, vers l'endroit de l'insertion des muscles couturier et grêle; sur les points d'union du péroné avec le tibia, où glissent plusieurs tendons de muscles; au-dessous du muscle deltoïde pour le bras, etc. Rarement on voit des exostoses épiphysaires sur ces endroits, bien que nous en ayons déjà rapporté des exemples. Cette remarque avait aussi été faite par Ruysch et par Mascagni. Je dois ajouter néanmoins que Morgagni avait une idée toute contraire.

Nous avons déjà dit que des causes toutes locales, telles que des contusions, des piqûres, des irritations périostales pourraient aussi donner naissance à des exostoses. Ces exostoses sont presque toujours épiphysaires comme on le conçoit, et de là vient que leur fréquence surpasse de beaucoup celle des exostoses parenchymateuses. « Tametsi, » dit Morgagni, in eorum trunco quem appellant diaphysin sæpius » (quod negandum non est) exostosis dicatur occurrere (1). »

Mais deux questions importantes se présentent ici: 1° Existe-t-il une diathèse *exostifère* spéciale? 2° Les exostoses, une fois enlevées, sont-elles susceptibles de récidive? Ces deux questions semblent n'en former qu'une au premier aspect; elles méritent cependant une discussion séparée et approfondie.

Il ne faut pas confondre la diathèse osseuse dont nous voulons parler avec les diathèses syphilitique, scrophuleuse, rachitique, scorbutique, etc., qui ont déjà été mentionnées. Celles-ci ne produisent ces tumeurs qu'accidentellement; en effet, ces diathèses existent très-souvent sans être accompagnées d'exostoses. Il s'agit donc de savoir s'il existe un principe ostéogénique morbide tout particulier, différent de celui qui forme les tophus articulaires chez les goutteux.

DIATHÈSE EXOSTIFÈRE.

Obs. I. — Un jeune homme de Cornwall, soigné par Abernethy, avait une telle prédisposition aux tumeurs osseuses, qu'à chaque petite contusion qu'il recevait il naissait une ostéocèle, de manière que son corps en présentait sans nombre. Ces ossifications accidentelles se formaient non-seulement sur les os, mais aussi sur les parties molles frappées. A l'autopsie du jeune homme, on trouva une multitude d'exostoses sur la plupart des os de son squelette. Les ligamens cervicaux et plusieurs autres liens articulaires étaient également ossifiés.

(Sam. Cooper.)

Ce seul fait suffirait pour décider affirmativement la question que nous venons d'élever; mais les observations analogues ne sont pas rares. Ribell en a vu une toute semblable à la clinique de Dupuytren; le sujet était aussi un enfant. M. Lobstein parle d'une fille sourde et muette, morte à Strasbourg à l'âge de 44 ans, dont tous les os, jusqu'à la rotule, présentaient des tubercules et des excroissances épiphysaires. Il ne reste donc aucun doute sur la réalité de l'idée que nous soutenons. D'ailleurs, ne sait-on pas, d'après l'anatomie de l'embryon, que les nombreux vaisseaux du système osseux sont en liaison intime avec le système vasculaire général qui leur fournit les matériaux d'existence et d'accroissement? Mais ce n'est pas tout. Notez bien le fait qui va suivre.

DIATHÈSE OÉLITESCENTE EXOSTIFÈRE.

Obs. II. — Un individu portait une exostose considérable près de l'articulation du genou. Amputation de la cuisse. Guérison du moignon. Symptômes asthmatiques. Mort. Poumons farcis de matières osseuses et presque totalement ossifiés. Incrustations osseuses sur la face pleurale de toutes les côtes. La pièce pathologique est conservée dans le museum de Hunter. (Baillie.)

Je passe à la seconde question. Certainement toute exostose enlevée est susceptible de répullulation, si une cause irritante locale agit d'une certaine manière sur le périoste, après l'opération. L'exostose qui se reproduit sur un même endroit n'est donc qu'épiphysaire, alors même que la première eût été parenchymateuse. On comprendra mieux cette vérité aussitôt que nous aurons parlé de la manière d'agir des causes des exostoses. Bornons-nous pour le moment à appuyer notre assertion sur des faits pratiques.

(1) De causis et sedibus. Épist. 50, n. 57.

---

tions, et que leurs généreuses offrandes ont été, avant tout, employées à la défense de l'intérêt commun du corps, et pour la cause des principes.

M. Crémieux a joint à sa requête sommaire en cassation de l'arrêt de Rouen, un *mémoire ampliatif*, dans lequel il discute avec une lucidité remarquable les faits de la cause et les questions de droit qu'elle soulève. Nous sommes heureux de pouvoir dire que notre opinion particulière, telle que nous l'avons exprimée dans plusieurs articles de la Gazette médicale, se trouve de tout point conforme à celle de ce savant jurisconsulte, et que nos argumens, puisés dans la seule autorité du bon sens et de la justice naturelle, sont tout-à-fait d'accord avec ceux que fournissent le droit écrit et les lois positives.

La requête en cassation est appuyée sur les deux moyens suivans: 1° *violation de la loi du 19 ventose an XI, et par suite fausse application des art.* 1382 *et* 1383 *du Code civil et excès de pouvoir.*

2° *Violation de la maxime du droit*: Volenti non fit injuria, *et:* Consilii non fraudulentis nulla est obligatio.

Les art. 1382 et 1383 du Code civil posent le principe que quiconque cause un dommage à autrui, soit par son fait, soit par imprudence et négligence, est tenu de le réparer. C'est là une maxime d'équité universelle à laquelle nul ne peut être soustrait, les médecins pas plus que les autres. M. Crémieux admet ce principe; mais il en restreint la portée et l'application dans de certaines bornes que la loi même a cru devoir poser. Il faut distinguer dans la pratique médicale le fait de l'homme et le fait du médecin. L'homme est toujours responsable, le médecin jamais. M. Crémieux donne quelques exemples propres à faire saisir cette distinction essentielle. Un médecin dans un état complet d'ivresse fait une opération ou donne une prescription qui emporte le malade. Un autre fait une saignée, et puis quand la veine est ouverte, il disparaît sans laisser aucun ordre, sans panser le malade, qui périt d'hémorrhagie. Dans ces cas et autres analogues, il y a responsabilité; mais cette responsabilité porte sur le fait de l'homme et non sur la science et l'art du médecin. Dans ces hypothèses, dit M. Crémieux, on ne recherche pas si en elle-même l'opération était bien ou mal faite, les prescriptions régulières, on juge le fait de l'homme complètement distinct de l'avis, de l'opinion, de l'art du médecin.

La législation a établi que les officiers de santé seraient responsables des suites des opérations chirurgicales graves qu'ils auraient pratiquées hors de la surveillance d'un docteur; mais elle n'a rien spécifié à cet égard pour les docteurs. Elle a déterminé les cas de responsabilité pour les uns seulement et non pas pour les autres, et la raison en est simple: les docteurs étant supposés avoir fait toutes leurs études et jouissant à ce titre d'un brevet de capacité légale, la loi n'a pas voulu rendre vaine cette garantie; ils peuvent exercer librement et sans contrôle leur art. Les officiers de santé, au contraire, n'ayant reçu qu'une instruction fort inférieure, sont présumés *incapables* jusqu'à un certain degré, et la loi leur interdit en conséquence d'agir seuls et sans l'assistance des docteurs dans quelques circonstances. Et observons encore que si, dans ce cas même, les officiers de santé peuvent être punis, ce n'est pas pour avoir manqué aux règles de l'art, mais pour avoir désobéi à la loi. La responsabilité porte encore ici sur le fait de l'homme et non sur le fait du médecin, et la preuve, c'est que légalement tout officier de santé qui pratique une grande opération sans appeler un docteur pourrait être poursuivi par le ministère public pour le fait seul de l'opération, quand bien même elle n'aurait entraîné aucun accident.

M. Crémieux a parfaitement montré les conséquences de cette distinction. Il a

Obs. III. — Une dame portait une exostose sur le tibia. Ablation. Six mois après, repullulation d'une tumeur pareille. Seconde opération; feu sur la base; guérison radicale. (Wilson.)

Obs. IV. — J'ai deux fois, dit M. A. Cooper, enlevé une exostose de la seconde phalange du doigt. Une grande partie de la tumeur était encore cartilagineuse; mais sa base était osseuse. La première opération ayant été insuffisante pour prévenir la récidive, une seconde est devenue nécessaire. (A. Cooper.)

Traiter de l'action des causes d'une maladie, c'est étudier la naissance, ou plutôt la pathogénie de cette maladie. Pour procéder avec ordre, nous allons d'abord parler du développement des exostoses parenchymateuses, puis de celui des exostoses épiphysaires.

Scarpa l'a déjà dit en style aphoristique : « *Planè eodem atque calli est exostosium origo.* » En prononçant cette sentence, l'illustre physiologiste ne voulait sans doute faire allusion qu'aux exostoses provenant d'une sorte d'exubérance ou émanation active d'un certain nombre de trousseaux fibreux du parenchyme d'un os ; car rien de pareil à un cal ne se rencontre dans la formation d'une exostose corticale. Mais notez bien d'abord l'exactitude, la précision de son aphorisme. Ceux qui sont au courant des idées les plus positives qu'on possède aujourd'hui sur la formation du cal dans les fractures, goûteront sans doute cette première comparaison entre la pathogénèse des exostoses parenchymateuses et ce travail organique de la trame des deux bouts d'un os fracturé que la nature pousse à une réunion réciproque.

Voici ce qu'ajoute Leveillé :

« A vira quodam irritatur parenchyma osseum, sensim expanditur ac » sensibilitate organicâ exquisitiori donatur. Indè dolores genio pecu» liari oriuntur, qui miro modo crudeliter ægrum torquent. *Ita ex» surgit exostosis* quæ fere eodem modo ac partium mollium inflam» matio terminatur. »

Léveillé avait parfaitement compris la valeur de la doctrine qu'il commentait dans ce passage. Pour rendre toutefois plus évidentes ces idées, plusieurs circonstances essentielles doivent être notées.

D'abord, peut-on concevoir le développement actif d'un point du parenchyme d'un os adulte, sans un ramollissement préalable de ce même point? cette condition me paraît indispensable ; elle avait très-bien été comprise par Sauvage : « Nunquam substantia ossea tumet, nisi » prius remollita fuerit. » J'ai déjà cité ailleurs un exemple plus remarquable de ce fait : nous y avons noté que la phalange du doigt indicateur était manifestement courbée du côté de l'exostose, comme si c'eût été un morceau de cire.

La remarque que nous venons de faire a paru essentielle à tous les pathologistes qui se sont occupés de cette matière. Boyer lui-même, dont la sévérité chirurgicale est connue de tout le monde, convient « qu'une circonstance commune à toutes les altérations de ce genre, la » périostose exceptée, c'est le ramollissement primitif du tissu osseux » précédant toute altération ultérieure, etc. (t. 3, p. 544). » Monteggia, observateur non moins exact que Boyer, est aussi du même avis sur ce point. « Pour qu'un semblable gonflement de la substance os» seuse ait lieu, dit-il, il faut qu'un commencement de ramollissement » d'un certain nombre de fibres ou de lames de l'os, précèdent la for» mation de la tumeur, etc. (t. 2, p. 286). » La même remarque est également faite par Delpech : « Il semble, dit ce praticien, que l'organe » affecté ait d'abord été ramolli, gonflé, et que, dans cet état, sa nu» trition ayant acquis une plus grande activité, les aréoles du tissu os» seux raréfié aient reçu une quantité surabondante de matière osseu» se (*loco citato*, p. 572). » Scarpa expliquait ce ramollissement par l'absorption préalable d'une partie du phosphate calcaire, à l'endroit où doit se former l'exostose en question; et Béclard, qui a écrit après Scarpa, a adopté complètement l'opinion du chirurgien de Pavie.

Une seconde condition essentielle à noter, c'est la coexistence d'un surcroît d'action vitale des vaisseaux de la partie qui va donner naissance à l'exostose. C'est en effet par l'impulsion exaltée des nombreux vaisseaux capillaires du parenchyme de l'os que ce tissu se dilate et forme l'ostéocèle parenchymateuse. C'est ce que les écoles d'Italie ont exprimé sous le nom de *turgor vitalis*. En vertu de cette turgescence vitale, de ce surcroît d'action, la fibre osseuse obéit à la stimulation morbide, cède, s'allonge, s'épanouit, reçoit un nouvel accroissement interstitiel, et forme l'exostose dont il est question. L'anatomie pathologique est parfaitement d'accord avec cette doctrine pathogénique. On voit maintenant que l'idée de Scavini, qui considère la formation de l'exostose parenchymateuse comme celle de l'anévrisme actif du cœur, est une pensée des plus heureuses ; et c'est tout dire, en vérité, que d'avancer avec ce professeur que « l'exostose active est une suite de » l'accroissement des forces assimilatrices d'une portion du système » osseux. » Suivant Mascagni et Béclard, il y aurait même allongement organique des vaisseaux naturels du parenchyme osseux, ce que j'admettrais très-volontiers. Que l'on suppose, conformément aux faits ci-dessus, un point du tissu d'un os ramolli par une cause quelconque; que l'on admette sur ce même point un surcroît d'action vitale, ainsi que cela se voit à une certaine époque des fractures; que l'on accorde enfin à ce tissu la propriété d'expansibilité dont nous avons parlé, ainsi que cela s'observe sur les boutons charnus de certains ulcères qui s'élèvent au-dessus du niveau de la peau; et l'on aura compris tout l'esprit de la doctrine pathogénique en question (1).

Ainsi donc nous pouvons établir la succession des phénomènes pathogéniques des exostoses parenchymateuses dans l'ordre suivant : 1° action vitale augmentée dans un endroit de la trame d'un os; 2° absorption d'une partie du phosphate de chaux, et ramollissement du parenchyme osseux par suite de cette résorption ; 3° expansion ou turgescence contre nature du tissu cellulaire osseux, ce qui constitue l'exostose; 4° Enfin irruption continuelle de matière calcaire dans le tissu même de la tumeur et de l'os, ce qui rend l'exostose plus ou moins dure, plus ou moins éburnée.

Il est aisé de concevoir maintenant comment, en se développant, une exostose parenchymateuse peut ne faire saillie que du côté d'une cavité, sans se montrer nullement à la surface externe de l'os. Ceci tient évidemment à la partie du parenchyme osseux qui est envahie par le travail exostifère. La tumeur se développe toujours du côté de la moindre résistance. Ainsi, par exemple, si la portion de la trame osseuse qui doit former l'exostose est moins épaisse du côté de la cavité médullaire d'un os que sa surface extérieure, la tumeur se développera du

(1) Ad eumdem fere modum in ulceribus, quotiescumque textus cellulosus subcutaneus vehementer intumescit et extollitur supra cutem. ... ; quemadmodum in cortice ossium, tanto major altitudo ac densitas est, quanto plus de exuberante ac tumente præter modum textu celluloso reprehensum ac densatum est. (Scarpa, de penit., etc.)

---

fait ressortir aussi avec le même talent l'absurdité de cette prétendue responsabilité dans un art incertain, où il n'y a pas de règles absolues et applicables à tous les cas, où chaque fait est combattu par un fait contraire, et dans lequel les hommes les plus habiles et les plus consciencieux sont exposés à des erreurs inévitables. Absurde en principe cette responsabilité devient inapplicable dans la pratique. Qui jugera en effet de l'erreur, de la faute, du délit ou quasi-délit? La loi n'a pas établi de tribunal pour cela. Il est évident que les magistrats ordinaires sont tout-à-fait incompétens. On a eu recours quelquefois à des enquêtes auxquelles des hommes de l'art ont été appelés comme experts; mais tous les médecins savent combien sont incertains les résultats de ces enquêtes sur les faits médicaux, accomplis le plus souvent hors de la présence des experts; tous ont reconnu depuis long-temps et par expérience que ces sortes de recherches ne conduisaient que très-rarement à la vérité. Dans l'affaire Thouret-Noroy les juges d'Évreux et de Rouen n'ont pas même pris cette précaution en apparence si indispensable. Ils ont provoqué une enquête dans laquelle sont venus déposer comme *témoins* des paysans, des huissiers, des femmes de la campagne, sur les problèmes chirurgicaux les plus compliqués. Ce n'étaient pas des témoins qu'il fallait, mais des experts. M. Thouret-Noroy a opposé à ces dépositions une délibération des premiers chirurgiens et médecins de Rouen, mais le tribunal et la Cour n'en ont tenu compte.

Il nous semble évident, comme à M. Crémieux, que ces tribunaux ont violé la loi du 19 ventôse an XI, qui, ayant déterminé les cas où la responsabilité médicale pourrait être encourue ne pouvait être opposée à M. Noroy, qui est docteur, et faussement appliqué les articles 1382 et 1383 du Code civil. Ils ont violé également la maxime de droit : *Consilii non fraudulentis nulla est obligatio.* Ce que la loi veut punir ce n'est pas l'ignorance, l'impéritie, la maladresse, toutes choses difficiles ou même impossibles à constater juridiquement en médecine, mais la volonté de nuire, le dol, la fraude. La jurisprudence, long-temps incertaine sur ce point, dit M. Crémieux, s'était depuis 1696 fixée dans le sens de l'irresponsabilité. Un arrêt du Parlement de Paris confirmatif d'une sentence du Châtelet établit : « *Que les chirurgiens ne sont pas garans et responsables de leurs remèdes, tant qu'il n'y a que de l'ignorance et de l'impéritie de leur part, quia ægrotus debet sibi imputare cur talem elegerit.* » Il en est de même des conseils donnés par un avocat à son client : Ils peuvent sans doute le conduire à sa ruine, mais s'ils ont été donnés de bonne foi il n'a aucun droit à des dommages et intérêts.

Les passages suivans du *Mémoire ampliatif* résument avec beaucoup de force et une éclatante évidence toutes les irrégularités, illégalités et absurdités des jugemens attaqués.

« La loi du 19 ventôse an XI et les règles du droit se réunissaient pour rendre l'action irrecevable et mal fondée.

» Irrecevable. En effet, dans quel moment l'action est-elle intentée? Après que l'opération de l'anévrisme a été faite, après que le bras a été amputé par un officier de santé, *hors de la présence d'un médecin* (docteur).

» La loi interdisait à l'officier de santé seul cette double opération. Pourquoi? Parce qu'elle exige la garantie du savoir pour établir avant tout la nécessité de l'opération. Or, sur quel fait établit-on cette nécessité? Sur l'opinion de l'officier de santé. Mais entre M. Noroy soutenant qu'il n'y avait pas anévrisme, ni, plus tard, lieu à l'amputation, et Guigne soutenant avec Chouippe que la double opération était nécessaire, la loi ordonnait de s'en rapporter au médecin (docteur) et de récuser l'officier de santé. Nous dirait on que Thouret-Noroy était partie

côté interne. De là résultent les exostoses intra-médullaires pour les os cylindriques; intra-crâniennes, intra-pelviennes, etc., pour les autres os du squelette. Cela n'empêche pas pourtant que des exostoses épiphysaires se forment aussi quelquefois du côté de ces mêmes cavités.

A. Cooper admet une autre théorie : il suppose toujours l'existence d'un *nidus cartilaginosus* accidentel, ainsi qu'il l'appelle. C'est-à-dire que, suivant ce chirurgien, toute exostose parenchymateuse serait formée par une accumulation de substance cartilagineuse nouvelle dans un endroit du parenchyme d'un os, laquelle divariquerait les fibres de l'os primitif, et s'ossifierait ensuite par degrés. Cette doctrine paraît en opposition avec les faits d'anatomie pathologique que nous connaissons : elle ne pourrait être admise que pour quelques cas exceptionnels seulement. Alors le nid cartilagineux formerait plutôt une tumeur enkystée, ossifiable, dans le parenchyme même de l'os, qu'une véritable exostose. Ce nid cartilagineux dont parle le chirurgien anglais existe réellement dans les exostoses épiphysaires, ainsi que nous l'avons déjà fait observer; mais non pas pour l'autre espèce d'exostoses, à moins que par ce nid cartilagineux l'on n'entende le ramollissement ou la quasi-cartilaginification de cette portion de la trame osseuse qui s'épanouit pour former l'ostéocèle.

Ruysch avait imaginé que les exostoses parenchymateuses n'étaient produites que par l'action des tendons des grands muscles, qui, suivant lui, décollaient les lames osseuses à l'endroit de leurs insertions, et obligeaient par là une partie de la trame de l'os à proéminer en forme de tumeur. Mais, outre que rien ne démontre cette assertion, les exostoses qui naissent assez fréquemment dans des endroits éloignés des insertions musculaires, et surtout celles qui proéminent exclusivement du côté des cavités osseuses, où l'on ne peut aucunement présumer l'intervention d'une semblable cause, démontrent l'inconsistance de cette doctrine. Des chirurgiens d'un très-grand mérite cependant ont reproduit de nos jours ses idées de Ruysch, bien qu'avec quelques restrictions. Ainsi, par exemple, Monteggia pense que c'est ainsi que se produisent les seules exostoses parenchymateuses qui naissent aux endroits des insertions des tendons. Sir A. Cooper, au contraire, croit que le frottement de quelques gros tendons ne peut causer que des exostoses épiphysaires, par l'irritation périostale que ce frottement entretient quelquefois. Comme les opinions de ces deux grands praticiens ne sont pas encore démontrées par une série de faits bien observés, nous nous permettons de les rejeter pour le moment. D'ailleurs, les tendons de la plupart des muscles ne s'insèrent pas directement dans la substance osseuse pour pouvoir, dans une violente contraction, ébranler une partie du parenchyme de l'os; les fibres de chaque tendon, au contraire, s'épanouissent à l'endroit de leur insertion; elles s'entrelacent avec celles du périoste et des autres tissus fibreux environnaos, et disparaissent en quelque sorte en se délayant. C'est par cette espèce d'épanouissement que les tendons résistent davantage sous les contractions musculaires, sans porter atteinte sur un seul point isolé de la substance osseuse où ils s'insèrent. Nous voyons d'ailleurs que, dans les violentes contractions musculaires, c'est tantôt le tendon qui cède et se rompt dans un endroit éloigné de ses attaches; tantôt c'est un os tout entier qui se fracture par l'effet de la synergie musculaire. Jamais cependant on n'a vu dans ces cas une lame plus ou moins profonde d'un os se détacher avec le tendon même auquel elle donnait attache.

Ce que je viens de dire de la théorie de Ruysch peut s'entendre aussi de celle de Houstet et de Bordenave à l'égard de la production des exostoses des os cylindriques. Ayant reçu l'assentiment de la célèbre Académie de chirurgie, la doctrine de ces deux praticiens fit fortune dans le monde médical. Après avoir observé que les ostéocèles se présentaient tantôt sous la forme de boîte osseuse remplie de matière pultacée, tantôt sous l'aspect compact et dur (hypérostose), tantôt enfin comme des dépositions osseuses entre l'os et le périoste, Houstet et Bordenave avaient imaginé que toute exostose traumatique dépendait d'un épanchement d'humeur osseuse. Cet épanchement se faisait, suivant ces auteurs, dans le canal médullaire pour la première espèce d'ostéocèle; dans les mailles du parenchyme de l'os pour la seconde; entre le périoste et l'os pour la troisième. Cette doctrine toute humorale ne supporte plus de nos jours un examen rigoureux.

Que dirai-je à présent de l'idée de ces auteurs qui admettaient la possibilité de la formation d'une exostose par la seule déchirure d'une partie du périoste? « Nam hæc membrana, dit Hamilton, omnia ossa » arctè amplectitur et impedit ne nimis luxurient. Cum igitur deficit » periosteum, os ibi ultra limites suos crescit et *nascitur tumor*. » Ce qu'il y a d'étonnant pour moi dans tout ceci, c'est de voir le sévère J.-L. Petit admettre une pareille hypothèse. Il va même plus loin; il suffit pour lui d'un simple affaiblissement du ressort répressif, soit du périoste, soit de la membrane médullaire, pour qu'une exostose se forme. Cette erreur a pris son origine dans les fausses idées que les anciens s'étaient formées sur les fonctions du périoste.

L'action des causes des exostoses épiphysaires est plus aisée à comprendre. Le mécanisme de la nature n'est pas ici différent de celui qu'on observe dans le travail réparateur d'un cylindre osseux nécrosé, ou de celui de la formation d'une articulation supplémentaire autour de la tête d'un os luxé et non réduite. Prenons un exemple des plus simples sur cette matière.

Un individu se luxe la tête du fémur en haut et en avant, c'est-à-dire sur la branche horizontale du pubis. L'os ne fut point réduit. Quelques années après l'homme mourut, et son autopsie montra que la tête fémorale était renfermée dans une véritable boîte osseuse de nouvelle formation.

J'ai choisi exprès cet exemple pour démontrer la force réparatrice étonnante du périoste et de quelques autres tissus qui l'avoisinent. Sur la branche horizontale du pubis, une tête fémorale ne peut appuyer que sur une ligne; et cependant une coque osseuse s'est formée autour de toute sa circonférence. Ce fait renferme à lui seul la clé explicative de la formation de toute exostose, même dans les deux cas.

Ainsi, lorsque le périoste et les tissus voisins sont irrités d'une certaine manière, ils sécrètent une matière organisable nouvelle; un nouveau corps osseux se surajoute à l'os primitif. Ce nouveau corps est susceptible d'affecter toutes les formes que nous avons déjà mentionnées dans notre premier mémoire.

Que l'on suppose maintenant le périoste du tibia, du frontal, de la mâchoire inférieure, etc., soumis à cette irritation spéciale, ou si l'on veut *épiphlogosé*, pour me servir du langage de l'école de Strasbourg (inflammation adhésive de Hunter), par une cause soit constitutionnelle, soit locale : vous aurez d'abord une ou plusieurs tumeurs, mollasses comme des gommes, entre le périoste et l'os, ou bien entre les couches mêmes de cette membrane. Ces tumeurs s'ossifient petit à petit d'après les lois générales de l'ostéogénie épiphysaire; elles forment autant

---

et non Chouippe? Mais la loi prononçait la responsabilité de Chouippe, non celle de Thouret-Noroy. Dans tous les cas, la preuve de la nécessité comment la faire? Chouippe a soutenu qu'il y avait anévrisme et il a opéré; comment prouver qu'il y avait anévrisme? Chouippe a soutenu qu'il fallait couper le bras et Guigue s'est résigné à l'amputation; ni l'un ni l'autre n'ont appelé Noroy, le bras a été coupé : quels moyens pouvez-vous invoquer pour prouver que l'amputation était nécessaire? Sans doute, si Chouippe était médecin (docteur), il faudrait l'en croire; car la loi supposerait en lui *capacité suffisante*; mais Chouippe a fait une opération qui lui était interdite par la loi, et sa parole vaudrait comme preuve!!! »

« Quoi! Chouippe, sans capacité légale, opère un prétendu anévrisme; point de moyen de constater s'il y avait anévrisme ou non (et tous les médecins consultés pensent qu'il n'y en avait pas). La gangrène arrive après cette opération : pas de moyen de savoir si cette opération a produit la gangrène (tous les médecins pensent que cette opération l'a produite). Enfin il ampute le bras : pas de moyen de savoir si, en effet, l'amputation était nécessaire; et vous statuez sur une pareille action! »

Il me semble que ces raisonnemens de l'habile avocat sont de nature à faire quelque impression sur les magistrats. Quant à nous, qui ignorons la langue des lois et les détours de la jurisprudence, nous nous en tenons à une seule considération qui, par sa simplicité et son évidence palpable, nous paraît de nature à frapper tous les hommes éclairés et consciencieux. En fait, deux jugemens ont été rendus contre un docteur-médecin pour des faits médicaux, par des hommes qui n'étaient pas médecins, sans qu'ils aient consulté des médecins, et même contre l'avis des médecins. Une pareille sentence, quels que puissent être d'ailleurs les faits particuliers de la cause, ne saurait, en aucun pays et en aucun temps être regardée comme équitable; et nous ne pensons pas qu'aucun texte de loi puisse jamais autoriser et légitimer de pareilles irrégularités.

La cause sera plaidée dans le courant de la semaine prochaine. Nous attendons l'arrêt de la Cour avec confiance, persuadés qu'il consacrera le triomphe du bon droit et des principes.

— L'association de prévoyance des médecins de Paris a tenu, le dimanche 7 juin, sa seconde séance annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

M. Gibert, secrétaire général, a rendu compte de la gestion de la commission générale. Un capital inaliénable d'environ 12,000 fr., a été placé en rentes sur l'état. Plusieurs veuves de médecins, des vieillards, des infirmes, ont été secourus.

Madame de Beaumont a adressé au nom de feu son père, le baron Dupuytren, membre de l'association un don de 4,000 fr. Tout fait présumer que cette utile institution, si propre à resserrer les liens de confraternité entre les membres d'une profession honorable, est appelée à prendre d'importans développemens dans un avenir prochain. Elle compte aujourd'hui plus de 400 sociétaires. M. Orfila a été réélu président à l'unanimité des suffrages. M. le professeur Fouquier a été élu vice-président. M. Aubin père, trésorier (rue Montholon, n. 28), continue de recevoir les souscriptions, qui sont également reçues par M. Domange, au secrétariat de la Faculté.

---

d'exostoses corticales qui finissent par être cimentées avec l'os primitif, et se convertir enfin en exostoses parenchymateuses éburnées. Ces dernières propositions ont été suffisamment démontrées.

Je dis qu'il faut que le périoste soit irrité d'une certaine manière, pour que la sécrétion donne lieu à une tumeur ossifiable. Sans cela, en effet, il n'en résulte qu'un travail suppuratif, comme dans certaines gommes et périostoses qui s'abcèdent, ou bien un travail phlogistique passager et sans résultat. C'est ici en effet où l'on peut dire que les mêmes causes ne produisent pas toujours les mêmes effets. Nous avons vu un coup de la corne d'une vache produire une exostose épiphysaire dans la cavité orbitaire : on pourrait citer cent autres cas analogues où la même cause a déterminé de tout autres phénomènes. Desault racontait dans ses leçons le cas d'une saignée à la saphène pratiquée avec le phlébotome allemand, dont la pointe se cassa en s'enfonçant dans la malléole. Cette pointe fut retirée assez difficilement avec des pinces à anneau ; et, quoique le périoste eût été blessé, il ne survint aucun accident ni tumeur consécutive. (Gavard, *Ostéol.*, t. 1, p. 61.) Dans ce dernier cas, la stimulation périostale n'a pas été au degré voulu d'épiphlogose, pour que le résultat fût le même que dans le premier. Cela se conçoit. Observez en effet le fait qui suit.

EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE INTRA-PELVIENNE.

Obs. V. — Une demoiselle âgée de 16 ans, portant une charge sur la tête, glissa sur le pavé et tomba sur les fesses. Douleurs sourdes dans le bassin pendant quelque temps. Santé parfaite jusqu'à 30 ans ; alors elle se maria et devint enceinte. Grossesse orageuse ; existence d'une exostose énorme dans le bassin ; toute l'excavation pelvienne est remplie par cette tumeur ; le doigt ne peut même pas y pénétrer par le vagin. Opération césarienne ; mort.

Autopsie. « Exostosis summa longitudo sex pollices et undecim lineas, summa » latitudo sex pollicis unam lineam habet. Tumoris pars summa supra locum emi- » net, ubi tertia vertebra lumborum cum quartâ conjungitur... Digito explo- » ranti, ad secundam phalangem usque in vaginam siccam immisso illico obstabat » tumor, immobilis, capiti similis, extra et pone vaginam situs, durus, firmus- » que, etc. (1). »

Il est évident que la chute sur le siége ayant déterminé une périostite lente dans toute l'enceinte intra-pelvienne, ou bien dans un point de son étendue, ainsi que cela résulte des douleurs que la femme accusa pendant quelque temps, a été la cause de l'exostose épiphysaire dont nous venons de rapporter l'histoire. Le célèbre auteur de cette observation, M. Nægelé, convient de la réalité de cette cause. « Exosto- » sin cui lapsus quo cecidit mulier quatordecim annis ante verisimil- » limam præbuerit causam. » On dirait que pendant quatorze années le travail morbide du périoste s'est passé chez cette femme tout à-fait dans le silence de la force vitale générale, et à l'insu de l'organisation entière, puisque jusqu'à l'époque de la grossesse elle n'avait accusé aucune souffrance.

Considérée sous le rapport de l'anatomie pathologique, cette exostose n'est pas moins intéressante ; je vais laisser parler l'auteur même. « Structura exostosis interior apparet squamosa, cellulosa. Cellæ » et interstitia variis referentia formas (in quibus liquor subflavus » aquosum fuisse narratur) partim a membrana formatur, maximam vero » partem a parietibus massæ osseæ firmæ, densæ, parti petrosæ ossis » temporum simillimæ. Hæc cava omnia tenui membrana alba inducta » sunt. Quo loco exostosis precipue e secunda vertebra sacrali protu- » berat, ejus textura, texturæ corporum reliquarum vertebrarum si- » millima est. »

Ruysch raconte avoir observé sur un vieux moignon osseux de jambe amputée, qu'on lui apporta d'un cimetière, un nombre infini de petites exostoses autour de l'endroit qui avait été amputé pendant la vie. Howship a rencontré aussi plusieurs exostoses épiphysaires autour de plusieurs moignons osseux de membres amputés, formées pendant le cours des pansemens de la plaie. Et Mascagni assure également avoir vu des tubercules osseux en grand nombre se former au-dessous de certains ulcères chroniques des jambes. Tous ces faits et une foule d'autres analogues rentrent parfaitement dans l'explication que nous venons de donner de la génèse des exostoses épiphysaires. L'irritation d'une plaie d'amputation ou d'un ulcère chronique, en effet, peut très-bien se communiquer au périoste adjacent et déterminer l'épiphlogose exostifère dont nous avons déjà parlé.

La doctrine pathogénique que je viens d'exposer, avait déjà été entrevue par quelques écrivains ; et je suis bien aise d'appuyer ma manière de voir à ce sujet, sur l'autorité des auteurs les plus respectables.

Boerhaave paraît avoir été le premier qui ait compris le mode de formation de certaines exostoses épiphysaires. « Quando, dit-il, solum » periosteum obstruitur, deinde intumescit, fit tumor mollis in pastæ » modum, referens cornu recens in animali natu. Quando hic tumor » magis et magis in acumen adsurgit, et tactui tamen cedit, tunc tophus » est; quando magis induresceit, exostosis nascitur, etc. »

Il est étonnant que Ruysch, qui avait suivi les leçons de Boerhaave, n'ait pas développé davantage la doctrine de son maître à cet égard. Il se contente de dire : «hæc tubercula ab aliis sunt abundantia oriri, » ce qui n'explique pas grand'chose. Astruc néanmoins paraît avoir adopté cette dernière idée : « Exostoses, dit cet auteur, ab uberiori nutri- » mento, certæ cujusdam ossis parti opposito provenire. » Cela semble se rapporter plutôt aux exostoses parenchymateuses. Ludwig commente un peu plus clairement cette doctrine : « Unde non mirum laticem » nutritieum, ossa circumdantem, quum ei nune exitus pateat suis » receptaculis exire foras inque hujusmodi tumores concrescere. » (L. c.)

Bertrandi néanmoins est très-clair et très-positif à cet égard ; voici ses propres paroles : « Il se forme à la surface des os un dépôt de ma- » tière muqueuse à la suite d'une contusion, comme celle des os de » fœtus, laquelle est appelée tophus ; cette matière s'ossifie plus tard » et prend le nom d'exostose. » C'est précisément là notre idée toute entière à l'égard des ostéocèles épiphysaires. Cet auteur ajoute plus loin : « La gomme et conséquemment l'exostose peuvent être la suite » d'une contusion ou d'une lacération du périoste... ; la gomme et » l'exostose qui en résultent ne sont donc formées que de sucs osseux » pareil à celui du cal dans les fractures... C'est ainsi que se forment » quelquefois certaines exostoses qui représentent de très-élégantes sta- » lactites. »

On voit bien, par les passages qui précèdent, que Bertrandi avait déjà des idées très-bien arrêtées sur la nature et la pathogénèse des exostoses. Il va même plus loin qu'on ne croirait et compare très-ingénieusement la formation des exostoses corticales traumatiques à celle des noix de galle. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « C'est ainsi » que sur les arbres naissent les noix de galle (*gallozze*) ; l'insecte » dépose sur l'écorce de l'arbre un suc âcre, qui y agit comme un épis- » pastique ou comme un caustique; ensuite l'adhérence de l'écorce » est détruite, et cette partie ligneuse se gonfle. La noix de galle est » ainsi formée par l'agglutination successive du suc provenant de cette » érosion. »

A en croire Ribell, M. Dupuytren aurait autrefois professé une doctrine pathogénique sur les exostoses analogue à celle de Bertrandi. « M. Dupuytren, dit Ribell, compare ces tumeurs anormales aux » bosses noueuses que l'on voit survenir sur certains arbres par défaut » de régularité dans la nutrition et la distribution de la séve. Elles dé- » pendent donc d'un changement survenu dans la nutrition des os, » d'une altération dans la distribution du suc osseux. »

Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, nul n'a mieux compris la formation des exostoses épiphysaires que Delpech. Ses idées à ce sujet sont très-nettement exprimées. « En rapprochant, dit-il, un semblable état » des phénomènes extérieurs que l'on observe lorsqu'une exostose de » cette espèce se développe, si l'on réfléchit surtout aux caractères de » la tumeur appelée *gomme* ou *périostose* qui la précède constam- » ment, on est porté à penser que dans cet état une affection propre à » l'os ou au périoste produit dans ce dernier une inflammation dont le » résultat est l'exhalation, à la surface profonde de cette même mem- » brane, d'une couche d'albumine organisable, laquelle aurait la pro- » priété de passer à l'état osseux. Cette opinion paraît d'autant plus » vraisemblable que l'on peut démontrer par une immensité de faits » que ce procédé est celui par lequel la nature reproduit une portion » d'os entièrement perdue ; que cette espèce d'exostose est produite or- » dinairement par des causes capables de déterminer la nécrose et la » carie, etc. »

Howship de Londres a confirmé et développé davantage ces idées en faisant différentes expériences sur ces sortes de tumeurs. Nous avons déjà rapporté une partie des recherches de cet auteur à l'égard de ces exostoses. Voici maintenant quelle est sa pensée relativement à leur naissance. « Ces affections de l'os me semblent résulter de l'action de » quelque cause extérieure, qui agit soit en pressant soit en choquant. » Elles paraissent être la conséquence d'un certain état du périoste et » de la membrane des canaux intérieurs de l'os, etc. »

On voit bien par là que, si cette lésion fonctionnelle du périoste a une étendue considérable, un grand os tout entier, ou plusieurs os à la fois, peuvent se trouver encroûtés d'un dépôt épiphysaire plus ou moins saillant, de manière à rendre méconnaissable la surface primitive de l'os. Mais ceci n'arrive qu'assez rarement. Ordinairement, c'est l'influence d'une cause constitutionnelle, scrophuleuse ou syphilitique,

(1) Nægelé, Dissert. exhibens casum rarissimum partus qui propter exostosim in pelvi absolvi non potuit. Heidelbergæ, 1830, in 4°.

qui occasione ces ossifications accidentelles très étendues; elles supposent constamment un épaississement considérable du périoste. (Howship.) Les tumeurs circonscrites peuvent pourtant tout aussi bien dépendre d'une cause interne que d'une cause externe toute locale. C'est ce qui avait aussi très-bien été compris par Béclard.

On ne relira pas sans intérêt le passage suivant du célèbre annotateur de Bichat. « Le périoste étant irrité ou enflammé, il se fait à » sa surface interne, dans son épaisseur et dans une partie plus ou moins » étendue de sa largeur, une déposition de matière organisable, molle; » cela constitue la périostose, dont la terminaison est variée; souvent » elle s'ossifie, cela constitue d'abord une sorte d'épiphyse ou d'os di- » stinct et séparable de l'os naturel, auquel l'exostose se soude ordi- » nairement à la longue. Tantôt elle consiste en un nodus très-circonscrit » et dont le développement a été rapide. D'autrefois elle se forme lente- » ment et consiste en une masse volumineuse et foliée. D'autres fois » même tout un membre ou une plus grande partie encore du squelette » en est affectée. »

Je pourrais joindre aux autorités respectables qui précèdent, celle de plusieurs autres hommes célèbres, tels que MM. Lobstein, A. Cooper, Wilson, etc., qui, tous, adoptent plus ou moins explicitement les idées que nous venons d'exposer. Mais ceci m'entraînerait trop loin, et je craindrais d'ailleurs de rendre trop fastidieuse la lecture d'une même pensée, plusieurs fois répétée. Je terminerai donc cet article par quelques mots sur la formation des exostoses dentaires.

On ne doute plus aujourd'hui de la possibilité des exostoses sur tous les points de l'étendue de nos dents. Un grand nombre d'exemples de ce genre existent aujourd'hui dans les annales de la science; nous aurons soin d'en relater quelques-uns dans l'article suivant. Il résulte de l'examen de tous les cas connus d'exostoses dentaires, que ces tumeurs peuvent naître non-seulement dans la partie osseuse des dents, mais aussi dans leur couronne, et aux dépens même exclusivement de l'émail de chaque dent. Ceci paraîtra peut-être paradoxal aux personnes qui tiennent l'émail dentaire pour un corps inerte et inorganique. Mais que répondre en face de faits positifs? Nous verrons des exostoses, depuis le volume de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une petite noisette, être formées sur les dents, aux dépens seuls de leur substance émaillée.

Ceux qui considéraient l'émail dentaire comme une sorte d'incrustation, analogue à la porcelaine de nos tasses à café, n'avaient pas songé que cette partie de nos dents est très-sensible sous l'action de certains acides végétaux, tels que celui du citron, de certaines plantes, etc. On était même allé jusqu'à se moquer des recherches microscopiques du grand Mascagni, tendant à démontrer l'organisation vasculaire blanche de l'émail dentaire. (*Prodromo della grande anatomia.*) Mais A. Monro et Bichat ont reconnu également une sensibilité spéciale dans l'émail dentaire. Du reste, cette vérité a été de nos jours mise en toute évidence par M. Duval (1); et, d'ailleurs, l'existence des exostoses de l'émail des dents ne prouve-t-elle pas, à ne plus en douter, la vitalité et la vascularité de cette substance, ainsi que Mascagni l'avait déjà avancé depuis long-temps? Les exostoses dentaires ne sont ordinairement que parenchymateuses; il peut en exister cependant aussi d'épiphysaires. Dans ce dernier cas, c'est la membrane dentaire qui se charge de l'élaboration de la nouvelle substance; aussi ces sortes de tumeurs ne se rencontrent-elles alors que vers les racines dentaires seulement.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Mémoires de l'Académie royale de médecine de Paris, t. 2.

ACCOUCHEMENS.

SUR UN BASSIN EN FIL MÉTALLIQUE ET SUR LE DESSIN LINÉAIRE MATÉRIALISÉ PAR LE MOYEN DE CE FIL, mémoire lu à l'Académie des sciences le 1er juin 1835, par M. Matthias Mayor, docteur en médecine à Lausanne.

Chargé, il y a bien des années, de donner à des villageoises sachant à peine lire des leçons propres à en faire des sages-femmes, je sentis le besoin de mettre sous leurs yeux et dans leurs mains la base essentielle d'une solide instruction. Mais le bassin, ce point de départ des principes les plus importans de l'obstétrique et de leur application à la pratique, était réservé pour les démonstrations et pour l'usage presque exclusif du professeur. Il m'était impossible de me procurer autant de bassins que j'avais d'élèves, et cependant je tenais à ce que chacune eût le sien. La nécessité me fit industrieux, et me fournit bientôt l'idée de construire une *carcasse pelvienne* avec du fil métallique. Cette pensée ne se fut pas plutôt présentée, qu'elle fut saisie par les plus intelligentes de ces femmes; et peu de jours après la plupart d'entre elles m'apportèrent un bassin en fil-de-fer qu'elles-mêmes avaient fait, et qui, quoique plus ou moins grotesque, était bien suffisant pour le but que nous nous proposions.

Ce but, ainsi qu'on le conçoit aisément, était de remplacer les figures dont nous avions besoin pour parler aux yeux, par quelque chose de matériel et de saillant, et le fil de métal, fer, plomb ou laiton, nous servit à merveille; car, au moyen de ce fil, nous rendîmes les contours et la forme du bassin et de ses différentes pièces aussi exactement qu'on l'eût fait par le *dessin linéaire*, puisque le métal, ainsi étendu et courbé diversement, n'est autre chose en réalité que le dessin linéaire lui-même, *matérialisé* et mis *en relief*.

Voici comment j'indiquai à mes élèves sages-femmes de procéder pour se procurer cette pièce.

« Ayez un bassin naturel et normal; mesurez avec un bout de ficelle le contour du détroit supérieur, et coupez un bout de fil métallique exactement égal à la ficelle, lequel vous courberez et façonnerez à l'instar du susdit détroit, et en imitant la forme qu'il affecte. Il est clair que vous aurez, de la sorte, un cercle irrégulier, tout pareil à celui que forme le détroit abdominal, et dont les diamètres seront exactement les mêmes que ceux du bassin osseux. Faites la même opération pour le détroit périnéal, et vous aurez les mêmes résultats. Liez ensemble maintenant ces deux détroits en arrière par une pyramide renversée qui représentera le sacrum et le coccyx, et en avant par deux fils parallèles d'un pouce et demi de longueur et écartés de quelques lignes l'un de l'autre, pour figurer la symphise pubienne. Vous aurez de cette manière le petit bassin avec ses dimensions et ses axes; et si vous voulez y ajouter les os des îles et une partie des vertèbres lombaires, vous n'aurez qu'à procéder, pour en dessiner les contours, comme je l'ai dit pour le détroit supérieur. En un mot, chaque fois que vous voudrez figurer les contours ou la forme d'une pièce quelconque, vous commencerez par les mesurer avec une ficelle; puis vous vous procurerez une longueur égale de fil de métal, que vous plierez, courberez et ajusterez du mieux que vous pourrez, afin de lui faire prendre la forme que vous cherchez à reproduire et à imiter. Si vous avez une pince et un compas, vous ne serez pas embarrassées; le coup-d'œil et le bon sens feront le reste. »

Quelques-unes de ces femmes réussirent si bien sur ces simples données, que, si on eût pu couler sur cette *cage* métallique une couche de phosphate calcaire, on aurait eu un bassin osseux passable, et dont les axes et les diamètres n'auraient du moins rien laissé à désirer. Or, ces axes et ces diamètres sont précisément ce qu'il m'importait d'obtenir exacts. Mais rien n'empêche qu'on ajoute à ces premiers traits du bassin artificiel tout ce qu'on jugera convenable de prendre au bassin naturel. Ainsi on pourra joindre des tracés métalliques pour représenter les ligamens sacro-sciatiques; des lignes circulaires pour figurer les trous ovalaires; d'autres fils pour rendre les principaux troncs nerveux et vasculaires, etc., etc.

L'essentiel cependant sera toujours de ne pas trop charger de détails ces lignes rudimentaires; car le simple tracé que je viens d'indiquer suffit aux divers buts qu'on se propose.

Un de ces buts consiste d'abord, entre les mains du professeur, à faire toucher, du doigt à l'œil, la manière dont se font un très-grand nombre de difformités pelviennes, et de démontrer sur-le-champ celles-ci, ainsi que les rapports assez constans qui existent entre les vices de conformation des deux détroits. C'est que notre bassin métallique est flexible, et qu'il peut de suite admettre, en se moulant, les dépressions variées, les écartemens divers, et toutes les déformations qu'on jugera convenable de figurer, afin de faire bien comprendre aux élèves les conséquences de ces altérations. Notez qu'un seul bassin peut suffire pour recevoir et perdre à l'instant même toutes les empreintes auxquelles on jugera à propos de le soumettre, et vous l'auriez aplati de manière à faire toucher les pubis à la base du sacrum ou les tubérosités ischiatiques l'une à l'autre, que vous pourriez lui rendre aussitôt sa forme normale. Chaque élève pourra donc, avec un pareil bassin, se graver la leçon du professeur et la répéter au besoin.

Un second but essentiel de ce bassin, résulte de ce qu'il est à claire voie, et que l'on pourra, par conséquent, toujours suivre et examiner exactement tout ce qui s'y passera. Ainsi, lorsque le professeur décrira une manœuvre quelconque et qu'il voudra l'exécuter en présence des élèves *de l'un et de l'autre sexe*, aucun des mouvemens de sa main, de ses doigts ou de ses instrumens, aucune des évolutions de la poupée n'échappera; car, je me hâte de le dire, tout ce qui se fait ordi-

nairement dans le mannequin, peut également avoir lieu dans l'intérieur du bassin de métal. Or, pour bien apprécier celui-ci dans cette circonstance, il suffira de se rappeler ce qui se passe avec le mannequin dans les leçons et lors des démonstrations manuelles et instrumentales. C'est qu'il faut croire le professeur *sur parole*, que ses opérations se font *à huis-clos*, et que celles-ci, ainsi que les mouvemens de la poupée, sont presque entièrement soustraits à la vue. Rien de pareil ne peut avoir lieu avec ma cage pelvienne; et je ne crains point que les élèves, quelque bornés qu'on veuille les supposer, cessent de se faire illusion en face de ces fils de métal, et qu'ils en aient beaucoup plus vis-à-vis d'un bassin osseux entouré d'un cuir sale et crasseux, et terminé par deux moignons représentant exactement deux cuisses auxquelles on aurait fait l'amputation. Du reste rien n'empêche, pour les amateurs, de recouvrir ces fils métalliques de toile ou de peau, et de figurer au besoin un périnée et des grandes lèvres.

Un troisième but enfin de cette pièce, consiste dans la grande facilité de se la procurer, et dans le bas prix auquel elle reviendra; car, je le répète, avec quelques directions simples et tant soit peu d'intelligence, la moindre élève pourra toujours confectionner elle-même quelque chose de passable ou de suffisant dans ce genre.

Il est facile de saisir maintenant tous les avantages qui résulteront pour les élèves de l'un et de l'autre sexe, d'avoir à leur disposition un semblable moyen. Ainsi ils pourront répéter chez eux la leçon du professeur, toucher toujours du doigt toutes les grandes vérités qui ressortent de l'étude approfondie du bassin, et se les rendre de plus en plus familières; ils auront encore la facilité de s'exercer, entre les leçons, à la plupart des opérations manuelles et instrumentales de l'obstétrique, et de se remettre à ces exercices variés alors qu'ils seront livrés à la pratique, s'ils en éprouvent le besoin. Car, ainsi que je l'ai dit, ce bassin artificiel peut servir exactement comme un mannequin. Voilà pour les élèves; mais le professeur lui-même pourra difficilement se dispenser de le prendre pour base de quelques leçons, surtout s'il s'agit des vices de conformations, et de ces manœuvres délicates où la marche et les mouvemens des doigts, de la main et des instrumens, ainsi que ceux du fœtus, doivent être exactement aperçus, suivis et compris.

S'il est difficile dans une grande ville, à Paris même, de présenter aux élèves toutes les défectuosités pelviennes, et de les leur faire bien saisir, que dire de ce qui doit avoir lieu dans les provinces et dans certaines localités, privées des secours convenables pour former de bonnes sages-femmes? Eh bien! le bassin métallique viendra à leur secours et ne leur laissera presque rien à désirer. J'insiste donc au moins pour que les individus qui ne peuvent pas avoir à leur disposition des bassins naturels (et ce sera de beaucoup le plus grand nombre), s'en procurent ou en confectionnent eux-mêmes un artificiel.

Je pourrais et devrais peut-être terminer ici cette notice; mais j'éprouve le besoin de généraliser ici le dessin métallique linéaire, en l'appliquant à toute autre chose qu'au bassin. Un exemple pris ailleurs, tout en faisant ressortir encore mieux le mode simple et facile de procéder avec les fils de métal, va donc nous montrer en même temps comment, avec ce moyen, on peut figurer toute espèce d'objets; et c'est un chapeau rond que je veux reproduire de cette manière. Je commencerai par prendre avec une ficelle, ou, mieux encore, avec *un fil souple de plomb*, le contour exact de la partie supérieure de ce chapeau; j'étendrai ensuite cette ficelle sur un fil de fer ou de laiton, et je couperai de ce dernier un bout de même longueur, que je courberai en cercle; j'en ferai autant pour la partie inférieure, et je réunirai l'un sur l'autre ces deux cercles avec trois ou quatre montants qui, en les écartant convenablement, me donneront la hauteur de ce chapeau. Je tracerai enfin, de la même manière, un troisième cercle plus grand, et qui devra représenter le bord plus ou moins large dudit chapeau, et je le lierai au cercle inférieur, au moyen de quelques bouts de métal placés transversalement. Il est évident que j'aurai, de la sorte, la carcasse de mon chapeau, et qu'il me suffirait de la recouvrir d'une étoffe noire, grise ou jaune-paille, pour avoir en effet un véritable chapeau. Je crois même que ce procédé a été et est encore mis en pratique dans ce sens.

Mais quittons la boutique du chapelier, où d'ailleurs je ne suis entré, un moment, que pour mieux faire comprendre ma pensée; et revenons sur le domaine médical, où le dessin linéaire métallique va se montrer passablement utile et commode.

Le médecin a besoin, dans un très-grand nombre de circonstances, de conserver l'empreinte de désordres pathologiques ou d'anomalies singulières, que le crayon de l'artiste ou l'art du mouleur en plâtre ne peuvent pas toujours bien rendre, qu'il est même quelquefois impossible ou trop dispendieux de se procurer. Il aura donc recours au fil métallique qui est constamment à la portée de tout le monde, et qui reproduira bien exactement tout ce qu'on lui demandera. Ainsi, vous l'emploierez lorsque vous voudrez représenter, sur-le-champ et assez bien, la plus petite élévation, comme le plus énorme développement; le plus léger enfoncement comme la plus vaste caverne. Citons quelques exemples à l'appui. Vous tenez à conserver l'empreinte et la saillie d'une loupe ou d'une excroissance; vous la cernerez, par sa base, avec un fil pour en avoir les dimensions; puis, vous tirerez de cette base, ordinairement circulaire, deux autres fils qui, se croisant à angle droit, au-dessus de ce cercle, dessineront la hauteur et la figure de ce corps proéminent. Voulez-vous avoir, en relief, la monstrueuse distension du cou par certain goître? vous étendrez un fil autour de sa base, et, afin d'avoir la mesure du diamètre longitudinal et celle du transversal, le compas d'épaisseur pourra être nécessaire. Il est d'ailleurs indispensable pour bien apprécier les diverses bosselures et le diamètre antéro-postérieur de la tumeur; et après les données obtenues par ce compas, vous tracerez alors une courbure longitudinale et deux ou trois transversales qui achèveront de former le squelette ou la carcasse de ce corps strumeux. Vous aurez, de cette manière, quelque chose de pareil au cerceau qu'on applique sur le ventre ou les membres des individus que l'on veut protéger contre la pression des couvertures. Il vous suffira ensuite de recouvrir cette carcasse d'une étoffe dont la couleur sera analogue à celle qu'offre la peau, pour avoir la ressemblance parfaite de ce goître énorme. Des tissus diversement teints et nuancés, qu'on étendra sur chaque carcasse métallique, comme nous l'avons dit pour le chapeau, vous donneront, en effet, avec leur forme, la couleur et l'expression de tout ce que vous désirez reproduire par mon moyen, et contribueront, en outre, à rendre le tout plus ferme et moins facile à se déformer.

Je n'ai pas besoin de dire qu'il faudra se servir de fils déliés, s'il s'agit de petits corps à mouler de cette manière, et de plus forts ou même de baguettes, s'il est question de gros objets.

Les enfoncemens et les sinuosités ne peuvent pas toujours se rendre au moyen du plâtre, surtout lorsqu'il s'agit d'une érosion ou d'une plaie, et qu'elles se trouvent sur un *individu vivant*. Avec mon procédé, au contraire, on peut constamment reproduire, assez exactement, toutes les pertes de substances ou les anfractuosités qu'on juge convenable de noter et de conserver, et qu'on remarque sur un cadavre ou sur un sujet plein de vie et de sensibilité. Le procédé sera le même ici que pour les corps saillans; seulement, on aura des résultats ou des reliefs en sens inverse des premiers. Ainsi, lorsqu'il s'agirait d'un hideux cancer au sein, vous auriez à dessiner avec le fil métallique, d'abord les éminences et les bosselures, et vous figureriez ensuite les trous et les enfoncemens par autant de reliefs en sens contraire des précédens.

Le fil de métal ne vaut pas et ne remplacera jamais, sans doute, les figures bien tracées et coloriées, ni certains reliefs qu'on peut se procurer par le plâtre; mais il a quelques avantages sur ces deux moyens, pour reproduire les formes des objets. Il est du moins à la portée de tout le monde, et peut servir sur-le-champ à tout individu, alors même qu'il n'aurait aucune idée du dessin; car il se manie toujours avec la plus grande facilité et n'est point dispendieux. C'est, d'ailleurs, à ce que je crois, quelque chose de nouveau, et l'on sait assez que toute idée nouvelle, si elle est juste et d'application, ne manque jamais de trouver son utilité et d'avoir parfois une très-grande portée.

J'entrevois déjà, par exemple, que la plupart des artisans pourront tirer et tireront *bien certainement*, *tôt ou tard*, un très-grand parti de ces données simples, pour figurer *réellement* ou *dans des proportions quelconques*, certains objets dont ils voudront avoir d'abord une idée claire, ou qu'ils désireront représenter matériellement. Ce besoin de notions précises et *palpables* peut être senti par eux-mêmes ou par les personnes auxquelles ils sont obligés de faire toucher les choses *du doigt à l'œil*, et qui comprennent peu ou mal ce qui n'est que dessiné, ou ne s'en rendent pas un compte bien exact.

C'est donc aussi à certains architectes que mon moyen va surtout sourire; et c'est eux tout particulièrement qui en profiteront pour exprimer toujours clairement, même au plus borné, ce qu'ils proposeront dans leurs plans et devis. Ils rendront donc, en fil métallique, ce qu'ils sont obligés de formuler aujourd'hui par de simples traits, et ils pourront traduire en métal, plus ou moins élégamment et sur *une échelle donnée*, l'ensemble ainsi que toutes les parties des constructions qu'ils projeteront. Ces diverses pièces seront arrangées et placées exactement comme dans le bâtiment qu'ils voudront élever, et ce mode aura ce grand avantage sur tout ce qui a été proposé jusqu'ici pour exprimer *matériellement* un plan d'architecture, qu'il permettra d'embrasser, d'un seul coup d'œil, non-seulement les formes de tous les objets de détail, mais encore leur arrangement et leurs rapports exacts avec l'ensemble du projet. Car, tout étant rendu par de simples fils, il est clair que la vue pénétrera facilement dans tous les plus petits coins de cette

charpente métallique, et qu'elle embrassera bien vite tous les points. E', comme chaque partie pourra au besoin se démonter, se voir à part, être rétablie, changée ou corrigée à volonté, il résultera, pour l'homme de l'art comme pour tous ceux qui le mettront en œuvre, un expédient facile de comprendre parfaitement et d'éviter des erreurs, des mésentendus et des mécomptes.

Si, à ces courtes explications, vous ajoutez encore ce que j'ai avancé au sujet du bassin métallique, c'est-à-dire que la construction *exacte* de ce bassin peut être confiée à tout individu intelligent, vous trouverez cet autre avantage à mon moyen, que l'artiste et le *génie créateur* n'auront pas à s'occuper des détails d'exécution, et qu'ils pourront toujours s'en rapporter à de *simples manœuvres*. Il suffira en effet que ceux-ci aient de l'exactitude, et qu'ils saisissent la valeur des dessins linéaires qu'on mettra sous leurs yeux, et qu'ils sachent se rendre raison des proportions qu'on voudra donner aux fils de métal destinés à représenter ces dessins.

En visitant, ces jours derniers, l'institution des jeunes aveugles, et tout en admirant les moyens qu'on met en œuvre pour les instruire, j'ai cru remarquer que, pour ce qui concerne l'*écriture*, il y avait encore quelque chose à désirer; et je suis convaincu que le fil en question pourrait, dans cette circonstance, venir à leur secours. Quelques essais d'écrire en pliant du fil de fer ou de plomb de manière à en former des lettres et des mots liés ensemble, semblent me prouver que ce mode l'emporte sur celui usité actuellement pour ces malheureux, et qu'il doit être, dans plus d'une circonstance, plus commode et plus sûr; il mettrait au moins l'écriture à l'abri du feu, de l'eau, et de l'action de certains animaux; car si les anciens l'eussent connu, nul doute que l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie et le désastre d'Herculanum et de Pompéia, n'eussent pas eu, pour beaucoup de leurs ouvrages, un résultat aussi fatal.

Les aveugles, j'ose l'affirmer, ne tarderont pas à conserver et à transmettre, à l'aide de ce fil, l'expression de leurs sentimens. Mais une récréation et peut-être un travail utile interdits maintenant, leur sont désormais assurés par ce nouveau moyen; je veux parler du *dessin linéaire*, Car, grâce à la saillie qui en résulte, ainsi qu'à l'adresse et à l'intelligence incroyables des doigts de ces intéressantes créatures, elles sauront faire jaillir de ce procédé facile des effets dont on est loin de se douter. La composition de la musique, *pour et par* ces mêmes individus, ne pourrait-elle pas se rattacher encore à ce même fil? Mais en voilà assez, trop sans doute, surtout pour un journal consacré à la médecine.

Cependant, je le répète, mon idée sur l'utilité et la confection du bassin artificiel et sur l'empreinte à obtenir de certaines affections, n'en sera que mieux saisie. Et puis, si je n'avais pas laissé un libre cours ici à ma plume, il est assez certain que j'aurais, pendant long-temps encore, attendu une bonne occasion pour m'expliquer sur cette matière, et qu'un autre l'aurait probablement exploitée. Quoi qu'il en soit, on acquerra, par ce peu de lignes, une preuve de plus en faveur de cette vérité, que, lorsqu'une idée ou un principe est heureux et juste sur un objet quelconque, cette idée et ce principe trouveront aussitôt, et pour un grand nombre d'autres objets, une application utile, et seront susceptibles d'un facile et grand développement pratique. Vous remarquerez encore la confirmation de cet autre axiôme, que ***la simplicité est toujours l'apanage de l'utile et du vrai.***

Simplex, sigillum veri.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 JUIN.

PESTE D'ALEXANDRIE.

M. Chervin adresse un fragment d'une lettre écrite du Caire, le 26 mars, par M. Clot, en réponse à quelques questions qu'il avait adressées à ce médecin relativement à l'origine et au mode de propagation de la peste qui ravage en ce moment l'Égypte.

Il m'est impossible, dit M. Clot, de répondre catégoriquement aux questions que vous m'adressez, jusqu'à ce qu'un plus grand nombre de faits et d'observations aient permis de prononcer d'une manière positive. Je me bornerai donc à vous donner un court exposé de nos travaux et de ce qui a été fait jusqu'à présent.

Le nombre des médecins qui se trouvent tant à Alexandrie qu'au Caire ne s'élève pas à plus de vingt. La plupart, grands contagionistes, se couvrent de toile cirée, s'arment de longs bâtons, et ne voient les malades qu'à une certaine distance; ils admettent que la maladie peut se communiquer par le contact le plus léger, et ne croient pas à son caractère épidémique; d'autres, moins peureux, ne s'encapuchonnent pas, mais évitent de toucher les malades et leurs effets (probablement leurs vêtemens), et ne tâtent le pouls qu'au travers d'une feuille de tabac, ou après avoir trempé leur main dans l'huile ou le vinaigre. Quelques-uns, dans l'incertitude où ils sont sur la contagion, n'en prennent pas moins quelques précautions.

La peste, poursuit l'auteur de la lettre, n'a commencé à Alexandrie qu'en novembre, depuis un mois seulement elle y est meurtrière et a déjà enlevé près de 20,000 personnes. Elle s'est manifestée au Caire dans les derniers jours de décembre, et n'y a pris un caractère grave que depuis une quinzaine de jours (environ depuis le 16 mars).

La plupart des médecins d'Alexandrie veulent que la peste y ait été importée, ce qui peut être, mais n'a pas encore été bien prouvé. Ils ne croient pas non plus à l'épidémie, tandis que d'autres et nous-mêmes en sommes bien convaincus.

La question de la contagion est trop grave et trop compliquée pour pouvoir se traiter dans une simple lettre. Nous avons observé quelques faits qui tendraient à prouver la transmission; mais combien y en a-t-il qui ne permettent pas de l'admettre? Par exemple, nous sommes six médecins qui touchons les malades; nous passons plusieurs heures auprès de leurs lits; nous faisons les ouvertures des cadavres dans un lieu resserré; des élèves en médecine, des infirmiers, etc., sont aussi en rapport avec ces mêmes malades, et jusqu'à présent aucun accident n'a eu lieu.

La maladie a commencé en novembre à Alexandrie; les premiers accidens au Caire n'ont eu lieu qu'en janvier, et les communications étaient libres entre Rosette, Damiette, qui n'ont pas été affectées, et le Caire, où elle n'est arrivée qu'au bout de deux mois.

L'isolement dans l'intérieur des maisons n'en garantit point, et en effet il vient de mourir à Alexandrie plusieurs Francs, qui certainement observaient la plus rigoureuse quarantaine. La maladie s'est même déclarée à bord de navires européens qui étaient dans l'isolement le plus complet.

On a remarqué jusqu'à présent que les classes pauvres en étaient plus affectées que les autres; les Maltais principalement, qui sont les plus malpropres, et dont le tempérament a le plus d'analogie avec celui des Arabes.

On ne saurait, poursuit M. Clot, attribuer son développement à la grande inondation, ni à un mauvais système d'inhumation, car pendant les années qui viennent de s'écouler, il y a eu aussi de grandes inondations; le choléra-morbus en 1831 n'a pas fait faute de tombeaux, et les inhumations n'ont jamais été plus mal faites qu'elles ne le furent alors.

Quant aux mesures prises par la commission sanitaire à l'effet de prévenir le développement de la maladie, il est bien démontré, assure M. Clot, qu'elles n'ont fait au contraire que le favoriser. Cette commission, composée d'hommes étrangers à l'art et contagionistes outrés, a soumis à une quarantaine de vingt-un jours les bâtimens venant de Smyrne, où la peste ne règne pas; les navires venant de Marseille sont aussi mis en observation, à cause du choléra qu'on dit exister dans cette ville, et il meurt 200 personnes par jour à Alexandrie.

ÉLECTRICITÉ.

M. Peltier adresse une communication relative aux indications sur l'état de l'atmosphère, fournies par le multiplicateur thermo-électrique. « L'orage de dimanche dernier, dit-il, était chargé d'électricité négative; un courant positif a traversé constamment un fil métallique s'élevant du fond d'un puits à 25 mètres dans l'atmosphère. Le multiplicateur offrait de grandes variations de 0° à 50°. Elles paraissaient coïncider avec le passage des nuages. La pluie étant survenue, la déviation devint plus constante et se maintint entre 20° et 30°. Quelques renversemens eurent lieu; je les attribue, dit M. Peltier, à une action voltaïque. La maison, mouillée alors, n'était plus qu'une large couple dont les gouttières et les tuyaux étaient l'élément positif, et mon fil de cuivre l'élément négatif. Je me sers même, poursuit l'auteur, de cet état voltaïque de la maison pour certaines expériences qui ne sont point terminées.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant pour la place devenue vacante, dans la section de médecine, par la mort de M. Gilbert-Blane de Londres. Les candidats présentés par la section sont, dans l'ordre suivant : MM. Bretonneau, à Tours; Abercrombie, à Edimbourg; Fleury, à Toulon, et Bellingeri, à Turin.

Le nombre des votans est de 36; au premier tour de scrutin, M. Bretonneau réunit 30 suffrages et est déclaré élu; M. Abercrombie en obtient 5, M. Bellingeri 1.

CHALEUR RAYONNANTE.

M. Biot fait en son nom et celui de MM. Arago et Poisson, un rapport sur un mémoire de M. Melloni, contenant la description et les usages d'un appareil propre à manifester et à mesurer les phénomènes de transmission de la chaleur rayonnante. Cet appareil, dit le rapporteur, étant celui-là même à l'aide duquel M. Melloni a fait depuis quelques années un si grand nombre de belles et importantes découvertes, nous avons pensé qu'il convenait de rattacher tous ces résultats par les liens de leur dépendance mutuelle, de manière à composer un ensemble général de propriétés physiques. La nouveauté des phénomènes que cet ensemble embrasse, et la généralité non moins imprévue des lois physiques qui en dérivent, rendraient inutile de rappeler ici les idées que l'on avait pu se faire antérieurement sur la plupart des objets qui s'y rapportent, et ainsi nous n'en ferons précéder l'exposition d'aucun détail historique. Ce rapport est divisé en deux parties; dans la première, la seule qui ait été lue, les commissaires exposent le système des appareils, le mode d'expérimentation, les moyens de mesure, leur degré d'exactitude, puis les résultats généraux que les procédés font connaître relativement à la réflexion de la chaleur rayonnante sur les surfaces des

corps, et à sa transmissibilité dans leur intérieur selon leur nature, comme aussi selon la nature de la source calorifique d'où la chaleur rayonnante est émanée. Nous aurons occasion de revenir sur cette première partie du rapport lorsque nous rendrons compte de la seconde.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. LOUYER-WILLERMAY.

Le procès verbal de la dernière séance, dans laquelle s'est terminée la discussion sur la lithotritie, est écouté avec une grande attention. Il s'arrête à l'instant où M. le président a déclaré la séance levée, et ne fait donc aucune mention du vote qui a suivi la proposition de M. Emery.

M. Velpeau réclame contre cette omission. La proposition a été faite et appuyée; M. le président l'a mise aux voix et l'a déclarée adoptée; il y a chose jugée, et le résultat doit être inscrit au procès-verbal.

M. Lisfranc. La séance avait été déclarée levée lorsqu'on a voté; toute décision prise après est sans valeur, et je demande, s'il en est besoin, que l'on aille aux voix de nouveau sur la proposition de M. Emery. (Appuyé.)

M. le président fait observer qu'il faut avant tout approuver le procès-verbal. Le procès-verbal mis aux voix est adopté sans réclamation; M. Velpeau lui-même ne vote pas contre, ce qui excite une surprise marquée sur plusieurs bancs.

M. Double. Mais alors il n'y a plus à discuter; vous venez de reconnaître l'invalidité du vote.

On lit la correspondance qui n'offre d'intéressant qu'une lettre de M. Crémieux sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. M. Maingault demande ensuite la parole pour une proposition.

M. Maingault. La discussion qui a occupé quatre de nos séances est tellement hors de ligne par l'importance des considérations qui ont été présentées, par la manière dont elle a été conduite, par l'intérêt qu'y ont attaché tous les médecins, qu'il me paraît convenable et utile d'en rédiger un compte-rendu qui pourrait être extrait du procès-verbal, et qui serait inséré dans les fascicules de l'Académie. (Interruption.)

M. Louis. Je pense, comme M. Maingault, que cette discussion est une des plus importantes qui aient eu lieu au sein de l'Académie, et qu'il conviendrait d'en faire mention dans les fascicules. Mais avant tout, il faut imprimer le rapport très-remarquable qui y a donné lieu, et je propose de le renvoyer au comité de publication. (Vives rumeurs en divers sens. Quelques voix appuient la proposition; M. Maingault déclare y réunir la sienne.)

M. Lisfranc. La publication de ces débats serait tout-à-fait inutile; tout le monde a pu les lire dans les journaux scientifiques, et même dans un journal politique, où ils ont été reproduits avec la plus grande exactitude et avec toute l'étendue nécessaire, et il n'est pas dans les habitudes de l'Académie de publier des travaux déjà imprimés. Si cependant la proposition de M. Maingault était admise, je demanderais que l'on consultât les journaux plutôt que le procès-verbal, qui n'a pu donner une analyse aussi détaillée.

M. Maingault s'étonne que M. Lisfranc, qui a pris lui-même à la discussion une part si brillante, se prononce contre la publication dans les fascicules de l'Académie. Les journaux sont sans caractère officiel, et on ne pourrait par cette raison admettre leur rédaction; le procès-verbal seul fait foi pour l'Académie. Mais dans tous les cas on renverrait le travail à faire à une commission, et certes il y a beaucoup de mémoires publiés par l'Académie qui offrent infiniment moins d'intérêt.

M. Amussat. J'approuve pour ma part la proposition de M. Maingault, et elle rentre parfaitement dans une autre motion que j'ai déjà faite, et qui serait que l'Académie s'occupât chaque année d'une ou de plusieurs questions capitales en médecine, en chirurgie et en pharmacie, et les éclairât par des discussions générales. Pour remplir complétement le but de M. Maingault, ni le procès-verbal ni les journaux ne peuvent suffire, car ils analysent et ne rendent pas tout ce qui se dit. (On rit.) Je voudrais donc que l'Académie eût un sténographe... (Rire général et interruption.)

M. Ollivier appuie vivement la proposition de M. Louis.

M. Itard. Si l'Académie se décidait à mettre aux voix l'impression du rapport, je demanderais avant tout qu'on en fît une nouvelle lecture. (Non! non!) Messieurs, ce rapport est une critique très vigoureuse de la lithotritie; l'admettre dans vos mémoires, c'est en approuver les opinions. (Non! non!)

M. Roux. Je m'oppose à la proposition de M. Maingault, d'une part, parce qu'il est évident, d'après ce que vient de dire M. Amussat lui-même, que nous ne sommes pas en mesure d'avoir un compte-rendu exact, et ensuite parce que cette discussion ne nous a absolument rien appris. (Oh! oh!) Non, messieurs, absolument rien; du moins je déclare que je n'y ai rien appris pour ma part, et je regrette vraiment que l'Académie ait perdu tant de séances pour arriver à des résultats aussi nuls. Je demande donc l'ordre du jour.

M. Velpeau. Je suis surpris d'une déclaration aussi inattendue, et je regrette vivement à mon tour que la discussion n'ait rien appris à M. Roux; mais je suis convaincu que d'autres ont pu y gagner davantage. (Nombre de voix : Oui! oui!) Cette objection n'en est donc pas une; et quant à la difficulté de rédiger un compte-rendu exact, je ne saurais l'apercevoir. Outre votre procès-verbal, plusieurs journaux ont publié ces débats; il en est un surtout qui, soit parce que l'étendue de ses colonnes le lui permettait mieux, soit parce qu'il attachait à cette discussion une plus grande importance, en a reproduit tous les détails avec une telle exactitude, qu'on pourrait à peine y noter de légères omissions. En le confrontant avec le procès-verbal, vous arriveriez à un tableau très-complet de ces quatre séances; et je pense que cela aurait une réelle utilité. Je suis convaincu que beaucoup d'opinions se sont modifiées par cette discussion, et pour moi, je déclare que j'en suis sorti tout autre que je n'y étais entré.

M. Adelon. Je rejette la proposition de M. Maingault, seulement parce qu'elle est inutile. Il y a dans les fascicules de l'Académie une partie qui est consacrée tout entière à son histoire; c'est là que cette discussion trouvera naturellement sa place, et c'est le devoir de M. le secrétaire perpétuel de l'y insérer avec les détails nécessaires. Il y a une seconde proposition, relative au rapport lui-même. Si ce rapport ne faisait que l'historique de la lithotritie, s'il ne tranchait pas une question qui demeure encore incertaine, même pour l'Académie, j'appuierais son renvoi au comité de publication; mais il exprime des opinions trop absolues; et je pense qu'avant de les admettre, il y a avantage à attendre de nouveaux faits. Je réclame donc l'ordre du jour. (Appuyé!)

M. Louis. Mais il est inexact de dire qu'en insérant le rapport, l'Académie en adopte les opinions. L'Académie ne s'engage nullement; M. Velpeau a déclaré lui-même qu'il gardait sa responsabilité, et si vous rejetiez un rapport qui a donné lieu à une discussion aussi importante, ce serait laisser perdre un des plus beaux souvenirs de l'histoire de l'Académie.

M. Émery. Je soutiens d'autant plus volontiers la proposition de M. Louis, que c'est la mienne, et bien plus qu'elle a déjà été adoptée. (Non! non!) Elle a été adoptée, à la fin de la séance il est vrai, et par un petit nombre de membres; mais le règlement dit qu'après une discussion, quel que soit le nombre des membres demeurés présens, on peut voter et la décision est valable. (La séance était levée!)

M. Adelon. Je ne veux que rectifier un fait; pour qu'un vote soit valable, il faut qu'il y ait en séance la moitié plus un des membres qui ont signé la feuille de présence.

M. Nacquart. Je déclare d'abord que la séance était levée, et que l'Académie ne pourrait, sans déroger aux habitudes *parlementaires* (on rit), j'ai voulu dire académiques, accepter une décision prise après la séance. Maintenant, si l'on donne l'historique de la discussion, comme l'a admis M. Adelon, il est évident que le rapport est nécessaire pour la rendre complète, de même que le rapport ne saurait être imprimé indépendamment de la discussion. Ce sont deux choses qui ont entre elles une corrélation intime. Je demande donc qu'elles ne soient point séparées et qu'on les publie ensemble.

M. Lisfranc. Il y a dans le rapport deux choses distinctes : les conclusions qui ont trait au travail de M. Leroy, et qui ont été adoptées par l'Académie; et le corps du rapport renfermant les opinions particulières de M. Velpeau, auxquelles M. Sanson a déclaré se rallier. Ce sont ces opinions que nous avons combattues, et si l'Académie vote l'impression du rapport, le public pensera certainement que l'Académie a adopté les opinions qu'il renferme. Or, je crois ces opinions irrationelles et dangereuses; voilà pourquoi je repousse l'impression, et pourquoi je demande, avant qu'on aille aux voix, qu'il en soit donné une nouvelle lecture à l'Académie.

M. Rochoux. Ce qu'a dit M. Adelon est très-sage; le rapport est évidemment un procès fait à la lithotritie, et l'Académie ne saurait prendre couleur dans ce débat. Si donc on imprime le rapport, je demande qu'il y soit joint une note fort explicite, et qui déclare que l'Académie n'en adopte point les opinions.

M. Velpeau. Je suis vraiment étonné qu'on attache à cette question autant d'importance. J'ai déclaré que mes opinions étaient miennes, que j'en répondais; je le déclare encore; cela ne répond-il pas à tout? Que mon rapport soit imprimé ou ne le soit pas, cela n'est que d'un intérêt fort secondaire; cependant je ne puis laisser dire qu'il tranche la question d'une manière absolue. Il ne tranche rien; il exprime seulement cette idée que l'on a exagéré les avantages de la lithotritie, et voilà tout. (Aux voix!)

Les cris : aux voix! deviennent plus multipliés. De tous les bancs à la fois, on entend réclamer en faveur des diverses propositions émises; le bruit de la sonnette du président s'y mêle sans pouvoir vaincre le tumulte. Enfin l'ordre du jour paraissant vivement réclamé, M. le président annonce qu'il va mettre aux voix l'ordre du jour, ce qui excite de non moins vives réclamations.

M. Velpeau demande la parole contre l'ordre du jour. La question, dit-il, me paraissait d'abord fort indifférente en elle-même; mais puisqu'elle a soulevé une telle discussion et qu'on y attache tant d'importance, je commence moi-même à y prendre quelque intérêt. (Rire général.) Oui, messieurs, j'avoue que tant d'opposition m'est pénible; et je puis d'autant moins la comprendre que l'on a déjà inséré dans les fascicules une foule de rapports renfermant des opinions au moins très-contestables, et que certainement l'Académie n'adoptait pas. (L'ordre du jour!)

L'ordre du jour est mis aux voix. Après l'épreuve, un grand nombre de membres réclament; les uns n'ont pas compris ce qu'on votait; les autres se plaignent que le bureau n'ait pas compté les votes. M. Adelon demande à fixer l'état de la question; il y a deux propositions : celle de M. Maingault d'abord, puis celle de M. Louis. L'ordre du jour est demandé pour toutes deux; c'est l'ordre du jour qui doit être mis pour chacune aux voix. (Très-bien!)

L'ordre du jour est mis aux voix sur la motion de M. Maingault et adopté à une assez grande majorité. Puis, à l'occasion de celle de M. Louis, le tumulte recommence. M. Lisfranc, M. Velpeau, M. Roux, parlent presque à la fois. M. le président, après avoir fait de vains efforts pour ramener le silence, ôte la parole à tous les orateurs. Enfin il met l'ordre du jour aux voix; et après avoir compté il annonce que 25 mains se sont levées pour. M. Double réclame et déclare en avoir compté 31.

M. le secrétaire perpétuel. J'en ai compté 31 en effet.

A la contre-épreuve, 29 mains se sont levées pour l'impression. L'ordre du jour est adopté. Une vive agitation succède; plusieurs membres quittent la salle, et M. Louyer-Villermay, fatigué d'une discussion aussi orageuse, remet le fauteuil à M. Lisfranc.

COMPOSITION DU PROCHAIN FASCICULE.

M. Bousquet lit les titres d'une série de mémoires qui devront composer le prochain fascicule.

M. Gérardin s'étonne de ne pas voir compris dans ces mémoires un travail de M. Paul Dubois dont l'insertion a été votée par l'Académie; et qu'on l'ait remplacé par une longue dissertation de M. Ravin sur les tubercules qui encombrera trois fascicules, et ne présente en définitive qu'un médiocre intérêt.

M. Bonsquet répond que M. P. Dubois n'a pas remis son mémoire. M. P. Dubois explique comment des circonstances particulières ont retardé l'envoi de son travail, qui est depuis long-temps terminé; il désire en lire au moins les conclusions à l'Académie.

M. Double. Il convient qu'avant tout M. Dubois nous communique une analyse de son mémoire; il pourra en donner lecture dans la prochaine séance.

La composition du fascicule est ajournée.

AFFAIRE THOURET-NOROY. — LETTRE DE M. CRÉMIEUX.

Cette lettre à l'Académie a été lue dans la correspondance. M. Crémieux annonce à l'Académie que la cause de M. Thouret-Noroy sera jugée à l'une des audiences de la semaine prochaine; et il adresse 50 exemplaires du mémoire qu'il a publié devant la Cour de cassation. Il exprime, en terminant, le regret de ne pouvoir que plaider en avocat des questions qui rentrent par tant de points dans la science du médecin; mais cette nécessité même lui paraît être la première critique de l'arrêt qu'il a dénoncé à la censure de la Cour de cassation.

M. le président annonce que des remerciemens seront adressés à M. Crémieux.

M. Rochoux regarde le mémoire de M. Crémieux comme une pièce qui intéresse tout le corps médical. Il regrette que l'Académie n'en prenne pas connaissance et n'en exprime pas son avis.

M. Pariset. M. Crémieux ne nous le demande pas.

M. Double. Cela ne serait d'ailleurs ni possible ni convenable. (Bruit en sens divers.) Je pense toutefois que ce serait trop peu que de répondre à cet envoi par une lettre banale de remerciemens, et l'Académie peut faire connaître à M. Crémieux tout l'intérêt qu'elle prend à cette affaire.

M. Adelon. L'Académie a été consultée sur cette même affaire il y a sept à huit mois, et alors elle n'a pas voulu émettre d'opinion. Or, ce serait se prononcer trop formellement, que de dire qu'elle y prend intérêt. S'il s'agissait d'une discussion de principes, rien de mieux : c'est ainsi que, dans la discussion du projet de réorganisation médicale, l'Académie s'est déclarée en faveur de l'irresponsabilité médicale. Mais ici il y a un procès, une partie civile, une condamnation pécuniaire; nous ne pouvons nous en mêler. D'ailleurs nous ne sommes pas que par un principe, et nous ne connaissons pas assez les faits. Après avoir examiné le mémoire de M. Crémieux, il faudrait donc examiner les repliques; car il y en a. Tout cela est impossible, et je demande l'ordre du jour.

M. Double. Je combattrai très vivement l'opinion de notre collègue; et d'abord je dirai qu'il ne m'a pas bien compris. Il ne s'agit pas d'entrer dans les détails de la cause, ni de porter un jugement sur le fond du procès; mais d'énoncer un fait patent, manifeste, incontestable; savoir, que non-seulement l'Académie, mais le corps médical tout entier ont pris le plus vif intérêt à cette affaire, et que nous voyons avec reconnaissance le zèle désintéressé que déploie M. Crémieux. Cette démarche, sans engager l'Académie fera certainement quelque impression sur les magistrats chargés de décider en dernier ressort, et leur révélera toute la portée de la question qu'ils ont à juger. (Un grand nombre de membres appuient cette proposition; nous distinguons particulièrement la voix de M. Larrey.)

M. Bousquet lit un projet de lettre qui avait été rédigé avant la séance. (Aux voix!)

M. Adelon en riant. Il est fort inutile de voter si la lettre est faite.

La proposition de M. Double est adoptée à une immense majorité.

— M. Ferrus a la parole pour un rapport sur l'hygiène des maisons de détention. Nous en rendrons compte lors de la discussion qui aura lieu.

— M. Blandin montre à l'Académie une jeune fille sur laquelle il a pratiqué avec un plein succès la blépharoplastie pour la paupière inférieure, en empruntant un lambeau à la partie antérieure de la tempe.

Séance levée à 5 heures.

Séance extraordinaire du 30 mai.

NOTE SUR LA CASSE DU BRÉSIL, par M. Corriot, pharmacien.

M. Corriot adresse à l'Académie un échantillon de la casse du Brésil qu'il a reçu des Antilles. C'est le fruit du *cassia Brasiliana*, de Lamarck; *cassia fistula Brasiliana*, de Gaspar Bauhin; *cathart. corpus grandis*, de Persoon. Cet arbre croît, d'après Humboldt, entre Tabaco et Carthagène; il est aussi très-abondant aux Antilles.

Son fruit a été si rarement apporté en France qu'à peine on le rencontre dans les collections. Ses gousses ont jusqu'à 26 pouces de long sur cinq pouces de circonférence; elles sont très rugueuses, et par conséquent bien différentes de celles de la casse ordinaire qui est presque lisse et beaucoup moins grosse. Les nervures ligneuses qui forment les sutures sont très-saillantes et se prolongent d'une extrémité à l'autre de la gousse. Deux sont placées supérieurement, et la troisième inférieurement. On peut les détacher facilement à l'aide d'un couteau et on voit alors les cellules formées par une pellicule ligneuse, dans lesquelles se trouvent la pulpe et la graine, dont la forme est ovale et aplatie, et dont l'intérieur a un aspect corné et très dur. Ces graines ne se ramollissent point après deux mois de macération dans l'eau.

La pulpe est plus abondante que dans la casse ordinaire; elle a une odeur particulière, nauséabonde, qui se rapproche un peu de celle de la valériane. Sa saveur est légèrement sucrée, laissant après un goût un peu âcre.

Cette âcreté avait fait présumer à plusieurs médecins et pharmaciens auxquels M. Corriot l'avait montrée, qu'elle devait être plus purgative que la *casse officinale*, et qu'elle aurait peut-être des propriétés antispasmodiques. M. Corriot en prépara donc un extrait que M. Récamier a bien voulu essayer à l'Hôtel-Dieu. Il n'a pas remarqué que cet extrait fût plus purgatif que celui de la casse ordinaire; il pense même qu'il l'est un peu moins, comme l'avait indiqué Martins. Du reste, l'expérience n'a rien révélé des propriétés antispasmodiques que son odeur avait fait supposer.

DESCRIPTION ANATOMIQUE D'UN SUJET MONSTRUEUX ENVOYÉ A M. BOURJOT-ST-HILAIRE par M. Petit-Mengin, D.-M. à Remiremont; et présenté à l'Académie de médecine le 17 février 1835. — M. Ollivier-d'Angers, rapporteur.

Ce fœtus monstrueux, du sexe féminin, né à terme et très-vigoureusement constitué, présentait trois vices de conformation : 1° un bec-de-lièvre avec fissure complète de la voûte palatine; 2° destruction partielle du cerveau avec déformation du crâne; 3° absence complète des deux membres supérieurs.

La fissure complète de la voûte palatine était double en avant, entre les intermaxillaires et les maxillaires supérieurs, et accompagnée d'une hypertrophie de la langue, et cet organe était interposé entre les deux arcades palatines disjointes. M. Bourjot-Saint-Hilaire se demande si cette hypertrophie ne vient pas de l'espace libre que la langue a trouvé entre ces arcades; on ne serait-ce pas plutôt, comme le croit Nirati, l'hypertrophie de la langue qui serait la cause de cette fissure? Mais l'une et l'autre hypothèse tombent, dit M. le rapporteur, devant ce fait : que l'hypertrophie de la langue, loin de se rencontrer toujours dans le cas de fissure du palais, n'en est qu'une complication rare et tout à-fait exceptionnelle.

La voûte crânienne était déformée; l'os occipital était dressé, relevé comme chez les singes à tête de chien; toute cette portion était surossifiée, tandis que la portion fronto-orbitaire l'était à peine. Les lobes cérébraux, le corps calleux, les corps striés et les couches optiques étaient détruits. Il n'y avait qu'un lobule olfactif mal déterminé, sans nerf bien arrêté. Il n'y avait qu'un nerf optique et qu'un œil, le gauche, qui était affecté d'hydropisie contre la sclérotique et la choroïde, de glaucome et d'adhérence de l'iris à la cornée. Toutes les autres paires de nerfs crâniennes étaient bien développées.

M. Bourjot attribue ces diverses monstruosités à une hypertrophie du cœur assez marquée chez ce sujet, qui aurait occasionné une rupture apoplectique du cerveau en avant, etc. Mais quand il serait prouvé que l'hypertrophie du cœur est une cause de l'hémorrhagie cérébrale, ce fait signalé sur des individus avancés en âge ne serait pas applicable au fœtus, chez qui la circulation s'opère dans des conditions toutes différentes. Du reste, que ce soit une hémorrhagie ou une encéphalite, comme l'admet M. Lallemand, qui soit la cause première de ces destructions de l'encéphale, M. le rapporteur pense que le cas actuel est bien plus probablement le résultat d'une altération congéniale que d'un arrêt de développement, et cette opinion est appuyée encore sur l'irrégularité qu'offrait dans sa disposition générale le reste de l'encéphale.

Mais le vice de conformation le plus intéressant est *l'absence des deux membres supérieurs*. La partie supérieure de chaque côté de la poitrine ne présentait qu'une surface arrondie, sans trace de bras ni cicatrices; la peau était aussi épaisse et aussi grasse que partout ailleurs. Le grand pectoral n'avait conservé que sa portion claviculaire; le petit pectoral se rendait à l'acromion; le grand dorsal, le grand et le petit rond s'attachaient de même à cette apophyse; les sus et sous épineux, le sous-scapulaire et le deltoïde manquaient, et par contrecoup les points de l'omoplate où ces muscles prennent leurs attaches ne s'étaient pas ossifiés; il n'y avait pas de trace de la cavité glénoïde. La clavicule était très-forte et peu contournée.

L'artère sous clavière suivait sa direction normale, et se terminait par l'artère scapulaire commune, après avoir donné les thoraciques; une grande quantité de graisse s'observait dans le moignon.

Est-ce à la brusque terminaison de cette artère qu'il faut attribuer l'absence du bras? M. B. Saint-Hilaire fait remarquer que cette explication tourne la difficulté sans la résoudre, et qu'en présence de ces deux phénomènes, il est bien difficile de déterminer lequel est la cause ou l'effet. Une autre opinion fait dériver certaines monstruosités de l'absence ou de l'état d'imperfection de telle ou telle partie du centre nerveux cérébro-spinal; et chez ce sujet même, par exemple, l'absence de l'œil droit coïncidait avec la destruction du nerf optique correspondant. Il est donc à regretter qu'on n'ait pas recherché si la portion cervicale de la moelle épinière n'offrait rien d'anormal, et si les nerfs qui s'y insèrent étaient bien développés. Cette recherche eût été dans ce cas d'autant plus intéressante, que ce monstruosité peut être regardée comme le degré le plus élevé d'un genre de difformité sur lequel il n'a rien été publié de spécial, c'est-à-dire du *raccourcissement congénital d'un seul ou des deux bras*, raccourcissement qui est quelquefois tel que l'humérus ne paraît avoir que les deux tiers, ou même la moitié de sa longueur normale.

« Ce vice de conformation, dit M. le rapporteur, qui donne aux individus qui en sont affectés une allure toute particulière, avait fixé mon attention il y a plusieurs années (*Traité de la moelle épinière*, 2e édit., t. I, p. 51), et j'avais alors commencé à rechercher les différences qu'il peut offrir sous le rapport de sa fréquence dans l'un ou l'autre membre, ou dans les deux en même temps. J'ai disposé cesse de me livrer à cet examen; mais à cette époque j'avais recueilli *dix-huit* exemples de cette difformité. Sur ce nombre, il y avait *seize* hommes et *deux* femmes. Chez ces dernières, le raccourcissement occupait à la fois les deux membres thoraciques. Chez les hommes, quatre seulement m'ont offert aussi un raccourcissement des deux côtés, et dans les douze autres, six étaient affectés d'un raccourcissement du bras droit seulement, et six du bras gauche.

» Il résultait donc de ce nombre d'observations, trop petit sans doute, pour tracer un tableau comparatif de la fréquence relative de cette difformité quant à son siége, qu'elle affecte aussi souvent le bras droit que le gauche, et moins fréquemment les deux bras à la fois. Pourrait-on en conclure qu'elle est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme? Je pense qu'il faudrait un plus grand nombre de faits pour juger si réellement le sexe influe sur la fréquence de ce vice de conformation. La forme des vêtemens que portent les femmes peut dissimuler en grande partie cette difformité quand elle existe chez elles; aussi suis-je

convaincu que c'est à cette cause que j'ai dû de n'en remarquer que deux exemples. »

La commission propose de donner à ce travail une place honorable dans les archives de l'Académie, et elle appuie la demande déjà faite par l'auteur pour être inscrit sur la liste des candidats aux places vacantes dans la section d'anatomie et de physiologie.

Le rapport et ses conclusions sont adoptés.

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME DANS LES DIVERS CAS D'ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE ; PAR R. FABRE, MÉDECIN DES SALLES MILITAIRES DE L'HÔPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

Depuis qu'on applique l'auscultation au diagnostic des affections de poitrine, l'opération de l'empyème n'en a pas retiré tous les fruits qu'elle semblait promettre. L'empyème et l'hydrothorax ont conservé leur vieille réputation de maladies incurables ; et cependant la seule raison qui peut faire appliquer moins souvent la ponction aux épanchemens thoraciques qu'aux épanchemens abdominaux, réside tout entière dans la difficulté du diagnostic. En effet, la collection une fois reconnue, il est aussi rationnel de lui donner issue dans un cas que dans l'autre ; et le trocart est l'instrument préférable pour la poitrine comme pour l'abdomen. Dans le récit des faits destinés à servir de preuve à ces propositions, je suivrai l'ordre des époques où ils se sont offerts, afin qu'on puisse mieux juger de la confiance toujours croissante dans l'opération qui donne plus de certitude dans le diagnostic.

Obs I. — Joseph Guillaume, soldat, d'une assez forte constitution, entra à Saint-Eloi le 25 février 1832, pour une gastro-entérite avec affection du côté gauche de la poitrine. Après deux mois de séjour, pas de résolution ; diminution des forces ; dévoiement ; légère distension de l'abdomen par de la sérosité ; toux rare et sèche d'abord, depuis quelque temps seulement amenant des crachats épais.

Le 19 mai, on appliqua pour la première fois le stéthoscope ; les seuls mouvemens respiratoires faisaient entendre le *tintement métallique* dans une grande partie du côté gauche du thorax ; il y avait donc évidemment épanchement pleurétique. La ponction fut immédiatement pratiquée. M. Rey, élève interne, plongea un trocart dans la partie latérale du thorax, sans compter les espaces intercostaux, qui étaient assez tendus, mais non saillans. On eut soin seulement de relever préalablement la peau, afin de prévenir l'introduction de l'air. Plus de trois litres d'un pus blanc jaunâtre s'écoulèrent par la canule ; soulagement instantané ; mais deux jours après, renouvellement des accidens. Le malade succomba le 24 mai.

L'autopsie montra le poumon gauche réduit de volume, altéré dans sa substance, et perforé dans un point de son lobe inférieur ; le liquide s'était reproduit et occupait la presque totalité de la cavité pleurétique ; il y avait de la sérosité dans le ventre et des ulcérations dans l'intestin grêle.

Ce fait prouverait, s'il en était besoin, la valeur absolue du *tintement métallique* comme signe d'empyème ou d'hydrothorax ; mais les lésions dont il est nécessairement accompagné laissent peu de chances de succès, et la ponction alors n'est trop souvent que palliative.

Suivent sept autres observations dans deux desquelles seulement la ponction a été suivie de succès. Ces observations sont fort longues, très-détaillées, et constituent à elles seules presque tout le mémoire ; l'auteur n'y joint que de courtes réflexions.

Il conclut que cette opération ayant réussi dans deux cas, et ayant toujours au moins soulagé les malades qu'elle n'a pu guérir, il faut la pratiquer de meilleure heure qu'on ne le fait généralement, toutefois quand tous les moyens résolutifs ont échoué. Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport.

Commissaires : MM. Bouillaud et Sanson.

RECHERCHES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES DU NORD DE L'AFRIQUE, par M. MEILLOT, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bone.

Du 9 février 1834 au 21 février 1835, M. Meillot a reçu dans ses salles 3,763 malades ; 3,623 sont sortis guéris, 135 sont morts, 7 restaient au 17 mars, ce qui donne une moyenne de 1 mort sur 27 sortans environ.

Sur les 3,763 malades, 2,354, c'est-à-dire les deux tiers, étaient atteints de fièvres intermittentes bien nettement dessinées.

Sur ces 2,354 affections intermittentes, il a noté 2,338 fièvres des trois principaux types : quotidienne, tierce et quarte.

Sous le rapport de la fréquence, les fièvres de ces trois types se sont présentées dans les proportions suivantes : 1,582 quotidiennes, 750 tierces et 26 quartes.

L'immense différence qui existe entre les fièvres quotidiennes et les fièvres tierces est vraiment remarquable : 1,582 quotidiennes pour 730 tierces. Quant aux fièvres quartes, le nombre est si minime qu'elles semblent ne figurer que pour mémoire.

Sur ces 2,338 fièvres intermittentes, 1,652 avaient leurs accès de minuit à midi, et 628 de midi à minuit.

1° Sur les 1,582 quotidiennes, 1,089 revenaient de minuit à midi, et 494 de midi à minuit.

2° Sur les 730 fièvres tierces, 550 revenaient de minuit à midi et 180 de midi à minuit.

3° Sur les fièvres quartes, 13 revenaient de minuit à midi et 13 de midi à minuit.

C'est de neuf heures du matin à midi que revenaient l'immense majorité des accès : à dix heures et à midi pour les fièvres quotidiennes ; à neuf heures et à dix heures pour les fièvres tierces.

M. Meillot ajoute, pour ceux qui voudraient appliquer aux fièvres intermittentes la théorie des nombres et lui faire jouer un rôle dans l'histoire de ces affections, que sur 730 fièvres tierces, 369 revenaient les jours pairs, 361 les jours impairs.

Relativement aux complications considérées sous le rapport de leur fréquence, de leur genre et de leur degré :

Sur 2,338 fièvres intermittentes, 658 étaient simples, 1,680 étaient compliquées. En étudiant dans quelles proportions les complications ont varié suivant les types, il a trouvé 1,176 fièvres quotidiennes compliquées, et 406 simples ; 488 tierces compliquées et 242 simples ; enfin sur les 26 quartes, 16 étaient compliquées.

Sous le rapport de l'intensité des lésions viscérales, ces complications se sont présentées, 1,123 fois au degré d'irritation, 557 fois au degré d'inflammation.

Suivant les types, ces complications, sous le rapport du degré, se sont offertes : 1° sous des nuances irritatives, 761 fois dans le quotidien, 350 fois dans le tierce, 12 fois dans le quarte ; 2° sous des nuances inflammatoires, 415 fois dans les fièvres quotidiennes ; 138 fois dans les fièvres tierces, 61 fois dans les fièvres quartes.

Sous le rapport des organes lésés : 1° les voies digestives ont été malades 1,078 fois, savoir : isolément 345 fois, avec l'encéphale 686 fois, avec les poumons 31 fois, avec l'encéphale et les poumons 15 fois ; dans cinq cas enfin, il y avait engorgement chronique des viscères abdominaux. Sur ces 1,078 cas, 698 étaient sous forme irritative et 380 sous forme inflammatoire.

2° La rate a été malade 25 fois isolément.

3° Le péritoine isolément 1 fois.

4° L'encéphale a été malade isolément 468 fois, dont 425 sous forme irritative, et 43 sous forme inflammatoire.

5° La moelle épinière a été malade isolément 1 fois.

6° Les poumons 103 fois.

7° La plèvre 5 fois.

8° Enfin un cas de fièvre tierce s'est offert avec une complication d'angine couenneuse, sans lésion d'aucun autre viscère.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les affections continues du nord de l'Afrique, spécialement celle de Bone sont des fièvres intermittentes et rémittentes dont les accès ou les paroxysmes ont cessé d'être distincts.

2° Traitées par l'administration immédiate et à haute dose de sulfate de quinine, en même temps que par des saignées, les gastro-céphalites du nord de l'Afrique s'arrêtent en quelques heures.

3° Traitées par les déplétions sanguines seulement, ces gastro-céphalites passent fréquemment à l'état typhoïde dans les cas les plus heureux, c'est-à-dire lorsque les malades ne sont pas emportés dès les premiers jours par des paroxysmes pernicieux.

4° A Bone et à Alger les fièvres quotidiennes sont beaucoup plus fréquentes que les fièvres de tout autre type.

5° C'est de neuf heures du matin à midi que revient l'immense majorité des accès.

6° Les fièvres intermittentes, sous le rapport anatomique, sont des hypérémies des centres nerveux.

7° Les hypérémies légères constituent les fièvres simples ; portées au summum, elles constituent plusieurs variétés de fièvres pernicieuses.

8° Les irritations et les inflammations viscérales qui accompagnent les accès, sont des accidens ou des complications.

9° Les irritations viscérales qui accompagnent les premiers accès sont de simples congestions ; ce n'est que par degrés que ces congestions deviennent des inflammations.

10° Le seul moyen de prévenir le passage de ces congestions actives à l'inflammation, c'est l'administration immédiate et à haute dose de sulfate de quinine, qui agit en s'opposant au retour de l'accès.

11° Enfin c'est aussi par cette administration immédiate et haute dose de sulfate de quinine, que l'on prévient les accidens consécutifs, tels que l'engorgement des viscères abdominaux, les hydropisies, les diarrhées.

MM. Desgenettes et Louis sont chargés de faire un rapport sur ce mémoire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE DE M. CIVIALE SUR LA DISCUSSION RELATIVE A LA TAILLE ET A LA LITHOTRITIE.

M. Civiale nous invite à insérer la lettre suivante, qu'il avait adressée, avant la dernière séance, à M. le président de l'Académie de médecine, et dont le conseil d'administration n'a pas jugé à propos d'autoriser la lecture.

Monsieur le président,

J'étais à Florence pour une opération de lithotritie, lorsque l'Académie s'est occupée d'un point de doctrine qui, depuis longues années, fait le sujet de mes recherches assidues. C'est par les journaux seulement et par des lettres particulières, que j'ai pris connaissance des longs débats auxquels il a donné lieu. Quoique je regrette de n'avoir pu rectifier en temps utile certains faits dont l'exposition inexacte ou la fausse appréciation a répandu beaucoup de vague sur l'état de la question, il est loin de ma pensée de chercher à ranimer une discussion *orale*, dans laquelle les circonstances du moment ne permettent peut-être pas d'apporter le calme et le sang-froid nécessaires. Mais, comme il serait pos-

sible que mon silence fût interprété au profit d'erreurs qui ne demeureraient pas renfermées dans le cercle de la théorie, je crois devoir soumettre cette réponse à l'Académie, en attendant la publication très-prochaine d'un travail auquel je me livre sur le parallèle à établir entre les diverses manières de traiter les calculeux.

D'abord, la question qu'on s'était proposé de résoudre ne me paraît pas dans le principe avoir été bien posée. En effet, la lithotritie et la cystotomie sont deux opérations essentiellement distinctes et réclamées chacune par des cas spéciaux, ou, si l'on veut, par des phases différentes de la même maladie. Toute controverse à cet égard ne saurait s'allier avec des connaissances précises sur la matière elle-même. Les opérations comparatives que M. Velpeau a proposé de faire, quand même il serait possible de trouver des calculeux dans des circonstances exactement semblables, seraient encore moralement impraticables, puisqu'elles exigeraient qu'on imposât à un malade une opération qui ne conviendrait ni à son état de maladie, ni peut-être à sa volonté.

La véritable question n'est d'ailleurs pas là; dans l'état de la science, ce sont les limites de l'application de chacune des deux opérations qu'il convient de fixer. Or, si la discussion n'a pas nettement établi ces limites, il en résulte toujours ceci, que la lithotritie étend chaque jour son domaine, à mesure que l'expérience apprend à vaincre des difficultés naguère regardées comme insurmontables, et que la taille a perdu du sien, même dans l'esprit de ses plus chauds partisans; puisque, l'un après l'autre, ils ont avoué publiquement que, s'ils avaient la pierre, ils se feraient opérer, dans des circonstances données, par la lithotritie.

Dans cet état de choses, je l'avouerai, il m'a été pénible de voir que, pour faire triompher une cause perdue, on n'ait pas craint de présenter comme vraies des assertions complétement inexactes, de reproduire comme inattaquables des chiffres qui ont été dix fois démentis. Je n'ai pas le dessein de tout relever aujourd'hui; mais la position dans laquelle je me trouve m'impose le devoir de protester sur ce qui a été dit sur les faits tirés de ma pratique. J'avais fait pourtant ce qu'aucun partisan de la taille, ce que nul chirurgien peut-être n'avait fait avant moi; j'avais fait connaître nominativement tous les cas qui s'étaient offerts à moi; je les avais exposés avec tous les détails propres à en garantir l'authenticité. Ce travail est entre les mains de M. Double, chargé d'en rendre compte à l'Académie des sciences; et tous les journaux en ont donné une suffisante analyse lors de sa présentation. Comment donc M. Velpeau, qui dit avoir été à l'Institut prendre connaissance des pièces originales, a-t-il précisément négligé le seul travail pour lequel il était besoin d'aller à l'Institut? Et pour les deux autres documens auxquels il ajoute une si ferme croyance, comment M. Velpeau, qui se tient si exactement au courant de la science, n'a-t-il pas même daigné parcourir le mémoire que j'ai lu dernièrement dans cette Académie, et qui est inséré dans le dernier numéro de ses fascicules?

Je ne saurais répéter sans cesse les mêmes argumens. Si M. Velpeau cherche de bonne foi la vérité, comme je le crois, il me saura sans doute quelque gré de lui indiquer où il trouvera une réponse péremptoire à des objections de statistique qui paraissent surtout avoir fait une profonde impression sur son esprit, au détriment de la lithotritie. Mais il y a une autre objection qui exige à son tour une réponse. J'ai dit, les preuves en main, que, sur 429 calculeux qui se sont présentés à moi depuis 1824, 244 ont été opérés par la lithotritie; 236 sont guéris, 5 sont morts, et 3 ont continué de souffrir, quoiqu'ils n'aient plus de pierre. Des 183 malades chez lesquels la lithotritie avait paru difficile ou impossible, 88 se sont soumis à la cystotomie, et 97 ont conservé leur pierre, les uns parce qu'ils n'ont pas voulu se laisser tailler, les autres parce qu'ils se trouvaient dans des circonstances si défavorables que toute opération était contr'indiquée.

Il est difficile de comprendre qu'on ait songé à établir le chiffre de la mortalité à la suite d'une opération, non sur le nombre des opérés, mais sur celui des malades reçus ou visités. C'est une méthode neuve, et dont sans doute on n'a pas calculé toute la portée. On pourra en juger par l'exemple suivant. Une décision du conseil des hôpitaux m'a autorisé à faire un relevé des registres déposés dans les archives de l'administration. Il résulte de ce relevé que, dans un certain nombre d'années, 368 calculeux ont été admis à l'Hôtel-Dieu et à la Charité; 67 seulement sont portés sur la colonne des guéris après l'opération. Ces pièces justificatives sont également entre les mains de la commission de l'Institut. Si j'avais dit que, sur 368 calculeux, la taille n'en avait sauvé que 67, tout en conservant les apparences de la vérité, j'aurais avancé une chose évidemment fausse, puisque la proportion des guérisons ne peut être établie que sur le nombre des opérations énoncées. Or, au lieu de 368, je ne trouve, à la colonne des opérés, que 166 cas, dont 62 morts, 67 guérisons complètes, 16 guérisons incomplètes, et 21 cas où le résultat est inconnu. M. Velpeau, en disant que, de 429 calculeux, la lithotritie en a sauvé 236 seulement, ne commet pas une erreur moins grave.

Quant à la prétention qu'on a élevée dans quelques écrits essentiellement destinés à déprécier la lithotritie, de considérer comme des opérations réelles les explorations préliminaires qui sont indispensables pour constater l'état du malade et reconnaître si l'opération peut ou non être faite, si quelque chose doit surprendre, c'est qu'elle ait été reproduite au sein de l'Académie.

J'ai dit, dans le dernier fascicule de l'Académie, où finissent les explorations et où commence l'opération; il est donc inutile de revenir sur ce point. Nos adversaires ne prétendent pas sans doute que la taille puisse se passer de ces préliminaires; il faut toujours au moins reconnaître la pierre; et jamais toutefois, quand un calculeux a succombé à ces explorations, on n'a songé à en accuser la taille elle-même. N'est-ce pas une chose bien remarquable que les détracteurs de la lithotritie soient ainsi réduits à lui chercher des accidens et des dangers dans les cas précisément où l'on a reconnu que cette opération ne convenait point? Mais on a aussi tiré parti de cette circonstance, et on a répété à satiété que la lithotritie choisit ses malades. Il est très-difficile de bien savoir où l'on a voulu en venir; car si elle les choisit, c'est donc à tort qu'on lui reproche d'aller jusqu'à l'abus, ou en d'autres termes, de ne pas assez choisir. Et enfin les chirurgiens qui font à la taille une gloire de ne pas faire de choix, y ont-ils bien songé? Où donc est le lithotomiste assez téméraire pour opérer, les yeux fermés, tous les calculeux indistinctement? Ce n'est pas le tout d'opérer; il faut le faire à propos, il faut que l'opération ait des chances; sinon c'est sacrifier son malade.

M. Sanson a été beaucoup plus loin; il a fait un mérite à la taille de s'appliquer à tous les cas, prétention que n'élève certainement pas la lithotritie; et c'est par ce motif qu'il l'érige en méthode générale. On pourrait tout aussi bien dire alors que l'amputation est la méthode générale pour les fractures des membres, parce qu'elle envient même aux cas où l'appareil n'a plus de chance de succès. Ainsi encore l'opération césarienne serait la méthode générale pour l'extraction du fœtus, et l'accouchement naturel qui ne saurait avoir lieu dans tous les cas serait la méthode exceptionnelle. Il y a même un rapport assez frappant entre ces dernières opérations et celles qu'exige la pierre; c'est toujours ce effet un corps étranger qu'il s'agit d'extraire; et certainement pour le corps étranger la voie artificielle est toujours la plus facile et la plus commode; mais pour le sujet qui subit cette voie artificielle, nous croyons qu'il en est autrement.

Enfin M. Velpeau a prétendu que la lithotritie pouvait laisser souffrir le malade et que la taille au contraire guérissait on tuait, sans milieu. Sans renvoyer au tableau déjà cité, on sait si bien tous les accidens qui peuvent subsister après la taille, catarrhe, fistules, incontinence d'urine, etc., que je ne pense pas que M. Velpeau lui-même ait mis sérieusement cette objection en avant.

Agréez, etc.

CIVIALE.

KYSTE SITUÉ DANS L'ÉPAISSEUR DE LA PAROI VÉSICO-VAGINALE; INCISION ET EXCISION DE LA PARTIE VÉSICALE; GUÉRISON. — Observation recueillie par M. BÉRARD jeune, agrégé en exercice de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

OBS. — Une fille publique envoyée à l'hôpital des Vénériens pour une affection syphilitique, dans le mois de juin de l'année 1831, portait un kyste dans l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale. Cette tumeur existait, dit-elle, depuis un grand nombre d'années, et ne lui avait jamais fait éprouver la plus légère douleur; elle n'apportait aucune gène à la copulation non plus qu'à l'émission de l'urine. Elle était située à environ un pouce de profondeur à partir de l'entrée du vagin, sur le milieu de la paroi antérieure de ce canal; son volume pouvait égaler celui d'une noix. La pression était indolente et n'en déterminait pas l'affaissement; la tumeur était rénitente sous le doigt; si on engageait dans le vagin un spéculum brisé et qu'on écartât fortement les branches de l'instrument, on voyait le kyste former une saillie oblongue et arrondie à la surface de la paroi vaginale, avec laquelle il se continuait par une base plus large que le reste de la tumeur. Quoiqu'elle ne fût pas pédiculée, on pouvait, en pressant sur elle de haut en bas et d'arrière en avant avec le doigt recourbé en crochet, l'amener jusqu'à l'extrémité de la vulve avec une partie des replis que le vagin forme vers son extrémité antérieure et inférieure. L'aspect de cette tumeur était en tout semblable à celui de la muqueuse des autres parties de la face interne du vagin.

Quelle était la nature de cette tumeur? sa position sur la ligne médiane de la cloison vésico-vaginale excluait l'idée d'une hernie intestinale. D'ailleurs sa consistance montrait qu'un liquide était contenu dans son épaisseur. Ce ne pouvait donc être ni un corps fibreux, ni une hypertrophie simple ou squirrheuse du tissu

cellulaire sous-muqueux, ni une végétation polypeuse, ni une descente de la membrane interne du vagin. D'une autre part la pression exercée sur la tumeur ne pouvait la faire disparaître, et même n'apportait aucun changement à son volume. Cette circonstance montrait que le liquide renfermé dans le kyste ne refluait pas dans la vessie ; ce n'était donc ni une cystocèle, ni probablement une hernie de la muqueuse vésicale. Je pensai que la tumeur était formée par un follicule muqueux dont l'orifice était oblitéré et qui s'était peu à peu rempli et laissé distendre par le produit de sa sécrétion. Néanmoins comme il n'était pas impossible que ce fût une hernie de la muqueuse vésicale, dont l'orifice de communication avec la cavité de la vessie, extrêmement étroit, aurait été disposé de manière à empêcher le reflux du liquide dans ce dernier organe, et qu'une large incision aurait alors exposé la malade aux inconvéniens d'une fistule vésico-vaginale, je fis d'abord une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart d'un très-petit diamètre, et bientôt il s'écoula par la canule un liquide homogène, muqueux, exactement semblable, quant à l'aspect et à la consistance, à une dissolution concentrée de gomme arabique. Après cette ponction la tumeur s'effaça entièrement ; mais au bout de quelques jours elle avait repris son volume primitif. Certain alors de n'avoir affaire qu'à un kyste muqueux, je recourus à l'opération suivante : la malade couchée comme pour l'accouchement par le forceps, j'introduisis le doigt dans le vagin au-dessus de la tumeur, et par une pression modérée je la fis apparaître à la vulve; j'en saisis la partie la plus saillante avec une pince à disséquer, et à l'aide de ciseaux courbes j'enlevai une portion de la paroi vaginale du kyste ; je passai l'indicateur par cette ouverture, et à l'aide d'une sonde de femme, engagée dans la vessie, je m'assurai que le fond du kyste avait une épaisseur peu considérable et qu'une membrane mince, formée par la muqueuse vésicale et peut-être quelques fibres charnues le limitait du côté de la vessie. Afin de ne laisser aucun enfoncement qui aurait pu permettre la reproduction de la maladie, j'achevai d'exciser avec les ciseaux toute la paroi vaginale de la tumeur.

Cette opération se fit sans douleur ; à peine si quelques gouttes de sang s'écoulèrent des surfaces divisées ; je cautérisai légèrement avec le nitrate d'argent le fond du kyste. Cette cautérisation fut réitérée une fois dans les jours suivans. Il ne survint aucune inflammation. Au bout d'une quinzaine de jours la cicatrisation des plaies était achevée et le centre, ou le fond du kyste, présentait l'aspect d'une membrane muqueuse analogue à celle des autres parties du vagin.

Les kystes développés dans l'épaisseur des parois du vagin, constituent une maladie rare. En parcourant les recueils d'observations, je n'ai pu découvrir aucun fait où cette altération ait été observée : la plupart des traités dogmatiques de chirurgie n'en parlent pas non plus. Le premier volume de l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, dans lequel toutes ont été consignées, les parties du corps où ces productions morbides ont été trouvées, n'en renferme aucun exemple. Il n'existait donc, que je sache, dans la science, aucune observation de kyste des parois du vagin, à l'époque où j'ai vu la malade qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire. Depuis lors M. Lisfranc a eu occasion de faire une semblable opération; et ce fait, consigné dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1834, n° 52, présente quelques traits de ressemblance avec le mien, et d'autres de dissemblance assez importans pour que je croie devoir en offrir ici une courte analyse. La maladie s'est offerte sur une femme de 30 ans. La tumeur était située à un pouce de profondeur dans le vagin : elle s'insérait à droite sur la cloison recto-vaginale ; elle paraissait pédiculée; mais en portant le doigt dans le rectum, on sentait un enfoncement correspondant au pédicule, dans lequel le doigt descendait comme dans un doigt de gant. La tumeur, qui avait le volume d'un gros œuf de poule, pouvait aisément être amenée à l'extérieur. Il y avait en outre, immédiatement au-dessous du méat urinaire, deux petits kystes transparens, chacun de la grosseur d'un pois, et accolés l'un à l'autre. L'opération fut faite à la Pitié, au mois d'août 1834, par M. Lisfranc, en présence de M. Dieffenbach. Elle a consisté en une ablation de la paroi vaginale du kyste, et en une extirpation totale de chacune des petites tumeurs. La matière qui s'est écoulée était demi-liquide, jaunâtre et très-visqueuse. Il a coulé peu de sang après l'opération. Huit heures après, une légère hémorrhagie a été arrêtée par un hourdonnet de charpie. Il est survenu quelques vomissemens qui ont cédé à une potion calmante et à une potion anti-émétique de Rivière. Le fond du kyste a été cautérisé à plusieurs reprises avec le nitrate acide de mercure, et ne s'est cicatrisé entièrement que trois mois après l'opération. MM. Lisfranc et Dieffenbach avouent que c'est le premier fait de ce genre qu'ils aient rencontré; et M. Pauly, qui l'a publié, n'a pu en trouver d'analogues dans les auteurs.

Ces deux faits peuvent être rapprochés l'un de l'autre par les circonstances suivantes : la tumeur était située à un pouce de profondeur dans la cavité du vagin ; la surface en était lisse et offrait l'aspect de la muqueuse vaginale ; on pouvait aisément l'amener à l'extérieur de la vulve, et en opérer ensuite la réduction ; elle n'apportait pas de douleur dans les parties où elle avait son siége ; la matière qu'elle renfermait était visqueuse et filante ; l'excision de la paroi vaginale du kyste a donné lieu à peu de douleur et n'a été immédiatement suivie que d'un écoulement peu abondant de sang ; la cure radicale a été obtenue dans les deux cas.

Voici maintenant des différences non moins importantes à constater : Dans l'observation de M. Lisfranc, la tumeur occupait la paroi postérieure du vagin; elle occupait l'antérieure dans la mienne; l'une avait le volume d'un gros œuf de poule, l'autre celui d'une noix ; la première était accompagnée de deux autres plus petites, la seconde était unique ; il y avait pédicule dans un cas, et absence de pédicule dans l'autre ; la protrusion du rectum dans la base du pédicule exposait à des dangers qui n'existaient pas chez ma malade. En effet, si M. Lisfranc eût méconnu cette disposition, et si cet habile chirurgien ne s'eût guidé sur le doigt qu'un aide introduisit par le rectum dans l'intérieur du pédicule pour marquer le point où cessait la tumeur, la section eût pu être faite sur la cloison recto-vaginale déplacée, et eût donné lieu à une communication fistuleuse entre le rectum et le vagin. L'innocuité de l'opération dans un cas, et les légers accidens qui l'ont suivie dans l'autre, tiennent peut-être à ce que celle-ci a intéressé une plus grande étendue de parties molles, puisque la tumeur était plus volumineuse, et qu'il y en avait deux autres petites qui ont également été enlevées. Enfin une dernière différence consiste dans la rapidité de la guérison chez l'une des malades, et la lenteur chez l'autre. Le nitrate acide de mercure qui a été employé dès le lendemain de l'opération, et à diverses reprises ensuite, dans le but, dit M. Pauly, de faire cicatriser la petite portion du kyste restant sur le vagin, n'a-t-il pas produit un résultat opposé? Il me semble que les applications réitérées de ce caustique violent ont dû entretenir une vive irritation, et produire des escharres qui ont retardé la guérison ; tandis qu'en abandonnant à lui-même le fond du kyste, ou du moins en l'excitant légèrement avec le nitrate d'argent, la membrane qui en tapissait la face interne, et qui, dans ce cas comme en tant d'autres, avait une organisation analogue à celle des membranes muqueuses, se serait promptement recouverte d'un épithélium blanc et ferme comme celui qui tapisse la surface interne du vagin (1).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE LA FRACTURE DU COL DU FÉMUR, étudiée spécialement sous le point de vue de l'anatomie pathologique; par E. CHASSAIGNAC, D.-M.P., prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, etc.

Il est certaines questions qui, lancées tout à coup dans le monde scientifique, étonnent d'abord par un air d'étrangeté, puis soulèvent de vives réclamations, puis enfin finissent par s'éclairer peu à peu, quand le premier feu de la discussion est tombé, quand, au lieu de raisonnemens, on s'attache à rassembler laborieusement des faits. On se souvient combien parurent singulières en France les assertions de Sir A. Cooper relativement aux fractures du col du fémur, lorsque M. Roux nous les fit connaître ; ce fut bien autre chose en Angleterre même, et les chirurgiens, les anatomistes, les sociétés savantes, s'en sont longuement occupés. La discussion a porté ses fruits : des faits bien curieux ont été constatés, et les opinions commencent à se fixer sur cette matière. C'était un heureux moment pour tracer l'histoire de cette question, qui a bien aussi son importance sous le côté pratique ; et tel est l'objet que s'est proposé M. Chassaignac dans cette brochure, qui lui a servi de thèse inaugurale, et qui mérite une attention sérieuse par le nombre des faits et la manière dont l'auteur les a mis en œuvre.

Une première partie est consacrée à quelques recherches anatomiques qui offrent un véritable intérêt.

La direction du col du fémur est soumise à des variétés multipliées, tenant au sexe, à l'âge, aux individus. M. Chassaignac y distingue une double obliquité, savoir : une obliquité de direction qui résulte de l'angle plus ou moins obtus que forme le col du fémur avec le corps de l'os lui-même ; et une obliquité de position, qui résulte de l'attitude oblique qu'affecte le fémur dans l'état normal, et qui fait que le col s'éloigne davantage encore du parallélisme avec l'horizon ; cette seconde obliquité varie dans les diverses positions de l'os, tandis que l'autre reste toujours la même. Chez l'immense majorité des sujets on trouve les deux obliquités ; chez d'autres, le col du fémur s'unissant à angle droit avec la diaphyse, l'obliquité de direction est nulle. Du reste, les limites dans

(1) Depuis l'opération de M. Lisfranc, un fait du même genre s'est présenté dans la pratique de M. le docteur Carteaux. L'excision a été pratiquée par MM. Carteaux et Malgaigne, et la cicatrisation s'est faite très-promptement, sans hémorrhagie et sans cautérisation. *N. du R.*

lesquelles se maintient l'angle que forment par leur intersection l'axe du corps et celui du col, comprennent presque un quart de cercle; depuis l'angle droit jusqu'à la confusion presque complète des deux axes. Enfin, chez les rachitiques, le col est quelquefois tellement déformé, qu'il forme un angle aigu avec l'axe de la diaphyse.

L'auteur déduit de nombreuses conséquences de ces données anatomiques. Ces variétés d'incidence du col sur le corps du fémur influent évidemment sur la stature; la diminution de la taille chez les vieillards, de même que celle qui survient chez d'autres sujets, sont dues en partie à des changemens imprimés à la direction du col fémoral; et il est à présumer qu'une extension pratiquée sur les fémurs pendant la période de ramollissement, en redressant cette direction, déterminerait une croissance artificielle. Si les femmes sont d'une taille moins élevée que les hommes, c'est en partie parce qu'elles ont généralement l'angle fémoral presque droit; et les différences d'ouverture de cet angle sont aussi l'une des causes des différences de stature qui existent entre les individus d'un même sexe. Il semble même résulter des paroles de M. Chassaignac, que cette cause serait de toutes la plus puissante; car il regarde comme chose admise et démontrée que les différences de stature ne portent que faiblement sur le tronc. Nous ne saurions être de cet avis. Pour un individu d'une stature donnée, le tronc varie de longueur autant que les membres; si les jambes s'allongent, il diminue; il augmente au contraire dans la condition opposée; et ce sont même ces prédominances opposées du tronc et des membres qui avaient suggéré à Brillat-Savarin cette idée physiologique, que sa forme peu sérieuse n'en rend pas moins juste et profonde, de la division de la race humaine européenne en deux classes d'hommes bien tranchées, ceux qui portent avec honneur les culottes, et ceux qui ont inventé les pantalons.

M. Chassaignac pense aussi que *très-probablement* certaines claudications dépendent de ce que, chez le même individu, l'obliquité du col est inégale dans les deux fémurs. C'est un fait qu'ont mis désormais hors de doute les recherches des chirurgiens anglais sur le *morbus coxæ senilis*.

Certainement aussi cette diversité de direction doit jouer quelque rôle dans la production des fractures du fémur et dans leurs symptômes; et peut-être même devrait-elle influer sur le traitement, si elle se trahissait aux yeux du chirurgien par des signes extérieurs. Mais nous n'en savons pas encore assez pour résoudre ces problèmes délicats. M. Chassaignac n'a abordé que la question de la production de ces fractures; et il en donne deux solutions qui sont à peu près contradictoires. « Ne s'explique-t-on pas très-rationnellement, dit-il, l'efficacité d'une chute verticale ou sur les pieds, pour produire la fracture, chez un sujet qui a le col du fémur perpendiculaire au corps de l'os; l'efficacité d'une chute latérale ou sur le trochanter chez celui dont le col forme un angle très-ouvert avec le corps? » Cela s'accorde peu avec une autre opinion émise plus loin sur la plus grande fréquence de cette fracture chez les femmes; laquelle tiendrait d'abord, selon l'auteur, à la direction moins oblique, chez elles, du col du fémur, qui *semble les prédisposer à la fracture*. Pour juger de la valeur de ces prétendues prédispositions, il faudrait connaître mieux que nous ne faisons le mécanisme de ces fractures. M. Chassaignac répète, avec tous les auteurs qui ont abordé ces théories, que, dans les chutes sur les pieds, ce sont les fibres supérieures du col qui doivent éclater les premières, et que, dans les pressions latérales, ce sont au contraire les fibres inférieures ou internes. Il n'y a rien de moins démontré que ces assertions; et, dans un très-grand nombre de cas, l'étude des causes conduirait plutôt à penser que le col se rompt d'avant en arrière ou d'arrière en avant, sur le rebord saillant de la cavité cotyloïde.

Quoi qu'il en soit, la plus puissante prédisposition à ces fractures consiste dans les altérations de tissu que subit le col du fémur par les progrès de l'âge. M. Chassaignac expose parfaitement ces modifications; d'une part, la résorption interstitielle du tissu osseux qui agrandit les cellules et amincit leurs parois; en second lieu, l'infiltration graisseuse de ces cellules. Tout le squelette participe plus ou moins à cet état; mais le col du fémur y paraît plus spécialement disposé, sans qu'on en sache bien la cause. M. Chassaignac avait cru d'abord que la pression du tronc supportée par le col fémoral rendrait compte de ses altérations plus fréquentes; mais il a bientôt rejeté cette idée; et en effet, c'est chez les sujets qui gardent un repos prolongé, qu'on voit survenir les modifications les plus profondes. Il semble dans certaines circonstances qu'une cause intelligente prévoyant en quelque sorte cette destruction du col, prépare pour lui des élémens de résistance. Tantôt il se dépose autour de la cavité cotyloïde une matière osseuse en forme de virole; une autre virole entoure le cal à sa base; et il peut arriver que ces deux viroles, marchant à la rencontre l'une de l'autre, enferment le col ou ses débris dans une sorte d'étui complet. Si une fracture du col fémoral s'opérait alors, on pourrait prendre à l'autopsie ce travail d'invagination pour une production du cal, tandis qu'il aurait préexisté à la fracture. D'autres fois il se forme une sorte d'arc-boutant qui, partant du petit trochanter, monte jusqu'au-dessous de la cavité cotyloïde, et là, peut se souder avec l'os coxal, ou simplement s'unir à cet os par une articulation artificielle, et figurer ainsi un second col prêt à suppléer à la faiblesse du premier.

Dans la seconde partie de son travail, M. Chassaignac examine successivement l'anatomie pathologique de la fracture en elle-même; puis l'anatomie du cal qui les réunit, et enfin les rapports des diverses dispositions anatomiques avec quelques points de la symptomatologie. Les fractures extra-capsulaires offrant beaucoup moins d'intérêt que les autres, sous le point de vue choisi par l'auteur, nous analyserons spécialement ce qui a trait aux fractures intra-capsulaires.

La fracture intra-capsulaire, c'est-à-dire située au-dessus du cul-de-sac inférieur de la synoviale, se présente le plus ordinairement immédiatement au-dessus de ce cul-de-sac. Elle peut aussi avoir lieu plus haut; M. Brulatour en a cité une située dans la cavité cotyloïde; mais c'était plutôt alors une fracture de la tête du fémur que de son col. Tantôt elle est simple et circulaire, d'autres fois comminutive. Dans certains cas, le col s'implante en quelque sorte dans le tissu du grand trochanter et y reste fixé. M. Travers a vu cette implantation se faire d'une manière qui mérite d'être signalée. Le grand trochanter était éclaté dans le sens vertical, et le col était engagé entre les deux fragmens comme dans une espèce de fourche. Du reste, le périoste du col est déchiré dans le plus grand nombre des cas; mais la capsule fibreuse reste presque toujours intacte, du moins à la partie antérieure. A l'extérieur, le tissu cellulaire et les muscles eux-mêmes sont souvent infiltrés de sang, et quelquefois au-dessous de la peau même il se forme une ecchymose ou de vastes dépôts sanguins. Voilà pour les fractures récentes.

Dans la fracture ancienne et où la consolidation ne s'est point faite, on trouve le fragment cotyloïdien plus ou moins atrophié, et si on le soumet à la macération, il en sort beaucoup plus léger et plus spongieux qu'à l'état normal. L'autre fragment a subi également un travail de résorption qui détruit presque tout ce qui reste du col; sa surface est jaune et extrêmement polie, si les fragmens ont frotté l'un contre l'autre. S'il y a des esquilles, tantôt on les trouve libres dans l'articulation, tantôt tenant à la capsule ou au périoste par des lambeaux membraneux; d'ailleurs elles demeurent inoffensives, et se revêtent assez souvent d'une couche concrète de matière cartilagineuse ou fibro-cartilagineuse. Le périoste du col est épaissi; la capsule l'est plus encore et s'applique étroitement contre les parties fracturées, auxquelles elle forme une sorte d'appareil contentif. Dans les fractures très-anciennes et quand le malade s'est long-temps et fortement appuyé sur le membre fracturé, la capsule se distend et permet un chevauchement du fémur sur l'os des îles, et par suite un raccourcissement qui peut aller jusqu'à *quatre pouces*. Nous soulignons à dessein ces derniers mots; c'est qu'en effet l'assertion nous paraît un peu exagérée, et nous aurions désiré que M. Chassaignac, qui ne marche guère qu'avec l'appui des faits, eût indiqué du moins où il a trouvé la preuve anatomique de ce qu'il a avancé.

La question de la consolidation de ces fractures a suscité, comme on sait, de longs débats, qui auraient bien moins duré si l'on avait commencé par s'entendre. Sir A. Cooper avait établi que cette consolidation est extrêmement rare; on lui a fait dire qu'elle était impossible; loin de là, il avait même indiqué une condition favorable à la consolidation, savoir l'intégrité du périoste du col; et enfin rapprochant ces fractures de celles de l'olécrâne et de la rotule, il avait dit en thèse générale qu'elles se réunissent par du tissu fibreux. La discussion, bien que fondée sur un malentendu, a eu néanmoins cela d'utile, qu'elle a attiré l'attention des chirurgiens sur cette matière et multiplié les faits.

M. Chassaignac a recueilli sept observations de consolidation osseuse des fractures intra-capsulaires. Dans un huitième cas, la réunion des fragmens avait eu lieu par une substance fibreuse, mais une partie de la capsule s'était ossifiée et formait autour de la fracture une invagination incomplète. Un neuvième fait offre un exemple de réunion cartilagineuse; mais la fracture n'était qu'au trentième jour, et probablement l'ossification se serait faite. Les cas de réunion ligamenteuse sont plus communs; toutefois presque toujours elle est incomplète, c'est-à-dire qu'elle se fait par des faisceaux isolés qui vont d'un fragment à l'autre; M. Chassaignac ajoute même qu'il ne connaît pas un seul exemple d'union ligamenteuse *à toute surface*.

Voici d'ailleurs comment il décrit le mécanisme de cette sorte d'union. Quand le travail de résorption a fait disparaître les aspérités des os, il se dépose dans la capsule une lymphe coagulable; la capsule s'épaissit et se contracte sur les fragmens; la lymphe épanchée dans sa cavité s'organise en petites bandes ligamenteuses qui unissent les surfaces; et cette union est tantôt temporaire et passe à l'ossification, tantôt reste définitive. Nous aurions voulu quelques détails de plus. La face interne de la capsule demeure t elle adhérente à ces faisceaux? Reste-t-elle épaissie ou revient-elle à son état ordinaire? Et enfin, car c'est toujours là qu'il faut en revenir, où sont les faits qui déposent qu'elle se comporte généralement de cette manière?

Après cette union fibreuse qui constitue déjà une sorte d'articulation accidentelle, il reste enfin un grand nombre de cas où les fragmens demeurent complétement séparés. Nous avons vu déjà ce qui arrivait dans les fractures anciennes; ajoutons que les surfaces de la fracture se recouvrent de matière cartilagineuse, et plus tard d'une couche éburnée; l'un des fragmens prend une forme convexe, l'autre une concavité correspondante, sans qu'on puisse expliquer autrement que par la forme primitive de la fracture, pourquoi la convexité, par exemple, appartient tantôt à l'un, tantôt à l'autre de ces fragmens. En général cependant, le fragment cotyloïdien est celui qui présente le plus souvent une surface convexe.

Les causes de cette non-réunion sont nombreuses. M. Chassaignac mentionne successivement : 1° l'interposition de corps étrangers, des esquilles, ou même de la synovie sécrétée en plus grande abondance; 2° l'insuffisance de nutrition du fragment cotyloïdien; 3° le défaut de coaptation des fragmens; 4° les mouvemens prématurés du membre; et enfin 5° les altérations de texture des os fracturés, l'astrophie sénile, l'imbibition huileuse du tissu osseux, l'infiltration de matière tuberculeuse ou de matière encéphaloïde, etc.

De tout ce qui précède résulte cette conséquence importante, que, s'il est certain sous le point de vue anatomique que la consolidation osseuse est possible, toutefois les exemples en étant fort rares, on peut dire sous le point de vue pratique que cette union n'a pas lieu. En effet, les règles pratiques sont faites pour la majorité des cas, et non pour quelques exceptions; à moins, sans doute, que ces exceptions ne puissent être diagnostiquées à l'avance, et c'est ce qui n'a pas lieu ici. Il y a plus; c'est que les conditions nécessaires pour cette réunion étant l'intégrité du périoste, et par conséquent la parfaite coaptation des fragmens, le raccourcissement du membre n'existe donc pas, et ces sortes de fractures qui ont le plus de chances de consolidation sont précisément celles qui restent méconnues et ne sont pas traitées.

L'auteur cherche ensuite à expliquer quelques symptômes de ces fractures. L'allongement du membre a été attribué par Lallement à la paralysie des muscles; par M. Lisfranc à la position du fragment externe au-dessous de l'interne; les autopsies sont muettes sur ce point. Le raccourcissement est infiniment plus commun; le chevauchement et l'écrasement du col en rendent compte dans les fractures récentes; dans les anciennes la résorption du col fémoral. La rotation du pied en dedans a été regardée par quelques-uns comme un symptôme de l'implantation du fragment interne dans le grand trochanter; c'est une hypothèse toute pure; et dans le seul cas d'implantation de ce genre où les symptômes aient été notés, le pied était tourné en dehors. Nous avons déjà dit en d'autres occasions quelle était la valeur de ce fameux symptôme qu'on a si singulièrement exagérée. L'absence de raccourcissement a une application toute naturelle. Un problème bien plus extraordinaire avait été jeté dans la discussion par sir A. Cooper, lorsqu'il avança que le raccourcissement était plus grand dans les fractures intra-capsulaires que dans les autres. M. Chassaignac ne paraît pas avoir connu le travail récent de M. Smith, qui a démontré précisément le contraire de l'assertion d'Astley Cooper.

Il termine enfin par quelques réflexions qui devraient avoir une grande influence sur le traitement, si nous avions les données nécessaires pour les appliquer dans la pratique. Après les fractures qui se sont réunies, soit par un cal osseux, soit seulement par une substance fibreuse, *les fonctions du membre*, dit-il, *sont ordinairement perdues*. S'il en était ainsi, évidemment tout traitement qui tendrait à obtenir la consolidation, serait irrationel et blâmable; et M. Chassaignac s'exprime à peu près dans ce sens. Cette sentence est d'abord trop générale, l'auteur ne distinguant point ici les fractures intra ou extra-capsulaires; et pour l'appliquer même au traitement des premières, il serait bon d'avoir des moyens positifs de les distinguer des autres; or jusqu'ici A. Cooper lui-même n'a pas pu en donner. La seule conséquence pratique qu'on puisse faire découler de ces recherches, c'est que quand le sujet est très-vieux ou cacochyme, il ne faut pas chercher à obtenir la consolidation, et il convient de faire marcher de bonne heure le malade à l'aide des béquilles; dans tout autre cas il faut appliquer un appareil.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES (klinische mittheilungen), par M. le professeur BERNDT. 2e cahier. — Greifswald, 1834.

Sous ce titre, M. le professeur Berndt publie une brochure de 195 pages, qui contient : 1° une énumération sèche des maladies qui ont été traitées pendant l'année 1833 à la clinique médicale de Greifswald; 2° sur l'état de la constitution stationnaire gastrique pendant les onze dernières années.

M. Berndt examine ici l'influence qu'a exercée, sur les diverses maladies et les épidémies intercurrentes, la constitution médicale gastrique qui a prédominé dans le nord de l'Allemagne pendant les onze dernières années. Cette constitution, qui prit naissance en 1823, se développa de plus en plus jusqu'en 1826, où elle atteignit son summum d'intensité; puis elle resta stationnaire pendant 1827 et 28, diminua les années suivantes pour subir une recrudescence en 1831, suivie d'une nouvelle décroissance jusqu'en 1834. M. Berndt fait voir que toutes les maladies épidémiques ou sporadiques survenues dans ce laps de temps ont plus ou moins porté l'empreinte de la gastricité. Après ces considérations générales, il entre en discussion sur la *fièvre dite nerveuse* (fièvre typhoïde), connue aujourd'hui en Allemagne sous le nom de typhus abdominal. Ici nous n'avons trouvé aucune nouvelle vue sur la nature de cette maladie.

3° Quelques remarques sur la grippe (*influenza*) qui a régné épidémiquement pendant l'année 1833.

4° D'une forme particulière très-grave de la scarlatine. M. Berndt, auteur de quelques travaux sur la scarlatine, a observé dans plusieurs épidémies des cas où cette maladie était accompagnée d'affections cérébrales et où la malignité était si grande, que les malades ont été emportés dans très-peu de temps. La dernière épidémie qu'il a eu occasion de voir dans l'année 1832-33, en général très-bénigne, d'un caractère inflammatoire très-peu prononcé, lui a néanmoins fourni une plus grande proportion de ces cas graves que les autres précédentes épidémies; il croit que dans ces cas il existe une vraie toxication scarlatine qui résiste à tous les moyens médicamenteux. Selon lui, les symptômes suivans peuvent caractériser cet état : 1° les vomissemens, qui existent presque toujours au commencement de la scarlatine d'une nature grave; 2° l'éruption, d'un rouge plus foncé, qui se fait d'une manière subite sur tout le corps, persiste après la mort, et devient bleuâtre. Mais il y a ici des exceptions; l'exanthème se montre tacheté, pâle et incomplet; il semble que tout l'effort morbide réagisse dès le commencement avec une force délétère sur le cerveau et le système nerveux. 3° Un phénomène qui mérite attention, c'est l'état du pouls, qui, dur et fréquent dans les scarlatines ordinaires, devient ici mou, très-fréquent et plus souvent intermittent; 4° une inquiétude particulière, avec agitation continuelle; 5° le cerveau est pris et presque dans un état de stupeur qui, chez les individus irritables, s'accompagne par moment de phénomènes d'excitation. Comme il n'y a ordinairement que des individus forts et bien nourris qui sont pris de cette forme maligne de la scarlatine, il est très difficile de distinguer cet état des congestions cérébrales plus graves. L'auteur admet donc une forme particulière de scarlatine qui apparaît dans le commencement avec des symptômes dénotant une altération vitale du cerveau et du système nerveux, promptement mortelle Il n'est point question ici d'inflammation, car avant qu'elle puisse se développer la vie s'est éteinte. Les saignées se sont montrées toujours nuisibles, et dans quelques cas mortelles au bout de quelques heures; et ce qui prouve que le principe morbide agit ici d'une manière tout-à-fait dynamique, c'est qu'on n'a jamais trouvé d'altérations organiques du cerveau.

5° Essais sur l'action de l'acétate de morphine dans la coqueluche par la méthode endermique.

Dans un espace de vingt ans, M. Albers, outre plusieurs épidémies de coqueluche qu'il a observées, a traité un très-grand nombre de cas sporadiques; il a fait sur beaucoup de médicamens des essais dont nous donnons ici succinctement le résultat. La belladone donnée pendant long-temps et à haute dose, est restée inefficace dans le plus grand nombre des cas; dans d'autres, son utilité était douteuse, et ce n'est

que dans des cas rares qu'elle a restreint le nombre et la violence des accès. L'acide hydrocyanique, la jusquiame, l'eau de laurier-cerise, la digitale, le stramonium, la ciguë, sont restés sans effet contre la coqueluche une fois développée; au contraire, l'opium donné vers la fin de la maladie a rendu quelques services; l'auteur n'a pas été plus heureux avec l'assa-fœtida, les préparations d'antimoine, le musc, la valériane, l'acide muriatique, la teinture de cantharides, l'oxide de zinc, le sulfate de cuivre, l'acétate de plomb; il croit que tous ces médicamens, donnés dans certaines circonstances, peuvent agir d'une manière utile, mais il ne leur reconnaît pas une action décidée contre la coqueluche même. Les frictions avec l'onguent d'Autenrieth sont plus douloureuses qu'utiles. On n'atteint pas le but avec les émissions sanguines et le calomel. De tous ces moyens, le vomitif a été trouvé le plus efficace. M. Berndt croit donc avec raison qu'il est indispensable de rechercher avec soin la nature et la méthode curative de cette maladie. Comme d'après lui l'affection locale nerveuse est ici dans un rapport intime avec une irritation catarrhale de la muqueuse, et que la coqueluche même se développe dans le cours de cette dernière affection, il en résulte pour le traitement qu'il faut combattre l'affection catarrhale par la méthode antiphlogistique et par une contre-irritation énergique; et ensuite amortir la susceptibilité nerveuse propre au développement de la maladie. Fidèle à cette manière de voir, l'auteur est parvenu souvent à empêcher le développement de la toux et à en arrêter le cours; à cet effet, il ordonne des émissions sanguines, le tartre stibié à l'intérieur, un vésicatoire sur la poitrine, l'acide hydrocyanique ou la belladone; mais, comme nous l'avons déjà remarqué, la coqueluche une fois développée, tous les médicamens ont pour ainsi dire échoué. M. Berndt a fait des essais avec l'acétate de morphine par la méthode endermique. Ce médicament, employé sur 16 malades, a donné le résultat suivant : dans 6 cas son administration a été suivie de symptômes d'empoisonnement, et ce n'est qu'alors que le médicament a été suivi de la guérison de la maladie. Dans 10 autres, chez lesquels il n'y a pas eu d'effets narcotiques, 4 ont eu une diminution dans les symptômes, 6 n'ont éprouvé aucun changement. Il résulte donc que l'acétate de morphine, donné jusqu'au narcotisme, s'est montré efficace dans la période convulsive de la coqueluche; mais un traitement aussi hardi doit être employé avec la plus grande circonspection, et il serait téméraire de l'essayer chez les enfans d'un âge tendre.

5° Observations de diabète sucré. Dans cet article, l'auteur rapporte 6 observations, dont 4 décès et 2 guérisons, et les fait suivre des considérations suivantes, qui nous paraissent intéressantes, et que nous rapportons avec quelques détails, car cette maladie est une de celles qui sont le moins connues.

Il donne les symptômes suivans comme les plus frappans :

(*a*) Dans quatre cas, quantité de l'urine toujours en rapport avec la quantité de la boisson.

(*b*) Commencement constant de la maladie par un trouble dans la digestion et une sensation morbide de l'estomac.

(*c*) Dans deux cas, amaurose aux deux yeux, développée dans le cours de la maladie.

(*d*) L'estomac presque constamment distendu, et dans deux cas une dilatation extraordinaire; ce phénomène, probablement la suite de la grande quantité de boissons et d'alimens, peut devenir un obstacle à l'action des médicamens et à la digestion, et aussi empêcher la guérison.

(*e*) Les reins à l'état naturel dans les quatre autopsies; une fois on a trouvé les parois de la vessie épaissies.

(*f*) Le retour de l'aspect naturel de l'urine, une diminution dans son excrétion et même son odeur redevenue urineuse, ne prouvent pas encore la guérison, qui ne peut être entièrement constatée que par un examen chimique fait avec beaucoup de soin.

Quant aux causes, ici encore la même obscurité les enveloppe.

L'opinion de l'auteur sur la nature de la maladie, est à peu près celle de Rollo (*Traité du Diabète sucré*, traduit par Alyon, avec des notes du citoyen Fourcroy. Paris, an VI (1798).

Les indications curatives qu'il indique comme une conséquence fidèle de ses vues théoriques, sont les suivantes :

1° Les organes digestifs doivent être débarrassés de la saburre au moyen de vomitifs répétés.

2° L'énervation vicieuse des nerfs de l'estomac doit être combattue; par cela même l'action morbide des reins, qui n'est que la conséquence de la maladie de l'estomac, disparaîtra. A cet effet on emploiera avec avantage l'acétate de morphine et le sulfate de cuivre ammoniacal; sous leur influence, on a vu diminuer et revenir à leur proportion naturelle la soif, la faim, et l'excrétion de l'urine. La kréosote, qui, d'après le professeur Wolff de Berlin, a la propriété de diminuer la sécrétion de l'urine, a aussi été trouvée très-efficace par M. Brendt.

3° Enfin on doit aussi agir directement sur l'action chimico-vitale de l'estomac et contre la cachexie diabétique; ici encore la kréosote se montre très-utile. Dans deux cas la qualité de l'urine s'est améliorée, comme l'analyse chimique l'a démontré. Enfin, en dernier lieu, on peut administrer le fiel de bœuf en pilules; et, en cas de constipation, on y adjoindra l'extrait de callocynthe. Ce traitement sera secondé par une diète animale long-temps prolongée.

ANALEKTEN UBER KINDER KRANKHEITEN. (Morceaux choisis sur les maladies des enfans.) Stuttgart, 1835.

Il paraît à Stuttgart un recueil des meilleurs mémoires publiés sur les maladies des enfans : nous avons remarqué avec plaisir que les médecins français y tiennent une grande place. C'est ainsi que le second cahier, que nous avons sous les yeux, contient les travaux de MM. Roche (sur la parotidite), Martin de Lyon (sur la diathèse inflammatoire des enfans nouveau-nés), Bouillaud (sur la cyanose ou maladie bleue), Sablairoles de Montpellier (sur la prédominance du système digestif chez les enfans), Dugès (sur la dentition). Les mémoires allemands sont tous tirés des journaux, et une partie même a déjà été analysée par la GAZETTE MÉDICALE.

VARIÉTÉS.

NOUVEAU CAUSTIQUE POUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

Ce nouvel agent thérapeutique, que M. Récamier a le premier proposé, et dont il fait en ce moment d'heureuses applications chez plusieurs malades de son service à l'Hôtel-Dieu, est l'eau regale tenant en dissolution une certaine quantité de chlorure d'or pur.

Voici comment M. Recamier a été conduit à faire usage de cette nouvelle préparation

Un orfévre portait un bouton cancéreux à la joue. Ce bouton, d'une nature non équivoque, excitait des sensations incommodes qui obligeaient le malade à y porter souvent la main.

Après plusieurs attouchemens de cette espèce pendant que cet artiste poursuivait une dissolution d'or dans l'eau régale, l'aspect du bouton changea à vue d'œil, et au bout de quelque temps il finit par s'effacer.

M. Récamier, attentif à ces phénomènes, soupçonnant aussitôt la cause de cette amélioration, entreprit de vérifier si, comme il l'avait présumé, ce n'était pas l'impression de l'eau régale chargée d'or sur le bouton suspect, à l'aide d'un doigt mouillé par le liquide, qu'il devait attribuer la guérison de ce bouton cancéreux. Il ne tarda pas à faire l'essai de ce caustique chez une femme qui portait au col de l'utérus une ulcération à bords frangés, durs, douloureux. Les symptômes généraux ne laissaient aucun doute sur la nature carcinomateuse de cet ulcère, qui avait détruit une grande partie du col utérin. Des douleurs lancinantes dans l'hypogastre, et des hémorrhagies utérines, attestaient les progrès de la maladie. Sept à huit applications avec le caustique indiqué ont triomphé de cette affection. Les symptômes généraux se sont dissipés, et on a constaté, soit par le toucher, soit par l'examen à l'aide du spéculum, la cicatrisation de l'ulcère et la disparition de l'engorgement du corps de la matrice, qui existait au moment où l'on a commencé à faire usage du caustique.

Plusieurs autres malades sont en traitement dans la salle Saint-Paul, à l'Hôtel-Dieu; nous ferons connaître plus tard les résultats de cette médication.

Pour préparer le nouveau caustique, on prend :

Acide nitro-muriatique,	1 once.
Chlorure d'or pur,	6 grains.

On l'emploie de la même manière que les caustiques à l'état liquide; on trempe un pinceau de charpie dans cette solution, et on cautérise la surface des parties malades. La cautérisation doit être profonde et donner lieu à la formation d'une escarre qui se détache au bout de trois ou quatre jours. Après sa chute, on réitère la cautérisation jusqu'à six ou huit fois, suivant l'étendue de la surface ulcérée et la profondeur de la lésion. L'impression du caustique n'est nullement douloureuse; son action est toute locale, et sous ce double rapport il offre d'incontestables avantages.

(*Gazette des hôpitaux*)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 25. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 20 JUIN 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA CRÉPITATION DES GAÎNES TENDINEUSES; par L.-M. POULAIN.

La science ne possède encore que quelques faits épars et assez incomplétement systématisés sur l'affection qui fait le sujet de cette dissertation. J'ai osé entreprendre, non sans crainte toutefois, une sorte de monographie sur la maladie que M. Velpeau appelle *crépitation douloureuse des gaines tendineuses*. Quoique je n'aie rien dit d'absolument nouveau sur la maladie dont je vais m'occuper, je crois cependant avoir mis plus d'ordre, plus d'ensemble dans sa description, et l'avoir rendue plus complète qu'on ne l'avait fait, en l'étudiant dans des points de l'économie où on ne l'avait point encore signalée; guidé par l'idée de Bichat, que, là où il y a identité de structure, il y a identité de maladie : j'ai cru pouvoir généraliser mon sujet.

Je remercie sincèrement M. Velpeau de ses conseils et de ses avis. C'est à lui que je dois l'idée de ce travail et des choses que j'y annoncerai.

Avant d'aller plus loin, je dois m'excuser de me servir, pour désigner l'affection qui va nous occuper, d'un mot qui n'est que l'expression de son symptôme pathognomonique, et qui n'en indique nullement la nature. Les altérations anatomiques n'ayant pu être jusqu'ici bien appréciées, j'ai mieux aimé me servir de la dénomination de M. Velpeau, qui donne de suite l'idée de la maladie. La seule chose qu'on puisse lui reprocher, c'est d'être longue; et comme le savant professeur que je viens de nommer, j'aimerais mieux le nom de *Aï* employé par certains paysans, s'il était un peu plus scientifique.

C'est Boyer qui, le premier, a signalé à l'attention des chirurgiens la maladie dont je vais parler; mais il l'a fait très-légèrement, comme en passant, et n'en a point donné une description spéciale. Il s'est ex-

Feuilleton.

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION DANS LE PROCÈS THOURET-NOROY.

La Cour de Cassation vient enfin de rendre son arrêt suprême dans ce mémorable procès. Le pourvoi de M. Noroy est rejeté. La Cour a maintenu l'arrêt de la Cour de Rouen. Cependant, hâtons-nous de le dire : notre cause n'est point jugée; le principe n'a pas succombé avec le médecin qui le représentait. L'arrêt de la Cour est un arrêt de fait et non de doctrine; son silence à l'égard du principe de la responsabilité médicale, ses motifs puisés dans les incidens particuliers du procès et la plaidoierie de M. le procureur-général, nous permettent de considérer l'arrêt plutôt comme favorable que nuisible à l'indépendance de la profession. Mais ne devançons pas les faits. Bien que nous reproduisions avec détail la séance où cette importante affaire a été jugée, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil général sur les débats. Ce sera pour nous l'occasion de faire ressortir la belle plaidoierie de M. Crémieux, de répondre quelques mots à M. Dupin, qui remplissait les fonctions de procureur-général, et enfin de prouver que si M. Thouret-Noroy a perdu sa cause particulière, le principe de la responsabilité médicale a été mieux défini, mieux fixé, et a incontestablement gagné une portion du terrain que l'avenir lui départira.

La séance a été ouverte par le rapport de M. Brière de Valigny. Ce rapport très-savant et très bien fait d'ailleurs, était conçu de manière à laisser prévoir le jugement de la Cour. M. le conseiller y avait rassemblé toutes les lois anciennes et les arrêts qui expriment la responsabilité médicale la plus absolue. On y voyait le parti pris de considérer dans l'espèce un cas de responsabilité formelle, de maintenir l'arrêt de la Cour de Rouen, et de consacrer d'une manière absolue l'application des art. 1382 et 1383 du Code civil à l'exercice de notre profession. Si cette position nette et précise se montrait tout d'abord défavorable à la cause, elle permettait au moins à l'avocat d'envisager celle-ci dans toute son étendue, de remonter des faits particuliers aux principes généraux, de parcourir les phases de la législation sur ce point, d'approfondir la question de principe, et de provoquer de la part du ministère public, c'est-à-dire de la prudence et de la résistance en fait d'interprétation libérale des lois, une explication de ce qu'il faut entendre aujourd'hui, avec nos mœurs, nos lumières, nos institutions et nos lois, par *responsabilité médicale*.

M. Crémieux n'a point manqué à sa tâche : tour à tour savant dialectitien et orateur éloquent, homme de sens, de raison et d'esprit, il n'a omis aucun point, n'a négligé aucun moyen, pour établir que l'arrêt de la Cour royale de Rouen pèche en fait parce qu'il est basé sur une appréciation de faits médicaux et non de faits matériels, et en principe, parce que confondant les actes de l'homme avec ceux du médecin, il repose sur une fausse interprétation des articles 1382 et 1383 du Code civil, lesquels ne s'appliquent qu'à la responsabilité générale de l'homme.

M. Crémieux a d'abord démontré que les lois romaines, ainsi que les arrêts des

primé ainsi à l'occasion des fractures de l'extrémité inférieure du radius : « Les personnes qui exercent leurs mains à des travaux pénibles et fatigans, sont sujettes à une affection singulière du tissu cellulaire qui environne les muscles long abducteur et court extenseur du pouce, dans laquelle ces muscles, devenus un peu plus saillans, font entendre, lorsqu'on les comprime, un bruit particulier que l'on pourrait confondre avec la crépitation, et que l'on ne peut mieux comparer qu'à celui que produit l'amidon quand on le presse entre les doigts. Cette sensation est si différente de la véritable crépitation causée par les fragmens d'une fracture, qu'elle ne peut en imposer à un chirurgien exercé. » (*Traité des maladies chirurgicales*, t. 3, p. 222.)

Voilà ce que la science possédait sur cette maladie peu grave, mais qui, quoi qu'en dise Boyer, peut quelquefois en imposer pour une fracture, surtout lorsqu'on l'observe à la suite d'un certain ordre de causes que j'aurai soin d'indiquer plus loin, et qui n'a point encore été signalé par ceux qui ont écrit sur la crépitation des gaînes tendineuses. Voilà, dis-je, ce que la science possédait sur cette affection, lorsque M. Velpeau l'observa en 1818 à l'hôpital de Tours, sur un jeune menuisier (Voir le *Journal des connaissances médicales*, n° 7, 1835). En 1825, le même professeur, dans son *Anatomie des régions*, à l'article des muscles de l'avant-bras, page 406, en parle d'une manière très-explicite, ainsi qu'il suit : « On voit se manifester, à la suite d'un effort ou même sans cause connue, un gonflement qui ne devient jamais très-considérable dans le trajet des muscles indiqués (long abducteur et court extenseur du pouce); ce gonflement augmente, s'accompagne de chaleur et de douleur qui ne sont pas ordinairement bien vives, à moins que le malade ne cherche à remuer le pouce. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, si l'on embrasse la partie gonflée avec une main, et qu'avec l'autre on fasse mouvoir le pouce, on sent et on entend une crépitation bien évidente, tellement que nous avons vu un chirurgien prononcer qu'il y avait fracture, et appliquer un bandage dans un cas semblable. » M. Velpeau a encore parlé de la crépitation des gaines tendineuses dans l'ouvrage cité, à l'article *région tibio-tarsienne*, à propos des tendons des péroniers latéraux, des fléchisseurs propre du gros orteil, et commun des orteils. La description précédente a d'ailleurs été reproduite par lui avec de légères modifications dans la deuxième édition du *Dictionnaire de médecine*, article *avant-bras*, et dans la nouvelle édition de son *Anatomie chirurgicale*, en 1833. Enfin le septième numéro du journal des *Connaissances médicales* contient un article qui me paraît avoir été puisé aux excellentes leçons du professeur que je viens de nommer.

M. le docteur Rognetta, en 1834, publia, dans la GAZETTE MÉDICALE, page 596, un petit article dont le premier paragraphe est intitulé: gonflement crépitant chronique de la partie antérieure de l'avant-bras. Avant de traiter son sujet, l'auteur de ce mémoire s'étonne que Boyer seul ait signalé cette affection, et que ni J.-L. Petit, ni d'autres anciens ou modernes n'en aient dit le moindre mot. Il paraît assez clair que M. Rognetta ignorait complètement ce qu'en avait dit M. Velpeau, puisqu'il n'a pas craint de réclamer la priorité des idées avancées par ce dernier à la Société médicale d'émulation.

M. le docteur Gaube a aussi fait quelques remarques sur la maladie qui nous occupe, pour faire suite à l'histoire très-incomplète qu'en avait donnée M. Rognetta. Cet article se trouve dans la GAZETTE MÉDICALE, mois de février 1835, page 115. Je parlerai de ce que contiennent ces différens articles, lorsque je ferai l'histoire de la maladie.

Enfin M. Maingault a récemment présenté à l'Académie de médecine un travail dans lequel il a donné une assez bonne description de cette maladie d'après sa propre expérience et d'après des faits communiqués par M. Velpeau.

Avant de faire l'histoire détaillée des causes et des symptômes de la crépitation des coulisses tendineuses, qu'on me permette de rappeler d'une manière aussi brève, aussi laconique que possible, quelques dispositions anatomiques qu'il sera important d'avoir présentes à l'esprit pour pouvoir établir un diagnostic positif à ce sujet. C'est principalement la situation, la direction, les connexions des tendons et quelquefois aussi la disposition de leurs gaines que je veux faire ressortir. J'ai puisé cette description dans l'excellent ouvrage de M. Velpeau (*Traité complet d'anatomie chirurgicale, générale et topographique*, 2e édition, 1833), ayant les pièces anatomiques sous les yeux. Par ce moyen, je pourrai me dispenser de faire l'histoire de la maladie dans les lieux où on pourra l'observer, et j'aurai l'avantage d'avoir mis autant de précision que possible dans la description tout en abrégeant beaucoup. Enfin après avoir étudié d'une manière générale la maladie, si on connaît parfaitement la position, la direction d'un tendon par rapport aux parties environnantes, on saura à l'avance qu'elle sera la forme de la tumeur, sa direction, et quels mouvemens il faudra exécuter pour obtenir la crépitation.

Les motifs qui m'ont fait agir ainsi et que je viens d'exposer, me justifieront, j'espère, d'avoir esquissé, peut-être très-imparfaitement, quelques parties d'anatomie d'ailleurs très-bien connues. Je ne veux point décrire tous les tendons à gaine; je m'occuperai seulement de ceux du poignet et de la région tibio-tarsienne, attendu qu'ils sont presque les seuls soumis à l'influence des causes de la crépitation des gaines tendineuses.

POIGNET ; RÉGION ANTÉRIEURE.

Les tendons de cette région placés en dehors du ligament antérieur du carpe sont, vers la partie interne le cubital antérieur, vers le milieu le petit et le grand palmaires. Les trois tendons de ces muscles sont enveloppés par une aponévrose qui se confond avec celle des muscles de l'avant-bras, et que l'on peut supposer partir du cubitus et du pisiforme; dès ce moment on voit qu'elle se dédouble pour envelopper le tendon du cubital antérieur, et donner ensuite une gaîne à l'artère cubitale antérieure. Ses feuillets se réappliquent au-devant des tendons fléchisseurs, pour s'écarter de nouveau, en enveloppant le tendon du palmaire grêle d'abord, puis celui du grand palmaire; après quoi l'artère radiale en reçoit une gaîne à son tour; enfin elle va se fixer sur le bord antérieur de l'apophyse styloïde du radius, et se confondre avec la gaîne fibreuse dans laquelle glissent le long abducteur et le court extenseur du pouce. Inférieurement ses fibres se rapprochent, se serrent et semblent donner ainsi naissance au ligament annulaire antérieur du carpe, au-devant duquel le tendon du muscle épitrochlo-palmaire s'épanouit et se transforme, pour ainsi dire, en aponévrose, ce qui le fait paraître comme formé de deux couches. Ce ligament, fixé d'une part sur l'os pisiforme et la saillie de l'os crochu, de l'autre sur la crête du scaphoïde et du trapèze, se dédouble ici pour former une gaine au tendon du radial antérieur, qui va s'insérer sur l'extrémité supérieure du second métacarpien.

---

anciens parlemens, étaient inapplicables aujourd'hui. Elles sont nées dans d'autres temps, dans d'autres circonstances, alors que la profession médicale était toute différente de ce qu'elle est aujourd'hui. Comme le dit Montesquieu, les lois romaines n'assumaient une responsabilité si effrayante sur la tête du médecin, que parce qu'à Rome était médecin qui voulait. Faisant une judicieuse application de la remarque de Montesquieu à des temps plus rapprochés, M. Crémieux a montré que tous les arrêts des parlemens avaient eu à peu près les mêmes motifs de sévérité que les lois romaines. Alors en effet la chirurgie était abandonnée aux barbiers; la chirurgie n'était point considérée comme la médecine; elle était en sous ordre, parce que se faisait en quelque façon chirurgien qui voulait. Il n'est donc pas étonnant que les arrêts des parlemens aient conservé quelque chose de l'esprit des lois romaines, puisqu'ils répondaient à peu près aux mêmes besoins de garanties. Aussi M. Crémieux a-t-il fait observer que les diverses condamnations citées par M. le rapporteur, concernaient toujours des chirurgiens, et non pas les médecins.

Ce motif des anciens arrêts est si vrai, que, du moment que la chirurgie est devenue un art régulier, s'élevant à la dignité de la médecine, les parlemens ont cessé de l'assujétir à la même responsabilité. Déjà en 1696, au rapport de Brillon, le parlement de Paris rendit un arrêt portant *que les chirurgiens ne sont garans et responsables de leurs remèdes tant qu'il n'y a que de l'ignorance et de l'impéritie de leur part*; et il n'y a, ajoute Brillon, qu'un seul cas où il y ait une action contre eux, c'est lorsqu'il y a dol, auquel cas c'est un véritable délit. Et en effet, à partir de 1747, on ne trouve plus un seul arrêt confondant les faits de l'homme avec ceux du médecin, et prononçant la responsabilité de celui-ci dans l'exercice consciencieux de sa profession. Cette interprétation du fait est si légitime, ce rapport entre les lois et arrêts fixant la responsabilité du médecin et les garanties d'instruction et de capacité de la part de ce dernier, est si exact, qu'on voit progressivement la responsabilité médicale disparaître dans les dernières lois lorsqu'il s'agit du médecin arrivé à la science transcendante, tandis qu'elle est partiellement conservée dans des limites convenables, lorsqu'il s'agit de médecins n'offrant qu'une partie des garanties possibles de science et d'instruction, de médecins *vulgaires*, comme l'a dit l'orateur du gouvernement en parlant des officiers de santé. Tel est le caractère de la loi de ventose an XI, qui a fixé les différences de garanties et de responsabilité entre les docteurs et les officiers de santé. Voilà comment M. Crémieux a interprété l'esprit des lois et arrêts qui ont successivement établi la responsabilité du médecin au moyen-âge, conservé celle des chirurgiens barbiers et diminué celle des médecins, et enfin, lors de la loi de ventose an XI, anéanti celle des docteurs médecins en maintenant partiellement celle des officiers de santé. La même doctrine est confirmée par les arrêts rendus depuis la loi de ventose an XI : ils concernent toujours des sages-femmes et des officiers de santé et en aucun cas des docteurs en médecine.

L'esprit de la législation sur la matière étant ainsi fixé, M. Crémieux a cherché dans une interprétation morale de la loi actuelle la conservation de ce double principe, savoir : la responsabilité du médecin pour des faits d'hommes, faits qui le rendent justiciable de la loi générale, et l'irresponsabilité du médecin dans la limite des faits de son art, exercé avec conscience et bonne foi. C'est ici que M. Crémieux a déployé toutes les ressources d'une logique pressante, serrée, et souvent d'une véritable éloquence. Tout ce qui a été dit et écrit sur cette question depuis l'origine du procès, tout ce que l'appréciation du caractère, de la mission, de l'importance du médecin peuvent inspirer de juste, de profond, d'e-

Comme on peut très-bien le voir, ces tendons peuvent se mouvoir indépendamment les uns des autres, puisqu'ils ont une gaine chacun en particulier. Ceux que renferme l'anneau carpien ne sont pas dans le même cas. Le fléchisseur du pouce seul semble séparé des autres et entraîne avec lui une portion de la bourse fibro-celluleuse qui les enveloppe tous. La membrane qui les réunit d'abord en masse, puis chacun en particulier, tapisse tout l'intérieur du canal commun. Elle possède la plupart des caractères propres aux membranes synoviales; elle est lubréfiée, lisse et polie.

RÉGION POSTÉRIEURE.

A la région postérieure du poignet, après avoir enlevé la peau et la couche sous-cutanée, on découvre une aponévrose qui forme une arcade rubanée très-forte, destinée à brider les tendons auxquels elle fournit différentes gaines; elle s'étend depuis l'apophyse styloïde du radius jusqu'à celle du cubitus; c'est le ligament annulaire postérieur du carpe. Les canaux auxquels il donne naissance sont:

1° En arrière et en dehors une coulisse très-forte pour les tendons du court extenseur du long abducteur qui se dirigent en bas et en dehors; quand une cloison la sépare en deux, c'est le tendon de l'extenseur qui se trouve en arrière;

2° Une autre coulisse qui descend perpendiculairement et qui renferme les tendons des radiaux externes qui divergent un peu vers leur point d'insertion;

3° Toujours en arrière et un peu plus en dedans, le canal fibreux qui enveloppe le tendon du long extenseur du pouce, et qui n'est complet qu'au-dessous du radius;

4° L'anneau carpien postérieur, que traversent les tendons de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du doigt indicateur; ici la gaine synoviale a à peu près la même disposition que celle que nous avons vue exister en avant pour les fléchisseurs.

5° Une gaine pour l'extenseur du petit doigt qui se dirige un peu en dedans;

6° Enfin, entre l'apophyse styloïde et la tête du cubitus, une dernière coulisse pour le tendon du cubital postérieur. Du côté de l'avant-bras ce ligament s'amincit graduellement, ses fibres s'écartent et finissent en se continuant avec celles de l'aponévrose. Son bord inférieur se convertit en une lame fibro-celluleuse, très-mince d'abord, mais qui s'épaissit ensuite en se portant vers la main.

En terminant ce que j'avais à dire sur la disposition des gaînes tendineuses au poignet, je répéterai avec le plus grand médecin de l'antiquité. (Galen., de usu partium, cap. 17, p. 117, edit. Venet., 1625.) « Cur igitur ita longos tendines creavit (natura), et non produxit ad carpum musculos? Quia levem simul, et tenuem esse extremam manum præstabat quam turbâ carnium obrutam, gravem simul et crassam fieri: multa enim ita deteriùs et tardiùs ageret eorum, quæ nunc promptè et bellè perficit. »

TENDONS QUE L'ON REMARQUE VERS LA JONCTION DU PIED AVEC LA JAMBE.

Transversalement sur le coude-pied proprement dit, le doigt découvre de dedans en dehors:

1° Un enfoncement qui sépare la malléole interne du jambier antérieur.

2° Une saillie due à ce tendon, lequel se dirige vers le premier cunéiforme où il s'insère.

3° Un second enfoncement qui le sépare du tendon extenseur propre du gros orteil.

4° Une autre dépression correspondant à l'intervalle qui sépare l'extenseur commun de celui du gros orteil; quelquefois on remarque au côté externe et dans la gaine de l'extenseur commun le tendon du péronier antérieur.

En dedans on voit: 1° le relief malléolaire; 2° une petite excavation au-dessous de sa pointe, excavation qui sépare le tendon du jambier postérieur de celui du jambier antérieur. Le tendon du jambier postérieur se trouve appliqué sur l'éminence malléolaire interne, et de là va s'insérer sur le scaphoïde. Un peu plus en arrière se voit le tendon du fléchisseur commun, qui n'appuie pas simplement sur la malléole à sa partie postérieure, mais bien sur l'articulation tibio et calcanéo-astragalienne, d'où il suit que sa phlegmasie sera plus grave. Le fléchisseur du gros orteil, conservant quelques fibres charnues, se trouve plus en arrière encore, hors des coulisses précédentes et dans la même gaîne que les vaisseaux et le nerf. D'abord enveloppé d'un tissu cellulaire lamelleux assez souple, il s'engage bientôt aussi dans une gaine particulière, en croisant obliquement, de derrière en devant et de dehors en dedans, la face postérieure de l'astragale et les tendons sus-indiqués pour venir gagner la face inférieure de la petite tête du calcanéum. En sorte que, sans avoir une membrane synoviale particulière, il finit par s'en former une aux dépens de celle du fléchisseur commun, ce qui fait, pour le dire en passant, que l'inflammation de l'une peut facilement se communiquer à l'autre. Je n'en dirai pas davantage pour ce qui regarde ces tendons; plus loin ils ne présentent pas un grand intérêt pour nous.

M. Velpeau a dit dans son anatomie topographique, deuxième édition, t. II, p. 744, en parlant des deux derniers tendons que je viens d'étudier, que quelquefois le mouvement de flexion des orteils laisse entendre dans cette région un bruit, une espèce de craquement accompagné de douleurs et parfois de gonflement. C'est un état semblable à celui que j'ai indiqué en parlant des tendons des long abducteur et court extenseur du pouce; seulement, on le rencontre moins souvent ici qu'à la main, et comme les parties sont plus profondément situées, il est moins facile de l'étudier. Un malade traité à l'hôpital de la Faculté, en 1825, l'a présenté d'une manière assez prononcée.

Du côté de la malléole externe, les tendons des péroniers latéraux, d'abord placés sur la face externe du péroné, dans la région antérieure de la jambe, se contournent graduellement en arrière; le long péronier contourne le bord externe du pied, traverse obliquement la plante placé dans une gouttière pratiquée sous la face inférieure du cuboïde, maintenu par le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, et vient ensuite se fixer en bas et en dehors de l'extrémité postérieure du premier os métacarpien. La coulisse qui renferme les deux péroniers latéraux ne paraît être qu'une suite du canal aponévrotique qui les maintient isolés à la jambe. La cloison intermédiaire, d'abord très-mince, s'épaissit ensuite de telle sorte qu'il est difficile de concevoir que le grand péronier latéral, qui est en arrière, puisse la rompre pour passer dans le canal du court péronier. Pourtant M. Velpeau et d'autres ont observé

---

levé, M. Crémieux l'a dit avec entraînement. S'il n'eût pas eu à lutter contre des préjugés qui ne se démolissent que pierre à pierre, nul doute que les convictions de la Cour n'eussent cédé à la puissance de sa parole. Il a fait surtout un parallèle de la plus grande justesse entre le juge, l'avocat et le médecin, qui sont tour à tour justiciables de la loi générale de responsabilité, et tour à tour irresponsables du tort qu'ils causent à autrui dans l'exercice consciencieux de leur ministère. Les avocats et les magistrats étaient autrefois responsables comme les médecins: aujourd'hui ils ne le sont plus. La loi distingue aujourd'hui le juge de l'homme, comme l'homme de l'avocat.

Le juge disparaît quand l'arrêt est entaché de dol ou de fraude; mais le juge est à l'abri, et l'arrêt est maintenu quand l'intention du juge est inattaquable, même alors qu'il aurait commis une faute grossière. M. Crémieux a rappelé à l'appui de ces principes un fait écrasant pour la Cour. On attaqua devant elle des magistrats, des juges de la Guadeloupe, pour un arrêt empreint d'une ignorance grossière, et dont les conséquences avaient été très-fâcheuses. Elle déclara que des erreurs, même très-graves, ne suffisaient pas pour prendre des juges à partie là où il n'y avait pas dol. Et pourquoi? Parce que, disent les considerans, « dans une semblable cause, il ne s'agissait pas de peines pécuniaires, mais de l'honneur et de l'état des juges. » Voilà, s'écrie M. Crémieux, l'admirable motif dont vous vous êtes servi pour résoudre une des plus belles et des plus importantes questions de notre jurisprudence. Et il a montré ensuite la profession, le sacerdoce du médecin, qui n'avait pas moins besoin d'honneur, de considération, de dignité, que celle du magistrat. Si cette puissante analogie n'eût pas suffi, M. Crémieux eût pu ajouter que la faute commise par les juges de la Guadeloupe tenant à l'ignorance entière de faits positifs, absolus, n'était excusable que pour la conservation du principe d'irresponsabilité, tandis que l'art du médecin, soumis à des règles presque toujours incertaines, variables, contradictoires, personnelles, ne peut jamais ou presque jamais commettre une faute d'ignorance telle qu'il ne trouve son excuse dans cette instabilité de principes et cette contradiction presque perpétuelle de théories et de systèmes.

Une fois les principes posés, M. Crémieux a abordé l'examen du jugement du tribunal d'Evreux et de l'arrêt de la Cour de Rouen. Il est impossible de mettre plus de sens et d'esprit, et à la fois plus de convenance dans la critique. Il fallait démontrer que ce jugement et cet arrêt n'ont pas pris pour base des faits matériels, mais des faits médicaux, jugés et interprétés en l'absence de toute lumière médicale. M. Crémieux n'a pas seulement prouvé qu'en établissant l'existence de la piqûre de l'artère, qu'en affirmant la formation de l'anévrisme, sans aucun rapport d'expert, qu'en s'arrogeant d'eux-mêmes le droit de juger, de censurer la conduite d'un médecin, de lui dicter ce que la science lui prescrivait, les premiers juges avaient commis un excès de pouvoir; il a fait une critique sanglante de leur outrecuidance scientifique; il a ri et fait beaucoup rire l'auditoire d'une foule d'aphorismes médicaux et chirurgicaux dont personne ne s'était imaginé jusque-là, et ses spirituels commentaires ont souvent compromis la gravité de la Cour.

Parmi ces allégations tranchantes et introuvables, il en est une qui offrait un caractère plus sérieux, et qui, detachée des autres, donnait quelque apparence de fondement au jugement et à l'arrêt: c'est celle qui concerne l'abandon auquel M. Thouret-Noroy aurait livré son malade après l'avoir blessé par maladresse; c'est le refus qu'il aurait fait de s'enquérir sérieusement de l'anévrisme et de lui opposer les secours de son art. Ce motif était le plus grave, et il a tellement conservé son importance aux yeux de la Cour, malgré les bonnes raisons données par M. Crémieux, qu'elle en a fait le principal et seul considérant de son arrêt. Ce-

des faits de ce genre. Les membranes synoviales de ces deux tendons communiquent de telle sorte, que l'inflammation de l'une se propage facilement à l'autre. Du reste, le frottement qu'ils exécutent derrière la malléole externe les rend propres à être affectés du gonflement et de la crépitation déjà signalés dans la coulisse sous-malléolaire interne par M. Velpeau.

DE L'ÉTIOLOGIE.

Je dirai d'une manière générale, pour ce qui regarde l'étiologie de la crépitation des gaînes tendineuses, que cette maladie reconnaît le plus souvent pour cause la tension forcée et souvent répétée des tendons; quelquefois aussi l'action d'une violence extérieure. J'ai eu occasion d'observer un cas de ce genre, comme je le dirai plus loin; d'autres fois, elle survient sans aucune cause bien appréciable.

Maintenant, si je voulais entrer dans le détail des causes, j'aurais à parcourir toutes les professions dans lesquelles les muscles, particulièrement ceux du pied ou de la main, sont exercés plus ou moins vigoureusement pendant un temps prolongé; mais cela serait fort long, et je me bornerai à dire ce qui sera nécessaire pour mettre l'observateur à la portée de connaître toutes celles qui peuvent y donner lieu. Dans une de ses leçons à la Pitié, au mois de septembre 1834, M. Velpeau insista beaucoup sur les différentes causes. Les professions de buandière, de blanchisseuse, de scieur de blé, de faucheur, de vigneron, de moissonneur, de forgeron, de serrurier, de menuisier, de plâtrier, de scieur de long, de charron, de maçon, sont rangées par lui en première ligne, de même que toutes les actions qui exigent une forte pronation ou une flexion prolongée et souvent répétée du poignet ou des doigts. Le même praticien fait remarquer aussi qu'au pied la maladie se rapporte à la fatigue, à une marche forcée, à la progression sur un sol inégal, et qu'on l'observe chez les chasseurs, les militaires, les voyageurs, etc.

Comme cette maladie n'a jusqu'à ce jour été étudiée qu'au poignet, les auteurs n'ont parlé que des causes qui agissent sur cette partie; il me restera à décrire avec plus de détail comment elles peuvent donner lieu à une semblable maladie vers la jonction du pied avec la jambe. D'abord la crépitation des gaînes tendineuses s'observe au poignet à la suite de certains exercices forcés et souvent répétés, au temps de la coupe des blés, par exemple, les moissonneurs sont souvent atteints de cette affection, qui paraît déterminée par la fréquence des contractions forcées des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts, et par celles des abducteurs et extenseurs agissant sur des corps saisis à trop pleine main. M. Gaube, dans le mémoire qu'il a publié dans la GAZETTE MÉDICALE, sur cette maladie, a parfaitement expliqué la manière dont elle a lieu chez les moissonneurs.

Il a aussi observé cette affection chez un lutteur qui venait d'essayer la force de son poignet avec un autre, étant tous deux assis, l'un des coudes de chaque adversaire appuyé sur une table et rapprochés à trois ou quatre pouces, les mains engagées l'une dans l'autre, se tenant les pouces par leur base, et chacun cherchant dans cette position à renverser la main de son adversaire dans la supination, par des efforts opposés à la pronation.

Le siége du mal n'est plus la partie inférieure et antérieure du poignet, si les efforts ont été faits en portant la main en supination forcée, le doigt et le pouce étendus dans l'abduction, comme cela arrive chez les blanchisseurs et les blanchisseuses. Chez ces personnes, en effet, on observe la maladie en dehors et en arrière, dans le trajet des gaînes des tendons du long abducteur et court extenseur du pouce.

Un blanchisseur que j'ai vu dans une des salles de M. le professeur Cloquet, à l'hôpital clinique de la Faculté, m'a assuré qu'il lui était arrivé de cesser son travail quatre fois, parce que, disait-il, il lui était survenu une petite tumeur sur le côté externe et postérieur du poignet. Il en attribuait la cause à ce qu'il avait frappé avec l'un des bords de son battoir le carreau sur lequel était placé le linge; qu'ainsi son battoir avait été renvoyé obliquement, et lui avait fait éprouver un engourdissement dans toute la main et l'avant-bras. Tout cela ne l'empêchait pas de continuer son travail le jour même, comme auparavant; aussi voyait-il apparaître, un jour ou deux après, la maladie appelée *laï*. Cet individu m'a rapporté que la même chose arrivait fréquemment aux personnes qui s'occupaient des mêmes travaux que lui. Je ne m'étendrai pas davantage sur cette profession, qui avait déjà été très-bien signalée par M. Velpeau, et plus tard par M. Maingault.

Une personne étrangère à la médecine m'a raconté un fait qui serait des plus curieux s'il eût été observé par un médecin. Un maréchal tenait de ses mains un marteau pesant de dix à douze livres, et frappait à coups redoublés sur un morceau de fer rouge, lorsque celui-ci vint à tomber. Le marteau alors n'ayant pu être retenu, frappa sur un de ses bords l'enclume, beaucoup plus élastique que le morceau de fer rouge, et pour cela, fut renvoyé avec vitesse dans un sens oblique, ce qui causa un engourdissement de toute la main et de l'avant-bras. Malgré cela, le maréchal n'en continua pas moins son travail pendant le reste de la journée, quoiqu'avec un peu de difficulté.

Dès le lendemain la partie postérieure du poignet était un peu gonflée, ainsi que l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Ce jour-là, et surtout trois ou quatre jours après l'accident, lorsque les doigts étaient portés en arrière, le pouce dans l'abduction, on entendait bien facilement une série de petits craquemens. Le gonflement fut très-considérable, et la crépitation tellement manifeste, que le malade craignait d'être affecté d'une fracture. Un médecin le persuada du contraire, et fit appliquer sur la partie malade des sangsues, des compresses résolutives, etc. Deux mois après seulement la maladie avait totalement disparu.

L'action prolongée de limer le fer est aussi très-propre à produire cette affection. Lorsque les maréchaux, pour me servir de leur expression, carrent le fer, si celui-ci n'est pas très-bien appliqué sur l'enclume, il en résulte que la main est portée subitement dans une plus grande de pronation ou supination; de là une espèce de choc qui produit un engourdissement plus ou moins considérable. Cette cause, dont les effets immédiats sont bien appréciés, surtout si elle se renouvelle et que le travail soit continué, pourra souvent produire la maladie crépitante des gaînes tendineuses.

Les faiseurs de mottes sont bien certainement ceux qui en sont le plus souvent affectés. Aucun ou presque aucun, au commencement de leurs travaux, chaque année, ne manque d'avoir le mal de poignet.

Je n'en finirais pas, si je voulais citer toutes les professions et décrire la manière dont elles peuvent produire la maladie que je décris, surtout lorsqu'elle siége au poignet. Qu'il me suffise de dire que les relieurs, les bourreliers, les charpentiers, les menuisiers, les fagoteurs, etc., y sont particulièrement sujets.

---

pendant M. Crémieux a montré la liaison qu'il y a entre cette assertion de l'abandon du malade et celle de l'existence de l'anévrisme. S'il n'y avait pas anévrisme, a-t-il dit, il n'y a pas eu et il n'a pas pu y avoir abandon; or, c'est ce que prétend M. Noroy; c'est ce qu'induisent tous les médecins de l'appréciation des circonstances de la maladie, telles qu'elles sont relatées par la partie plaignante. S'il n'est pas démontré qu'il y ait eu anévrisme, ou plutôt s'il a été démontré par des médecins qu'il n'y en avait pas, et si l'existence de l'anévrisme n'a été affirmée que par des juges dépourvus de connaissances médicales, l'accusation de l'abandon du malade qui repose sur cette base est donc elle-même une affirmation sans preuve; une allégation dictée par une fausse interprétation d'un fait médical, et non un fait matériel pouvant servir de considérant à l'application de la loi.

Après cette argumentation serrée, M. Crémieux a résumé les idées générales de son plaidoyer d'une manière rapide et brillante, et a conclu que ni les lois anciennes ni les lois actuelles ne prononçaient la responsabilité du médecin dans l'exercice consciencieux de son art, et que, dans l'espèce, l'arrêt de la Cour de Rouen était entaché d'un excès de pouvoir et d'une fausse application des articles 1382 et 1383 du Code civil. L'auditoire n'a pu manifester son entraînement et ses convictions par des applaudissemens; mais un murmure d'approbation générale a prouvé à M. Crémieux tout le succès qu'avait obtenu sa belle et chaleureuse improvisation.

Lorsque M. Dupin a pris la parole on s'attendait à une réponse précise, logique, et à une discussion de la question dans les termes où M. Crémieux l'avait posée, dans ceux de la cause elle-même. Il n'en a point été ainsi. Toutes les fois que cet habile orateur a eu occasion de parler des médecins, il l'a fait avec défaveur et partialité. Dans cette circonstance, comme toujours, il a craint de donner trop d'importance et de liberté à une profession qu'il semble ne vouloir placer qu'à la suite de la magistrature et du barreau, et sur la ligne des professions industrielles. C'est ainsi que pour prouver la nécessité et la justice de la responsabilité médicale, il a parlé des notaires, des avoués, des agens de change, des huissiers, des architectes, des chartiers, qui sont tous responsables des fautes qu'ils commettent par ignorance, oubli ou imprudence. Ici M. le procureur-général nous paraît avoir confondu deux choses fort distinctes, et il semble avoir pris à tache de les confondre. Dans les professions qu'il a citées, il y a des règles précises, absolues, qu'il n'est pas permis d'ignorer, règles qui font la base indispensable et invariable des connaissances de celui qui s'y livre. Les formes d'un acte, d'une procédure, les conditions d'un bâtiment sont des conditions matérielles auxquelles on ne peut manquer sans commettre une faute prévue et reconnue par le consentement unanime; tandis que là où la conscience n'a de guide qu'elle même, là où l'esprit humain est forcé d'improviser en quelque façon chaque résolution d'après des élémens et des circonstances qui changent et se multiplient à l'infini, il ne peut y avoir de responsabilité que celle de la conscience. Cela est si vrai que la responsabilité des professions citées par M. Dupin est écrite textuellement dans la loi presque pour chaque cas, tandis qu'elle ne l'est nulle part pour les médecins. Est-ce à dire que les médecins veulent un bill d'indemnité pour tous leurs actes, et que leur prétention aille jusqu'à l'impunité des faits qu'ils peuvent commettre comme homme? Non, sans doute; et M. Crémieux avait eu soin de faire cette concession préalable, afin de placer sa cause sur son véritable terrain. M. Crémieux avait dit, et tous les médecins répéteront après lui, qu'ils sont et seront toujours responsables de leurs actes et faits, même commis sans intentions coupables, lorsque ces faits ne seront pas le résultat de l'exercice consciencieux et régulier de leur art. Qu'un médecin prescrive par inadvertance un gros de morphine au lieu d'un

Quelques observations prouvent que cette maladie peut se rencontrer ailleurs qu'au poignet. M. Velpeau en a parlé en donnant l'observation que j'ai déjà citée. J'ai eu l'occas on d'en observer deux cas aux extrémités inférieures; les causes sont les mêmes que celles que j'ai indiquées d'une manière générale. L'exercice gymnastique, la marche prolongée, l'action de frotter les appartemens, etc., peuvent en être suivies. Avant de terminer cet ordre de causes, je dois faire les remarques suivantes. Si, tout à coup; des personnes habituées à faire peu d'exercice viennent à en faire un forcé et prolongé, elles sont beaucoup plus sujettes à contracter la maladie que je décris, que celles qui font ordinairement ces mêmes travaux.

Je vais maintenant parler d'un autre ordre de causes qu'il est d'autant plus important de signaler, qu'elles peuvent produire tout aussi bien une fracture, que la simple crépitation dont je m'occupe. Je crois rendre ce passage plus intéressant en rapportant l'observation suivante.

Au mois d'octobre 1834, j'assistais à la visite d'un interne de M. Lisfranc, quelque temps avant l'arrivée de ce chirurgien, lorsqu'il se présenta un homme d'une cinquantaine d'années, qui avait reçu un coup sur la partie supérieure et antérieure du bras. Son examen prouva que la partie était contuse et tuméfiée. On écarta l'avant-bras et le coude du tronc; les douleurs furent vives; pourtant on put faire exécuter des mouvemens assez étendus pour obtenir une crépitation fort évidente pour toutes les personnes placées autour du lit, de sorte que nous crûmes tous à l'existence d'une fracture du col chirurgical de l'humérus, quoique ses autres symptômes manquassent. Lorsque M. Lisfranc visita ce malade, il nous dit, après l'avoir examiné bien attentivement, qu'il ne pouvait affirmer qu'il y eût fracture, mais qu'il n'osait pas non plus assurer qu'elle n'existât pas. Du reste, ajouta-t-il, qu'elle existe ou qu'elle n'existe pas, le traitement actuel sera dirigé dans le but de faire disparaître le gonflement. Lorsque la tuméfaction aura diminué, nous pourrons affirmer qu'il y a ou n'y a pas fracture. On sait que M. Lisfranc a l'habitude de traiter les individus affectés de fractures récentes par les antiphlogistiques, pour faire disparaître la tuméfaction, et qu'il n'applique le bandage que cinq ou six jours après l'accident.

Deux jours après la première visite, trois jours après l'accident, la partie était beaucoup moins tuméfiée, et seulement à cette époque le malade me permit de l'examiner à mon aise. Je lui fis fléchir l'avant-bras sur le bras, le coude appuyé sur le côté du tronc avec ma main gauche; je plaçai ma main droite sur l'extrémité supérieure du biceps, sous l'aisselle, derrière le bord inférieur du grand pectoral. Tout étant ainsi disposé, je portai à plusieurs reprises le coude du patient dans l'abduction, en même temps que j'étendais l'avant-bras; par ce moyen, je pus obtenir quelque crépitation, laquelle n'était pas perçue par d'autres élèves qui n'employaient pas le même mécanisme. Six jours après, le malade demanda sa sortie, et ce jour là je ne pus obtenir la plus légère crépitation.

Je pense que chez cet homme, qui n'a pu me dire comment sa maladie lui était arrivée, car il était ivre au moment de l'accident; je pense, dis-je, que la crépitation avait son siége dans la gaîne de la longue portion du biceps.

Avant de parler des causes déterminantes, j'aurais dû peut-être parler de celles qui semblent prédisposantes. L'âge pendant lequel on a le plus souvent observé cette maladie est de vingt à quarante ans; mais pour cela devra-t-on penser que cet âge par lui-même rende plus propre à contracter la maladie qui m'occupe? Nullement. L'observation de cette fréquence sera très-judicieusement expliquée par les travaux plus forts et plus souvent répétés à cette période de la vie qu'à toute autre.

Pour ce qui regarde les tempéramens, je crois qu'un individu scrophuleux, soumis aux mêmes travaux et dans les mêmes conditions qu'un autre d'un tempérament musculeux et athlétique, pourrait en être affecté sans que ce dernier fût le moins du monde incommodé. Je dirai ici, et par anticipation, que la maladie a beaucoup plus de ténacité chez les scrophuleux que chez les autres tempéramens.

EXAMEN DES SYMPTÔMES.

Quant aux symptômes, je signalerai particulièrement un gonflement de forme et de dimension variables, la douleur et la rougeur à la peau, et surtout la crépitation pathognomonique qui se manifeste toujours.

Le gonflement, ordinairement très-sensible, rarement considérable, est quelquefois si peu apparent qu'on ne l'aperçoit qu'en examinant les parties avec attention. La douleur est généralement peu vive lorsque la partie est en repos; elle peut même ne pas exister; mais elle apparaît ou augmente toutes les fois que le malade cherche à mouvoir la partie affectée, ou que le chirurgien la presse, ou imprime des mouvemens de flexion, d'extension ou de latéralité à la partie inférieure du membre.

La chaleur est dans la majorité des cas peu intense ou n'existe pas. La tumeur est ordinairement un peu allongée, suivant la direction d'une des gaînes que j'ai indiquées. Du reste, on ne remarque aucune déformation dans la partie du membre qui est affectée.

J'arrive au phénomène le plus remarquable et en même temps le plus important, puisqu'il est le symptôme pathognomonique; je veux parler du bruit crépitant que l'on obtient en faisant exécuter au membre des mouvemens de flexion, d'extension et de latéralité avec l'une des mains, l'autre étant appliquée sur la partie qui en est le siége. Cette espèce de crépitation, qui ressemble quelquefois à celle que l'on obtient dans la première période de la pneumonie à l'aide de l'auscultation, est parfois assez forte pour simuler celle que l'on obtient par le frottement de deux fragmens osseux; mais il doit être excessivement rare qu'elle soit assez considérable pour la simuler parfaitement; je crois même que cela est rigoureusement parlant impossible; le plus souvent, au contraire, elle est très-faible et ressemble plus ou moins au bruit que produit l'amidon lorsqu'on le comprime entre les doigts, ou bien à celui que font entendre des poireaux lorsqu'on les presse en leur imprimant quelques mouvemens pour leur faire changer de rapport. On pourrait même quelquefois les comparer au bruit que produit le frottement de deux bandes appliquées l'une sur l'autre, ou encore, selon M. Velpeau, au bruit de givre, au bruit qu'on produit en marchant sur de la neige après une forte gelée, etc.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Quelles sont les maladies avec lesquelles on pourrait confondre la crépitation des coulisses tendineuses?

Les caractères tranchés de l'érysipèle et de l'inflammation phlegmoneuse m'empêchent de penser qu'on puisse les confondre jamais avec la

grain; qu'il ouvre une artère ou estropie un malade dans l'ivresse: nul doute qu'il ne soit dans le cas du chartier dont la poutre a blessé le passant. De même s'il était démontré que M. Noroy eût piqué l'artère brachiale, et que, reconnaissant cet accident, il eut, comme on l'en a accusé, abandonné son malade souffrant, on l'aurait justement condamné, non parce qu'il aurait blessé l'artère, mais parce que reconnaissant sa première faute il eût aggravé volontairement la position de son malade en le livrant sans secours aux suites de l'accident.

Cependant M. Dupin, entraîné par la justesse de son esprit, a établi des distinctions très logiques quand il en est venu aux faits particuliers. Il ne veut pas d'irresponsabilité absolue, mais il reconnait des cas où le médecin n'est pas responsable. Suivant lui le médecin peut prescrire des remèdes qui tuent le malade, blesser une artère dans la saignée, se tromper sur le caractère d'une maladie, et n'être pas responsable de cette erreur, alors même qu'elle a les suites les plus funestes. Mais nous ne demandons pas autre chose. Cette déclaration est importante, c'est la concession du principe de l'irresponsabilité, jusqu'où les bons esprits la réclament. Venu de la part de M. le procureur général repoussant le pourvoi d'un médecin pour lequel on l'invoque, c'est la reconnaissance en fait de ce principe, moins l'application dans l'espèce. M. Dupin a dit en effet: *Je ne m'arrête pas à savoir si Thouret a ou n'a pas piqué l'artère, s'il a ou n'a pas prescrit le traitement convenable*; et le seul motif de condammation valide à ses yeux, c'est l'abandon du malade au moment où il avait le plus besoin de secours. Voilà certes une interprétation du principe aussi large que nous la désirions; et si M. Dupin avait commencé sa réplique par les faits, nul doute que son excellent esprit l'eût conduit à une conclusion toute différente de celle qu'il avait posée *à priori*.

Je ne m'arrêterai pas aux subtilités auxquelles M. le procureur général a eu recours pour repousser le pourvoi. Il a reconnu le vice du premier jugement, et il n'a pas vu qu'en défendant l'arrêt de la Cour de Rouen, il tombait dans une flagrante contradiction. L'arrêt s'appuie principalement sur le fait de l'abandon du malade; et M. Dupin s'est retranché derrière cette circonstance matérielle. Mais, ainsi que M. Cremieux l'a fait remarquer, l'accusation d'abandon du malade tombe, s'il est démontré qu'il n'y avait pas maladie. Or, c'est précisément par le premier jugement que l'existence contestée et non démontrée de l'anévrisme a été faussement établie. Il s'ensuit donc qu'en rejetant le jugement, M. Dupin aurait dû rejeter aussi l'arrêt qui en découle.

Comme nous l'avons dit au commencement de cet article, si la cause du médecin a été perdue, il n'en est pas de même de la cause de la profession. Par une inextricable réunion de difficultés, il n'a pas été possible de séparer dans le procès ce qui tenait à la responsabilité médicale de ce qui appartenait à des circonstances particulières et personnelles. Mais les déclarations de M. le procureur-général, mais le texte de l'arrêt lui-même n'en demeureront pas moins comme la reconnaissance la plus formelle du principe que nous n'avons cessé de défendre depuis le commencement de ce procès. La Cour suprême n'a invoqué en effet ni l'accident, ni son traitement, ni ses suites; elle s'est bornée à parler de l'abandon dans lequel le médecin aurait laissé son malade, et en cela, à part le défaut de preuves, elle n'a fait qu'une juste application de la loi sur la responsabilité générale, à laquelle tous les médecins consciencieux et éclairés consentiront à se soumettre. Si la preuve expérimentale de ce que nous venons d'affirmer manque encore, qu'un médecin soit traduit devant les tribunaux pour avoir piqué l'artère en faisant une saignée, ou laissé mourir son malade faute de n'avoir pas reconnu la maladie, ou de l'avoir traitée à rebours, et l'on ne verra plus évoquer contre lui ni lois romaines, ni anciens arrêts des parlemens, ni même les lois qui règlent la responsabilité des agens de change, des avoués, des notaires, des architectes et des chartiers.

crépitation des gaînes tendineuses; la crépitation, la forme de la tumeur suffiraient seules pour établir la distinction.

Il paraît plus difficile de la distinguer d'avec les tumeurs hydatiques; pourtant cette dernière maladie, qui est beaucoup plus rare, se rencontre ordinairement à la partie antérieure du poignet, où elle forme deux tumeurs l'une au-dessus, l'autre au-dessous du ligament antérieur du carpe, qui communiquent et offrent une fluctuation évidente.

Dans les tumeurs hydatiques, la forme est très-régulière; il y a à peine de la douleur, la marche de la maladie est beaucoup plus lente et les causes bien souvent ignorées; du reste, on y observe de la crépitation; mais on reconnaîtra toujours qu'on n'a pas affaire à la maladie qui nous occupe, si elle ne disparaît pas ou au moins ne diminue pas en peu de jours sous l'influence des moyens que j'indiquerai plus loin. Je crois qu'il n'arrivera jamais ou rarement qu'on se soit mépris jusqu'à cette époque.

On ne la confondra pas avec ce qu'on appelle ganglion, parce que celui-ci siége le plus ordinairement à la partie postérieure du poignet, que la tumeur qu'il forme est arrondie, presque indolente à la pression, plus ou moins mobile, circonscrite, et qu'elle s'est développée lentement.

Les hydropisies des gaînes tendineuses seront distinguées par la présence de la fluctuation bien manifeste sur leur trajet, le gonflement paraît mieux limité, absence de la crépitation, etc.

Les tumeurs lipomateuses existent assez rarement sur le trajet des tendons à gaînes; si pourtant ce cas se présentait, on les distinguerait facilement en égard à la lenteur de leur développement, à leur forme plus ou moins arrondie, lobuleuse, à l'absence de la crépitation.

Je crois si peu qu'on puisse confondre jamais avec la crépitation des gaînes tendineuses les tumeurs cancéreuses dont le siége est voisin des tendons, que je n'en parlerai point; j'en dirai autant des tumeurs blanches articulaires.

L'entorse pourra dans certaines circonstances tellement bien simuler la maladie qui nous occupe, qu'on ne pourra l'en distinguer; en effet, on observe dans certaines entorses une sorte de crépitation; mais ne pourrait-on pas penser qu'alors l'entorse est compliquée de la crépitation dont je parle? Aussi remarque-t-on une tuméfaction plus ou moins considérable en avant de quelque tendon à gaîne; du reste, l'erreur ne serait pas préjudiciable au malade: dans une circonstance comme dans l'autre, il subira le même traitement.

Je ne pense pas qu'on puisse confondre avec la maladie que je décris les luxations. L'impossibilité complète ou presque complète de faire exécuter au membre quelques mouvemens d'extension ou de flexion, sa difformité, l'absence de la crépitation, les commémoratifs, rendent la méprise difficile ou même impossible.

Ce qu'on a le plus souvent confondu avec le *laï*, c'est la fracture de l'extrémité inférieure du radius. C'est à l'occasion de cette erreur que M. Velpeau l'a d'abord remarquée en 1818 à l'hôpital de Tours. Un jeune menuisier vint à la consultation de cet hôpital pour faire renouveler l'appareil qu'on lui avait placé sur l'avant-bras quelques jours auparavant pour une prétendue fracture du radius à son extrémité inférieure; l'appareil étant enlevé, on voulut constater l'existence de la fracture, et bientôt on put se convaincre par les mouvemens imprimés au pouce, que la crépitation dont il s'agit ici en avait imposé au chirurgien et avait fait supposer une fracture de l'os qui réellement n'existait pas. L'attention soutenue pourra presque toujours suffire pour empêcher qu'on ne confonde ces deux maladies; l'absence de la déformation, la situation, la forme de la tumeur, le caractère de la crépitation, seront suffisans pour que l'erreur ne soit pas permise, du moins dans la plus grande majorité des cas.

MARCHE, DURÉE ET TERMINAISON.

Le plus ordinairement, le malade commence par éprouver un peu de douleur lorsqu'il fait quelques mouvemens, quelquefois même dans l'état de repos; mais cela est plus rare. Bientôt on voit apparaître de la tuméfaction, qui devient rarement considérable. Enfin, l'affection se dessine avec les caractères que nous lui avons assignés; elle reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long; ordinairement six, huit ou dix jours; d'autres fois seulement au bout d'un mois.

J'ai rapporté plus haut un cas où elle n'avait permis à celui qui la portait de reprendre ses travaux que deux mois après son apparition. Dans toutes les observations citées jusqu'à présent, la terminaison a toujours été la même, constamment elle a été heureuse. Elle peut quelquefois se terminer par l'hydropisie des gaînes.

Cette maladie présente des variétés dans son intensité et peut être dans son siége. Mais le nombre des observations publiées jusqu'à ce jour ne permet pas de leur assigner des caractères particuliers. Je me suis donc borné à donner les caractères de la maladie elle-même, sans parler de ses variétés plus ou moins nombreuses.

SIÉGE ET NATURE PRÉSUMÉS DE LA CRÉPITATION.

Boyer pensait que son siége était dans le tissu cellulaire qui environne les muscles; cette opinion ne me paraît pas admissible en thèse générale; il suffit de l'avoir observée seulement trois ou quatre fois, avec beaucoup d'attention, pour être persuadé que ce n'est point là le lieu qu'elle occupe; car lorsqu'on la sent vers le milieu ou à la partie supérieure de l'avant-bras, c'est seulement des vibrations éloignées de leur point de départ que l'on perçoit, comme on pourrait également les percevoir en touchant les extrémités des doigts.

Maintenant, est-ce la portion fibreuse qui est affectée? Je ne le pense pas non plus; car il faut, pour obtenir la crépitation, faire glisser le tendon dans sa gaîne, et la pression seule ne la fait pas sentir ou la fait sentir imparfaitement. En procédant par voie d'exclusion, on pourrait presque affirmer que ce n'est ni la peau, ni le tissu cellulaire, ni la portion fibreuse des gaînes qui seraient le siége de la maladie déjà appelée laï. Me voilà arrivé à interroger la membrane, ou plutôt si nous adoptons l'opinion de M. Velpeau, la surface synoviale; voilà, je crois, les idées qu'on peut émettre. Les mouvemens répétés souvent et violemment font qu'une plus grande quantité de synovie est sécrétée et dépensée, que cet excès de sécrétion et le frottement du tendon enflamment la membrane, que cette inflammation empêche une nouvelle sécrétion de synovie et détermine l'épanchement d'une matière plastique à l'intérieur et à l'extérieur de la synoviale; qu'une petite quantité de gaz qui, suivant l'opinion de Lohstein (*Anatomie patholog.*, t. 1, p. 61), se trouve perpétuellement disséminée dans toutes les mailles de nature synoviale, et qui se trouvait former la partie externe des gaînes séreuses est augmentée; ce produit de sécrétion était appelé, par les anciens, *halitus vitalis*.

La membrane synoviale enflammée devient le centre d'une fluxion et détermine l'afflux des liquides qui hypérémient les tissus environnans, lesquels peuvent quelquefois être enflammés, ce que dénoterait assez la rougeur et la chaleur de la peau. En dernière analyse cette maladie serait donc une phlegmasie des coulisses tendineuses, avec sécheresse et rugosité légère des surfaces synoviales contiguës. Le sentiment de crépitation me paraît dû à cet état, et de plus à la pression exercée sur les surfaces synoviales par la tuméfaction des parties qui les entourent. Du reste, je ne dis rien avec certitude, puisque l'anatomie pathologique ne nous a point encore éclairés sur la nature intime de cette affection. Il est probable qu'on ne la connaîtra pas de sitôt d'une manière positive, car elle n'est pas assez grave pour produire la mort; et ce n'est que dans le cas où l'individu qui en serait affecté viendrait à succomber à une autre affection, qu'on pourrait avoir des idées positives à cet égard. Jusqu'alors on sera forcé de s'en tenir à des conjectures.

TRAITEMENT.

Le traitement employé jusqu'ici n'a pu être établi sur des bases fixes et invariables; pourtant on peut dire d'une manière générale que lorsque le mal est récent, douloureux, la peau légèrement colorée et chaude, les antiphlogistiques peuvent être employés avec quelque avantage. Néanmoins dans certains cas où presque toutes ces circonstances se trouvaient réunies, quinze, vingt et même trente sangsues appliquées à deux ou trois reprises différentes n'ont pas paru abréger bien sensiblement la durée du mal; les cataplasmes émolliens, les ablutions d'eau froide ont été employées inefficacement. Cependant on ne doit pas négliger d'y avoir recours. C'est particulièrement lorsque la maladie est en quelque sorte à l'état chronique que les résolutifs, les embrocations avec l'eau-de-vie et le savon, le baume opodeldoch, les linimens opiacés ou alcalins, des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée, des frictions avec la pommade de belladone, ou diverses pommades résolutives ont été employées, quoique sans un succès bien marqué. Les deux moyens dont les effets avantageux ne peuvent être révoqués en doute, sont le repos et la compression méthodique, combinés surtout avec l'emploi des liquides résolutifs. Pour pratiquer cette compression méthodique, on applique une compresse de linge souple en quatre ou cinq doubles, sur toute la longueur de la partie gonflée; cette compresse est ensuite fixée à l'aide d'un bandage roulé, bien appliqué; on imbibe le tout soit d'eau de Saturne, soit mieux encore d'eau-de-vie camphrée. En joignant à ce mode de pansement le repos absolu de la partie affec-

tée, il est rare qu'au bout d'une huitaine de jours la crépitation, le gonflement et la douleur n'aient pas disparu ou beaucoup diminué.

Obs. I. — Une paysane de 48 à 50 ans, faisant habituellement un exercice très-modéré, surtout marchant peu, fit un jour plusieurs lieues, ayant à ses pieds des sabots. Vers la fin du jour elle se coucha, se plaignant simplement d'une grande fatigue. Le lendemain matin, ne souffrant nullement, elle voulut descendre de son lit; mais dès le moindre mouvement elle éprouva quelques douleurs vers le coudepied droit; elle y porta la main, et s'aperçut qu'il était gonflé. Aussitôt elle me fit venir et me demanda mon avis. J'examinai la tumeur, qui était placée au milieu du coude-pied, et s'allongeait vers la région anterieure de la jambe. J'obtins, avec la plus grande facilité, la crépitation que j'ai indiquée précédemment, par des mouvemens de flexion et d'extension Elle m'assura ne point avoir reçu de coup. En effet, il n'y avait aucune trace de contusion; la peau était simplement un peu chaude; pour tout commémoratif que j'aie pu recueillir, c'est qu'au commencement de sa marche elle avait fait un faux pas qui l'avait fait tomber sur les genoux et les mains. Je lui prescrivis de garder le repos; j'elevai le pied et je comprimai méthodiquement. Deux jours après elle se leva, et au bout de six jours tout avait entièrement disparu.

Je possède une autre observation presque entièrement semblable à celle-ci; la malade avait le même siége; elle reconnaissait la même cause. Elle en différait en ce que son intensité était moindre, et qu'elle affectait le coude-pied droit et le coude-pied gauche.

Obs. II.—Une femme âgée d'environ 30 ans, forte et bien constituée, employée à la buanderie de l'hôpital de la Pitié, fut admise dans les salles de M. Velpeau, au mois de décembre dernier. Elle s'était fatiguée plus que de coutume à tordre du linge; depuis trois jours elle souffrait du poignet droit. Une tuméfaction légère avec un peu de rougeur à la peau, se remarquait comme contournée en spirale sur l'extrémité inférieure du radius, depuis l'apophyse styloïde ou la racine du pouce, jusqu'au tiers moyen de la face postérieure de l'avant-bras. En voyant cette femme, M. Velpeau dit aux élèves qu'il s'agissait d'une crépitation des coulisses tendineuses. Chacun put s'assurer immédiatement du fait, en embrassant et en comprimant doucement la tumeur d'une main, pendant que de l'autre on faisait mouvoir le pouce, et même par la simple compression. La douleur, peu prononcée par elle-même, devenait assez vive au moment de ces manœuvres. Une compresse graduée et le bandage roulé furent appliqués et souvent imbibés de liqueurs résolutives, comme j'ai dit plus haut. On a renouvelé le bandage trois fois, et au bout de six jours la malade a repris ses occupations.

Obs. III.—Un homme âgé de 45 ans, robuste, d'une courte stature, plâtrier, vint à la Charité, vers la fin de mars 1835, consulter M. Velpeau pour une douleur qu'il ressentait au poignet. La maladie datait de quatre jours. Le gonflement occupait la moitié inférieure du bord externe de la face postérieure de l'avant bras droit, et s'étendait jusqu'à la racine du pouce. La crépitation s'entendait et dans le trajet des tendons du court extenseur et du long abducteur, et dans celui du long extenseur du pouce, et le long des radiaux, et même sur la ligne de l'extenseur commun, depuis la partie la plus élevée de la tuméfaction jusque sur la face dorsale du métacarpe.

Le professeur prévient même qu'il n'avait point encore observé la maladie avec une crépitation aussi étendue. Du reste, le malade, qui souffrait à peine pendant le repos, ne pouvait fléchir ni les doigts ni le poignet, sans éprouver aussitôt une assez vive douleur. On le soumit au même traitement que la femme qui fait le sujet de l'observation precédente, et le résultat en fut également prompt et satisfaisant.

En preuve de la fréquence de cette maladie, je pourrais ajouter que M. Velpeau en cite maintenant de 25 à 30 exemples, que MM. Bricheteau et Maingault disent aussi l'avoir fréquemment rencontrée, et qu'il se passe peu de mois sans qu'il s'en présente de nouveaux exemples aux diverses consultations publiques de la capitale. Je dois dire également que M. Velpeau l'a rencontrée non-seulement dans la coulisse des péroniers latéraux du jambier postérieur, des extenseurs du pouce, des radiaux externes, de l'extenseur commun des doigts, mais encore dans celle de la région antérieure du carpe et dans le trajet de la gaîne fibro-synoviale du double tendon fléchisseur de chaque doigt. Il nous a même rapporté à cette occasion l'observation de deux femmes traitées dans son service, en 1831 et 1832, pour une dégénérescence fongueuse des coulisses du devant des phalanges, qui avait été la suite d'une semblable crépitation. C'est donc une maladie qui mérite de prendre rang dans le cadre nosologique de la chirurgie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers d'avril et mai contiennent : 1° des *observations de ligatures des artères axillaires, cubitale et tibiale postérieure, avec quelques remarques sur les hémorragies traumatiques et sur leur traitement*, par M. Bérard aîné; 2° *recherches sur la dysenterie*, par M. Thomas (de Tours); 3° *observations diverses de clinique chirurgicale*, par M. Lallemand; 4° *mémoire sur plusieurs points de la respiration*, par M. Gerdy; 5° *observation de tissu encéphaloïde développé à la place du cal dans une fracture du fémur*, par M. Coliny; 6° *observations relatives à divers procédés opératoires employés contre des tumeurs érectiles*, par M. Lallemand; 7° *observation d'une oblitération complète de l'aorte abdominale, avec des réflexions*, par M. Barth, interne; 8° *recherches sur les caractères chimiques de la salive, considérés comme moyen de diagnostic pour quelques affections de l'estomac*, par M. Donné, premier article; 9° *bulletin de la Société anatomique.*

OBSERVATIONS DE LIGATURE DES ARTÈRES AXILLAIRE, CUBITALE ET TIBIALE POSTÉRIEURE, avec quelques remarques sur les hémorrhagies traumatiques et leur traitement; par M. le professeur Bérard aîné.

Plusieurs faits relatifs à des blessures d'artères ayant été adressés à la Gazette médicale, au commencement de 1834, et ayant soulevé une discussion sur les meilleurs moyens à opposer à l'hémorrhagie, nous prîmes occasion de mettre toutes ces observations en regard, et leur comparaison nous conduisit à divers corollaires pratiques. M. Bérard a remarqué le suivant qu'il cite.

« Toutes les fois que la ligature à la méthode d'Anel a été appliquée immédiatement après l'accident, elle a réussi de la manière la plus complète. Artères radiale ou humérale, fémorale ou tibiale, le résultat a été le même. Au contraire, quand la ligature a été placée long-temps après l'accident, le retour de l'hémorrhagie par le bout inférieur a été un fait presque constant. »

» C'est avec cette ebauche défavorable, poursuit M. Bérard, c'est-à-dire en opérant assez long-temps après l'accident, que j'ai deux fois employé la méthode d'Anel dans le courant de l'année dernière, et cependant le succès a été complet. J'ai d'autre part été obligé de recourir à la ligature des deux bouts du vaisseau dans un cas où la plaie était récente, et j'ai quelque raison de croire que la méthode d'Anel n'eût pas mis le blessé à l'abri des hémorrhagies par le bout inférieur. »

Comme les conclusions que nous avions tirées ne s'appuyaient que sur les faits apportés dans la discussion, et qu'il est bien difficile d'ailleurs de trouver en chirurgie une règle universelle, il n'y aurait rien d'étonnant que l'on pût nous opposer quelques exceptions; mais ce qui étonnerait davantage serait d'en rencontrer trois de suite. Heureusement les observations de M. Bérard ne s'écartent pas autant des observations de la Gazette médicale qu'on pourrait le penser.

Dans le premier cas, il s'agit d'une lésion de l'artère humérale par suite d'un coup de feu; la première hémorrhagie n'eut lieu qu'au quinzième jour, fut arrêtée par la compression, et se renouvela le vingt-deuxième. M. Bérard est averti, enlève le tourniquet qu'on avait appliqué, et, phénomène assez étrange, l'hémorrhagie était arrêtée et néanmoins le pouls se faisait sentir à la radiale. L'artère fut liée dans le creux de l'aisselle; aussitôt ces battemens cessèrent. Le malade guérit très-bien et sans avoir éprouvé d'autre hémorrhagie.

Nous avions eité nous-mêmes un fait analogue; c'est pourquoi nous n'avions annoncé que comme *presque constant* le retour de l'hémorrhagie. La méthode d'Anel n'est pas alors aussi efficace que lorsque la lésion est récente; mais elle peut réussir quelquefois. On remarquera d'ailleurs dans ce fait la persistance des battemens de la radiale, malgré la suspension de la compression et de l'hémorrhagie; M. Bérard l'explique en disant que la lésion du vaisseau n'occupait qu'une partie de sa circonférence, et qu'en ce moment elle était bouchée par un caillot qui résistait momentanément à l'effort latéral du sang sans interrompre la circulation dans le vaisseau. Cette théorie paraît au moins très-probable; et comme on sait que rarement ces lésions latérales des artères se laissent oblitérer, et qu'il y a plus de danger du retour de l'hémorrhagie ou d'un anévrisme consécutif que si l'artère était complétement divisée, il s'ensuit que la ligature est plus urgente dans le premier cas que dans le second, et le phénomène signalé par M. Bérard pourra donc quelquefois éclairer le diagnostic et les indications.

Dans le second cas, l'artère cubitale était lésée, et le quatorzième jour il était survenu une hémorrhagie. L'artère fut liée et le sang ne reparut plus; mais il faut ajouter que M. Bérard comprima l'artère radiale à l'aide d'une compresse graduée soutenue par des bandelettes agglutinatives. Ce n'est donc plus ici la méthode d'Anel qui a été employée, puisqu'on a interrompu la circulation dans les deux bouts du vaisseau.

Enfin le troisième cas se rapporte à une plaie récente de la tibiale postérieure, un peu au-dessus de la malléole interne. Le vaisseau mis à nu, le bout supérieur fut lié; un jet de sang jaillit du bout inférieur qu'il fallut lier aussi; enfin un autre jet de sang s'échappait encore de la veine tibiale postérieure; on l'arrêta par la compression au-dessous de la plaie. On ne saurait d'ailleurs attribuer à la veine le jet de sang qui paraissait partir du bout inférieur; car on voyait au fond de la plaie les deux ligatures agitées des mouvemens que leur communiquait l'artère.

Nous avons noté nous-mêmes des observations semblables de M. Grisolle : ce sont des anomalies qui ne prouvent pas plus contre la méthode d'Anel, que si on voulait l'appliquer, par exemple, sur une grosse branche anastomotique. L'hémorrhagie ne revient pas alors par le bout inférieur, elle y existe; et comme très-probablement il y a continuité directe d'une artère avec une autre, on peut dire qu'une seule blessure a ouvert deux vaisseaux, et qu'il est essentiel de les lier tous les deux. Il est d'ailleurs très-facile, avant l'opération, de s'assurer si cette anomalie existe. En effet, on n'a qu'à comprimer le bout supérieur, et voir si le jet artériel persiste par le bout inférieur; alors une double ligature est d'une nécessité évidente, à moins qu'on ne la remplace par la compression.

M. Bérard tire quelques conclusions d'un autre genre de son intéressant travail. Le sujet de la première observation avait au bras un phlegmon œdémateux. L'artère liée, l'inflammation s'arrêta tout à coup, faute d'aliment, pour ainsi dire. M. Gerdy avait déjà signalé un effet analogue de la ligature de la crurale dans un cas de plaie de la cuisse par une arme à feu. Nous ajouterons que M. Dupuytren l'avait fait aussi remarquer dans un cas de fracture compliquée de la jambe, avec lésion des vaisseaux, qui avait exigé la ligature de la crurale. De là ce corollaire : « que la ligature de l'artère principale d'un membre peut modifier le travail inflammatoire qui siégeait dans ce membre avant l'opération. » L'auteur ajoute « que d'une autre part la présence d'un phlegmon dans un membre dont on lie l'artère, augmente les chances du rétablissement de la circulation par les voies collatérales. » Cela est possible et paraît même probable; mais il y a loin de là à une démonstration directe; et précisément dans l'observation rapportée par M. Bérard, le malade sortit guéri, sans que le pouls eût reparu à aucune des artères de l'avant-bras.

Enfin M. Bérard termine par un précepte fort juste, savoir : qu'il faut s'abstenir autant que possible, pendant qu'on pratique la ligature d'une artère, de faire comprimer l'artère principale du membre, parce que l'on arrête ainsi la circulation veineuse, d'où il résulte une pluie de sang veineux dans la plaie. Nous avons eu occasion nous-mêmes de signaler un inconvénient semblable quand on se sert du garrot pendant une amputation.

RECHERCHES SUR LA DYSENTÉRIE, par S. THOMAS de Tours, D.-M. P.

L'auteur de cet article, qui avait été attaché aux hôpitaux de Paris pendant six ans, et qui n'y avait pas observé un seul cas de dysenterie, se trouva dans des circonstances favorables pour étudier cette maladie, quand une épidémie dysentérique se développa dans un régiment de cavalerie stationnant à Tours en juillet 1821. Nous regrettons beaucoup que ses recherches aient été exclusivement bornées à l'anatomie pathologique, et nous-mêmes, sous ce rapport, nous ne trouvons que peu de détails intéressans à noter.

Le sujet sur lequel les altérations ont pu être observées à l'époque la plus rapprochée du début de la maladie, était mort le huitième jour. A cette époque le gros intestin présentait de petites ulcérations arrondies qui semblaient avoir leur siége dans les follicules intestinaux. Ce fait, s'il était bien constaté, serait d'une assez haute importance, puisqu'il en résulterait que l'origine des ulcérations de la dysentérie serait dans les follicules intestinaux, ainsi que cela est déjà démontré pour les ulcérations que l'on trouve chez les sujets qui sont morts d'une affection typhoïde, et pour la plupart de celles que l'on trouve dans les intestins des phthisiques. Aucun sujet n'a succombé avant le huitième jour; il est donc impossible de savoir quelles sont les altérations dès les premiers jours; cependant il nous semble naturel de conclure, de la petitesse des ulcérations au huitième jour, qu'elles n'ont pas existé dès le début de la maladie; et rien ne dépose ni dans ce fait, ni dans tout le reste du mémoire de M. S. Thomas, contre l'opinion des médecins qui attribuent le développement de ces ulcérations à l'irritation produite par l'écoulement d'une nature toute spéciale, et qui fait l'un des caractères principaux à la dysentérie. Peut-être même trouverons-nous, dans le mémoire de M. S. Thomas, quelques passages favorables à cette opinion, qui, du reste, nous semble assez d'accord avec les faits. Ainsi, lorsqu'il signale la concrétion pelliculeuse ou cette espèce de fausse membrane qui se forme à la surface des ulcérations, il se demande si elle ne serait pas là pour protéger le tissu cellulaire du contact des matières contenues dans l'intestin; il dit même en avoir trouvé une quantité notable dans les selles dès le quatrième ou le cinquième jour de la maladie. Au reste, cette membrane recouvre quelquefois une grande étendue de la muqueuse, qui au-dessous est rouge, ramollie et complétement dépourvue d'épiderme, et qu'elle semble destinée à remplacer; et cette membrane elle-même n'est que le produit de l'acte inflammatoire; et sous ce rapport elle peut se rapprocher des fausses membranes qui recouvrent quelques ulcères de la bouche, ou de celle qui constitue le muguet, et au-dessous de laquelle la peau reste dénudée.

Un point de quelque importance encore, sur lequel les recherches de M. S. Thomas lui permettent de jeter quelque jour, c'est la question de savoir si la muqueuse du rectum est épaissie dans la période aiguë de cette maladie, comme l'ont écrit plusieurs auteurs. Le plus souvent le boursoufflement que l'on remarque autour des ulcérations, dépend de l'épaississement de la tunique celluleuse ou même de la musculeuse; et il est fort rare que la muqueuse soit réellement épaissie, à moins qu'il ne s'agisse de cas de dysentérie chronique.

Parmi les autres altérations signalées par l'auteur, nous n'en trouvons aucune qui mérite de fixer l'attention, soit par sa gravité, soit par sa fréquence. Cependant nous dirons avec lui qu'il existe une différence considérable, mais qui s'explique facilement par le siége de la maladie, entre les organes contenus dans les cavités thoracique et crânienne qui sont dans un état anémique frappant, et ceux de la cavité abdominale qui offrent presque tous des signes d'injection ou de congestion. Mais pour nous ces phénomènes anatomiques sont simplement consécutifs, et leur connaissance ne peut être d'une grande utilité pour le traitement de la maladie, surtout pendant les premiers jours.

OBSERVATIONS DIVERSES DE CLINIQUE CHIRURGICALE, par F. LALLEMAND, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Sous ce titre sont comprises trois observations : la première a trait à un abcès par congestion ouvert au côté gauche de l'anus, qui simula pendant six ans une fistule à l'anus, et fut opéré comme telle par M. Lallemand lui-même. Ce ne fut qu'après la sortie de plusieurs esquilles nécrosées, que le professeur songea à examiner la colonne vertébrale, et reconnut qu'elle offrait une courbure anormale vers le milieu du dos, et une saillie bien prononcée de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre des lombes. Trente cautères furent appliqués dans l'espace de huit mois, et le malade conduit à une guérison complète.

La seconde concerne une lésion de l'artère axillaire par un coup d'épée. La sous-clavière fut liée le lendemain au-dessus de la clavicule, malgré de nombreuses difficultés; l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire était si considérable, qu'on ne trouva l'artère qu'à quatre pouces de profondeur. Malgré des accidens graves, le blessé guérit sans hémorrhagie. C'est donc là un nouveau fait à ajouter aux succès obtenus par la méthode d'Anel appliquée aussitôt après l'accident.

La troisième est plus importante, et mérite d'être reproduite avec quelques détails.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE DE PLUS D'UN POUCE DE LONG SUR QUATRE LIGNES DE LARGE, COMPLÉTEMENT GUÉRIE APRÈS DEUX ANS D'EXISTENCE, PAR UNE SEULE APPLICATION DE LA SONDE-ÉRIGNE.

OBS. — Françoise Fejon accoucha pour la première fois à 23 ans. La sage-femme qui l'assista laissa la tête de l'enfant engagée dans le bassin pendant vingt-quatre heures; un chirurgien appelé alors ne put faire l'extraction qu'à l'aide des crochets. Immédiatement après, l'urine s'écoula par le vagin, et depuis lors il n'en est plus sorti par l'urètre. Après deux ans de traitemens variés et infructueux, la malade vint à l'hôpital Saint-Eloi le 14 avril 1833. La santé générale était excellente, et le moral également satisfaisant.

Après quelques jours de repos, des bains, et après avoir fait raser les parties, M. Lallemand explora la fistule à l'aide d'un spéculum ouvert dans sa moitié supérieure et coupé en bec de flute, d'un stylet courbe et d'une sonde de femme. Il prit de plus une empreinte par le vagin. Par ces divers moyens il constata que le bord antérieur de la fistule était à 16 lignes du meat urinaire, qu'elle avait la forme d'un croissant à concavité tournée en avant, une direction à peu près transversale, enfin que son grand diamètre avait au moins un pouce d'etendue, et l'antéro-postérieur environ quatre lignes.

Le 23 avril, après avoir introduit dans la vessie une sonde de femme pour abaisser la paroi vaginale, et dans le vagin le spéculum indiqué, on cautérisa pour la première fois la fistule à l'aide d'un cylindre de nitrate d'argent fixé perpendiculairement au bout d'une longue tige de fer bifurquée et serrée par un anneau. Immédiatement après on fit plusieurs injections dans la vessie. La malade n'éprouva ni douleur ni cuisson.

Le 27, nouvelle cautérisation suivie de cuisson.

Le 29, apparition des règles.

Le 2 mai, troisième cautérisation ; on en fait une quatrième le 8 ; une cinquième le 13. Chaque fois la douleur augmentait ; à la dernière il y eut des élancemens douloureux.

Le 14, symptômes d'embarras gastrique : on donne 24 grains d'ipéca.

Le 15, des mucosités purulentes sortent par le vagin ; les bords de la fistule sont rouges, tuméfiés, saignans au plus léger contact ; les escarres vont se détacher. C'est le moment le plus favorable à l'application de la sonde-érigne. Il y a trop peu de temps que les règles sont passées pour qu'on ait à craindre leur retour ; pour prévenir les efforts de défécation durant le travail de cicatrisation, on donne dans la nuit 2 onces de sulfate de soude, et le lendemain au soir on procède à la réunion.

Une sonde de femme fut introduite dans la vessie, et les doigts indicateur et médius dans la fistule, pour achever de faire tomber les debris des escarres. Puis la sonde-érigne fut appliquée à la manière accoutumée. Dès que le ressort fut lâché, les bords de la fistule se trouvèrent exactement affrontés ; l'instrument était tenu si solidement par lui-même, que tout autre moyen de l'assujétir fut jugé inutile. L'urine s'écoulait par l'urètre.

Pendant trois jours, calme complet ; le quatrième, douleur dans le vagin, espèce de pincement du côte de la vessie. Le cinquième jour on remplaça l'instrument par une sonde de femme, et le lendemain par une sonde en gomme élastique. Pas une goutte d'urine ne s'échappe plus par le vagin.

Le 8 juin, la malade urine sans sonde, et deux mois après elle quitte l'hôpital.

A sa sortie, M. Lallemand prit une nouvelle empreinte des parties, et obtint au niveau de la cicatrice une saillie transversale presque filiforme, de 5 à 6 lignes de longueur, assez semblable au raphé du scrotum. Un an après il eut occasion de revoir la malade, et de s'assurer que la guérison ne s'était pas un instant démentie.

OBSERVATIONS RELATIVES A DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES EMPLOYÉS CONTRE LES TUMEURS ÉRECTILES, par F. LALLEMAND, professeur à Montpellier.

M. Lallemand ayant affaire à une tumeur érectile qui occupait une grande étendue des gencives de la mâchoire inférieure et une partie de l'os, et qui avait déjà résisté trois fois à l'excision et à la cautérisation, se décida à mettre largement ces deux moyens en usage ; mais comme la base de la mâchoire était saine, il n'emporta qu'une partie de la hauteur de l'os et évita ainsi une grande difformité. Ce procédé avait été d'ailleurs tenté déjà par M. Roux de Saint-Maximin et Delpech ; ce n'était donc qu'une imitation heureuse. Mais ce qui est plus remarquable, la portion de la lèvre inférieure qui correspondait à la partie moyenne de la tumeur était d'un rouge violacé, parcourue par des vaisseaux très-développés et comme variqueux ; en un mot, elle semblait avoir éprouvé un commencement de transformation en tissu érectile ; néanmoins M. Lallemand ne fit que de simples incisions à cette lèvre pour mettre à nu la tumeur ; puis il réunit par suture, et cinq jours après la réunion était complète. Un mois et demi après, le malade sortit sans aucune trace de récidive.

Cette prompte réunion d'un tissu en partie déjà dégénéré attira l'attention du professeur. En méditant sur ce sujet, il arriva à cette idée, que les tissus érectiles accidentels, ressemblant aux tissus érectiles d'organisation normale, devaient se comporter de même dans des circonstances analogues ; ainsi les corps caverneux de la verge divisés se réunissent par une cicatrice qui nuit même beaucoup aux fonctions de l'organe ; la verge dans l'érection se courbe alors du côté lésé, parce que l'inflammation y a laissé un tissu plus dur que celui qui existait auparavant, ou, en d'autres termes, parce que le tissu érectile a été remplacé par un tissu fibreux. Pourquoi n'en arriverait-il pas autant aux tissus érectiles accidentels ? Cette idée fut mise à profit sur le malade dont on va lire l'histoire.

OBS. — Un enfant de troupe avait en naissant une tache rouge du volume d'une grosse lentille sur la partie moyenne de la lèvre supérieure. Cette tache s'accrut peu à peu, et quand l'enfant se présenta, à l'âge de 5 ans et demi, à l'hôpital Saint-Eloi, sa lèvre supérieure était rouge, épaisse, saillante, recouvrant l'inférieure d'environ un pouce ; le gonflement et la rougeur se terminaient insensiblement vers les commissures, et s'étendaient en haut à la cloison des fosses nasales, au pourtour de leur ouverture, et même à la muqueuse. Toutes ces parties étaient souples, élastiques, pâlissaient sous la plus légère pression et reprenaient aussi promptement leur couleur. La colère, l'excitation, les cris, etc., augmentaient rapidement la turgescence.

M. Lallemand jugea la compression inutile ; l'ablation eût laissé une difformité des plus hideuses et n'aurait pu atteindre l'intérieur des fosses nasales ; il n'avait nulle foi dans la ligature des artères ; après avoir long-temps hésité, le mal croissant toujours, il prit le parti suivant.

Il excisa de la partie moyenne du fongus un lambeau de 8 à 10 lignes de largeur à la base, au moyen de deux coups de ciseaux convergens vers la cloison. Le sang jaillit avec impétuosité ; les lambeaux furent comprimés par les doigts des aides, et rapidement réunis par quatre aiguilles implantées loin de la plaie et qui l'embrassaient dans toute son épaisseur. A mesure qu'elles furent serrées par les circonvolutions du fil, tout écoulement de sang s'arrêta.

Les jours suivans, turgescence violacée et douloureuse des parties voisines ; le troisième jour, un épistaxis dissipa ces symptômes. Du quatrième au cinquième jour on ôta les aiguilles ; le vingt-cinquième jour, les fils se détachèrent et laissèrent à nu une cicatrice solide, enfoncée, qui retirait de 5 à 6 lignes le bord libre de la lèvre vers la cloison des fosses nasales.

Encouragé par ce succès, l'opérateur, un peu plus tard, divisa la lèvre supérieure par une incision qui, partant de l'espace compris entre la cicatrice et la commissure droite, se dirigeait vers l'aile droite du nez. Le sang jaillit avec impétuosité du lambeau externe, et ne fit que suinter en petite quantité par l'autre surface, phénomène remarquable et dû sans doute à l'obstacle apporté à la circulation par la cicatrice médiane. On nota aussi que les aiguilles pénétrèrent avec facilité dans le lambeau externe, mais qu'elles rencontrèrent une grande résistance dans les parties voisines de la cicatrice. Une incision semblable fut immédiatement pratiquée du côté gauche, et donna lieu aux mêmes remarques.

Les résultats furent pareils à ceux de la première opération ; seulement une suppuration plus prolongée s'établit sur le trajet des aiguilles ; les cicatrices qui en résultèrent prirent partout la couleur blanchâtre du tissu fibreux ; et les tissus passèrent de la couleur violacée au rouge et au rose. La lèvre reprit presque son volume ordinaire, et cessa de dépasser l'inférieure. La cloison des fosses nasales restait seule tuméfiée, ainsi que la membrane muqueuse voisine.

D'après l'effet produit par les aiguilles, M. Lallemand imagina d'en passer plusieurs à travers la cloison pour y provoquer une inflammation, et par suite le développement d'autant de cicatrices. Cette opération offrit ceci de remarquable, que les aiguilles traversèrent facilement le cartilage des fosses nasales ; mais au-dessous elles furent arrêtées par la cicatrice, et on trouva leur pointe courbée comme un hameçon. Ainsi la cicatrice médiane était plus dure que la cloison des fosses nasales.

Quinze jours après l'application des aiguilles, leur trajet était comme cartilagineux. D'autres furent placées dans les intervalles, et bien que l'extrême indocilité du malade forçât chaque fois de les retirer au bout de deux ou trois jours, et ne permît donc pas d'obtenir une inflammation bien intense, cet enfant est à l'abri de toute récidive dans les parties qui ont pu être atteintes par l'opération ; si le mal se propageait à l'intérieur des narines, ce ne serait pas la faute du procédé, et s'il repullulait dans quelque point de la lèvre, il serait facile d'en arrêter les progrès par l'emploi des mêmes moyens.

En examinant avec attention l'effet des aiguilles, qui n'avaient d'abord été employées que comme moyen de réunion, M. Lallemand resta convaincu qu'elles avaient contribué à la guérison autant que les incisions, par l'inflammation qu'elles avaient déterminée sur les parties voisines. Un autre fait le confirma dans cette opinion. Un enfant était venu au monde avec une petite tache rouge vers le milieu de la joue gauche, qui, trois mois et demi après, faisait une saillie de 4 à 5 lignes, et avait environ 2 pouces dans sa plus grande longueur sur un pouce et demi de large. Il fallait promptement arrêter le mal. M. Lallemand incisa la tumeur dans toute son épaisseur et dans son plus grand diamètre, puis réunit la plaie avec quatre aiguilles. Cinq jours après, elles furent retirées ; les trous de leur trajet suppurèrent long-temps ; enfin tout se cicatrisa, et la tumeur, presque toute affaissée, n'offrait plus qu'une surface pâle, unie et luisante, comme celle des cicatrices régulières et minces qui succèdent à une brûlure superficielle de la peau. Il restait quelques points rouges disséminés à la surface, qui continuaient à pâlir et à s'affaisser ; mais les parens étaient impatiens ; le chirurgien traversa donc ces restes épars avec de très-petites épingles, ce qui suffit pour les transformer en tissu fibreux.

Ce succès était d'autant plus frappant que M. Lallemand ne pensait d'abord qu'à séquestrer la tumeur en plusieurs compartimens par des cloisons fibreuses ; mais encore alors la circulation aurait pu être entretenue dans chaque cellule par des vaisseaux venant directement du fond, au lieu que l'inflammation aiguë provoquée par les aiguilles s'est étendue au loin et a transformé la tumeur dans sa presque totalité. Il s'en fia donc exclusivement aux aiguilles dans le cas suivant.

OBS. — Une jeune fille avait apporté en naissant une tache rouge d'un pouce de diamètre vers le milieu de l'omoplate gauche. Au bout de trois mois, c'était une tumeur de 3 pouces de long sur 2 de large, dépassant le niveau de la peau de plus de 3 lignes, mamelonnée comme une framboise et de même couleur. On avait inutilement essayé de la comprimer entre deux tiges d'acier rembourrées et comprimées par une vis de rappel. L'enfant était chétive et fort irritable. M. Lallemand résolut de n'attaquer la tumeur que successivement et par différens points ; pour la protéger durant ce traitement, il fit fabriquer un corset de toile qui embrassait les épaules ; une ouverture de 4 pouces était ménagée vis-à-vis la tumeur ; un bourrelet circulaire de même dimension et d'un pouce d'épaisseur s'y adaptait à l'aide de cordons, pour être détaché durant chaque opération et préserver ensuite les parties de tout contact.

Il commença par appliquer sur l'extrémité inférieure de la tumeur une douzaine d'épingles fines, et recouvrit les intervalles de nombreuses circonvolutions de fil ciré. L'enfant cria peu et fut promptement apaisée. Trois jours après, application semblable à l'extrémité opposée ; en sorte qu'au bout de quarante jours toute la circonférence avait été piquée et était affaissée ou en suppuration. On laissait les épingles en place sept à huit jours, et même plus.

On allait attaquer le centre de la tumeur, quand on s'aperçut qu'il était violacé, tuméfié, très-chaud ; peu à peu il suppura, s'affaissa, se décolora, et au bout de quinze jours il était complètement transformé en une cicatrice plate et unie de 2 pouces d'étendue. Quelques points de la circonférence exigèrent encore le passage de quelques épingles, et la guérison fut complète au bout de deux mois et demi, après *cent vingt épingles au moins* passées à travers la tumeur.

« Il résulte de tous ces faits, dit l'auteur, que l'inflammation aiguë des tissus érectiles accidentels, par quelque cause qu'elle soit provoquée, suffit pour en amener la guérison. » Et c'est de cette manière qu'il explique les succès obtenus quelquefois par la compression.

Maintenant quels procédés doit-on préférer? Il pense que ce choix doit dépendre en partie du siége et de l'étendue de la maladie. Ainsi dans les deux premières observations, il agirait encore ainsi qu'il a fait; mais dans un cas semblable à la troisième, il n'emploierait plus que les aiguilles. Toutes les fois que le tissu érectile n'est pas libre et flottant, il n'y a aucun avantage à recourir à l'excision ou à l'incision. Nous ajouterons que nous ne voyons pas bien la raison de cette exception, et pourquoi le tissu érectile flottant ne céderait pas aux aiguilles aussi bien que tout autre. Un mot maintenant sur le manuel opératoire.

M. Lallemand avait d'abord employé des aiguilles à coudre très-fines, afin de pénétrer plus facilement; mais on ne peut ni les couper, ni les courber; inconvénient grave, parce qu'elles doivent rester long-temps en place. Les tissus érectiles sont si mous qu'il a été facile de substituer aux aiguilles des épingles très-longues et déliées, telles que celles qu'on emploie pour piquer les petits insectes; seulement il ne faut pas employer les plus déliées, parce que leur présence ne détermine pas une inflammation assez étendue; elles restent souvent huit à dix jours sans provoquer de suppuration. Des épingles de moyenne grosseur pénètrent aussi bien et sont toujours faciles à couper et à tordre.

Dans le principe, il passait des fils cirés autour de ces épingles pour comprimer les parties, augmenter l'inflammation et prévenir tout écoulement de sang; mais il a reconnu que cette précaution était inutile. Elle n'ajoute rien à l'effet des aiguilles, et d'un autre côté, ces craintes d'hémorrhagie sont tout-à-fait chimériques; dans le premier moment le corps étranger remplit la plaie qu'il vient de faire, et bientôt l'inflammation change la nature des surfaces divisées et rend toute hémorrhagie impossible. Il faut donc renoncer aux fils cirés; seulement, après l'application de la première épingle, il est bon de la soulever avec un fil pour pouvoir passer plus profondément la seconde, et ainsi de suite, afin que le tissu érectile soit embrassé dans toute son épaisseur.

Après la chute d'une première série d'épingles appliquées aussi parallèlement et aussi rapprochées que possible, il est bon d'en introduire d'autres dans une direction perpendiculaire avant que l'inflammation soit dissipée, à moins qu'elle ne soit suffisante pour amener la guérison.

Les parties tuméfiées prennent un aspect violacé et même noirâtre; loin qu'on doive s'en effrayer, c'est au contraire le signe le plus certain que l'inflammation est au degré nécessaire pour le but qu'on se propose. Il ne faut pas s'inquiéter davantage de l'aspect désagréable de la partie, non plus que de la suppuration sanieuse et sanguinolente qui en découle. On doit constamment se rappeler que l'inflammation est l'agent essentiel de la transformation qu'il s'agit d'opérer. M. Lallemand croit donc qu'on réussirait aussi bien avec le cautère incandescent ou la potasse caustique; mais les épingles sont plus faciles à manier et à diriger, moins effrayantes, et donnent des cicatrices plus belles qu'elles ne seraient probablement par ces autres moyens.

Observation d'une oblitération complète de l'aorte abdominale, recueillie dans le service de M. Louis, suivie de réflexions; par M. Barth, interne des hôpitaux de Paris.

Le sujet de cette observation intéressante tomba malade il y a quatre ans, et fut prise d'abord, et sans aucune cause appréciable, d'un engourdissement qui fut borné, pendant quatre ou cinq mois, à l'extrémité pelvienne droite, et, au bout de ce temps, envahit aussi l'extrémité inférieure gauche, qu'il occupa également pendant plusieurs mois, mais ne se faisant sentir d'abord que durant la marche, et plus tard même dans le repos. Ce phénomène fut bientôt suivi de palpitations dont le début ne peut être exactement précisé; et depuis elles ont continuellement persisté, malgré quelques médications employées. L'engourdissement aussi n'avait persisté qu'en partie; il ne se faisait plus sentir dans le repos, mais aussitôt que la malade se livrait à la marche, qui était devenue de plus en plus difficile, elle le ressentait à l'instant même. La marche était devenue si difficile, que, pendant la dernière année de sa vie, la malade ne quittait presque plus la maison, à cause des douleurs, de l'engourdissement et du sentiment de froid qu'elle éprouvait dans les membres inférieurs.

Depuis quatre années elle était aussi fréquemment enrhumée, et éprouvait un peu de gêne à respirer; elle était obligée de se tenir au lit sur son séant, et de dormir la tête haute. Son sommeil était troublé, surtout pendant la dernière année, par des rêves, et en marchant elle éprouvait quelquefois des envies de défaillance. Cette femme, qui était âgée de 50 ans, entra à l'hôpital de la Pitié le 6 mars 1835, ayant les lèvres violacées, des battemens de cœur tumultueux, et le pouls irrégulier et précipité. Bientôt après il se déclara une hémoptisie accompagnée d'une oppression extrême, et la malade expira dix jours après son admission.

L'autopsie de cette femme devait offrir beaucoup d'intérêt, et fut faite avec tout le soin que l'on devait attendre du médecin dans la salle duquel elle avait succombé. Le cœur parut volumineux, et ses cavités furent trouvées dilatées sans amincissement des parois. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était notablement rétréci; les valvules aortiques rigides; mais la principale altération était une oblitération complète de l'aorte située près de sa terminaison, et causée par un coagulum dense, sur lequel l'artère s'était contractée de toutes parts. Ce coagulum envoyait de chaque côté, dans les iliaques et leurs divisions, des prolongemens en grande partie canaliculés, et présentant des traces d'organisation. Plusieurs artères de l'abdomen étaient également obstruées.

Mais une des circonstances les plus remarquables de ce fait, c'est que la mesure du développement des différentes parties de l'aorte, des principales branches qui en naissent et d'un grand nombre d'artères du second ordre, comparée à la mesure moyenne de ces vaisseaux, montre que les dimensions du tronc et des rameaux artériels étaient partout, chez cette femme, inférieures aux dimensions communes. Par quelle voie la circulation supplémentaire indispensable a-t-elle donc été entretenue? Ce ne peut être que par les vaisseaux capillaires. Ce fait, dont la connaissance peut ne pas être sans importance pour l'avenir de l'opération de la ligature de l'aorte, diffère sous ce rapport des autres exemples d'oblitération de l'aorte complète et spontanée. Ainsi, dans l'observation recueillie par le docteur Graham (*Medico-chirurgical transactions*, vol. V), c'était par les anastomoses des intercostales supérieures et des mammaires avec des branches qui naissaient de l'aorte au-dessous du point oblitéré, que la circulation des membres inférieurs était entretenue, et dans l'exemple rapporté dans le journal de M. Leroux (*Journal de médecine*, t. XXXII), c'est encore par des rameaux qui sortaient de l'aorte immédiatement au-dessous de son oblitération que la circulation des membres pelviens était entretenue.

Ce fait, déjà intéressant par lui-même, peut être rapproché avec plus d'avantage encore des cas de rétrécissement de l'aorte, déjà assez nombreux dans la science, et sur lesquels M. le docteur Legrand a appelé dernièrement l'attention des praticiens. (V. Gazette médicale, vol. II, année 1834, p. 431.)

II. JOURNAL HEBDOMADAIRE.

Les cahiers d'avril et mai contiennent : 1° *observation de deux cas remarquables de rétrécissemens, l'un de l'œsophage et l'autre de l'urètre*, par le docteur Denis; 2° *observation de calculs, tubercules et ulcérations du cerveau et du cervelet*, par M. Leguillou; 3° *de la digitale employée par la méthode endermique dans les lésions organiques du cœur*, par le docteur Raciborski; 4° *observation d'une pleurésie aiguë terminée par un empyème spontané*, par C. Gérard; 5° *des tubercules et particulièrement de ceux des poumons*, par M. Rochoux; 6° *de l'amputation de la jambe pratiquée loin du genou; nouvel appareil de sustentation*, par M. Guyrand; 7° *observations sur la torsion des artères, recueillies dans le service de M. Blandin*, par M. Boyer, interne; 8° *considérations anatomico-pathologiques sur l'hydropisie de l'ovaire*, par le professeur Dubreuil; 9° *note sur une nouvelle manière de traiter les luxations de l'extrémité sternale et les fractures de la clavicule*, par M. Velpeau; 10° *observation remarquable de sept blessures graves produites sur sept soldats par un boulet*, par M. Bonnafont.

De la digitale employée par la méthode endermique dans les lésions organiques du cœur, par le docteur Raciborski.

Si le moyen qu'indique M. Raciborski est aussi utile dans le traitement des maladies organiques du cœur qu'il le conclut des observations rapportées dans ce mémoire, nous pensons qu'il le serait bien plus encore dans celui des affections non-organiques, des maladies nerveuses du cœur. Aussi allons-nous analyser son travail avec toute l'importance que nous semble mériter le sujet et examiner avec soin les conclusions qu'il en a tirées.

Quatre observations seulement sont consignées ici, recueillies toutes les quatre dans les salles de M. le professeur Bouillaud. Les trois premières sont évidemment des cas d'altération organique du cœur, mais rien ne démontre que la quatrième doive être rangée dans la même catégorie.

Chez le sujet de la première observation, la digitale fut administrée le lendemain de son entrée à l'hôpital à l'intérieur, et ce ne fut qu'au bout de trois jours, après que les pulsations furent tombées de 120 à 64, que la digitale fut appliquée par la méthode endermique. Le pouls descendit encore de quelques battemens les jours suivans, mais rien ne démontre absolument dans ces cas, nous ne dirons pas l'efficacité de l'emploi de la digitale par la méthode endermique, mais même l'action de cette substance prise à l'intérieur; car on sait que chez beaucoup de malades qui entrent dans les hôpitaux avec une maladie du cœur, le pouls tombe souvent d'une manière remarquable dans les premières 48 heures, sans qu'on eût employé ni digital, ni évacuations sanguines, et seulement par l'effet du repos.

Le sujet de la seconde observation qui était atteint d'une hypertrophie générale du cœur avec lésion des valvules, avait d'abord pris la digitale à l'intérieur avec diminution notable du nombre des pulsations; puis, après une suspension du médicament, les palpitations étant revenues on employa la digitale par la méthode endermique, c'est-à-dire que 12 grains de sa poudre furent appliqués à la surface d'un vésicatoire, et le lendemain les pulsations étaient tombées de 100 à 82, et au bout de quelques jours elles étaient à 64.

La malade de la troisième observation, à laquelle la digitale avait déjà procuré plusieurs fois du soulagement pendant la maladie, fut soumise à la méthode endermique aussitôt après son entrée à l'hôpital, et le pouls tomba de 112 à 80; était-ce l'effet de la digitale ou du repos et de la saignée pratiquée en même temps, c'est ce qu'il nous est impossible d'affirmer. Mais ce qu'il est important d'observer, c'est que chez elle, ainsi que chez les sujets des trois autres observations, la digitale qui, introduite à l'intérieur, déterminait des vomissemens penibles, n'en a pas produit appliquée par la méthode endermique. Si de nouvelles observations démontrent d'une manière plus évidente que celles que nous avons sous les yeux, que la digitale employée de cette manière conserve toute son action sur le centre circulatoire, on sera assuré de pouvoir obvier aux vomissemens qui chez quelques sujets rendant l'administration de ce moyen à l'intérieur très-difficile.

Un fait encore qui nous semble ressortir des quatre observations rapportées ici, et qui est de quelque importance, c'est que la digitale introduite dans l'économie par la surface de la peau dénudée, conserve son action sur l'absorption cellulaire et la sécrétion urinaire.

Malgré ces avantages, il est cependant évident qu'on ne devra jamais avoir recours dès le début à cette manière d'administrer la digitale, et qu'on ne l'emploiera qu'après avoir administré cette substance à l'intérieur, et quand on aura constaté la difficulté ou l'impossibilité de la faire supporter par l'estomac. D'ailleurs nous savons qu'au bout de deux ou trois jours il arrive souvent que le vésicatoire cesse d'absorber du moins en quantité suffisante les médicamens apposés à sa surface. Il faudrait donc en appliquer plusieurs et de suite, et c'est ce qu'il faut éviter avec soin.

Bien que les faits rapportés par M. Raciborski soient en petit nombre et peu concluans, cependant nous dirons quelques mots sur la manière dont M. Bouillaud emploie la digitale dans cette méthode. D'abord c'est toujours le plus près possible de l'organe malade, que le vésicatoire est appliqué; ainsi pour les maladies de cœur, sur la région péricardiale, et pour les hydropisies, soit sur les parois des cavités, soit sur les membres qui en sont le siége.

C'est la poudre de digitale qui a été employée; cependant il est probable que l'extrait de la même plante pourrait être employé avec plus d'avantages. La teinture est trop irritante pour pouvoir être appliquée sur le derme dénudé; il en résulterait des accidens assez graves, ainsi que nous l'avons vu chez le sujet de l'une des observations rapportées.

Quant à la dose, on peut commencer par huit ou dix grains de poudre pour un adulte, et augmenter ensuite progressivement. L'application long-temps continuée de cette substance végétale laisse, à la suite de la dessiccation du vésicatoire, une tache verte à la peau qui pourrait inquiéter les malades. Mais cette tache ne tarde pas à disparaître, surtout si l'on emploie quelques bains.

DE L'AMPUTATION DE LA JAMBE PRATIQUÉE LOIN DU GENOU; nouvel appareil de sustentation, par M. Goyrand, ex-chirurgien en chef interne de l'Hôtel-Dieu d'Aix, etc.

La question que soulève M. Goyrand a été déjà souvent controversée; Solingen, Ravaton, White, Bromfield, Bell, Vacca-Berlinghiéri, ont successivement protesté contre l'amputation de la jambe au lieu d'élection appliquée comme méthode générale; à leurs essais rappelés par M. Goyrand, on peut ajouter ceux dont a parlé M. Baumès dans son Coup-d'œil sur les hôpitaux de Londres; l'ancienne doctrine a résisté à toutes ces attaques. A bien considérer cependant les raisons qui militent en sa faveur, on voit qu'elles se réduisent à une seule: l'imperfection des jambes artificielles adaptées jusqu'à présent aux moignons résultant de l'amputation au-dessus des malléoles. Il en résultait que les amputés étaient obligés de porter le genou fléchi sur une jambe ordinaire; le moignon qui faisait saillie en arrière était exposé à des chocs douloureux; et tout le monde connaît l'histoire du capitaine Leclerc, tant de fois répétée depuis A. Paré, et celle de l'invalide de Sabatier, qui demandait à être amputé de nouveau à l'endroit ordinaire.

M. Goyrand pense d'abord qu'on a beaucoup exagéré les inconvéniens de ce long moignon. L'un de ses opérés a porté pendant longtemps une jambe de bois ordinaire, et grâce au soin qu'il avait de coiffer son moignon d'un cornet solide, il n'en était nullement incommodé. Loin de là, il se trouvait fort heureux d'avoir conservé sa jambe, qui lui était très-utile dans son métier de cordonnier. Et enfin ces inconvéniens même peuvent-ils balancer le danger plus grand qu'entraîne l'amputation au lieu d'élection?

En effet il est en médecine opératoire une vérité qui n'est pas contestée: *le danger d'une amputation, toutes choses égales d'ailleurs, est en raison directe de la quantité de parties retranchées et de l'étendue de la plaie qui en résulte.* Mais l'amputation au-dessus des malléoles retranche deux fois moins de parties que celle au lieu d'élection, et laisse une plaie qui n'a pas le tiers de l'étendue de l'autre. La plaie au lieu d'élection est irrégulière, et se prête mal à la réunion immédiate; en effet elle offre en arrière de larges surfaces charnues, rien de semblable en avant, et il est impossible de lui donner cette disposition en cône creux, considérée avec raison comme la plus avantageuse. Au contraire, au-dessus des malléoles, les os ont bien moins de largeur; on a en avant et en arrière de l'espace interosseux à peu près la même épaisseur de parties charnues. Le tendon d'Achille contient beaucoup de tissu cellulaire et de vaisseaux; les autres tendons sont accompagnés par les fibres charnues jusque vers l'articulation tibio-tarsienne; leur nécrose n'est donc point à craindre. Si donc on conserve, indépendamment de la manchette sous-cutanée, huit ou dix lignes de parties charnues au-dessous de la section des os, on peut aisément affronter dans l'espace interosseux et au-dessous du péroné, muscles contre muscles. On ne comprend pas la fréquence des fièvres nerveuses et des tétanos mortels que M. Larrey dit avoir observés après ces amputations, non plus que cette difficulté et cette mauvaise nature de la suppuration, qu'il dit être presque toujours sanieuse; ce qu'il attribue au grand volume des os et à la petite quantité des chairs.

Au reste, M. Goyrand se présente avec quatre observations, dans lesquelles l'amputation au-dessus des malléoles a complétement réussi, même dans des circonstances très-peu favorable; et les phénomènes ont été tout autres qu'on n'avait lieu de le craindre d'après le pronostic de M. Larrey. Il n'y a eu dans aucun de ces cas de fièvre traumatique bien prononcée. Dès le troisième ou le quatrième jour après l'amputation, la fièvre symptomatique de la lésion qui l'avait nécessitée s'est éteinte, et tout a marché comme dans les cas de plaies simples et légères. Des sujets atteints de maladies viscérales fort graves ont guéri de leur plaie sans que leur maladie intérieure se soit aggravée.

Que restait-il donc à faire pour rendre à cette opération le rang qu'elle mérite d'occuper en chirurgie? Remédier à son unique inconvénient, imaginer une jambe artificielle sur laquelle le malade pût appuyer sans crainte. Déjà M. Salemi de Palerme en a proposé une, composée d'un bas de peau de daim, s'appliquant très-exactement à toute la longueur du moignon en coiffant son extrémité, et d'une botte dont le squelette est formé de six tiges en fer longitudinales réunies supérieurement par un cercle de même métal qui s'ouvre pour recevoir le moignon et se referme sur lui. Le moignon est fixé dans l'appareil au moyen de deux crochets solides qui, nés de la partie supérieure des côtés interne et externe du bas, s'accrochent à la zône supérieure; et plusieurs lacets provenant des parties latérales du bas qui viennent se fixer à de minces tiges de fer transversales qui existent sur les côtés de ce squelette entre les tiges longitudinales. Le moignon est ainsi comme suspendu dans la botte et le poids du corps est supporté par toute sa longueur. Au fond de l'appareil est un coussin élastique qui fournit un second point d'appui à l'extrémité du moignon.

Le moignon est moins exposé ici à s'excorier que dans les autres appareils; toutefois son extrémité porte encore, et de plus, M. Salemi compte sur la saillie du mollet, au-dessus de laquelle s'applique la zône supérieure, pour retenir la jambe dans l'appareil; mais après l'amputation les muscles du mollet s'atrophient, et la jambe prend une forme conique du genou à l'extrémité du moignon; de telle sorte que la saillie du mollet n'existe plus.

M. Hippolyte Mille, d'Aix, a enfin vaincu ces difficultés et a con-

struit une bottine que M. Goyrand approuve sans réserve. Le poids du corps y est presque entièrement supporté par une zône de fer qui embrasse la partie supérieure de la cuisse, et sur laquelle porte la tubérosité sciatique. Deux autres points d'appui sont pris sur la jambe et la partie inférieure de la cuisse. A cette zône supérieure sont fixées en dedans et en dehors deux attelles en acier, dont l'externe monte encore un peu plus haut pour se fixer à une ceinture de cuir qui entoure le bassin. Elles viennent s'articuler sur les côtés du genou avec deux autres attelles, dites jambières, qui vont se rendre au fond de la botte; et pour que dans les mouvemens du genou ces attelles ne s'écartent point, elles sont retenues d'abord, au-dessus du genou, par une demi-zône d'acier qui embrasse la partie antérieure de la cuisse, et est complétée en arrière par une pièce de peau ou de coutil qui se lace sur le côté externe. De même à la jambe les attelles sont réunies en avant par une demi-zône de tôle qui s'étend du fond de la botte jusqu'au-dessous de la saillie formée par les condyles du tibia; et cette demi-zône est également complétée en arrière par une demi-guêtre en peau, fortifiée par une feuille de tôle mince et flexible, et qui se lace sur le côté externe. La jambe ainsi étroitement embrassée ne porte pas sur le fond de la botte et en reste écartée par un intervalle suffisant. Enfin le bas de la jambe est figuré par une pièce de bois s'articulant avec une seconde qui figure le tarse et le métatarse, et celle ci avec une troisième qui représente les orteils. Dans les autres appareils, ces diverses pièces étaient mues par un ressort tellement disposé, que la pointe du pied s'abaissait quand le malade levait la jambe, et que dans la progression cette pointe du pied touchait le sol la première, ce qui est l'opposé de ce qui a lieu dans la marche naturelle; aussi les opérés étaient obligés avec ces appareils de marcher en fauchant, pour ne pas heurter le sol avec la pointe du pied. M. Mille a disposé ses ressorts en sens contraire; quand le sujet lève la jambe, la pointe du pied artificiel se relève spontanément, en sorte que dans la progression le pied porté en avant appuie d'abord par le talon, puis par toute la face plantaire; et que quand le pied abandonne le sol, c'est encore le talon qui se lève le premier. La marche est ainsi fidèlement imitée; la cuisse et la jambe gardent leurs mouvemens; le pied simule parfaitement ceux des articulations tibio-tarsienne et métatarso-phalangienne; et M. Goyrand ayant appliqué cet appareil sur un de ses opérés, a constaté qu'il n'en était nullement fatigué; il l'a vu avec sa botte soulever les fardeaux les plus pesans et marcher une journée entière sans éprouver plus de fatigue qu'un autre. Le poids de la bottine est aussi bien moins considérable qu'on ne le croirait; M. Mille en a fait une destinée à une jeune dame qui ne pèse, la ceinture comprise, que 2 kilogrammes et demi.

Considérations anatomico-pathologiques sur l'hydropisie de l'ovaire, par le professeur Dubreuil.

Dans quelques remarques préliminaires sur l'anatomie normale de l'ovaire, M. Dubreuil émet l'opinion que cet organe est composé en partie de *tissu fibreux élastique* et même musculaire; il s'appuie sur un fait indiqué par madame Boivin, savoir, que les fibres utérines se réunissent en partie pour former le cordon ou ligament qui attache l'ovaire à l'utérus, et que d'autres traversent l'aileron péritonéal pour arriver jusqu'à lui. Dans les grands mammifères, on découvre des fibres charnues dans l'épaisseur des ligamens larges et sur les ovaires. Mais ce qui ajoute à ces inductions un degré de certitude, c'est que cette enveloppe musculaire se retrouve sur des ovaires hydropiques.

L'ovaire hydropique peut contenir des masses de liquide très-considérables; des observateurs dignes de foi disent y en avoir trouvé plus de soixante litres. M. Dubreuil a vu ces organes, artificiellement distendus par un liquide après la mort, en admettre trente litres. Après l'évacuation du liquide et des autres matières contenues, si la poche était unique, le poids s'en élevait à trois livres; à cinq livres, si elle était multiple, et alors les kystes offraient dans leur épaisseur des concrétions osseuses. Après l'incision des parois abdominales, l'ovaire se présente arrondi ou ovoïde, ayant sa plus grosse extrémité en bas, refoulant le foie et l'estomac derrière le diaphragme, dérobant les intestins à la vue et occupant à lui seul la presque totalité de l'abdomen. Sur des femmes mortes à la suite de plusieurs ponctions, l'ovaire adhérait à divers viscères, mais on l'en détachait facilement avec la main seule. Sur une femme de 42 ans, atteinte depuis dix ans d'une hydropisie de l'ovaire droit, les adhérences entre l'ovaire et l'utérus étaient intimes, indestructibles. L'utérus est d'ordinaire entraîné au-dessus du détroit abdominal; parfois son col et son fond sont dans une direction opposée, ce qui rendrait impossible son exploration par le vagin. Quand le kyste a plusieurs lobes, ceux-ci sont bosselés à l'extérieur, de volume et d'épaisseur différens, et tous séparés par des espèces d'étranglemens résultant de la présence de bandelettes fibreuses analogues aux bandelettes longitudinales du gros intestin.

L'ovaire hydropique présente de dehors en dedans quatre enveloppes: 1° une séreuse; 2° une fibreuse; 3° une musculeuse; et 4° une de nature particulière. Il est à remarquer que les parois s'épaississent à mesure que l'organe se distend davantage.

La séreuse revêt le kyste dans la plus grande partie de son étendue; elle est plus brunâtre, plus épaisse qu'à l'état normal, et facile à isoler du tissu sous-jacent qui est lâche et infiltré. La fibreuse est hypertrophiée, d'une teinte bleue ardoisée. La musculeuse, plus marquée en devant et en bas que partout ailleurs, constitue une sorte de pannicule charnu d'une certaine densité; les fibres, perpendiculaires, semblent naître de la partie la plus élevée de la tumeur, et les faisceaux charnus sont isolées par un tissu cellulaire dont la couleur blanche contraste avec leur aspect rouge, ce qui se conserve même après une immersion de plusieurs jours dans l'eau pure ou dans l'alcool. L'analyse chimique a d'ailleurs confirmé à l'auteur ce que l'investigation anatomique lui avait fait présumer sur la nature de cette tunique. Fleichman avait déjà fait mention d'une membrane musculeuse recouvrant l'ovaire hydropique. Enfin la tunique interne représente une pseudo-membrane tomenteuse, ayant quelque analogie avec la caduque. D'autres fois le dedans des kystes est occupé par une substance fongueuse, grisâtre, mamelonnée et d'apparence inorganique. Rien n'est d'ailleurs plus variable que l'aspect des matières renfermées dans ces cavités.

Les kystes sont plus ou moins nombreux; M. Dubreuil en a compté jusqu'à vingt pour un seul ovaire; le plus souvent il les a trouvés communiquant ensemble; la communication a lieu par des ouvertures incomplètes, établies comme avec un emporte-pièce, et garnies d'un diaphragme fibreux.

Les artères et les veines sont abondamment répandues à l'extérieur comme entre les membranes de l'ovaire, et spécialement dans la tunique charnue. Il y a deux veines satellites pour chaque artère. Celles-ci vont dans une direction rectiligne, sans symétrie, offrant peu d'anastomoses, d'ailleurs très-irrégulièrement réparties et communiquant très rarement avec les veines. On cherche vainement les vestiges des artères qui de l'ovaire vont s'aboucher avec celles de l'utérus. Les veines sont remarquables par leur volume énorme; quelques-unes sont isolées des artères. M. Dubreuil a mesuré une artère et une veine satellite de la surface externe du kyste; la première offrait une lumière d'une ligne, la seconde d'une ligne trois-quarts. Une veine isolée rampant à la surface interne offrit un calibre de *trois lignes et demie*.

C'était sans doute la crainte de ces vaisseaux qui rendait Delpech réservé et presque pusillanime quand il s'agissait de pratiquer une première ponction à un ovaire hydropique. Il a consigné dans la *Chirurgie clinique de Montpellier* l'observation d'une femme de 40 ans qui, après avoir bien supporté treize ponctions de ce genre, succomba à la quatorzième. Après avoir vidé par la canule du trocart environ la moitié du liquide contenu, il sortit de la sérosité sanguinolente, puis du sang pur; la malade eut des syncopes fréquentes et expira en peu d'instans. M. Dubreuil fait observer que l'autopsie ne fut pas faite, et que l'hydropisie de l'ovaire n'est point ici complétement démontrée. De plus, ce que Delpech ne dit point, les treize premières ponctions avaient été pratiquées sur le côté gauche de l'abdomen; la dernière le fut sur le côté droit. Nous avouons que nous ne concevons pas bien en quoi cette circonstance infirme ou atténue l'observation de Delpech et les inductions qu'il en tirait.

M. Dubreuil lui-même ne nie point le danger de cette ponction; mais elle est souvent indispensable lorsque le développement de l'organe détermine une suffocation imminente, ou d'autres accidens; il ne faut même pas la retarder trop long-temps quand elle est indiquée; et l'auteur rapporte l'observation d'une dame qui, ayant bien supporté une ponction, mais reculant devant une seconde, se rompit la poche ovarique par l'effet d'un faux pas, eut un épanchement dans l'abdomen et une péritonite qui la mit à deux doigts de sa perte. Si le trocart ouvre un vaisseau sanguin, il conseille de convertir la ponction en incision pour aller chercher le vaisseau et le lier. Mieux vaudrait, à notre avis, une fois l'incision faite, procéder à l'incision de l'ovaire même ou encore à son excision. Du reste, nous devons ajouter que le kyste ovarique est loin d'être toujours aussi épais et aussi garni de vaisseaux qu'on pourrait le croire d'après les observations de M. Dubreuil; mais un fait important et qui existe presque toujours, c'est le peu d'adhérence de l'ovaire au péritoine; et c'est sur cette donnée capitale qu'est fondé le procédé d'extirpation de Théden.

NOTE SUR UNE NOUVELLE MANIÈRE DE TRAITER LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE ET LES FRACTURES DE LA CLAVICULE, par M. VELPEAU.

La luxation de l'extrémité sternale de la clavicule a toujours passé pour une des plus faciles à réduire et des plus difficiles à maintenir réduites. Cette difficulté, selon M. Velpeau, tient à ce qu'on s'est fondé sur un faux principe pour obvier à la reproduction du déplacement. Le ligament sterno-claviculaire antérieur et le ligament interclaviculaire étant déchirés, et les facettes articulaires glissant très-librement l'une sur l'autre, la cause évidente du déplacement est ici l'action musculaire, et l'indication la plus naturelle était donc de mettre les muscles dans le relâchement.

De nombreuses puissances agissent sur la clavicule luxée. Le grand pectoral et la portion interne du deltoïde l'entraînent en avant; le trapèze et la portion externe du sterno mastoïdien la portent en haut, tandis que par leur action sur le scapulum et l'humérus, le rhomboïde, le grand rond, le grand dorsal, et même le grand dentelé, tendent aussi à la déplacer; enfin tous les mouvemens du bras retentissent de près ou de loin dans l'articulation sterno-claviculaire.

Il faut donc avant tout relâcher le deltoïde et le grand pectoral, qui sont les agens les plus puissans du déplacement, et en même temps le deltoïde et le trapèze; ce point obtenu, l'action des autres muscles sera par là même paralysée. Or, tout cela s'obtient par un mécanisme extrêmement simple. Il suffit de porter le coude en avant et en dedans au niveau de l'appendice xyphoïde ou de la partie inférieure du sternum; de manière, comme le dit Hippocrate à l'occasion des fractures, que la main du côté malade puisse embrasser la face supérieure de l'épaule du côté sain. Alors le bras représente un levier du premier genre, qui appuie par sa partie moyenne contre la région antéro-latérale de la poitrine, la puissance soulevant son extrémité inférieure, et la résistance étant à son extrémité scapulaire. Ainsi les muscles principaux sont relâchés, les autres maintenus immobiles; la clavicule légèrement ramenée en avant, en haut et en dedans, rentre et se maintient sur la facette du sternum sans qu'il soit besoin de l'y conduire à l'aide d'aucune pression; elle conserve encore un peu de tendance à se porter en haut, mais une simple inclinaison de la tête sur le côté fait immédiatement disparaître cet inconvénient.

Il y a deux moyens de maintenir le bras dans cette position. Le premier est un simple bandage ainsi construit. On place une serviette pliée en trois autour du thorax, et on la retient par son bord supérieur au moyen de bretelles. Puis le membre étant mis dans la position décrite, et confié à un aide, le chirurgien prend une bande longue de 6 à 8 aunes, en porte le chef sous l'aisselle du côté sain, la ramène par derrière sur la clavicule luxée, la fait descendre sur le devant du bras, passe derrière et sous le coude, puis sous l'aisselle saine, puis derrière la poitrine et au-dessus et au-devant de la clavicule, de manière à faire successivement trois ou quatre tours semblables au premier. Ensuite on conduit la bande qui vient d'embrasser le coude sur l'avant-bras, puis sur la clavicule saine, entre la main et le cou; puis on la fait descendre derrière le thorax vers le coude, pour la ramener sur l'avant-bras et la clavicule, et faire ainsi trois ou quatre tours en diagonale. Puis, au lieu d'abaisser la bande sous le coude, on en fait des dolo res ascendans qui embrassent à la fois le membre fléchi et la poitrine; et enfin on termine par quelques tours semblables aux premiers, que deux ou trois circulaires servent encore à fixer. Chaque pli est assujéti par des points d'aiguille ou des épingles, et le tout est enfin enveloppé par une serviette qui protège le thorax, l'épaule et le membre malade.

Ce bandage est très-solide, et n'apporte que peu de gêne. L'aisselle est libre; le sein chez les femmes se loge naturellement dans le sinus huméro-radial; la main peut être laissée libre près de l'épaule; enfin on a continuellement sous les yeux l'articulation malade.

Si l'on voulait un appareil moins complexe, on pourrait se servir d'une ceinture ou d'un bandage de corps portant en avant un large et profond gousset pour recevoir le coude. Ce bandage étant fixé autour de la poitrine, on n'aurait plus qu'à le relever fortement vers les clavicules à l'aide de bandes-passées en bretelles sur les épaules, et qui partiraient à la fois du bord supérieur du gousset et des bords du bandage de corps.

OBS. — Un cordonnier âgé de 35 ans, s'étant trouvé pris par le haut et le côté de la poitrine, le 13 août 1834, entre un mur et le derrière d'une voiture, eut ainsi l'extrémité sternale de la clavicule luxée. Il entra à la Pitié, où l'on reconnut que cette extrémité faisait un relief considérable en avant; tous les autres signes de la luxation existant d'ailleurs au plus haut degré. On appliqua des compresses graduées, puis un bandage compressif sur le devant de l'articulation; un coussin fut fixé dans l'aisselle, et des circulaires passés autour du tronc et du cou, puis sous le coude.

Le 22, l'appareil était relâché; on le soutint par des points d'aiguille et une écharpe; mais la luxation s'étant reproduite, on le remplaça, le 24, par le bandage que nous venons de décrire.

Le 15 septembre, la consolidation parut tellement solide, qu'on enleva l'appareil pour s'en tenir à une simple écharpe. Mais le 18, le malade ayant voulu se servir de son bras, et s'étant agité imprudemment, la luxation se reproduisit en entier; on replaça l'appareil.

Le 5 octobre, les bandes avaient légèrement excorié le côté droit du cou; on passa en dessous un linge fin enduit de cérat.

Le 21, on renouvela l'appareil, et le malade le garda jusqu'au 15 novembre, époque à laquelle il sortit complètement guéri.

M. Velpeau pense que la théorie qu'il vient d'appliquer aux luxations de la clavicule convient également aux fractures de cet os; déjà six fractures traitées par son appareil ont confirmé la justesse de ses idées; il le regarde aussi, par une conséquence presque forcée, comme préférable pour les luxations acromio claviculaires. Selon lui, la doctrine de Desault serait entièrement erronée, et son bandage plus nuisible qu'utile, ainsi que l'avaient d'ailleurs déjà remarqué M. Larrey et M. Ribes. M. Velpeau promet un travail spécial sur cet objet; nous attendrons qu'il ait environné sa doctrine nouvelle de toutes ses preuves pour la soumettre à la discussion.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉDUCATION PHYSIQUE DES JEUNES FILLES, OU HYGIÈNE DE LA FEMME AVANT LE MARIAGE; par A.-M. BUREAUD-RIOFREY, D.-M. P. — 1 vol. in-8°, 350 pages.

La plupart des auteurs de traités généraux d'hygiène se sont peu occupés de l'éducation physique de la femme; obligés de s'en tenir aux généralités de la science, ils n'ont pu entrer dans les détails d'application que réclamerait chaque sujet en particulier; et d'ailleurs il est beaucoup plus facile d'établir de ces règles générales qui ressortent presque nécessairement de la connaissance des lois physiques de la nature et de celles qui président à l'économie vivante, que de pénétrer dans les questions spéciales qui exigent des connaissances pratiques étendues, et que l'on ne peut acquérir par le simple raisonnement. Ainsi, pour nous borner à ce qui concerne les premiers âges de la vie, on ne peut soumettre aux mêmes règles de l'hygiène les jeunes gens de différent sexe, les jeunes filles qui appartiennent aux classes riches de la société, et à celles qui ne soutiennent leur existence que par un travail fatigant et continuel. Il en est de l'hygiène, comme au reste de toutes les autres sciences, ce n'est qu'en embrassant une partie, une spécialité seulement, que l'on peut espérer de la traiter avec toute l'étendue désirable. C'est ce que paraît avoir justement apprécié l'auteur de l'ouvrage que nous avons en ce moment sous les yeux. Nous en trouverons la preuve dans le plan qu'il a adopté, et que nous exposerons rapidement.

L'influence des agens physiques sur la vie, et spécialement sur celle de l'enfant, est trop puissante, l'expose continuellement à trop de dangers si elle est mal dirigée, pour que le médecin hygiéniste néglige de tirer parti des immenses progrès faits depuis quelques années par les sciences physiques. Quelques considérations générales sur ce point, un petit nombre de citations empruntées aux ouvrages de MM. Edwards, de Humboldt et de quelques autres naturalistes, et surtout de nombreuses applications à l'éducation des jeunes filles, donnent aux premières pages de M. Bureaud un intérêt que l'on rencontre rarement dans les ouvrages de ce genre. Des recherches sur la solidarité et le balancement des organes et des fonctions, sur les constitutions et les tempéramens, sur les constitutions héréditaires et les constitutions acquises, forment autant de chapitres que l'on parcourra avec plaisir et profit. Celui sur l'accroissement, surtout, nous a paru mériter une attention spéciale. C'est durant l'accroissement que se prépare l'existence tout entière; aussi M. Bureaud a-t-il eu raison de dire que *l'accroissement gouverne toute la vie*. Nous voudrions reproduire ici les considérations générales qu'il emprunte à l'étude des divers règnes de la nature, et les inductions importantes qu'il en tire, pour établir la nécessité de surveiller l'accroissement des jeunes filles, de diriger leur développement pendant cette époque dont toute empreinte bonne ou mauvaise reste on pourrait dire ineffaçable; mais ce chapitre demande à être lu dans l'ouvrage, et des citations ne le feraient connaître que très-imparfaitement.

Lorsqu'on commença à employer dans les temps modernes la gym-

nastique dans l'éducation des jeunes gens, on exagéra trop, non-seulement les résultats que l'on en attendait, mais encore les exercices auxquels on soumettait la jeunesse. Nous condamnons avec l'auteur, dans l'éducation des femmes, tous ces exercices gymnastiques qui n'ont d'autre but que de développer les forces musculaires. Peut-être même ne ferions-nous pas grâce à la natation, que l'auteur permet et même conseille aux dames. Au reste, soit que nous subissions ici l'influence d'un préjugé, soit que notre manière de voir sur ce point peu importante soit préférable à celle de l'auteur, nous ne pouvons trop recommander la lecture de son chapitre sur « la gymnastique » aux mères qui élèvent leurs demoiselles sous leurs yeux et aux maîtresses de pension; elles y trouveront à la fois d'excellens principes sur la gymnastique en général et de bonnes directions sur les divers exercices qui peuvent le plus contribuer à développer la grace et la beauté des formes chez les jeunes filles, et contrebalancer les effets d'une fâcheuse habitude ou d'une organisation vicieuse.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les détails où il entre à l'occasion de la gymnastique médicale, de l'orthopédie, de la gymnastique des sens, de la gymnastique vocale, de la puberté. Nous aurions vu qu'il y a mis à profit les travaux les plus récens de ses contemporains, qu'il a su faire disparaître avec un rare bonheur les formes trop scientifiques sous lesquelles ces connaissances sont quelquefois enfouies sans leur faire rien perdre de leur valeur, et les mettre ainsi à la portée des gens du monde, et spécialement du sexe auquel ses recherches sont destinées.

Avant de terminer cette courte notice et pour résumer en peu de mots l'impression que nous a laissée la lecture attentive du travail de M. Bureaud, nous dirons qu'il nous a offert, réunies à la clarté et à l'élégance du style convenable pour un tel sujet, une érudition choisie et toutes les connaissances positives d'un ouvrage scientifique, en même temps que nous n'y avons point rencontré de ces lieux-communs que l'on croit ordinairement avoir le droit de laisser passer dans les ouvrages sur l'hygiène.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

COUR DE CASSATION.

SÉANCE DU 18 JUIN 1835.—PRÉSIDENCE DE M. ZANGIACOMI.

C'était dans cette séance que devait être appelée la cause de M. Thouret Noroy, qui intéresse à un si haut point la profession médicale. Aussi remarquait-on à l'auditoire beaucoup d'avocats et un grand nombre de médecins. A onze heures et demie la Cour entre en séance, et M. Brière de Valigny commence aussitôt la lecture de son rapport.

RAPPORT DE M. BRIÈRE DE VALIGNY.

M. LE RAPPORTEUR donne d'abord une analyse étendue du mémoire ampliatif de M. Cremieux. Ainsi il passe en revue les faits de la cause, le premier jugement, puis l'arrêt de la Cour royale dont est appel; et expose le moyen unique de cassation exprimé sous cette double forme.

« 1° *Violation de la loi du 19 ventose an XI, et par suite fausse application des art.* 1382 *et* 1383 *du Code civil, et excès de pouvoir.*

» 2° *Violation de la double maxime du droit* : VOLENTI NON FIT INJURIA; *et* : CONSILII NON FRAUDULENTIS NULLA EST OBLIGATIO.

A l'appui de ce moyen le demandeur a invoqué le grand principe de l'irresponsabilité médicale. Sans doute le médecin n'échappe point à l'action des lois pour tout ce qui est hors de la pratique de son art; ainsi un médecin qui, arrivant près d'un malade dans un état d'ivresse, fait une prescription ou une opération qui tue ou mutile, ce médecin est responsable, non pour l'opération, mais pour le fait de l'ivresse. Le médecin qui refuse ses soins à un malade en danger, celui qui au milieu d'une saignée délaisserait son opéré sans arrêter l'hémorrhagie, ceux-là devraient répondre du dommage arrivé par leur fait; on jugerait là le fait de *l'homme*, complétement distinct de l'avis, de l'opinion, de l'acte du médecin. Ces principes sont implicitement renfermés dans la loi de ventose an XI qui règle l'exercice de la médecine. Appliquant ces idées générales à la cause, le demandeur pense que la Cour royale de Rouen, condamnant dans M. Thouret-Noroy les actes du médecin et non de l'homme, a fait une fausse application de la loi.

Avant tout, poursuit M. le rapporteur, il est évident que la Cour de cassation ne peut agiter la question médicale; elle n'a à décider que la question de droit. L'arrêt attaqué se fonde sur deux ordres de faits : 1° la mauvaise direction des soins administrés au malade; 2° la négligence et l'abandon du médecin. Il s'agit donc, en droit, de savoir si le médecin est responsable pour cause de négligence et d'impéritie.

Les lois romaines admettaient ces deux motifs de responsabilité. Il en était de même dans l'ancienne jurisprudence française. Ainsi, en 1427, un médecin fut poursuivi par-devant le parlement de Paris pour avoir administré un breuvage trop violent à son malade; il fut acquitté, mais avec injonction d'être plus prudent à l'avenir. En 1654, le parlement d'Aix condamna pour ignorance un chirurgien et un apothicaire qui avaient mal pansé un blessé. Le parlement de Bordeaux, en 1586, avait condamné à 150 écus de dommages intérêts les enfans d'un chirurgien qui avait estropié son malade; nous avons un arrêt encore plus sévère du parlement de Paris : un chirurgien ayant, par sa négligence, rendu l'amputation nécessaire dans un cas de fracture, dut payer à l'opéré une somme de quinze mille francs.

Depuis, la loi de ventose est venue régler l'exercice de la médecine, et il est vrai de dire qu'elle ne parle point de la responsabilité du médecin. Mais doit-on en conclure que le médecin est par-là même à l'abri des lois générales, qui atteignent tous ceux qui causent à autrui un dommage, même *involontairement?* Une telle conséquence n'est pas admissible, et le demandeur lui-même a reconnu que nulle profession ne pouvait jouir d'un semblable privilége.

Nous n'avons que peu de monumens judiciaires qu'on puisse rapprocher de la cause actuelle, depuis que la loi de ventose a été promulguée. Sirey rapporte un arrêt qui condamna une sage-femme à trois mois d'emprisonnement pour ne pas avoir appelé un médecin dans un accouchement laborieux qui avait eu des suites fâcheuses; il y eut pourvoi en cassation; le pourvoi fut rejeté. Deux arrêts de Cours royales ont jugé dans le même sens. Un sieur C..., officier de santé, avait piqué l'artère dans une saignée; de là anévrisme, gangrène, nécessité de l'amputation. Vous voyez que le cas est parfaitement analogue à celui qui nous occupe. Lui aussi prétendait que les Tribunaux ne devaient point s'immiscer dans des questions de pratique médicale; il fut condamné à 50 fr. d'amende, non-seulement pour avoir piqué l'artère, mais aussi pour avoir négligé les soins ultérieurs. Enfin, récemment la Cour royale de Paris a condamné en 4,000 fr. de dommages-intérêts un officier de santé, qui, appelé pour une fracture de l'avant-bras, n'avait pas apporté au traitement l'attention nécessaire, et avait été cause de la perte du bras pour sa malade.

On peut objecter que ces arrêts n'ont été rendus que contre des sages-femmes et des officiers de santé. L'objection serait sans réplique, s'il ne s'agissait que de savoir si, dans des cas graves, ils avaient pris sur eux le traitement et les opérations sans l'assistance d'un docteur exigée par la loi; mais ce que l'arrêt reproche au sieur Thouret-Noroy, ce n'est pas seulement d'avoir fait une mauvaise opération, c'est surtout d'avoir *à dessein dissimulé* l'accident, *négligé* le traitement ultérieur, et enfin *abandonné* son malade. Il y a ici de la faute de l'homme; et la qualité de docteur ne saurait le mettre à l'abri de l'application des art. 1382 et 1383 du Code civil.

Mais, dit le demandeur, la Cour royale de Rouen a jugé la question médicale, et l'a jugée sans même s'éclairer des lumières des gens de l'art. La Cour aurait pu en effet demander un rapport d'experts; mais était-ce pour elle un devoir? Non, sans doute, puisque les rapports d'experts ne lient pas même les tribunaux qui peuvent toujours prononcer dans un autre sens; et ici, du jugement de première instance et de l'ensemble des faits, résultait la preuve suffisante de maladresse, d'oubli des règles, et de négligence grave de la part du sieur Thouret-Noroy.

On allègue enfin que pour que ces faits constituassent un délit, il faudrait qu'il y eût intention. Mais il y a ici confusion des mots et des choses; s'il y avait eu une intention coupable, l'affaire ne se serait point arrêtée au civil; elle aurait été portée au criminel. Il n'est pas besoin d'intention pour qu'il y ait lieu à responsabilité; les articles 319 et 320 du Code pénal punissent même ceux qui ont *involontairement* porté dommage à autrui.

Je ne parlerai point de la partie du mémoire du défenseur qui est dirigée contre le sieur Chouippe, sur lequel on rejette tous les accidens; Chouippe n'est point partie au procès.

DISCOURS DE M. CRÉMIEUX.

M. CRÉMIEUX. Non, Messieurs, Chouippe n'est point partie dans ce procès; rien n'a été jugé à son égard; par le renversement le plus bizarre de toutes les idées de justice et de raison, j'ai à défendre Thouret Noroy quand Chouippe seul aurait dû être condamné. Je sais que l'arrêt de la Cour royale de Rouen me défend de mettre Chouippe en cause; et cependant vous verrez combien il importe à Thouret Noroy et à la profession médicale d'établir la position de Chouippe dans ce procès.

Thouret Noroy est docteur; Chouippe n'est qu'un officier de santé. Thouret Noroy en vertu de la loi de ventose, a droit de faire toutes les opérations; Chouippe ne le peut sans l'avis et l'assistance d'un docteur. Thouret Noroy a toutes les capacités requises par la loi; Chouippe ne les a pas. Voici maintenant Thouret Noroy, docteur, qui saigne un malade; une tumeur se forme; après vingt jours de traitement, le docteur trouve son malade en parfait état; la tumeur n'a pas disparu; mais elle durerait des années qu'elle ne donnerait lieu à aucune suite fâcheuse; bref les soins du médecin sont devenus inutiles, et il s'en va. Chouippe, l'officier de santé, est appelé; il s'effraie, lui, ignorant, de ce qui n'avait point effrayé un homme plus capable; il prend pour un anévrisme ce que les chirurgiens les plus recommandables ont assuré n'être qu'un thrombus; bien plus, il ose, au mépris de la loi qui le lui défend, ouvrir à lui seul et sans autres avis ce prétendu anévrisme; et combien de temps après la saignée? cinq mois! Guigne n'avait qu'une tumeur; Chouippe l'opère; la gangrène vient, l'amputation est nécessaire; c'est encore Chouippe qui la fait; et quand il a mutilé le malade, c'est Thouret Noroy qu'on poursuit! Car voilà, Messieurs, la bizarrerie du procès actuel; loin de nous l'idée de traduire l'officier de santé devant les tribunaux; mais le malade mutilé par lui avait ce droit; mais le ministère public avait à venger la loi violée; point du tout, c'est le docteur qui est poursuivi et condamné!

Je commence par déclarer que si la Cour royale de Rouen a basé son jugement sur des faits pertinens, vous n'avez pas à vous occuper de nous, vous devez rejeter notre pourvoi. Mais s'il ne s'agit pas de faits matériels entraînant la responsabilité de l'homme, si ce sont des faits moraux qui ne regardent que le médecin; si l'arrêt attaqué n'est qu'un examen de l'opération en elle-même et de ses suites, si ses considérans ne sont qu'une leçon de médecine, et de mauvaise médecine, n'est-il pas évident que la Cour a commis un excès de pouvoir, qu'elle s'est occupée de ce qui ne la regardait point, enfin qu'elle a violé les articles 1382 et 1383 du Code civil, et les articles 320 et 321 du Code pénal, en confondant ce qu'elle aurait dû soigneusement distinguer, les actes de l'homme et les actes du médecin? Voilà le terrain sur lequel la question doit être placée; laissons là les lois anciennes, qui méritent sans doute notre respect et notre hommage; mais seulement là où nos lois nouvelles ne les ont point abrogées. Les circonstances ne sont plus les mêmes. Déjà Montesquieu avait fait observer que si les médecins à Rome étaient responsables, c'est qu'ils n'offraient nulle garantie et qu'à Rome était médecin qui voulait. On vous a parlé de lois plus modernes; oui, il y a une ordon-

nance de Henri II qui déclare homicide tout médecin qui tue son malade ; elle ne met pas de différence entre cet homicide et tout autre. Qu'en résultait-il ? qu'on n'avait pas de médecins ; que la société était livré à de misérables empiriques, à qui l'appât du gain faisait tout risquer. La société en souffrait la première ; de telles lois n'étaient propres qu'à entraver les progrès de la médecine ; et en effet ne voyez-vous pas que plus la médecine a été protégée, et plus rapides ont été ses progrès ?

On a cité plusieurs arrêts qui semblent contraires à la doctrine que je soutiens. Les plus anciens sont rendus contre des chirurgiens ; et, prenez-y garde, la chirurgie n'était pas alors ce qu'elle est de nos jours, rivale de la médecine et marchant de pair ou plutôt confondue avec elle ; c'étaient les barbiers qui l'exploitaient, et contre lesquels s'élevaient vainement quelques rares chirurgiens d'un vrai mérite. Ne confondons pas, messieurs, le quinzième siècle avec le dix-neuvième ; et d'ailleurs long temps déjà avant nous cette jurisprudence fatale à la médecine s'est modifiée et même anéantie. J'ai cité cet arrêt du parlement de Paris, rapporté par Brillon, du mois de juin 1696, et portant que *les chirurgiens ne sont pas garans et responsables de leurs remèdes, tant qu'il n'y a que de l'ignorance et de l'impéritie de leur part* ; il n'y a, ajoute Brillon, qu'un seul cas où il y ait une action contr'eux ; c'est lorsqu'il y a du dol, auquel cas c'est un véritable délit. » A partir de 1747, vous ne trouverez pas un seul arrêt qui proclame la responsabilité du médecin ; ainsi donc, long-temps avant la loi de l'an XI, on avait senti la nécessité de distinguer les faits de l'homme des actes du médecin.

Mais en l'an XI, l'irresponsabilité médicale passa dans la loi. Pour la rendre plus manifeste, le gouvernement, qui connaissait sans doute les réglemens et les arrêts antérieurs, établit deux classes de médecins, je me trompe, il établit des médecins et des officiers de santé. Les premiers soumis à de longues et fortes études, à de nombreux examens, eurent devant la loi la science transcendante ; la loi leur demanda toutes garanties de leurs lumières ; après quoi tout leur fut permis dans l'exercice de leur art. Mais comme on ne pouvait en établir partout, on crea des officiers de santé qui, ne donnant pas avant leur réception toutes les garanties nécessaires, furent encore soumis à une certaine surveillance après ; c'est ainsi qu'il leur est défendu de faire les grandes opérations sans l'assistance d'un docteur ; et s'ils le font ils sont déclarés responsables.

Eh bien ! quand cette distinction si nette et si positive est écrite dans la loi, quand elle trace si bien à l'officier de santé le cercle de sa responsabilité, est-il permis de penser qu'elle ait voulu l'étendre pour le docteur de qui elle a reçu toutes garanties ? L'officier de santé n'est responsable que dans certains cas, le docteur le serait dans tous ; y aurait-il contradiction plus manifeste ?

Aussi les trois arrêts rendus depuis la loi de ventôse et qu'on vous a cités, sont la critique la plus sanglante de l'arrêt actuel. Dans tous les trois, il s'agissait d'officiers de santé ou de sages femmes, qui sont pour les cas graves dans la même position ; et on les a justement condamnés, parce qu'ils n'avaient point appelé de docteurs. Que d'autres considérans se soient glissés dans ces arrêts, je le veux ; mais ils s'appuient toujours sur la loi de ventôse ; et en cela ils sont inattaquables.

Et songez bien que cette irresponsabilité que la loi accorde aux médecins, ils n'en ont pas seuls le privilège. Nous sommes tous dans ce cas ; autrefois aussi, les magistrats même étaient responsables de leurs arrêts ; l'intérêt de la société les couvre aujourd'hui de son égide. La loi distingue ici, comme pour le médecin, le juge et l'homme ; si un arrêt est entaché de dol ou de fraude, le juge disparaît ; l'homme demeure avec un délit qui lui est propre, et pour lequel il peut y avoir prise à partie. Otez l'intention, et le juge est inattaquable sur son siége, même quand il aurait commis une faute grossière, de ces fautes que l'ancienne jurisprudence égalait au dol ; *culpa lata dolo æquiparatur*. Je me souviens, messieurs, qu'on attaqua devant vous des magistrats, des juges de la Guadeloupe pour un arrêt empreint d'une ignorance grossière et dont les conséquences avaient été très fâcheuses. La Cour de cassation rejeta la requête ; elle déclara que des erreurs, même très-graves, ne suffisaient pas pour permettre de prendre des juges à partie, là où il n'y avait pas de dol. Et pourquoi cela, messieurs ? Parce que, dans une semblable cause, il ne s'agissait pas seulement de peines pécuniaires, mais de l'honneur et de l'état des juges. Voilà l'admirable motif dont vous vous êtes appuyés pour résoudre une des plus belles et des plus importantes question de notre jurisprudence.

Oui, quand la faute involontaire se résout en une simple amende, quand un pot de fleurs vient à tomber d'une de nos fenêtres sur les passans, la loi commune nous régit ; nous sommes responsables comme tous les citoyens. Mais à vous, magistrats, à moi avocat, à lui médecin, si, dans l'exercice de notre ministère, on nous juge par les règles ordinaires du droit commun, si l'on m'oppose le fait matériel qui est hors de mon pouvoir, si l'on m'écrase sous le poids de cette responsabilité effrayante qui va m'enlever mon honneur ; oh ! ceci est si grave, que je ne conçois pas comment une Cour royale a pu se laisser égarer à ce point. Egarée, ai-je dit ; et en effet, les juges se sont émus à l'aspect de cet homme mutilé qui venait tendre la main qui lui restait à l'aumône ; et ils n'ont pas vu derrière cet homme l'éternelle équité qui leur défendait d'obéir à ses réclamations.

Remarquez d'ailleurs, messieurs, qu'il ne s'agit point ici d'un vain amour-propre de corporation qui ne voudrait pas être jugée par une autre : les médecins ne vous récusent nullement ; loin de là, et la lettre des médecins de Paris, délibérée en assemblée générale, en fait foi, ils vous reconnaissent pour juges quand on les incrimine de dol ou de fraude ; seulement ils déclinent votre compétence dans les questions de pratique médicale.

L'arrêt attaqué a-t-il fait cette distinction ? Il y a six faits allégués dans le jugement dont la Cour a adopté les motifs. Le savant conseiller chargé du rapport de cette affaire vous a dit : ces faits ne vous regardent pas. Non, sans doute ; vous ne pouvez en connaître, car ces faits sont purement médicaux, et c'est la critique la plus sanglante des magistrats qui les ont appréciés et mal appréciés ; ce qui n'est pas étonnant, car ils n'y connaissaient rien. Voici cependant ces fameux considérans que tous les médecins qui ont étudié cette affaire ont unanimement qualifiés *d'hérésies médicales*.

Ici M. Crémieux se livre à une critique pleine de verve et de sarcasme contre les considérans du premier jugement et de l'arrêt qui l'a confirmé. Pour le cinquième considérant, portant que *l'anévrisme est une conséquence nécessaire de la rupture de l'artère*, j'entends derrière moi rire les médecins, dit M. Crémieux ; et en effet, j'ai consulté pour cette affaire tous les auteurs que l'on m'a indiqués ; je me suis plongé autant que j'ai pu dans la chirurgie, et il m'a bien fallu reconnaître que la Cour royale de Rouen est le premier auteur médical qui ait avancé une pareille assertion.

Ecoutez aussi la Cour royale tancer le docteur Thouret-Noroy de ses fautes et lui donner une leçon de chirurgie : *Attendu qu'il est également établi que c'est par le fait de Thouret-Noroy, par le résultat de la saignée qu'il a pratiquée, par la lésion de l'artère brachiale, par l'inefficacité de ses remèdes, par sa négligence grave, par sa faute grossière, etc., que l'amputation du bras de l'infortuné Guigne, après ces opérations réitérées et douloureuses, est devenue indispensable....!* Ce n'est pas un arrêt, messieurs, c'est un morceau d'éloquence !

Qu'est-ce que c'est que cet arrêt ? Vous, messieurs, qui avez une si haute expérience des affaires judiciaires, vous à qui tous les jours nous déférons des erreurs ou des fautes dans la rédaction des arrêts, avez-vous jamais ouï la lecture d'un arrêt pareil ? En quoi de semblables considérans s'appliquent-ils aux articles 1382 et 1383 du Code civil ? Et les médecins ont-ils tort d'être effrayés d'un tel arrêt ? Il accuse Thouret-Noroy d'une faute grossière ; mais fût-il ignorantissime, la loi ne punit pas plus l'ignorance chez les médecins que chez les avocats, que chez les juges. Si une grossière ignorance, *culpa lata*, pouvait susciter une responsabilité, Thouret-Noroy n'aurait qu'à prendre à partie ces juges qui se mêlent de médecine, et qui font alors preuve d'une énorme ignorance !

Les faits reprochés à Thouret ne rentrent donc pas dans les cas prévus par les art. 1382 et 1383 du Code civil ; je dis plus, ces articles ne peuvent pas plus s'appliquer aux médecins dans l'exercice de leur art, qu'à nous avocats, et qu'aux juges. Qu'un client vienne dans mon cabinet, que je lui donne des conseils qui le ruinent s'il vient à les suivre, je les lui ai donnés selon mon modeste savoir ; il n'y a eu de ma part ni dol, ni fraude ; je ne suis pas responsable. Ah ! si la partie adverse m'avait circonvenu par avance, si je m'étais laissé gagner, si j'avais eu la bassesse indigne de trahir avec intention les intérêts de mon client, alors il aurait eu droit de me traduire devant vous, non pour ma consultation, non comme avocat, mais comme homme, et à raison de ma fraude. Ainsi encore, si dans nos orages politiques je poussais frauduleusement un homme à quelque démarche périlleuse, en lui persuadant qu'elle est permise par les lois, non-seulement je serais coupable, mais le principal coupable ; le malheureux ne serait que mon complice. La responsabilité est de droit alors ; mais s'il en allait autrement, si l'on devait répondre des conseils donnés avec bonne foi, il faudrait fermer nos dossiers, comme les médecins devraient fermer leur cabinet.

Et puisque j'ai touché cette corde de la responsabilité de l'avocat, si elle n'était pas restreinte aux cas de dol et de fraude, je ne serais pas pour moi-même sans de graves appréhensions. Car enfin j'ai plaidé, avocat, une cause presque purement médicale ; qui me dit que je l'ai bien plaidée ? Mon client n'a qu'à m'attendre à la porte de cette audience, et me dire : Vous avez mal défendu ma cause ; si je la perds, c'est vous que j'assigne en dommages-intérêts ! Voilà cependant, si on n'y mettait des limites, où mènerait la responsabilité de l'avocat, comme la responsabilité médicale.

Quel homme oserait désormais se livrer à l'application d'une science aussi conjecturale que la médecine ? Permettez-moi de vous citer un fait, messieurs. Nous avions naguères à Montpellier un homme à qui son habileté et son profond savoir avaient acquis une vaste renommée, le malheureux Delpech, ravi en 1828 à la science par un lâche assassinat. Il fut appelé en province, près d'un fonctionnaire justement considéré, pour lui remettre une épaule démise. Delpech réunit quatre individus vigoureux et leur dit : vous tirerez sur le membre déplacé ; l'homme que je remets entre vos mains pourra crier, il pourra tomber en syncope, ne vous embarrassez de rien, et tirez ! Ils tirèrent ; et comme il avait été dit, l'homme cria d'abord, puis il eut une faiblesse ; puis il cria : je meurs ! et il tomba mort au milieu de l'opération. Qui cependant eût osé traduire Delpech en justice, et lui dire : vous répondrez de votre erreur ? Delpech était au premier rang parmi nos illustrations chirurgicales ; c'était là sa réputation dans le Midi, et le Nord pensait de même. Il s'est trompé pourtant, et voilà ce qu'est la médecine !

En résumé, messieurs, la responsabilité n'existe pour le médecin que quand il y a fraude ou mauvais vouloir ; on ne peut l'invoquer ni pour cause d'imprudence, car le juge ne sait pas s'il y a eu imprudence, ni pour cause de négligence, car le juge ignore s'il y a eu négligence ; ni pour oubli des règles ; car il n'y a pas de règles fixes en médecine ; chacun suit sa théorie et les inspirations de sa conscience. Voilà ce qui me paraît la vérité en application comme en principe ; voilà pourquoi je persiste à demander la cassation de l'arrêt.

Après cette admirable inspiration dont nous n'avons pu rendre que les traits saillans, M. Dupin aîné se lève au milieu d'un profond silence.

DISCOURS DE M. DUPIN AINÉ.

M. LE PROCUREUR GÉNÉRAL. Je suis surpris, Messieurs, des graves appréhensions qu'on vous a fait entrevoir à propos de cette affaire. Si Thouret-Noroy est condamné, plus de médecine possible, et les médecins se verraient réduits à la désespérante alternative de renvoyer leurs cliens ou de répondre de leurs malades ! Messieurs, rassurez-vous, cela n'aura pas d'aussi fâcheuses conséquences. Le docteur Thouret-Noroy seul aura perdu son procès ; la médecine restera ce qu'elle a toujours été, l'une des professions les plus nobles et les plus recommandables, quand elle est sagement exercée. Il ne peut venir à l'esprit de personne de rendre responsable une profession que les médecins eux-mêmes, avec tant de modestie, avouent être si conjecturale. Mais si la simple ignorance n'est pas une cause suffisante de responsabilité, il peut y avoir des circonstances où le dol est si patent, où la négligence est portée si loin, qu'on ne pourrait proclamer l'irresponsabilité absolue sans péril pour la société.

Le principe de responsabilité médicale est écrit dans les articles 1382 et 1383 du Code civil ; c'est la raison générale qui l'a dicté. Il ne souffre pas d'exception, en ce sens qu'on répond de sa négligence, de son imprudence, et même de l'ignorance poussée trop loin des choses qu'on est obligé de savoir. Ainsi, si un charretier charge mal sa voiture, qu'une pierre tombe et blesse un passant, il est responsable ; ainsi les architectes répondent pendant dix ans de la solidité d'un édifice ; pourquoi cela ? parce que l'art leur a dû révéler les moyens d'en assurer la solidité.

M. le procureur général s'attache ensuite à montrer que cette responsabilité s'étend aux professions les plus relevées. Un notaire répond des vices de rédaction ou de forme de ses actes ; les huissiers, les avoués, les agens de change sont dans le même cas. Tous les fonctionnaires publics ont leur responsabilité ; on en a même fait un article de notre constitution. Le juge est puni dans certains cas pour sa négligence (art. 1604 du Code d'instr. crim.) ; pour ignorance ou seulement oubli de la loi (art. 2063 du Code civil, et 112 du Code d'instr. crim.), si une procédure est annulée par sa faute, il peut être condamné aux frais de la procédure nouvelle (art. 415 du Code d'instr. crim.) ; s'il oublie une pièce d'où dépendait le sort du procès, il est passible de dommages-intérêts ; et dans un cas de ce genre, le savant Pothier s'appliqua à lui-même le principe de responsabilité qu'il a si bien développé dans ses livres. Les procureurs-généraux peuvent, dans certains cas, être pris à partie (art. 271 du même Code.)

On s'est récrié cependant ; et les avocats, a-t-on dit, seront donc aussi responsables s'ils perdent leur cause, bien qu'ils l'aient plaidée avec conscience, et j'ajouterai pour la plaidoirie que vous venez d'entendre avec un talent si supérieur. Sans doute les avocats ne sauraient répondre de la décision des tribunaux ; c'est là pour eux une excuse aussi bonne que la nature ou l'organisation pour les médecins ; mais sans leur imposer cette responsabilité, les avocats en ont d'autres ; lorsqu'ils ont agi avec de mauvaises intentions, lors même qu'ils ne seraient coupables que d'une simple indélicatesse, ou d'une légère faute de discipline ; ou bien encore lorsqu'ils perdent des pièces importantes à leurs cliens, ils peuvent subir selon les cas une action disciplinaire, civile, ou criminelle.

Tout cela ne dit pas que l'avocat doive avoir du génie, et répondre du succès. Il est des gens médiocres dans tous les états ; tant pis pour le client qui s'adresse à ceux-là ; *cur talem elegeris!* Mais s'il y a quelque chose de répréhensible dans la conduite de l'homme, s'il y a dissimulation de pièces, désertion de la cause de son client ; tout ce qui enfin, à part même le dol, peut être qualifié imprudence, négligence, ignorance tellement crasse qu'elle s'assimile à une faute grave, tous ces cas entraînent la responsabilité. Il ne s'agit plus de la profession ni de la science ; il s'agit de l'homme ; on lui reproche des fautes qui tiennent à sa conduite, et les tribunaux sont compétens pour les apprécier.

Ainsi toutes les professions ont leur responsabilité ; pourquoi le médecin seul n'aurait-il pas la sienne ? Son diplôme serait-il donc un brevet d'impunité ? On n'y a pas inséré que je sache la clause burlesque du *Malade imaginaire* : *occidendi impunè per totam terram*. Mais, dit-on, la société a pris ses garanties à l'école, et ne doit plus les prendre ailleurs. Qu'est-ce à dire ? Le notaire, l'avoué, l'avocat, n'ont-ils pas aussi fait des études, subi des examens, obtenu un diplôme ? Le juge a passé par toutes ces épreuves, et de plus par plusieurs années de stage ; et il ne cesse pas pour cela d'être responsable.

Qu'a-t-on voulu dire par cet axiome : *Consilii non fraudulentis nulla est obligatio ?* Il ne s'agit pas ici de consultation. Qu'un médecin appelé près d'un malade ordonne un traitement, bon ou mauvais, nous n'avons rien à y voir, rien à dire ; il a pu être trompé par une maladie insidieuse, et souvent recevoir d'infidèles renseignemens du malade lui-même.

Qu'est-ce encore que cet autre principe : *Volenti non fit injuria ?* Il n'est pas de règle sans exception ; et sans sortir des questions agitées dans cette cause, voici une application qui serait absurde. Un individu qui voudrait se suicider demanderait à un médecin le moyen le plus doux d'arriver à son but ; le médecin pourrait-il le lui indiquer impunément ? Non sans doute, et c'est sous un autre point de vue qu'il faut apprécier la responsabilité médicale.

Personne, dit-on, ne voudra alors exercer la médecine sans savoir au juste de quoi il aura à répondre. D'abord il s'agit dans l'espèce d'un cas de chirurgie, et la chirurgie est déjà moins conjecturale ; mais passons. Si l'on disait seulement d'un chirurgien qu'il est inhabile, ignorant, que dans tel cas il a prescrit un traitement contraire, ce ne sont pas là des causes de responsabilité. Dans le cas actuel, si la Cour royale de Rouen avait eu à décider cette question : Devait-on ou ne devait-on pas saigner le malade ? Evidemment la question était toute médicale ; et quand Thouret Noroy eût été convaincu d'ignorance ou d'inhabileté, il n'aurait pas encore été responsable.

Mais s'il y a eu faute de la part du chirurgien, s'il y a eu négligence, imprudence grave et qui ait entraîné des suites périlleuses pour le malade, les tribunaux peuvent apprécier ces faits. Qu'un médecin par distraction au lieu de deux ou trois grains d'émétique en prescrive une once, c'est un cas de responsabilité évidente ; peu importe que ce soit par erreur, le fait matériel n'en existe pas moins, et si le malade meurt, il y a lieu à une action civile. Qu'un chirurgien fasse une amputation qui n'était peut-être pas nécessaire, qu'il réussisse mal dans cette opération ; ou bien dans une autre supposition qu'il refuse de la faire, bien qu'elle semble indispensable, tout cela se rattache à des questions de science et ne saurait donner lieu à aucun procès. Mais qu'au milieu d'une amputation commencée, le chirurgien quitte son malade sans faire les ligatures, qu'il n'y ait ni vol ni fraude, toujours y a-t-il une grave imprudence, un tort fait au malade ; la question ne touche en rien la science, elle touche l'homme. En résumé, il serait injuste et absurde de rendre le médecin toujours et en tout responsable de ses insuccès ; mais le principe opposé, appliqué d'une manière absolue, serait encore plus injuste, plus absurde, plus périlleux pour la société. La vérité n'est pas dans ces extrêmes ; *Inter utrumque tene medium* ; *tutissimus ibis*. Les circonstances font la responsabilité ; et comme elles sont trop variables pour être toutes prévues par la loi, il a bien fallu laisser aux tribunaux la mission de les apprécier.

On a cité un passage de Montesquieu qui explique pourquoi les médecins à Rome étaient déclarés responsables ; chez nous au contraire ils offrent des garanties et sont *censés* connaître leur art. Mais au lieu d'une simple présomption, y eût-il certitude de leur profond savoir, cela ne fait rien ici ; car, encore une fois, le médecin est en dehors de ces poursuites ; l'homme seul est responsable de sa conduite et de ses faits personnels.

M. le conseiller-rapporteur, dont les savantes recherches ont rendu une partie des miennes inutiles, a trouvé que dans l'ancienne jurisprudence il semble que les médecins aient pu être attaqués par la voie criminelle. Je ne pense pas qu'il y ait doute à cet égard. S'il y a dol ou fraude, par exemple, si le médecin a procuré sciemment l'avortement, il y a évidemment lieu à une action criminelle. Mais l'intention ôtée, il ne reste que la responsabilité civile ; encore voyons-nous que selon les cas elle était appliquée ou non appliquée ; ainsi le parlement de Bordeaux a rendu deux arrêts opposés dans deux causes qui semblent pareilles ; c'est que sans doute dans l'une il n'y avait ni négligence ni faute grave, et que ces circonstances existaient dans l'autre ; je ne puis d'ailleurs que le présumer, les arrêts à cette époque n'étant point motivés. Tout ce qu'on peut en conclure, c'est qu'alors la responsabilité du médecin était reconnue en principe ; seulement pour chaque cause il y avait une enquête, et c'était d'après les circonstances de la cause que le principe était ou n'était pas appliqué.

Enfin est venue la loi de ventose an XI. Est-il possible d'admettre que l'article de cette loi qui a réglé dans certains cas la responsabilité de l'officier de santé, ait effacé pour le docteur le grand principe de responsabilité générale ? Non, messieurs, car encore une fois ce principe ne s'applique point à la pratique scientifique, mais à la conduite personnelle de l'homme. Il y a eu dérogation pour l'officier de santé ; et celui-ci d'après la loi est responsable de certains cas de sa pratique. Il n'est pas alors besoin d'examen ni d'enquête ; un homme est mort ; vous l'avez opéré sans le concours d'un docteur ; vous êtes responsable. Mais cela veut-il dire qu'au docteur tout est permis, qu'il peut pratiquer toute espèce de mutilation, commettre impunément les négligences les plus graves ? Non, encore une fois ; seulement nous n'avons pas d'action contre lui pour le cas de l'officier de santé, pour le défaut de science ; son diplôme le couvre à cet égard ; mais toujours la loi a réservé aux tribunaux le droit d'apprécier les faits, de voir si l'homme par sa conduite personnelle a mis en danger ou a tué son malade.

Appliquons ces principes à l'espèce. Et d'abord nous n'avons pas à nous occuper de Chouippe ; Chouippe n'est pour rien dans ce procès ; et s'il a eu des torts, cela n'atténue point les torts de l'autre. Vous demandez pourquoi on s'est attaqué à Thouret-Noroy ? Parce que le fait principal, celui qui a nécessité tous les autres, vient de sa mauvaise conduite. C'est parce qu'il a négligé son malade, et qu'il l'a enfin déserté ; et que celui-ci a été obligé de recourir à cet autre que vous déclarez ignorant et inhabile.

Vous dites : il n'y a eu ni négligence ni abandon. Mais la Cour de cassation n'est point juge de ces faits ; elle ne peut que les accepter tels que l'arrêt de la Cour royale les établit ; y eût-il à cet égard le mal jugé le plus évident, la Cour de cassation n'examine que l'application de la loi ; c'est pour cela que le pourvoi sera rejeté.

Notez que je ne parle pas des faits scientifiques que la loi ne punit point ; il ne s'agit pas de savoir si Thouret a eu raison ou tort de saigner son malade ; ceci est à débattre entre Hippocrate et Galien, et n'est point du domaine des tribunaux. Je ne m'arrête pas non plus à savoir si Thouret a ou n'a pas piqué l'artère ; eh ! sans doute mille circonstances peuvent alors lui servir d'excuse, un simple mouvement du malade, un changement subit de rapports dans ces anfractuosités du bras où se pressent les vaisseaux et les chairs. Enfin il ne s'agit même pas de savoir s'il devait comprimer, oui ou non, après avoir piqué l'artère ; je ne saurais entrer dans ces questions de pratique ; et toute cette partie de l'arrêt je l'abandonne. Je dirai plus ; si l'arrêt n'était motivé que sur de semblables considérans, je serais le premier à le combattre et à conclure à la cassation, attendu que les faits de ce genre sont complètement étrangers aux tribunaux. Le jugement de première instance pèche donc à cet égard ; mais prenez garde, l'arrêt de la Cour est basé sur d'autres motifs, et c'est pour ces motifs nouveaux qu'il est inattaquable.

Les premiers juges avaient décidé que Thouret avait commis une *faute grossière ou oubli des règles*, etc. ; la Cour a refait tout ce considérant en entier ; elle a laissé de côté la question médicale pour ne s'occuper que de la question civile ; ainsi elle a condamné Thouret *pour avoir dissimulé*, A DESSEIN, *l'accident arrivé ; pour négligences graves dans les soins ultérieurs* ; et notamment *pour avoir abandonné son malade à l'instant où celui-ci a eu le plus besoin de lui*. Vous niez ces faits, peu m'importe, car je n'ai pas à voir si l'arrêt s'est trompé en les admettant comme réels ; mais la Cour royale se serait trompée, que son arrêt serait encore parfaitement fondé. Bien ou mal jugés, les faits sont pertinens, la Cour pouvait en connaître ; il y a eu à cet égard enquête et contre-enquête ; et après tout, l'arrêt est là qui les constate et les rend indestructibles. Cette dissimulation, à dessein, cette négligence grave, cet abandon du malade dans des circonstances périlleuses, tout cela n'a rien de médical ni de scientifique ; et la condamnation de faits pareils ne saurait effrayer les médecins qui n'abandonnent pas.

Que les médecins se rassurent donc, rien de ce qui les regarde n'est en péril. On ne conclut pas, ou l'on conclut à tort du particulier au général. Chaque profession a dans son sein des hommes qui l'honorent et des hommes qu'elle répudie ; dans toutes, à côté des actes du plus beau dévouement, on a malheureusement vu des actes de lâcheté ; mais tout l'éclat des uns ne saurait servir de sauvegarde aux autres.

Dans ces circonstances et par ces considérations, je conclus au rejet du pourvoi.

La Cour se retire dans la chambre du conseil pour délibérer. Après un quart d'heure environ elle rentre en séance, et M. le président prononce un arrêt à peu près conçu en ces termes :

« Attendu que les considérans de l'arrêt attaqué sont fondés sur des faits de négligence grave et notamment d'abandon du malade dans des circonstances périlleuses ; que ces faits sont purement matériels, et que la Cour royale était compétente pour les apprécier ;

» Qu'il ne renferme conséquemment aucune violation de la loi du 19 ventose an XI ;

» Qu'en appliquant à ces faits les art. 1382 et 1383 du Code civil, l'arrêt, loin de violer la loi, en a fait une juste application ;

» La Cour rejette le pourvoi. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 26. TOME III. — 1835. SAMEDI 27 JUIN 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre; 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 8, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

MALADIES DES ENFANS.

OBSERVATIONS SUR LES HÉMORRHAGIES DES PREMIÈRES VOIES CHEZ LES ENFANS NOUVEAU-NÉS, par M. le docteur J. Conrad Rahn-Escher, médecin à Züric.

Les hémorrhagies par les premières voies chez les enfans nouveau-nés ont été peu décrites jusqu'à ce jour : aussi ne lira-t-on pas sans intérêt les observations qu'a recueillies à ce sujet le docteur Rahn-Escher, ainsi que les réflexions qu'il fait suivre. On verra dans tous ces cas une certaine uniformité de symptômes qui semble devoir faire de ces hémorrhagies une affection identique, dépendante d'une même cause; l'impression profonde que ce genre de maladie exerce sur la vie nutritive de l'enfant, les conséquences souvent graves qui en résultent pour son développement ultérieur, en font un objet d'étude et de méditation sérieuse.

Obs. I. — N..., du sexe féminin, vint au monde à la fin de la trente-septième semaine de la gestation. Sa mère, âgée de 30 ans, délicate, d'une constitution nerveuse, sujette à des accidens hystériques, souffrant souvent d'une irritation du plexus solaire et d'embarras gastriques, avait été accouchée une première fois, à 28 ans, au moyen du forceps, d'un enfant qui mourut bientôt après sa naissance. La petite fille, quoique délicate, portait tous les signes de maturité et de santé parfaite; il faut remarquer que les eaux de l'amnios étaient en petite quantité, d'une nature assez muqueuse, le placenta petit, le cordon ombilical gras, gélatineux, et l'enduit caséeux épais, gluant, adhérant à la peau. L'accouchement, quoiqu'un peu pénible, se fit naturellement. L'enfant était peu remuant, montrait néanmoins assez d'appétit; le méconium, plus visqueux et plus foncé en couleur, fut rendu dans le commencement en plus grande quantité que d'ordinaire.

Le quatrième jour, au matin, les selles avaient déjà un peu plus de consistance, et l'enfant venait de boire plusieurs fois du lait avec assez d'appétit, lorsqu'il survint subitement des selles plus fortes, aqueuses, jaunes claires et vertes foncées; agitation extrême; convulsions; figure pâle; respiration et pouls spasmo-

Feuilleton.

VISITE A L'INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE PARIS.

Une chose assez délicate, au moins pour un homme qui se respecte, est de dire tout haut du bien de ses amis dans leurs entreprises. On suppose toujours de la partialité, quelquefois même une sorte de collusion qui souvent n'existe pas. C'est précisément le scrupule qui m'arrête en ce moment, avant de parler de l'institut orthopédique, sujet de cet article. Eh pourtant! faut-il donc taire la vérité, faut-il cacher ce qui peut être utile à la science, à l'humanité, sous le vain prétexte que ce progrès est dû à nos amis? je ne le pense pas; il y aurait tout à la fois sottise et déni de justice. Ce motif me détermine donc : je dirai librement et franchement mon opinion sur ce que j'ai vu, laissant à d'autres le soin de vérifier mes assertions.

C'est un signe heureux pour un établissement quelconque, quand il prend de l'accroissement et se trouve dans une période d'ascension. Cela prouve qu'il conserve la confiance publique, et que cette confiance est pleinement justifiée. On voit un exemple frappant de ce que nous disons, dans l'Institut orthopédique de MM. Pravaz et Guérin. Les moyens orthopédiques qu'ils emploient, indépendamment des autres, ayant eu le succès qu'ils en espéraient, ils ont donné une grande extension à leur établissement. Ingénieux à la recherche des meilleurs moyens curatifs, conséquens dans leurs vues et leurs principes, modestes et vrais dans leurs affirmations, ils ont obtenu d'importans résultats. En fait de procédés scientifiques, j'ai beaucoup de confiance à l'évangile du produit net; eh bien! ce produit a été ici tout ce que devaient attendre les amis de la science et de l'humanité. Or, si avec des moyens assez bornés, le succès a répondu aux espérances des fondateurs de cet Institut, qu'on juge de ce qu'ils peuvent obtenir avec des ressources bien supérieures et de nouvelles combinaisons médico-orthopédiques. C'est dans le château royal de la Muette, à Passy, au milieu des magnificences de l'art et de la nature, sur un plateau peu élevé, où un air pur, vif, largement oxigéné, se renouvelle sans cesse; c'est sur le bord de la Seine et dominant son bassin, en cet endroit si pittoresque et si varié, presque au centre du bois de Boulogne, de ses ombrages, de ses pelouses, de ses points de vue si heureusement ménagés; c'est à quelques minutes de la capitale, et pourtant dans une espèce de solitude agréable, que se trouve maintenant le bel établissement dont nous parlons. Toutefois, qu'on ne s'imagine pas que cet appareil grandiose existe dans un but d'ostentation et de luxe, qu'on ait la moindre intention de séduire les yeux pour capter la confiance, on serait dans une complète erreur. Il ne s'agit nullement de ces industries rusées, proteiformes, caractérisant à merveille notre époque in-

diques ; abattement notable ; ventre un peu ballonné, mais ni chaud ni tendu, paraissant un peu douloureux au toucher, surtout avant chaque évacuation alvine. Le même soir, la scène change, l'enfant est prise d'hémorrhagies abondantes, de 2 onces à 2 onces et demie chacune, qui se succèdent avec rapidité par l'anus, et une seule fois par la bouche ; sang noirâtre, à moitié liquide, à moitié coagulé, ressemblant parfois à de la lavure de chair, le plus souvent mêlé au méconium et aux matières fécales, toujours à des mucosités ; épuisement considérable des forces ; diminution notable des urines ; pouls filiforme, inégalement intermittent ; figure pâle ; traits affaissés ; respiration inégale, parfois intermittente, parfois accélérée ; sommeil le plus souvent lourd et pesant, accompagné de secousses des membres et de mouvemens convulsifs des yeux ; abdomen flasque, affaissé, sans sensibilité exaltée ; cordon ombilical convenablement desséché, entièrement vide de sang. (Emulsion mucilagineuse avec la magnésie, l'alun et le musc ; fomentations avec du vin rouge sur le bas ventre ; infusion de pépins de coing ; diète absolue.)

Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, encore deux hémorrhagies par le rectum ; un seul vomissement d'un sang rouge foncé, liquide, mêlé à beaucoup de mucosités ; le sang rendu par le bas est le même que la veille ; même état de faiblesse, mais moins de convulsions ; sécrétion des urines entièrement supprimée. Dans la journée, trois selles sanguinolentes, mais moins abondantes, formées de caillots de sang gris-noirâtre, plus organisé et plus fibrineux que la veille. L'urine s'écoule de nouveau en petite quantité.

Le quatrième jour, cessation de l'hémorrhagie ; pouls toujours faible, mais régulier, ainsi que la respiration ; convulsions moins fortes ; urine abondante ; constipation. (Même traitement. Lavement de lait produisant une selle dure et foncée.) Le lendemain, une selle spontanée de matières sèches mêlées encore à des caillots de sang.

Du huitième au quatorzième jour, administration d'extrait de chiendent avec addition d'acétate de potasse liquide et de musc, et tous les jours un bain de fleurs de camomille, de chardon bénit et de carbonate de soude. Dans cet intervalle, la petite malade a tous les jours deux à trois selles contenant encore une certaine quantité de sang mêlé à des matières fécales ; la vivacité renaît un peu ; les convulsions diminuent de plus en plus ; le pouls se relève ; la respiration se fortifie, mais il reste une grande laxité des parties molles et une pâleur blafarde de toute la peau et d'une partie de la cavité buccale et de la langue ; l'amaigrissement est extrême. On nourrit l'enfant avec la *farine d'orge de Hufeland*, cuite dans du lait, et tous les deux jours on lui fait prendre un bain de camomille avec addition de vin. Sous l'influence de ce traitement, les forces et les fonctions digestives se rétablissent de jour en jour davantage, et les convulsions cessent entièrement ; mais la pâleur du corps ne disparaît pas. Il s'est formé comme un état chlorotique caractérisé par l'inertie, la pâleur et la bouffissure de la peau ; par de la faiblesse, et de temps en temps par de la dyspepsie, qui persiste encore trois mois après l'époque des hémorrhagies. Le carbonate de fer à la dose de 1 grain trois fois par jour, avec du sucre et de la gomme adragant, et plus tard, comme le carbonate de fer ne pouvait être supporté, la poudre vitale avec quelques gouttes d'essence douce de Halle produisait quelque amélioration. La petite malade prend pendant tout l'été des bains aromatiques et passe une partie de la saison à la campagne. Ses forces reviennent de plus en plus, et la couleur de la peau, de pâle qu'elle était, prend une teinte plus jaunâtre.

La première dentition, qui a lieu en hiver, se fait avec lenteur, s'accompagnant parfois de petits mouvemens fébriles et de constipation. Les couronnes des dents, qui sont lentes à venir, se gâtent promptement. L'accroissement des forces semble s'arrêter, et il se montre même quelques symptômes précurseurs du rachitisme. On ordonne un régime plus fortifiant et des bains ferrugineux. Vers le printemps, après la sortie des dents incisives, les forces de l'enfant se remettent avec rapidité ; son aspect devient meilleur, elle apprend à marcher, reprend visiblement des forces et un peu de gaieté, sans montrer aucune trace de ses anciennes souffrances. La perforation des dents canines et molaires se fait avec facilité et sans troubler la santé.

La mère qui, à une céphalalgie hystérique près, s'était toujours bien portée depuis ses couches, devint de nouveau enceinte et donna le jour à un enfant très-délicat qui mourut du carreau au bout d'une année.

Obs. II. — G..., petite fille, vint au monde le 25 novembre 1831. Sa mère, âgée de 35 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament bilieux, mélancolique, irritable, réglée de bonne heure, ayant sa menstruation régulièrement, mais toujours avec des spasmes assez forts, en était à ses premières couches ; le travail s'était fait avec régularité ; le sang et les lochies s'écoulèrent avec facilité, mais la sécrétion du lait fut peu abondante ; un catarrhe pulmonaire et une atonie habituelle des intestins retardèrent le retour à la santé.

La petite fille était délicate ; ses cheveux et ses ongles peu formés ; le placenta petit ; les eaux de l'amnios naturelles, mais peu abondantes. L'enfant dormait presque continuellement, changeait souvent de couleur et était prise de convulsions des membres et des muscles de la face ; la déglutition était difficile, provoquait souvent des nausées ; la respiration, d'abord faible, s'était peu à peu régularisée ; il n'y avait point eu d'évacuation de méconium ; l'urine s'écoulait naturellement. Le soir, il y eut deux selles d'un méconium épais et visqueux à la suite de l'administration du sirop de manne.

Mais déjà le lendemain matin, de très-bonne heure, il survient rapidement l'une après l'autre trois selles abondantes de sang, qui, comme dans le premier cas, produisent un épuisement extrême et subit des forces de la petite malade, des convulsions, etc. Pouls, respiration et chaleur du corps presque nuls ; pâleur mortelle ; à chaque mouvement un peu prononcé du corps, il s'écoule par l'anus de nouvelles quantités d'un sang tantôt coagulé, tantôt liquide. Le cordon ombilical était exsangue et flétri ; on ne peut dire s'il s'était écoulé de l'urine, car il était difficile de la distinguer de la sérosité sanguinolente. (Même prescription d'alun et de musc que dans le premier cas ; fomentations avec la décoction de quinquina sur le bas-ventre ; pour boisson, un faible mucilage de coing avec du thé de cannelle, par cuillerée à bouche.) Journée tranquille ; mais le soir, retour des hémorrhagies aussi abondantes que le matin, et faiblesse extrême. — Trois gouttes de teinture de musc éthérée, données d'abord toutes les demi-heures, et plus tard toutes les heures et demie, rétablissent peu à peu les forces, régularisent les évacuations, arrêtent les hémorrhagies et font naître un peu d'appétit ; des coliques étant survenues, on prescrit une émulsion d'amandes avec du musc, et des frictions sur le bas-ventre avec l'huile cuite et de l'eau éthérée de camomille ; de plus, bains aromatiques auxquels on ajoute du quinquina jusqu'à ce que l'extrême faiblesse ait disparu. Une alimentation nutritive, composée en grande partie de salep indien (arrow-root), délayé dans de l'eau chaude sucrée, restaura les forces jusqu'à un certain point ; mais l'aspect cachectique, la pâleur, ne disparurent point ; la première dentition se montra au sixième mois, et déjà à cette époque il existait une atrophie abdominale avancée, ainsi que les premiers signes d'une hydrocéphale chronique, à laquelle l'enfant n'a point tardé de succomber.

Obs. III. — La même mère, ayant essuyé beaucoup de chagrin par la maladie et la mort de son premier enfant, fit à la suite d'une frayeur une fausse couche vers le milieu du sixième mois de la gestation ; elle perdit une grande quantité de sang, mais ne tarda pas à se rétablir ; elle devint une troisième fois enceinte, au commencement de janvier 1833, et eut beaucoup à souffrir de malaise d'estomac et de constipation. Elle accoucha au mois de septembre d'un garçon portant tous les signes de maturité, vivace, quoique d'une constitution un peu molle. Le placenta et les eaux de l'amnios étaient naturels ; ces dernières peu abondantes. Le corps était couvert d'un enduit épais ; le méconium, noir et visqueux, fut évacué en abondance deux fois dans les premières vingt-quatre heures.

Le lendemain, 1er octobre, sans autres avant-coureurs qu'un peu d'agitation et un changement fréquent et subit de couleur de tout le corps, et surtout du visage, il se fait comme dans les deux cas précédens d'abondantes hémorrhagies par l'anus suivies de moins de faiblesse, mais de plus de convulsions. Le traitement est le même, à l'exception de l'alun, qu'on remplace par le ratanhia.

Le 5 octobre, les hémorrhagies ont entièrement cessé ; tous les autres symptômes s'amendent, excepté la pâleur mortelle de la peau et la flaccidité des chairs.

Au bout de dix mois, l'enfant était encore sujet à des diarrhées fréquentes et opiniâtres qui reconnaissaient probablement pour cause une irritation sanguine chronique de la muqueuse intestinale, qui épuisaient rapidement les forces de l'organisme et s'accompagnaient le plus souvent de violentes convulsions. Dans les premiers jours de janvier 1834, le petit malade fut pris d'une de ces diarrhées intenses ; en même temps, les urines se supprimèrent ; il survint parfois des vomissemens de matières mal digérées ; soif ; fièvre ; congestion vers la tête ; me-

---

quiète, instable, se laissant prendre à la pompe, à l'oripeau, quoique mesquine et calculant toujours ; de ces entreprises dont le but réel et secret est d'exploiter le public, la vogue et la circonstance, quand on parvient à éblouir et à fasciner par un certain éclat extérieur. Rien de cela n'est à craindre dans l'Institut orthopédique du château de la Muette ; tout y a été calculé d'après un but positif d'utilité. Ce beau pavillon si bien exposé à la puissante influence du soleil, cet immense parc, ces riches vergers, cette ravissante verdure, ces belles plantations, cette heureuse position, tout cela a été choisi, arrangé, combiné dans des vues médicales et pour la santé des malades ; en définitive, procurer, hâter la guérison, c'est là le point convergent où aboutissent les magnificences de cette agréable demeure.

Il faut en convenir, dans l'état actuel des choses, il n'est plus possible de fonder à Paris de pareils établissemens, on y manquerait le but principal, celui de fortifier la constitution, de lui donner cette vigueur sans laquelle les moyens orthopédiques n'ont qu'un succès incertain et de peu de durée. Nous ne le savons que trop, nous autres habitans de la capitale : il nous faut renoncer à y jouir pleinement, surtout dans certains quartiers, du ciel et de la lumière ; le soleil n'y luit pas pour tout le monde. D'ailleurs le plâtre, le moellon et la boutique envahissent continuellement l'espace ; les arbres y deviennent de vraies raretés, la verdure y est un objet de luxe et de curiosité. Pour quiconque ne passe pas la barrière, il est certain, à peu de chose près, qu'à Paris le printemps est une affaire de souvenir ou d'almanach, et qu'on y apprend par le journal l'arrivée des hirondelles. Il en résulte que la somme d'air vital rigoureusement exigée par l'hygiène diminue de plus en plus pour chaque individu surtout au centre de la ville. De là cette population en général pâle, étiolée, abâtardie, notamment dans le peuple, la classe manufacturière et du petit commerce. Mais si cette privation d'air et de lumière peut à peine être supportée par des individus bien portans, que sera-ce s'il s'agit de jeunes enfans débiles, chétifs, lymphatiques, prédisposés au rachitisme. Les laisser vivre dans une pareille atmosphère, n'est-ce pas les priver de l'élément vital par excellence, n'est-ce pas les condamner à une existence languissante, les livrer sans espoir à la souffrance, souvent même à une incurable nullité physique et morale ? C'est donc avec raison et comme principe fondamental de la guérison, que l'Institut orthopédique dont il s'agit a été établi dans un vaste et beau local, dans une situation des plus heureuses, où l'atmosphère, libre, pure, sans cesse renouvelée, chargée d'émanations balsamiques, de parfums pénétrans, semble donner une sorte d'abondance de vie, de surcroît d'existence ; où au dedans, au dehors, le soir, le matin, à chaque instant du jour, l'économie peut s'imprégner, se saturer de chaleur et de soleil, d'oxigène et de lumière, respirer pour ainsi dire la santé, la force et le bien être.

Au reste, dans cet Institut, unique en Europe et qui certainement fera honneur à notre pays, l'ensemble des moyens de guérison y a été combiné avec le plus de méthode possible. Ces moyens portent sur la triple base suivante.

1° Les appareils orthopédiques. Ces appareils sont construits d'après ce double principe, pour me servir de l'expression même des fondateurs, d'abord de localiser autant que possible l'extension, de manière à ne pas fatiguer inutilement les parties saines de l'épine, et à concentrer toutes les forces extensives sur celles qui sont courbées, puis de combiner simultanément l'exercice des muscles de l'épine avec l'extension, en sorte que le corps ne reste pas dans un repos continu. Ce n'est point ici le lieu de donner plus de détails sur ce principe et le jeu de ces appareils ; notre opinion est d'ailleurs que le meilleur moyen d'en apprécier les effets, est de les examiner par soi-même. Il nous suffira de dire que ces appareils,

naces d'hydrencéphale, le bas-ventre n'étant jamais brûlant ni ballonné. De petites doses de digitale, de zinc, unies aux cordiaux régularisant les sécrétions, firent disparaître les symptômes du côté de la tête; il s'établit en même temps, surtout à cette région, une sueur abondante d'une odeur très-pénétrante.

Au mois de juillet de la même année, il y eut éruption de deux dents incisives, avec diarrhée copieuse; les matières fécales avaient cela de particulier qu'elles étaient blanches, jaunâtres, d'une odeur acide, et se coloraient dans l'eau de diverses manières, en partie en une couleur foncée et même en noir; l'urine, dont l'excrétion était peu diminuée, avait entièrement perdu son odeur, et était d'une couleur blanc de miel trouble; le linge qu'elle mouillait était comme empesé; elle reprit ses propriétés habituelles avec la diminution de la diarrhée, avant même que les excrémens fussent redevenus naturels. Les amers et les stimulans, et une nourriture fortifiante, vinrent encore une fois à bout de cet accès; mais il est resté une pâleur mortelle qui fait croire que la nutrition a été profondément altérée chez cet enfant, et que sa santé ne pourra être entièrement rétablie qu'avec le temps, beaucoup de soins et une grande persévérance.

A ces trois observations l'auteur ajoute encore d'autres faits recueillis à une époque antérieure; trois enfans d'une même mère, dont deux garçons et une petite fille, tous d'une constitution frêle et délicate, succombèrent dans les convulsions après avoir rendu par le rectum du méconium mêlé à beaucoup de sang.

L'examen cadavérique d'un de ces enfans fit voir une grande quantité de sang extravasé dans la partie supérieure de l'intestin grêle, dont la muqueuse était en plusieurs endroits rouge et ramollie; rate également ramollie et gorgée de sang. Les vaisseaux pleins d'un sang noir. Rien dans l'estomac.

La mère de ces enfans, d'une constitution délicate, était sujette à des engorgemens du système de la veine-porte et à la migraine; le père avait souffert long temps d'une cardialgie qui s'était terminée par l'endurcissement squirrheux du pylore, la dilatation de l'estomac avec épaississement de ses parois, affection à laquelle il avait succombé.

On ne peut disconvenir que tous ces cas appartiennent à une espèce de maladie particulière, que dans tous le siége et la nature des hémorrhagies ont été les mêmes, et que les épiphénomènes ont présenté, sinon une parfaite identité, du moins une grande analogie.

Quel a été maintenant le point de départ de ces hémorrhagies? L'auteur en place le siége dans la muqueuse de l'intestin grêle et plus particulièrement dans la portion supérieure.

En effet, l'hémorrhagie s'est faite avec une telle force et en telle abondance qu'elle n'a pu avoir lieu que par un gros vaisseau ou par une multitude de petits. Le sang était toujours si intimement mêlé aux matières contenues dans les intestins qu'on peut en conclure qu'il y a séjourné quelque temps et y a été soumis au mouvement péristaltique.

Une seule fois, dans la première observation, il y a eu vomissement de sang et encore en très-petite quantité; dans tous les autres cas, les hémorrhagies ont eu lieu par le rectum; le sang n'a donc pu être fourni ni par l'estomac, ni par le duodénum, ni par le foie, ni par la rate. L'exemple fourni par Billard d'un vomissement de sang mortel chez un enfant de trois ans, à la suite d'une inflammation gangréneuse de la rate, s'appuie des cas que nous avons rapportés. Contre les hémorrhagies du foie, on peut invoquer la couleur d'abord incolore, blanchâtre des excrémens, la violence des hémorrhagies, l'absence de sensibilité à la région hypochondriaque gauche, le défaut de sécrétion de la bile dans les premières évacuations, enfin le retour prompt de l'appétit.

La pâleur et l'aspect chlorotique des petits malades, ainsi que l'état de congestion de la rate, trouvé chez l'un d'eux lors de l'autopsie cadavérique, pourraient faire croire à une hémorrhagie de cet organe; mais cette opinion tombe, si l'on fait attention à l'absence de trouble dans les fonctions de l'estomac, et de phénomènes sympathiques du côté des poumons qui n'auraient certes pas manqué dans le cas de congestion de la rate.

Restent donc les intestins, et l'intestin grêle et non point le gros intestin; car dans ce dernier cas, les hémorrhagies ne se seraient point faites par des selles régulières, et le sang n'aurait pas montré ce mélange intime avec le méconium et les matières fécales, et dans certains cas, comme un commencement de digestion.

Enfin c'est la membrane muqueuse de l'intestin grêle qui a été le siége de ces hémorrhagies, ce que prouvent et le défaut d'une forte réaction de la part de l'organisme, les désordres consécutifs de la sécrétion muqueuse de l'intestin, et les lésions cadavériques trouvées lors de l'autopsie. Le sang paraît s'être déposé à la surface de la membrane muqueuse par une sorte de sécrétion morbide, et avoir été fourni en même temps par les extrémités artérielles, les racines veineuses et les vaisseaux des follicules muqueux.

Il est vraisemblable qu'il s'est passé ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans le melœna. Ainsi les phénomènes avant-coureurs, les désordres profonds de la nutrition, le prompt rétablissement des fonctions intestinales jusqu'à un certain point encore assez éloigné de l'état de santé, l'opiniâtreté du mal à ne plus vouloir s'amender au-delà de ce point, tout cela milite en faveur d'une analogie entre la maladie qui nous occupe et le vomissement noir des adultes; d'ailleurs chez ces derniers il y a souvent aussi des selles de sang noirâtre. L'étude des causes viendra encore à l'appui de ce que nous avançons.

Les causes prédisposantes de ces hémorrhagies qui viennent atteindre les enfans dans les premiers jours de leur naissance, ne peuvent être cherchées parmi les agens extérieurs; elles sont héréditaires, congéniales. En effet, les femmes qui ont donné le jour à ces enfans n'avaient point encore accouché, ou tout au plus une seule fois; toutes étaient d'un tempérament bilioso-nerveux; toutes avaient été sujettes à une irritation du système nerveux ganglionnaire, à des désordres dans la circulation abdominale et à un trouble dans les fonctions digestives pendant et souvent hors l'état de gestation. Rappelons-nous encore que le père de trois de ces enfans avait succombé à une affection cancéreuse de l'estomac. Ne peut-on pas admettre dès lors une disposition communiquée par les parens et surtout par la mère au fœtus, à une sorte de désordre dans la circulation abdominale et à une atonie des vaisseaux qui auraient déjà, pendant la vie utérine, donné lieu à une sécrétion morbide des intestins, comme le prouve la couleur plus foncée du méconium? Avec cette prédisposition, et la faiblesse native de ces enfans, on peut assez bien s'expliquer comment, la circulation pulmonaire ayant de la peine à s'établir, il s'opère une sorte de congestion de sang vers les intestins qui y sont déjà disposés. Il suffit alors de la moindre excitation ou sollicitation qui naît bientôt du besoin d'évacuer le méconium; et en effet, nous avons toujours vu les hémorrhagies survenir après la première excrétion de cette matière excrémentitielle. Un désordre survenu pendant le travail de l'accouchement, provoquant une congestion locale, peut également amener ces sortes d'hémorrhagies. Selon Billard, le séjour prolongé de fœtus pléthoriques dans des bassins resserrés peut être

---

établis avec un soin particulier et un grand fini d'exécution, atteignent le but de leur construction. La meilleure preuve qu'on en puisse donner se trouve dans les nombreux et beaux résultats obtenus dans l'établissement. Le chiffre est ici la loi et les prophètes.

2° Les exercices gymnastiques. C'est avec raison que ces exercices sont regardés dans l'Institut orthopédique comme un des plus puissans moyens de guérison; ils contribuent non-seulement à seconder les effets des appareils orthopédiques, mais ils en assurent les résultats, en donnant aux systèmes osseux et musculaire une densité et une force convenables. Au moyen de ces exercices multipliés, gradués, combinés avec art, vous êtes surpris, au bout d'un temps donné, de voir des êtres débiles, chétifs, acquérir une vigueur, une élasticité, une souplesse de corps et de membres dont on ne les croyait pas susceptibles. Un vaste et beau gymnase est consacré à ces exercices. On y trouve la collection la plus complète et la plus variée que je connaisse d'appareils propres à la gymnastique. Peut-être y manque-t-il un dynamomètre pour constater les résultats obtenus après certains intervalles; c'est une idée que je soumets aux fondateurs de l'établissement. Soit donc qu'on veuille opérer sur l'économie entière pour lui donner l'énergie musculaire dont elle manque, soit qu'on ait l'intention d'obtenir une gymnastique spéciale, c'est-à-dire s'adresser à une ou plusieurs portions du système musculaire, on trouve ici tout ce qui est convenable pour atteindre ce double but. Aussi, est-ce plaisir à voir ces jeunes enfans, à l'heure des exercices, courir dans le gymnase et saisir les appareils avec une sorte d'ardeur passionnée. Les uns grimpent avec l'agilité des mousses sur les haubans, d'autres se balancent avec vitesse et précision; il en est qui s'élancent dans les airs et parcourent l'espace avec une rapidité qui étonne, tandis que d'autres font rouler avec fracas des chars ou sur le sol, ou sur des espèces de montagnes russes. Partout on remarque de la vivacité, de la force et de la prestesse; bien mieux encore, de la gaieté, du contentement, de l'espérance. L'observateur clairvoyant ne peut s'empêcher d'entrevoir avec satisfaction, dans ces enfans si alertes, si enjoués, des victimes arrachées à la maladie, à l'infortune; des êtres condamnés à une existence inerte, devenir avec le temps des hommes robustes ou de bonnes mères de famille à la carrure large et vigoureusement charpentée. Spectacle vraiment digne du philosophe, de voir comment, à l'aide de simples machines, on triomphe de la nature, comment on la contraint de donner de la force, de la santé, de la grace, de la beauté, de la vie, quand elle semblait s'y refuser.

3° Les médications. A quoi servirait d'essayer de rendre au corps ou aux membres leur conformation normale, si le sang qui les nourrit n'a pas toutes les qualités convenables? Convient il seulement de redresser le tronc courbe d'un jeune arbre quand la sève qui coule dans ses canaux est viciée? Il en est de même pour le corps humain. La plupart des courbures sont les symptômes d'un état morbide, primitif, essentiel, qu'il faut chercher à détruire. Cet objet important n'a point été négligé, comme on le pense bien, à l'Institut orthopédique. Aussi tous les moyens thérapeutiques, les plus rationnels, les mieux appropriés à ces constitutions la plupart molles, pâles, étiolées, à l'aspect anémique, affectées de rachitisme, y sont-ils employés avec un rare discernement et une persévérance plus rare encore.

A tous ces moyens de rendre et de consolider la santé, on y a joint ceux qui sont propres à continuer l'éducation des enfans. Il ne suffit pas, en effet, de fortifier le corps, l'esprit demande aussi certains soins de culture qui ne gênent

encore regardé comme cause prédisposante de l'entérorrhagie chez les enfans nouveau-nés; mais chez tous ceux qui font le sujet des présentes observations, la constitution n'avait rien moins que le caractère de pléthore; et ensuite, dans ce cas, pourquoi ces accidens n'arrivent-ils pas plus souvent?

Chez tous ces enfans nous avons rencontré les mêmes affections consécutives, indiquant une lésion grave de la muqueuse intestinale et une altération profonde du système nerveux et de l'acte de la nutrition: ainsi chez les uns ou les autres, atrophie, disposition au rachitisme, diarrhées fréquentes et colliquatives ou constipations opiniâtres, parfois convulsives, et accidens nerveux; ces symptômes pourraient être attribués à la rigueur au défaut du lait maternel dont tous ces enfans ont été privés; mais ce qui ne peut dépendre que de la maladie, ce qui est comme le cachet de la *cachexie particulière* qui en est la suite, c'est la pâleur extrême de la peau. Cette pâleur indique sans aucun doute une altération du sang analogue à celle qui s'observe chez les *chlorotiques*; comme dans cette dernière affection ce fluide est appauvri, et contient plus de sérum que de fibrine; il ne jouit plus des mêmes propriétés excitantes sur les organes qui, à leur tour, réagissent plus faiblement; de là l'alanguissement des fonctions, nutrition lente, retard dans l'accroissement des forces, et arrêt dans le développement de l'organisme.

L'indication la plus pressante est d'empêcher le retour de ces hémorrhagies dont l'action est si profondément débilitante. M. Rahn-Escher recommande à cet effet les astringens unis aux mucilagineux; il les préfère aux boissons froides avec l'acide nitrique ou l'eau de Rabel recommandées par Billard. Ce dernier auteur recommande encore de mettre une à trois sangsues à l'anus chez les enfans pléthoriques, comme moyen prophylactique. Mais il faut auparavant examiner avec attention si réellement on a affaire à des enfans avec prédominance du système sanguin; car de nos jours, ajoute M. Rahn, on a trop abusé de la médication antiphlogistique chez les enfans.

Le traitement de la *cachexie consécutive* à l'entérorrhagie des nouveau-nés consistera dans l'emploi de toniques légers, d'une diète convenable, parfois de substances amères et amères-mucilagineuses; plus tard on aura recours aux préparations ferrugineuses, particulièrement à l'hydrochlorate de fer et d'ammoniaque, dont on interrompra parfois l'usage. La meilleure nourriture est le lait de femme; à son défaut le lait de vache avec du pain, et de légers bouillons non-salés avec des tablettes de limaçons. Pour bains on se servira de plantes amères aromatiques ou amères mucilagineuses, auxquelles on ajoutera de la gélatine, et plus tard des sels ferrugineux. Quand les fonctions digestives et d'assimilation auront acquis plus de force, on fera prendre des bains de malt ferrugineux, et on donnera pour nourriture des bouillons d'escargot, de poulet, des bouillons gras et de l'orge mondé.

REVUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX.

I. Hôpital Saint-Louis. — *Service de M. Jobert.*

Depuis quelques années les procédés d'autoplastique ont acquis une grande faveur parmi nos chirurgiens; après la restauration du nez et de la lèvre inférieure, est venue la restauration des paupières, des joues de la lèvre supérieure; la transplantation des lambeaux est devenue une des opérations les plus fréquemment et les plus heureusement appliquées. M. Jobert est un de nos chirurgiens qui cultivent avec le plus de succès cette branche de la médecine opératoire; et si dans les deux opérations que nous allons emprunter à sa clinique, l'une, imitée des Allemands, n'offre que l'intérêt qui s'attache à un succès encore rare parmi nous, la seconde présente une ressource toute nouvelle pour une lésion des paupières qui jusqu'à présent avait paru devoir entraîner la perte du globe oculaire, et mérite à ce titre une sérieuse attention.

ECTROPION ANCIEN; PREMIÈRE OPÉRATION PAR UNE INCISION EN V, SUIVIE D'ACCIDENS GRAVES; BLÉPHAROPLASTIQUE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS PAR M. JOBERT.

Obs. — Ricard (Jean-Baptiste), tablelier, 20 ans, né à Sainte-Croix (Aisne), entra le 23 mai 1835 à l'hôpital Saint-Louis.

Ce jeune homme porte depuis son enfance un ectropion de la paupière inférieure droite, qui a succédé à une brûlure qu'il eut à l'âge de trois ans. La paupière est fortement renversée en bas et maintenue dans cette position par une bride blanchâtre, courte, épaisse, solide, fort résistante, comme fibreuse, partant du milieu de la paupière inférieure environ, et dirigée verticalement en bas. Malgré cette infirmité, l'œil était sain et la vision s'opérait bien. Ennuyé de cette difformité, le malade entra au mois de décembre 1834 à l'Hôtel-Dieu, décidé à se laisser faire tout ce qui serait nécessaire à sa guérison. Une incision en V, dont la base regardait en haut et le sommet en bas, fut pratiquée de manière à circonscrire la bride fibreuse dans son aire; le tout fut disséqué et enlevé avec soin. On chercha ensuite à réunir les deux lèvres de l'incision à l'aide d'une épingle et de la suture entortillée; mais bientôt apparurent un érysipèle de la face et une ophthalmie violente, dont les antiphlogistiques ne purent enrayer la marche. Le malade perdit l'œil, et lorsqu'il entra à l'hôpital Saint-Louis, il y avait opacité, ramollissement et staphylôme de la cornée transparente; la vue était entièrement abolie de ce côté, et le renversement de la paupière inférieure persistait tel qu'il était auparavant. La muqueuse oculaire et palpébrale était considérablement tuméfiée et injectée en rouge.

Le 27 mai 1835, M. Jobert essaya une nouvelle opération dans le double but de faire disparaître l'ectropion et de s'opposer à l'inflammation permanente de la conjonctive. Il commença par réséquer une portion de la muqueuse palpébrale; puis incisa la bride fibreuse parallèlement au bord de la paupière inférieure, à 3 lignes environ au-dessous de celui-ci; cette incision transversale avait à peu près 8 lignes de long. Immédiatement après la section de cette bride, il y eut entre les lèvres de la plaie un écartement spontané tel, qu'elle représentait une sorte de triangle à base tournée en dehors et à sommet dirigé en dedans; il s'écoula peu de sang après cette incision; un lambeau de peau fut taillé en dehors de cette première section, au-dessous de l'arcade zygomatique et au niveau de la partie inférieure de l'os de la pommette. Ce lambeau est triangulaire; sa base regardant en dedans a 4 à 5 lignes de hauteur; son sommet se termine par une pointe mousse. Ce lambeau, doublé d'une portion du tissu cellulaire sous-cutané et disséqué avec soin jusqu'à quelques lignes en dehors de la première incision, est tordu vers son pédicule de manière à ce que sa base et son sommet s'adaptent exactement aux parties correspondantes de la première plaie. On le maintient dans cette position à l'aide de deux points de suture placés vers le milieu de sa longueur, l'un en bas, l'autre en haut. On réunit avec une épingle les deux bords de la plaie résultant de la dissection du lambeau; le tout est recouvert d'un linge fenêtré enduit de cérat; de la charpie fine, des compresses, longuettes et une bande servent à achever le pansement.

Le premier jour se passa très-bien; pas de douleur de tête ni du pourtour de l'œil; pas de mouvement fébrile. Les organes thoraciques et abdominaux fonctionnent très-bien; aucun phénomène morbide du côté des centres nerveux.

Le 28 mai, même état; on ne touche pas à l'appareil; pas de selle; bouillon.

Le 29, on panse pour la première fois; le lambeau a une couleur normale; sa température est la même que celle de la face; il est peu gonflé; il y a à peine de la suppuration; toute sa moitié interne adhère en haut et en bas aux lèvres de

d'ailleurs en rien l'activité du traitement. Si je fais mention de cet objet, c'est pour faire voir que rien n'a été négligé dans cet établissement; qu'il y existe un tel concours de soins, d'attentions, de précautions, de sage prévoyance, sur une infinité de points, qu'on reste convaincu que l'art orthopédique a atteint ici sa dernière limite. Enfin, et je me garderai bien d'oublier cette dernière et importante remarque, c'est que les fondateurs, animés d'un zèle assez peu commun de nos jours, ont fait en sorte de joindre la modicité du prix aux avantages multipliés qu'on trouve dans leur établissement. Sans ce point essentiel, peut-être eussent-ils complétement manqué le but; mais une fois admis, on peut dire qu'ils ont réalisé l'utopie de la plus exigeante philantropie; car, ne nous y trompons pas, un Institut orthopédique conçu sur une grande échelle, dans une pensée noble et élevée, est cent fois au-dessus d'un simple établissement industriel dans ce genre. En pénétrant au-delà de la surface extérieure, on trouve qu'il s'agit ici du physique, du moral, de l'existence sociale et de l'avenir des enfans: Refaire et redresser le corps, pour refaire et redresser l'esprit, est un des grands problèmes qui pèsent sur la destinée humaine. Ce problème, auquel ne pensent peut-être pas assez les familles dont les enfans sont atteints de vices de conformation, se retrouve avec toutes les difficultés de sa solution, à mesure que ces enfans avancent dans la vie. Il m'a toujours semblé qu'on a traité cet objet avec trop de légèreté, si même on s'en est jamais occupé. Sans donner trop d'extension à ce principe, il est certain qu'on peut établir un rapport précis, un synchronisme marqué entre le développement du corps et celui des facultés intellectuelles. Dans un corps contrefait, il est rare que l'esprit soit juste et le cœur bon. Je le sais, la laideur morale se cache parfois sous des formes élégantes, mais on l'observe bien plus souvent quand le corps est flétri de bonne heure par un manque de développement, et ce n'est pas sans raison que le plus profond des poëtes, Homère, a donné à Thersite une tête et un corps difformes. L'amour, l'intelligence et la force, voilà toute l'existence de l'homme, dit un philosophe; sans doute, mais où trouver cette trinité de hautes facultés, si ce n'est dans les corps qui ont acquis toute la beauté normale et harmonique de leurs formes? Il y a ici toute une psycologie expérimentale à peine conçue et ébauchée.

L'éducation physique est donc plus essentielle qu'on ne croit encore pour les enfans, quand on veut, comme dit le bon Amyot, « leur planter vertu en l'âme et vigueur en l'esprit. » Mais la question s'agrandit bien autrement, si on la considère sous le point de vue de l'existence sociale. Le plus petit vice de conformation incurable exerce une influence fâcheuse sur notre avenir. Un de mes amis, ayant la vue très basse, me disait: Je ne suis rien, parce que je ne suis propre à rien; la myopie a gâté mon existence. Mirabeau, destiné à être le plus actif des hommes, naquit avec un pied tordu; à être l'orateur le plus éloquent de son siècle, eut à sa naissance la langue enchaînée par le *filet*. C'en était fait de ce colosse de la révolution, si de pareils vices de conformation n'eussent pu se guérir. Les difficultés et les conséquences sont en effet bien autrement graves, quand il s'agit de difformités de la taille ou des membres. Les Lacédémoniens jetaient dans l'Ilyssus les enfans contrefaits; nous n'en sommes pas là, mais leur condition est peut-être pire dans notre état social. Condamnés à une sorte d'ostracisme perpétuel, exposés toute leur vie au martyre du dédain et de l'ironie, ces infortunés ne sont-ils pas les parias de la société? Ces jeunes filles dont le teint est si rose et si fin, la peau si douce et si blanche; imaginez-les contrefaites, et voyez ce qu'elles deviennent. Le printemps de leur existence, la fleur de leur vie, le charme, la puissance de leur beauté, tout se perd et se flétrit, il n'est plus pour elles

l'incision ; la moitié externe, celle qui se rapproche du pédicule, est un peu plus gonflée ; on rencontre là une suppuration très peu abondante et de bonne nature ; les lèvres de la plaie qui a fourni le lambeau adhèrent l'une à l'autre au niveau de l'endroit où l'épingle a été placée ; celle-ci est retirée ce même jour. Pas de selle, pas de douleur dans l'œil, pas de céphalalgie, pas d'apparence érysipélateuse, pas de mouvement fébrile.

Le 30, tout va parfaitement bien ; les adhérences du lambeau se maintiennent.

Le 31, même état ; on enlève les points de suture.

Le 1er juin, on coupe la base du pédicule ; une artère d'un petit volume fournit une quantité médiocre de sang (4 à 5 onces environ), on n'en fait pas la ligature ; on panse avec un morceau d'agaric enduit de cérat au lieu de linge fenêtré ; on achève le pansement comme de coutume. Dans la journée, le malade ne souffre pas, mais il se plaint d'avoir la joue raide ; il sent qu'il a quelque chose sur sa figure ; il voudrait qu'on le pansât de nouveau pour l'en débarrasser ; on n'en fait rien ; le tout reste en place jusqu'au lendemain.

Le 2 juin, on panse comme de coutume ; on a le soin d'arroser les pièces de l'appareil, afin de les décoller lentement et de ne pas être obligé d'exercer sur elles des tractions douloureuses ; il ne s'écoule pas de sang.

Le 3 juin, à la visite du matin, on remarque que la base du lambeau, qui n'avait pas encore contracté d'adhérences avec les parties environnantes, est noirâtre et gangrénée dans une très-petite étendue ; tout le reste de ce lambeau est parfaitement vivace et adhérent. État général très-satisfaisant. Le malade mange des potages depuis plusieurs jours ; on ne lui accorde pas encore d'alimens qui aient besoin d'être mâchés.

Le 4 juin, le malade a du dévoiement ; il a été plusieurs fois à la selle pendant la nuit ; il n'a pas de coliques, pas d'envie de dormir ; il ne souffre pas de la tête ni de l'œil ; il n'y a aucune trace d'érysipèle. Le lambeau est réuni en grande partie, et cette réunion paraît solide ; c'est seulement près de l'endroit où le pédicule a été coupé, qu'il y a un peu de suppuration.

La diarrhée n'a duré que quelques jours ; elle était peu abondante ; elle s'est arrêtée spontanément.

Le malade allait parfaitement bien, lorsque, le 13 juin au matin, il accusa des douleurs assez vives dans l'œil, et bornées entièrement à cet organe ; la conjonctive palpébrale et oculaire était très-rouge, fortement gonflée ; du reste, rien de particulier. On maintient appliquées sur l'œil malade des compresses trempées dans une décoction de racine de guimauve et de tête de pavot ; on a le soin de les renouveler très-souvent.

Le 14 juin, les douleurs de l'œil persistent ; la rougeur et le gonflement de la conjonctive n'ont pas diminué ; peu d'appétit ; saignée du bras de 12 à 15 onces.

Le 15, les douleurs de l'œil sont à peu près aussi vives ; il y a peu de changement dans l'aspect de la conjonctive. On applique un séton à la nuque.

Le 18, le malade souffre beaucoup moins ; il dort une bonne partie de la nuit ; la rougeur de la muqueuse se maintient, mais sa tuméfaction est moindre.

Les jours suivans, le mieux continue ; et enfin le malade sort de l'hôpital, complétement guéri des inconvéniens et de la difformité auxquels on avait voulu remédier.

CANCER DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE DROITE ; EXTIRPATION ; BLÉPHAROPLASTIE ; GUÉRISON.

Obs. — Le 27 mars 1835, M. Jobert admit dans ses salles une femme nommée Guyot (Thérèse), âgée de 28 ans, journalière, demeurant à Montreuil.

Cette femme portait une tumeur cancéreuse de la paupière inférieure droite. Cette maladie débuta, il y a environ trois ans, par un bouton de la grosseur d'une lentille, situé sur la partie moyenne de cette paupière ; ses progrès furent presque insensibles pendant un an ; au bout de ce temps il fut cautérisé avec le nitrate d'argent. La cautérisation ne produisit aucune amélioration ; la maladie ne parut pas non plus s'aggraver. Vers la fin du mois de mai 1824, cette femme, voulant être débarrassée de son mal qui, sans faire de grands progrès, entretenait l'œil dans un état continuel d'irritation, consulta de nouveau le médecin qui lui avait déjà donné ses soins. Celui-ci voyant que la cautérisation n'avait point arrêté la maladie, qu'au contraire elle avait pris un certain développement, se décida à l'enlever avec l'instrument tranchant ; mais il voulut épargner la surface extérieure de la paupière, et il l'attaqua par sa surface muqueuse. A la suite de cette opération, une ophthalmie assez intense se déclara, et l'affection palpébrale, loin de se borner, fit des progrès plus rapides. On cautérisa encore plusieurs fois ; la malade mit en usage différentes eaux et différentes pommades, qui toutes lui étaient vantées comme infaillibles. Le mal s'aggravait cependant chaque jour, surtout depuis six semaines, à la suite de son sixième accouchement, qui cependant n'avait rien offert de particulier. C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis. Tels sont les renseignemens que nous avons pu recueillir sur ce qui s'est passé avant qu'elle fût soumise à notre examen. Voici ce que nous observons le 28 mars, lendemain de son entrée.

Cette femme est d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladie grave, n'a jamais eu de syphilis. Ses parens n'ont jamais eu d'affection cancéreuse ; elle ne présente elle-même aucune trace de la diathèse cancéreuse, l'affection de la paupière est toute locale.

Toute la paupière inférieure droite est envahie par une ulcération grisâtre présentant des bourgeons fongueux qui laissent écouler une sérosité purulente ; cette ulcération, après avoir détruit la surface extérieure de la paupière, s'est étendue à son bord libre, s'est réfléchie sur la muqueuse qui tapisse sa face interne, et enfin sur celle qui tapisse le globe oculaire ; elle s'étend sur la cornée transparente, autour de la moitié inférieure de laquelle elle forme un bourrelet saillant d'une ligne environ, sans cependant lui être adhérente. Les douleurs, que la malade caractérise elle-même du nom d'élancemens, sont peu vives, elles sont plus fortes lorsque les points malades sont exposés au contact de l'air ; elles n'augmentent point durant la nuit ; jamais cette surface ulcérée n'a fourni de sang, si ce n'est quelques gouttelettes lorsqu'elle est irritée par le frottement. Cette femme assure qu'après être restée long-temps sans faire de progrès sensibles, la maladie s'accroît beaucoup plus rapidement depuis six semaines, époque de sa dernière couche ; elle désire vivement en être débarrassée.

M. Jobert pensa qu'il n'y avait pas d'autre méthode de traitement à employer, que l'enlèvement de toute la partie malade ; mais la conjonctive oculaire était altérée ; on ne pouvait se borner à enlever seulement la paupière, sans s'exposer à une prompte récidive qui aurait bientôt envahi le globe oculaire lui même. L'extirpation de l'œil paraissait donc offrir seule une chance certaine de guérison ; mais la vision s'opérait parfaitement bien, et il était pénible de sacrifier le globe oculaire pour une lésion bornée à la muqueuse qui le revêt. L'opération fut différée de quelques jours, et M. Jobert chercha s'il ne pourrait pas faire ici une nouvelle application de la blépharoplastie ; ce qu'il exécuta le 6 avril de la manière suivante.

La malade assise sur une chaise est maintenue par des aides. L'opérateur, pour faciliter les mouvemens, fendit avec le bistouri droit la commissure externe de la paupière dans une étendue de six à huit lignes ; puis faisant au-dessous de la limite du mal une incision courbe, qui cernait toute cette paupière, il l'enleva tout entière. Restait alors la conjonctive oculaire déjà cancéreuse. Une dissection délicate et pénible la détacha du globe oculaire, et elle fut excisée. Il existait alors une plaie d'une étendue considérable qui laissait l'œil sans aucune protection contre les corps étrangers, dans une grande partie de son étendue ; l'on sait que Boyer considérait cet inconvénient comme assez grave pour faire proscrire l'opération, lorsque la paupière tout entière était atteinte de dégénérescence cancéreuse ; le mal qui devait en résulter, disait-il, étant plus intolérable et tout aussi dangereux que le cancer. Aussi M. Jobert ne s'arrêta pas là ; avec un bistouri convexe il tailla aux dépens de la joue un lambeau de forme triangulaire, mais très-allongée, dont le sommet répondait à peu près vers la partie moyenne de l'os malaire, et la base vers la partie moyenne de la face externe du nez : ce lambeau d'un pouce et demi de long, sur quatre à six de large environ, étant disséqué avec soin, M. Jobert le renversa en faisant éprouver à son pédicule une légère torsion, et vint l'appliquer à la place de la paupière qu'il avait enlevée ; de manière que son sommet correspondit à l'incision faite à la commissure externe. Il fut maintenu dans cette nouvelle position par deux points de suture entortillée. Peu de sang s'écoula durant l'opération ; la plaie fut pansée avec de l'agaric enduit de cérat, maintenu par un bandage convenable médiocrement serré.

Le premier pansement ne fut fait que le quatrième jour après l'opération. La plaie est dans le meilleur état ; l'adhérence du lambeau est presque complète ; un des points de suture est enlevé ; l'autre le fut le lendemain. A peine cette malade a-t-elle éprouvé une légère fièvre traumatique.

Ce ne fut que trois semaines après l'opération que M. Jobert coupa le pédicule du lambeau. Cette section fut peu douloureuse : l'extrémité du lambeau fut placée à la commissure interne de la paupière ; il ne fut pas même nécessaire de raviver

---

d'avenir. Il en est de même pour les jeunes gens atteints de ces odieux vices de conformation ; leur carrière est remplie d'épines et de difficultés ; tout leur devient obstacle et dégoût, et l'on ne pourrait citer que de rares exceptions. C'est bien pis encore si ces malheureux, disgraciés de la nature, ont reçu d'elle le fatal don d'un cœur plein de sentimens tendres et expansifs ; toujours honnis et repoussés, la lie du calice leur est sans cesse offerte. Les journaux ont récemment parlé du suicide d'un malheureux jeune homme contrefait. Dans une lettre déchirante qu'il écrit à ses parens, il fait la peinture des tourmens qu'il a éprouvés, et il leur reproche amèrement de ne lui avoir pas ôté la vie dès son enfance. En effet, cacher dans un corps difforme, sous un aspect extérieur repoussant, une âme aimante, un caractère affectueux, est un continuel et horrible supplice moral. Le lépreux de la cité d'Aoste, et le Quasimodo d'un livre également célèbre, sont les types supérieurs de cette malheureuse organisation. Oui, quoiqu'en disent les philosophes, le moule du bonheur se trouve souvent dans la forme du corps et l'harmonie de ses proportions. La science du bien-être physique intérieur et extérieur a d'intimes rapports avec notre destinée. Honneur donc aux hommes qui ont cherché avec talent, avec prévoyance, les moyens d'arracher les enfans frappés d'un cachet de difformité, au sort qui les attend ; qui, par de savantes et opiniâtres études, ont su combiner ces moyens de telle sorte, qu'ils atteignent presque toujours le but. Je ne crains pas de le répéter, l'Institut orthopédique du château de la Muette est, de tous les établissemens de ce genre, celui qui réunit le plus d'élémens de succès ; et si l'on trouve de l'exagération dans cet éloge, nous avons deux réponses à faire, toutes deux péremptoires : la première, c'est que l'élite des médecins de la capitale ayant visité cet Institut orthopédique, l'approbation a été unanime ; la seconde, c'est que si, malgré cet important témoignage, il reste encore des doutes, nous dirons à ceux qui ne seraient pas persuadés : allez vous-mêmes examiner ce bel établissement, entrez dans ce magnifique pavillon, véritable temple d'Hygie, au fronton duquel on pourrait inscrire : *Vita et sanitas* ; parcourez ce beau jardin, cet immense parc dont il est entouré, et dites s'il est possible de mieux faire. Surtout n'oubliez pas d'examiner avec scrupule, avec attention et rigueur ; qu'aucun détail ne vous échappe ; car c'est dans ces mille détails, ces mille soins prodigués aux enfans, qu'on reconnaît jusqu'à quel point a été poussé l'art d'obtenir d'éclatantes et solides guérisons. Nous sommes certains qu'après cet examen, tout homme instruit et de bonne foi sera convaincu que cet Institut orthopédique réunit le plus de conditions possibles pour le succès, et qu'il mérite la confiance dont l'honorent le public, l'Académie de médecine et nos confrères les plus distingués.

R. P.

— La *Némésis médicale* a tenu parole : ses douze premières satires ont paru ; elle en annonce aujourd'hui douze nouvelles. Le succès de ses premières publications garantit celui des dernières. L'ouvrage sera complet en 24 livraisons, et dans aucun cas ce nombre ne sera dépassé. On souscrit rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et chez Paul, galeries de l'Odéon, n° 12. Prix : 10 fr. pour Paris, pour les 24 livraisons, et 11 fr. 60 c. pour les départemens.

La première satire qui paraîtra dans le courant du mois, a pour sujet : *La responsabilité médicale*, sujet que l'affaire Thouret-Noroy a mis à l'ordre du jour.

la surface correspondante ni d'employer de nouveaux points de suture : le lambeau vint s'appliquer en quelque sorte de lui-même, et comme par une véritable élasticité, sur la place qu'il devait occuper. La cicatrisation ne tarda pas à être complète, et l'on put s'assurer alors que la paupière de nouvelle formation était douée de mouvement, et qu'elle pourrait parfaitement remplir le but que l'on s'était proposé, et l'absence seule des cils pouvait détruire l'illusion.

Depuis cette époque, aucun accident n'est survenu; quelques bourgeons charnus s'étaient développés sur le bord de la paupière correspondant à son adhérence avec le globe oculaire, ils ont été promptement réprimés au moyen de la poudre d'alun calciné et de cautérisations légères avec le nitrate d'argent.

M. Jobert a également imaginé d'appliquer le procédé autoplastique de Jameson à l'oblitération des fistules vésico-vaginales, infirmité si grave et généralement si rebelle; déjà il a obtenu par ce moyen plusieurs succès remarquables, sur lesquels nous espérons être prochainement à même de donner des détails circonstanciés.

Hôpital de la Pitié.—Service de M. Blandin.

On rapprochera avec intérêt de la première observation de M. Jobert le fait suivant, dont le sujet a été présenté à l'Académie de médecine, et qui constitue l'un des plus beaux succès obtenus en France par la blépharoplastique.

Ectropion par suite de cicatrice vicieuse, guéri par la blépharoplastique.

Obs. — Le 14 avril 1835, une jeune fille nommée Elisa Allaume, âgée de 10 ans, d'une constitution chétive, vint à la Pitié se faire traiter d'un ectropion de la paupière inférieure droite.

Dans sa première enfance, elle avait eu au cou plusieurs tumeurs scrophuleuses, qui se sont pour la plupart abcédées et ont laissé des cicatrices difformes. L'une de ces tumeurs, plus grave, se manifesta vers l'âge de 2 ans, au niveau du bord inférieur de la base de l'orbite du côté droit; l'os subjacent fut frappé de nécrose dans ses lames superficielles; la peau, largement décollée et amincie, tomba en gangrène, et lors de la cicatrisation la paupière inférieure fut entraînée de telle sorte, que son bord libre vint adhérer au bord osseux inférieur de la base de l'orbite, et que la face postérieure se tourna complétement en avant; depuis cette époque, la malade fut presque continuellement affectée d'ophthalmies plus ou moins intenses, qui la privaient de la vue quelquefois des mois entiers.

Lors de son entrée à l'hôpital, la paupière inférieure droite était complétement renversée; la conjonctive était enflammée et rouge dans toute son étendue; les larmes coulaient involontairement sur la joue; la lumière était devenue insupportable. Il était impossible de songer à relever la paupière en excisant la conjonctive. Celle-ci, en effet, ne faisait pas bourrelet, et le bord libre de la paupière était adhérent aux os du bord inférieur de l'orbite.

M. Blandin résolut de pratiquer la blépharoplastique; ce qui fut exécuté le 1er mai. Pour cela, M. Blandin, après avoir incisé dans toute sa longueur la cicatrice vicieuse et décollé l'adhérence de la paupière, tailla sur la partie antérieure de la tempe droite un lambeau dont la mesure avait été préalablement prise avec soin. Ce lambeau, à base inférieure, avait une longueur de 2 pouces et demi et une largeur de 6 lignes environ; il fut détaché jusqu'à sa base et appliqué par un mouvement de torsion dans l'intervalle des lèvres de la plaie résultant de l'incision de la cicatrice.

Aucun point de suture ne fut employé; des bandelettes agglutinatives suffirent pour maintenir le lambeau en place. La plaie de la tempe fut également réunie par des bandelettes. L'agglutination du lambeau était complète au bout du cinquième jour; seulement, il faisait un relief assez considérable; mais par les progrès de la cicatrisation, ce relief diminua peu à peu et n'offrait déjà plus rien de choquant le 8 juin, lorsque M. Blandin présenta la malade à l'Académie. La paupière alors était parfaitement relevée; elle avait repris sa forme normale et recouvré ses mouvemens. L'ophthalmie avait disparu, et la malade ne conservait de sa difformité qu'une légère saillie au-dessous de la paupière, encore cette saillie diminue-t-elle tous les jours.

Hôpital Necker.—Service de M. Laugier.

Parmi le grand nombre de procédés imaginés pour ouvrir une pupille artificielle, il est assez singulier qu'on n'ait pas songé jusqu'ici à celui qui semblait se présenter de prime-abord, savoir, de détruire les adhérences de l'orifice pupillaire, qui ne sauraient offrir une bien grande résistance. Une circonstance imprévue a mis M. Laugier sur la voie de cette méthode véritablement nouvelle; et, bien que sur son malade présenté à l'Académie, la forme quadrilatère et la position latérale de la pupille nouvelle aient fait élever quelque doute sur ce qui s'était passé dans l'opération, savoir, si la pupille avait été seulement décollée, ou si l'iris n'aurait pas été déchiré lui-même en partie, toujours est-il que le beau résultat obtenu ne peut qu'encourager à imiter M. Laugier. Du reste, il a abordé lui-même directement la plupart des questions qui se rattachent à cette opération dans la note suivante, qu'il a bien voulu nous communiquer.

Note sur une pupille artificielle pratiquée par un nouveau procédé, par M. Laugier.

Obs. — Un homme de 60 ans, opéré de la cataracte l'année dernière par un autre chirurgien, a perdu, par suite de cette double opération par extraction, l'œil gauche qui s'est vidé, et l'œil droit par atrésie complète de l'iris, la cornée étant d'ailleurs restée parfaitement transparente. Il vint à l'hôpital Necker dans l'espérance qu'une opération pourrait lui rendre la vue. Je me proposai de pratiquer une pupille artificielle.

La cornée étant transparente dans toute son étendue, on ne devait pas songer au décollement de l'iris, qui n'eût pas donné une pupille centrale. L'incision verticale, transversale ou même cruciale, n'est point en général suivie de succès, l'oblitération ne s'en fait guère attendre; l'incision en V de Maunoir a souvent l'inconvénient de donner lieu, dès le premier coup de ciseaux, à une hémorrhagie qui masque le jeu de l'instrument, et l'opérateur ne fait plus qu'à tâtons la seconde incision. L'excision est généralement préférée. Je projetai d'inciser la cornée comme pour l'extraction, de saisir la partie centrale de l'iris avec un crochet très-délié, de le soulever et de l'exciser en place, si je ne pouvais l'attirer entre les bords de la section de la cornée.

Le 25 mai, l'opération fut pratiquée : la tête du malade fut placée presque horizontalement, position qui me semblait plus sûre contre l'écoulement du corps vitré dont la consistance ne m'était pas connue, le malade ayant déjà subi l'opération de la cataracte par extraction; position plus commode aussi pour l'excision de l'iris, mais non certes pour l'incision de la cornée. Quoi qu'il en soit de cette dernière circonstance, à peine la pointe du couteau de Richter eut-elle pénétré dans la chambre antérieure, que le malade porta rapidement l'œil en dedans et en bas. Je suivis le mouvement de l'œil, mais je ne pus empêcher que l'humeur aqueuse ne s'écoulât. L'iris vint s'appliquer à la face postérieure de la cornée, et la pointe du couteau de Richter resta engagée entre ces deux membranes; elle faisait saillie d'une ligne au plus dans la chambre antérieure.

Fallait-il achever la section de la cornée, au risque de la couper irrégulièrement et d'inciser l'iris près de la demi circonférence inférieure, c'est-à-dire dans un point où je ne voulais pas pratiquer la pupille artificielle? Je me gardai de faire courir cette mauvaise chance au malade, qui n'avait plus que cet œil et qui était venu avec une entière confiance se placer dans mes mains. Je changeai aussitôt mon plan d'opération, et je tentai une méthode qui n'a point été proposée et qui m'a réussi complétement, parce qu'elle est, je le crois, la meilleure pour les cas d'atrésie de la pupille semblables à celui-ci. Je réfléchis que cette atrésie résulte d'adhérences inflammatoires du contour de la pupille; qu'il serait possible, sans doute, de détruire ces adhérences avec l'aiguille de Dupuytren, comme on le conseille dans l'opération de la cataracte compliquée d'adhérences. Je retirai le couteau de Richter, et j'introduisis par la petite plaie de la cornée l'aiguille à abaissement, dont la pointe fut dirigée vers le centre de l'iris. Je n'essayai point d'en faire l'incision; mais agissant sur ce centre comme avec un levier, je produisis, *sans hémorrhagie* et *presque sans effort*, une perforation par déchirure.

Cette déchirure avait-elle agi sur l'iris même, ou n'avait-elle fait que détruire les adhérences de la pupille? J'ai pensé que c'était une déchirure des adhérences de la pupille, parce qu'une grande partie de son centre, pâle et froncé avant l'opération, a disparu; je n'ai pas dit que j'avais détruit toutes les adhérences, et encore moins qu'il ne s'en soit formé aucune autre depuis au contour de la pupille artificielle, qui ne paraît pas avoir constamment la même forme, mais qui ne se contracte pas sensiblement sous l'influence de la lumière. Ce ne sera donc pas, si l'on veut, le rétablissement de l'ancienne pupille, parce qu'elle n'est ni régulière ni mobile, ce sera une pupille artificielle par déchirure des adhérences et de l'iris, même dans un lieu plus central, plus convenable pour le rétablissement de la vue; ce sera un décollement central.

De quelque manière qu'on veuille concevoir cette opération, je la crois préférable pour ces cas d'atrésie où la cataracte et la capsule cristalline ont été abaissées ou extraites, avec persistance de la transparence de la cornée vis-à-vis l'ancienne pupille; elle vaut mieux que le décollement de la circonférence, par cela seul que la pupille artificielle est plus près de l'axe visuel de l'œil, sans parler de la lésion du cercle ciliaire, etc., etc.; elle serait préférable à l'excision, parce qu'elle est plus facile; à l'incision, parce qu'elle s'oblitère moins promptement, ne fût-ce qu'à cause de l'irrégularité et de la largeur de la division.

En admettant les fibres circulaires et les fibres rayonnées de Maunoir, une pareille méthode, agissant du centre à la circonférence, et ne détruisant que les adhérences morbides et tout au plus les fibres de l'iris les plus centrales, donne une chance de plus pour la permanence de la pupille artificielle, puisqu'elle intéresse moins l'organisation de l'iris; ce qui, d'autre part, conduit peut-être à une moins vive inflammation.

Quant à mon malade, il a eu peu de douleur et d'inflammation à l'œil. Une saignée, une application de sangsues à la tempe, les soins ordinaires après l'opération de la cataracte, ont plutôt prévenu que combattu les accidens. La pupille s'est maintenue large, quadrilatère, irrégulière, et laissant au malade, malgré la formation d'une très-petite fausse membrane à peine visible, centrale et transparente elle-même, la jouissance entière de sa vue, puisque, ainsi qu'une grande partie des membres de l'Académie, pendant et après la séance, ont pu le con-

stater, il distingue sans lunettes, sans difficulté les couleurs, par exemple, le bleu du vert, et les cartes de manière à pouvoir se livrer à ce jeu.

Cette manière de faire une pupille artificielle centrale par déchirure de la partie froncée et adhérente de l'iris, dans le cas d'atrésie, est nouvelle dans l'état actuel de la science, car elle diffère de la destruction des adhérences de l'iris à la cornée (synéchie antérieure) conseillée par Beer. Je crois que ce n'est pas trop prétendre que de dire qu'elle doit être de nouveau *tentée* dans des cas semblables, car je ne dis pas qu'elle réussira toujours; seulement elle présente *à priori* au moins autant de chances de succès que les méthodes usitées pour l'opération de la pupille artificielle.

S. Laugier,
Chirurgien de l'hôpital Necker.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 JUIN.

M. Gerdy écrit à l'Académie pour demander qu'on veuille examiner deux personnes qu'il a guéries de hernies par un procédé sur lequel M. Larrey a fait récemment un rapport peu favorable. Il regrette de n'avoir pu déterminer M. le rapporteur à voir pratiquer cette opération, et à constater ensuite l'état des malades qui l'auraient subie.

— M. Leroy d'Etiolles présente un étau destiné à maintenir l'extrémité extérieure de l'instrument qui saisit le calcul vésical qu'on se propose de briser par percussion. Cet étau une fois fixé peut, au moyen de vis de rappel, déplacer de haut en bas ou latéralement le collet qui reçoit l'instrument écrasant.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant pour la section de botanique et de physiologie végétale.

Deux listes étaient présentées par la section, l'une de botanistes proprement dits, l'autre de savans plus particulièrement livrés aux recherches de physiologie végétale. Cette dernière, que la commission recommandait plus spécialement à l'attention de l'Académie, portait les noms suivans : MM. Treviranus à Bonn, Schultz à Berlin, Mohl à Tubingue.

Le nombre des votans était de 42.

Au premier tour de scrutin, M. Treviranus a obtenu 40 suffrages; MM. Schultz et Mohl chacun 1.

ACTION DU CHLORE, DU BROME ET DE L'ACIDE NITRIQUE SUR LA NAPHTALINE.

M. Dumas fait en son nom et en celui de M. Gay-Lussac un rapport sur deux mémoires de M. Laurent, relatifs à l'action du chlore, du brome et de l'acide nitrique sur la naphtaline.

On sait que la naphtaline est un carbure d'hydrogène cristallisé, qui se forme en abondance par la distillation de la houille dans les usines d'éclairage au gaz. Ce carbure renferme 40 atomes de carbone et 16 atomes d'hydrogène. M. Laurent fait voir que de ces 16 atomes on peut, par l'action du chlore, en éliminer deux, quatre ou même huit, à condition qu'ils seront remplacés par deux, quatre ou huit atomes de chlore, de telle façon que les cinquante-six atomes qui composent la naphtaline se retrouvent dans les composés dérivés, en carbone, hydrogène et chlore.

Dans les combinaisons organiques on peut ordinairement, dit le rapporteur, enlever ainsi un certain nombre d'atomes hydrogènes, pourvu qu'ils soient remplacés par un nombre égal d'atomes du corps des hydrogénans.

La molécule composée semble se conserver par là sans dégradation; les atomes soustraits étant immédiatement remplacés par d'autres.

C'est à cette classe de phénomènes que se rapporte la théorie qu'on connait maintenant sous le nom de *théorie des substitutions*, et qui permet de prévoir la composition des nouvelles substances produites, puisqu'on sait d'avance que les atomes enlevés seront remplacés par autant d'atomes nouveaux ou par des atomes équivalens.

Cette théorie n'avait pas encore eu à expliquer une suite de composés aussi complète que celle que présente M. Laurent.

L'auteur avait d'abord employé une nomenclature arbitraire; mais sur les observations des commissaires, il a fait usage d'une nomenclature systématique et d'ailleurs très-simple, qui consiste en un changement dans la voyelle de la désinence du nom de la matière, à mesure que le remplacement de l'hydrogène s'effectue. Comme il en part toujours deux atomes à la fois, l'on peut, d'après le nom seul, écrire la formule du composé.

Ainsi le chloro-naphtalase contiendra deux atomes d'hydrogène de moins que la naphtaline, et aura gagné deux atomes de chlore. Le chloro-naphtalèse renfermera quatre atomes d'hydrogène de moins que la naphtaline, et aura de plus quatre atomes de chlore.

Le chloro-naphtalise n'est pas connu.

Quant au chloro-naphtalose, il contient huit atomes d'hydrogène de moins que la naphtaline et renferme huit atomes de chlore.

L'auteur s'est assuré que les deux premières de ces combinaisons peuvent s'unir à l'acide hydrochlorique, et jouer le rôle de bases.

L'hydrochlorate de chloro-naphtalose mérite quelque attention, en ce que sa formule correspond à celle de la liqueur des Hollandais et peut se représenter par des volumes égaux de chlore et de naphtaline : $C^{40}\ H^{16}\ Ch^{4}$. Mais l'auteur montre que la moitié du chlore est à l'état d'acide chlorhydrique. Pour le prouver, il s'appuie sur l'examen de l'hydrochlorate de chloro-naphtalase qu'il a pu facilement décomposer par la potasse, qui le convertit en chloro-naphtalase et en chlorure de potassium.

Ce double rôle du chlore, inaperçu jusque-là, n'aurait pas permis, dit le rapporteur, d'appliquer la théorie des substitutions à la formation de ces combinaisons complexes, qui néanmoins se produisent exactement d'après les règles qu'elle a posées. M. Laurent est donc le premier chimiste qui ait fait connaître, sous un point de vue rationnel, les composés analogues à la liqueur des Hollandais.

Le brome se comporte comme le chlore, et l'auteur donne l'analyse du bromo-naphtalase comme celle du bromo-naphtalèse.

Le second mémoire de M. Laurent est relatif à la réaction de l'acide nitrique sur la naphtaline. Il a obtenu par ce moyen deux nouveaux produits :

1° La nitro-naphtalide, représentée par un atome d'acide nitrique et un atome de naphtaline, moins un atome d'eau; mode de génération qui rappelle celui des amides. Elle est solide et cristallisable.

2° La binitro-naphtalide, représentée par deux atomes d'acide nitrique et un atome de naphtaline, moins deux atomes d'eau; elle est aussi solide et cristallisée.

Quand on distille la nitro-naphtalide avec de la chaux hydratée, il se dégage une huile brune renfermant de l'ammoniaque, de la naphtaline et de la nitro-naphtalide non décomposée. En traitant le produit par l'éther, il reste une substance nouvelle que l'auteur nomme naphtalase, et qui est représentée par un atome de naphtaline, moins deux atomes d'hydrogène, plus un atome d'oxigène, ce qui est conforme à la théorie des substitutions. Elle se dissout dans l'acide sulfurique, qu'elle colore immédiatement en bleu violacé. Ce caractère, qui n'est pas sans quelque analogie avec la manière d'agir de l'idrialine, a conduit l'auteur à comparer ces deux substances qui se sont montrées essentiellement différentes.

En résumé, M. Laurent fait connaître douze combinaisons nouvelles, qui se forment toutes suivant des règles très-simples, déduites de la théorie des substitutions ou de la théorie des amides; ses expériences jettent le plus grand jour sur l'action réciproque du chlore et des carbures d'hydrogène, ainsi que sur les réactions de ces mêmes carbures et de l'acide azotique.

L'Académie, conformément aux conclusions des rapporteurs, ordonne l'impression de ces deux mémoires dans le *Recueil des savans étrangers*.

SÉANCE DU 22 JUIN.

SUR LES RHIZOPODES OU PRÉTENDUS CÉPHALOPODES MICROSCOPIQUES.

Tel est le titre d'une note sous forme de lettre, que M. Dujardin adresse à l'Académie.

Les recherches de l'auteur sur ces animaux l'avaient déjà porté à penser que non-seulement les foraminifères n'étaient pas des céphalopodes, mais même qu'ils n'appartenaient à aucune des classes établies. J'avais reconnu, dit-il, dès l'année passée, que dans tous, les loges se suivent en augmentant de volume, et sont occupées par une matière animale rose ou orangée, très-contractile, en consistance de mucus épais susceptible de s'étirer en fils, et remplie de granulations irrégulières. Seulement j'avais vu sortir de l'intérieur des milioles une masse molle analogue à la substance intérieure, et qui changeait lentement de forme sous le microscope.

Cette année l'auteur a recommencé ses investigations à Toulon, dans un point de la rade appelé les Sablettes, et où il a trouvé en abondance les *milioles*, les *cristellaires*, les *vertébralines*, vivant sur les fucus, les acétabules, etc., à une profondeur d'un mètre environ, et presque entièrement à l'abri des agitations extérieures.

Si on place dans un vase de verre le dépôt provenant du lavage d'une masse de fucus chargés de ces petites coquilles, on voit au bout d'un certain nombre d'heures les animaux collés sur les parois, et de tous les côtés indifféremment, de manière qu'il ne parait pas que la direction de la lumière ait aucune influence sur le choix qu'ils font du lieu où ils viennent se fixer.

A l'aide d'une forte loupe, M. Dujardin aperçut de petits filamens épanouis en houpe et rayonnans autour de chaque centre d'adhérence; en plaçant le vase devant l'objectif d'un microscope disposé convenablement, il reconnut que ces filamens tentaculaires, épais à leur base d'un centième de millimètre pour la miliole, se prolongent en se ramifiant à une distance égale à cinq fois le diamètre de la coquille, et deviennent alors d'une telle ténuité, qu'on ne peut les suivre qu'en variant l'incidence de la lumière.

Ces filamens ont un mouvement lent de reptation au moyen duquel l'animal s'avance avec une vitesse de 8 à 12 centièmes de millimètre par minute, ou 5 à 7 millimètres par heure.

Quand on place, comme il a été dit, le dépôt provenant du lavage des fucus dans un flacon que l'on remplit de nouvelle eau, on voit, au bout d'une heure environ, les animaux se mettre en mouvement et commencer à grimper. Six heures après ils tapissent l'extérieur du flacon, de sorte que les plus élevés sont à 36 ou 42 millimètres du fond; le lendemain, beaucoup, après avoir atteint le niveau du liquide, ont continué à ramper à sa surface en se laissant pendre au-dessus comme certains mollusques gastéropodes.

Les vorticiales s'élèvent moins vite, et plus lents encore sont certains animaux que M. Dujardin donne sous le nom de *gromia oviformis*. Ces derniers offrent un sac membraneux, ovoïde, avec un goulot court et plein d'une matière muqueuse fauve; leurs filamens tentaculaires sont épais de un quinzième de millimètre à la base, et par conséquent beaucoup plus visibles.

M. Dujardin a réussi à suivre au microscope ces animaux dans leur marche, et voici ce qu'il a observé. Les filamens, d'abord très-minces, s'avancent lentement en ligne droite sur la surface du verre; puis de nouvelle matière afflue sans cesse avec des granules irréguliers qui rendent le diamètre du filament inégal, et celui-ci, devenu plus épais, émet çà et là des ramifications qui s'accroissent de même;

bientôt le mouvement d'afflux cesse à l'extrémité et devient inverse; le filament se retire alors peu à peu, et retourne se confondre dans la masse commune, pour fournir au développement de quelque autre filament qui s'avancera plus ou moins, suivant la direction de la marche. « On ne peut, dit M. Dujardin, voir là de véritables tentacules, c'est une substance animale primaire qui s'étend et pousse en quelque sorte comme des racines; la lenteur extrême du mouvement suffirait seule pour le prouver. »

Les filamens de la miliole, comme ceux de la gromia, s'épanouissent autour de l'orifice; mais on ne peut, même avec la plus vive lumière, distinguer au milieu qu'un mucus transparent. La cristellaire émet ses filamens de la dernière loge seulement; la vorticiale les fait sortir par les différens pores de tout son disque, d'un côté ou de l'autre.

Quant au mode de reproduction, M. Dujardin avait déjà observé, l'an passé, dans les *troncatulines*, la matière animale groupée en amas globuleux dans certains cas, comme la matière verte du *zygnema*.

« Si l'on vent, poursuit l'auteur, assigner à ces animaux leur place dans le règne animal, en considérant l'absence d'organes, l'homogénéité et la simplicité du tissu, sorte de mucus doué du mouvement spontané et de la contractilité, on est conduit à les placer dans les derniers degrés. J'avais d'abord songé, ajoute-t-il, à les désigner sous le nom de *symplectomères*, n'ayant en vue que la succession des parties semblables enroulées ou pelotonnées ensemble dans les espèces connues; mais l'observation de la gromia, qui, avec les mêmes filamens tentaculaires, n'offre qu'une membrane simple, m'a déterminé à préférer le nom de *rhizopodes*, pour exprimer leur singulier mode de reptation au moyen de filamens croissans, et se ramifiant comme des racines. »

MM. Duméril et de Blainville sont chargés de faire un rapport sur la communication de M. Dujardin.

AMPUTATION DE LA CUISSE DANS L'ARTICLE.

M. Scontetten, chirurgien de l'hôpital d'instruction à Metz, annonce qu'il vient de pratiquer cette opération d'après le procédé ovalaire, procédé qui lui est propre. Le malade, sur lequel il avait d'abord fallu lier préalablement l'artère, ce qui est déjà une opération très-grave, est dans un état satisfaisant au moment où écrit M. Scoutetten, c'est-à-dire huit jours après cette effrayante opération. L'auteur en adresse une description détaillée, sur laquelle MM. Roux, Breschet et M gendie sont chargés de faire un rapport.

AMPUTATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

M. le docteur Gerdy annonce qu'il a amené, pour être examiné par les membres de l'Académie, un homme à qui il a pratiqué cette opération, et qui, après la cicatrisation, n'offre pas de difformité sensible, et n'éprouve pour ainsi dire pas de difficulté dans la prononciation.

DISSOLUTION DES CALCULS DANS LA VESSIE.

M. Bonnet, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse la description d'un procédé au moyen duquel il espère qu'on pourra obtenir ce résultat sans endommager l'organe.

ANALYSE DES SILICATES ALCALINS.

M. Gay-Lussac fait en son nom et celui de M. Dumas un rapport sur un nouveau procédé proposé à cet effet par M. Laurent.

On connaissait déjà des procédés pour l'analyse des minéraux qui contiennent de la potasse, de la soude ou de la lithine. Quand ces minéraux ne sont pas immédiatement attaquables par les acides, on les traite par le carbonate de baryte, le carbonate et le nitrate de plomb, l'acide borique, etc.; mais l'analyse se complique par l'addition de ces corps qui doivent être plus tard séparés, et de là, sinon des difficultés sérieuses, du moins des pertes presque inévitables. L'acide hydro-fluorique a été aussi employé avec plus de succès. Indépendamment de sa vive réaction sur les minéraux siliceux, il sépare immédiatement la silice en formant avec elle du fluorure de silicium qui se dégage dans l'opération même. Mais, dit le rapporteur, ce n'est pas tout que d'employer un réactif dans une analyse chimique ou dans une opération des arts. Qui ne sait que secret d'un bon résultat est très-souvent dans une bonne méthode d'opérer? qu'un procédé indiqué par la théorie reste stérile, inapplicable tant qu'il n'est pas d'une exécution simple et facile? C'est sous cet aspect que se présente le procédé de M. Laurent pour l'analyse des silicates alcalins. Ce chimiste, qui déjà s'est fait connaître par quelques travaux utiles, a eu l'occasion de faire de nombreuses analyses de kaolin et de feldspath dans la manufacture royale de porcelaine de Sèvres, et a été ainsi amené à rendre plus commode l'emploi de l'acide hydro-fluorique dans l'analyse minérale.

Le procédé se compose d'une série de manipulations qu'on ne pourrait faire connaître qu'en reproduisant en entier la description que l'auteur en a donnée; nous nous bornerons ici à indiquer les principales.

M. Laurent décompose le fluorure de calcium au moyen de l'acide sulfurique, dans un vase cylindrique en plomb. Les vapeurs acides s'en échappent par une tube en platine, et sont portées dans un creuset de même métal, où l'on a mis deux à trois grammes du minéral réduit en poudre très-fine, et le double ou le triple de ce poids d'eau. Le tube de platine doit s'arrêter à quelques millimètres au-dessus de la surface du liquide. Les vapeurs acides absorbées par l'eau ne tardent pas à attaquer le minéral. L'opération, si elle était pressée, pourrait être achevée en un quart d'heure, mais il vaut mieux la conduire lentement et la faire dans environ une heure. Pendant ce temps on doit remuer fréquemment la masse, et ajouter un peu d'eau dès qu'on s'aperçoit qu'elle devient gélatineuse. L'opération est terminée lorsque la matière se présente comme un empois peu consistant. Il ne reste plus qu'à la traiter par l'acide sulfurique, pour transformer en sulfate les fluorures qui se sont produits. L'analyse est alors ramenée aux cas ordinaires.

M. Laurent, disent en terminant les commissaires, a paré à tous les inconvéniens, et son procédé, qu'il a exécuté sous nos yeux, ne nous semble laisser rien à désirer, tant sous le rapport d'une très-heureuse simplicité, que sous celui de l'exactitude.

CHALEUR RAYONNANTE.

M. Biot achève la lecture de son rapport sur l'ensemble des travaux de M. Melloni. La lecture, dans les deux séances, a duré près de trois heures, et la partie écrite n'a pas moins de 127 pages; de plus, le rapporteur a donné de vive voix plusieurs développemens. Nous nous trouvons donc dans l'impossibilité d'analyser cette longue et intéressante analyse, en faisant remarquer toutefois qu'aux époques où M. Melloni a présenté ses différens mémoires, nous en avons rendu compte d'une manière assez détaillée. Aussi, sans le secours des figures, il est toujours fort difficile de donner une idée du jeu de l'appareil ingénieux employé par M. Melloni, appareil qui a été exécuté avec beaucoup de talent par M. Gourjon.

Les commissaires, après avoir donné de grands éloges au travail de M. Melloni, concluent en demandant que ses mémoires soient imprimés dans le recueil des savans étrangers.

Ces conclusions sont adoptées; l'Académie décide également, sur la proposition de plusieurs membres, que le rapport sera imprimé en entier dans ses propres mémoires.

MESURE DE LA CHALEUR DANS L'INTÉRIEUR DES ORGANES.

M. Becquerel dépose un premier mémoire sur la chaleur animale, et donne de vive voix une idée des observations qui y sont consignées et qui lui sont communes avec M. Bresebet. Nous avons déjà rendu compte des premiers résultats obtenus par ces deux académiciens et de l'appareil qu'ils employaient. Dans leurs nouvelles recherches, l'instrument est construit encore d'après le même principe, seulement il a subi quelques modifications destinées à en rendre les indications plus précises.

Les instrumens indispensables sont des aiguilles et des sondes, formées de deux métaux différens soudés en quelque point, et un multiplicateur très-sensible, celui qu'ils ont employé, l'est assez pour que l'aiguille indique par une déviation d'un degré une différence de 1/10 de degré centigrade de température entre les deux soudures. Ce multiplicateur, ainsi que les autres instrumens, ont été exécutés par M. Gourjon avec toute l'habileté qu'on connaît à ce patient et ingénieux constructeur.

Des résultats consignés dans leur mémoire, et qui y sont présentés sous forme de tableaux, les deux auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Il existe une différence bien marquée entre la température des muscles et celle du tissu cellulaire dans l'homme et les animaux; différence qui paraît dépendre de la température extérieure, de la manière dont l'individu est vêtu et recouvert, et de plusieurs autres causes qui méritent d'être étudiées. Dans l'homme, les muscles offrent une différence en plus de température qui varie de 2° 25 à 4° 25. Les corps vivans se trouvent donc dans le cas d'un corps inerte dont on a élevé la température, et qui est soumis à un refroidissement continuel de la part du milieu ambiant. Ce refroidissement ne se fait sentir d'abord à la surface, puis gagne successivement les couches intérieures jusqu'au centre.

2° La température moyenne des muscles de trois jeunes gens de vingt ans a été trouvée d'environ 36° 77 cent.

Davy avait trouvé pour la chaleur humaine,	36	66
M. Despretz, pour la température moyenne de 9 hommes âgés de trente ans,	37	14
Pour celle de 4 hommes de soixante-huit ans,	37	13
De 4 jeunes gens au-dessous de treize ans,	36	99

Le résultat obtenu par le nouveau procédé est, comme on voit, à peu près la moyenne des températures obtenues par MM. Despretz et Davy à l'aide du thermomètre, instrument dont l'emploi et très-restreint et qui n'accuse pas immédiatement la température du milieu dans lequel on le plonge.

3° La température moyenne des muscles de plusieurs chiens est de 38° 30, tandis que M. Despretz assigne pour la température du même animal 39° 43. La différence qui est comme de plus d'un degré, a porté MM. Becquerel et Breschet à répéter plusieurs fois leurs observations, et jamais ils n'ont obtenu une température aussi élevée que celle assignée par M. Despretz; ils pensent que la différence tient à des circonstances accidentelles dont ce physicien n'aura pas tenu compte. Ils font remarquer que la température des muscles éprouve des changemens notables en raison de l'état de santé de l'individu; c'est ce qui explique les légères variations qu'ils ont observées sur le même sujet dans deux expériences différentes.

4° Dans le chien, la température de la poitrine, de l'abdomen et du cerveau est sensiblement la même et égale à celle des muscles.

5° Le carpe ordinaire n'a donné qu'une différence d'un demi-degré en plus entre la température de son corps et celle de l'eau.

La température des muscles, ainsi qu'il a été dit, éprouve des changemens en vertu de plusieurs causes physiques dont les principales sont les contractions, le mouvement et la compression. La contraction d'un muscle répétée peut élever la température d'un demi-degré au moins. Si cette contraction a lieu dans des mouvemens généraux violens et répétés sans interruption pendant quelques minutes, l'élévation de température est quelquefois de plus d'un degré centigrade.

La compression d'une artère amène au contraire dans les muscles auxquels cette artère se distribue un abaissement de quelques dixièmes de degré.

Dans un prochain mémoire, les auteurs s'occuperont de la mesure des températures pour le sang artériel et veineux, et pour les diverses parties du corps de l'homme et des animaux qui ne sont pas à l'état normal; on pourra juger alors de quelle manière l'état pathologique modifie la chaleur propre à chacune de ces parties.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 juin. — Présidence de M. Lisfranc.

Le procès-verbal excite une réclamation de M. Rochoux, à l'occasion d'une assertion de M. Adelon. M. Adelon avait dit que l'Académie consultée, il y a huit mois, sur l'affaire de M. Thouret-Noroy, avait refusé d'émettre une opinion; M. Rochoux rappelle que l'affaire ne fut point mise sous les yeux de l'Académie; le refus de s'en occuper ne vint que du conseil d'administration, ce qui est fort différent.

PESTE D'ALEXANDRIE.

Le ministre fait part à l'Académie d'une lettre de M. Ferd. Lesseps, consul de France à Alexandrie, relative au fléau qui sévit depuis quelque temps en Égypte et dans quelques autres parties du Levant. Voici cette lettre :

« La peste commence à diminuer d'intensité à Alexandrie, et les accidens ont tout-à-fait cessé depuis douze jours à bord des bâtimens de commerce français qui se trouvent dans le port. Nous avons perdu le capitaine d'un de ces bâtimens et huit matelots. Mais pendant que la maladie décroît dans notre ville, elle prend tous les jours au Caire un caractère plus grave.

» L'exemple donné ici par deux médecins français a été suivi dans la capitale par M. Clot-Bey et par plusieurs de ses collègues, qui se dévouent au service des pestiférés sans prendre aucune précaution et avec un courage au-dessus de tout éloge. Jusqu'à présent, les traitemens qu'ils ont essayés n'ont pas toujours conduit à un résultat heureux pour la guérison des malades.

» Mais la masse d'observations qu'ils recueillent ne peut manquer de jeter un grand jour dans une question encore si obscure. Le gouvernement doit livrer à ces médecins dix condamnés à mort, sur lesquels ils tenteront des expériences en leur inoculant la maladie, dont ils pourront, de cette manière, suivre, dès le début, tous les progrès, et déterminer la durée de la période d'incubation.

» Les expériences qui ont été faites sur des chevaux et sur des chiens auxquels on a fait manger des portions de charbons extraites de cadavres humains, ont prouvé que ces animaux étaient susceptibles de contracter la peste par l'absorption du virus. Ils ont eu des charbons et des bubons, et ils sont morts pour la plupart ayant les mêmes symptômes qui sont observés chez l'homme. »

Commissaires : MM. Chomel, Dupuy, Andral et Villeneuve.

M. Chervin annonce qu'il a adressé à M. Clot-Bey une série de questions sur cette épidémie; déjà il a communiqué à l'Académie des sciences la portion de cette lettre qui traite le point de vue de la contagion; mais le reste qui intéresse purement les médecins, n'a point été communiqué; et il propose d'en donner lecture. L'Académie décide qu'il sera donné lecture de la lettre entière. Malheureusement l'instant de faire cette lecture n'étant venu qu'assez tard dans la séance, et M. Ferrus ayant à la fin de son mémoire à lire, l'Académie, par une décision nouvelle, a remis la lettre de M. Chervin après la discussion de M. Ferrus.

— Le ministre adresse à l'Académie une notice de M. Danyand, pharmacien à Paris, qui réclame des commissaires pour l'examen d'une huile volatile vermifuge par lui rapportée des États Unis. Cette huile est le produit immédiat de la distillation du *chenopodium anthelminticum*, plante exotique de la famille des *chénopodées*. M. Danyaud formule les doses employées par les médecins américains, et donne les véhicules dans lesquels ils l'administrent.

Commissaires : MM. Mérat, Louis et Henry.

LITHOTRITIE.

M. Larrey écrit à l'Académie pour se plaindre d'une note qui fait partie du mémoire de M. Civiale sur la lithotritie, inséré dans le dernier fascicule des mémoires de l'Académie. Il est dit dans cette note que le rapport de M. Larrey à l'Académie des sciences sur la clinique de l'hôpital Necker, a été fait sur des documens altérés. M. Larrey affirme que les documens qui lui ont été fournis par l'administration, et ont été annotés par des élèves de l'hôpital Necker, sont de la plus parfaite exactitude; et afin que cette attaque ne reste point sans réponse, il demande que l'Académie insère dans un prochain fascicule son rapport que M. Civiale a attaqué, et les documens administratifs sur lesquels il a établi son rapport.

Plusieurs voix : C'est trop juste. Il faut envoyer le tout au comité de publication pour l'insérer dans le premier fascicule.

— L'Académie est consultée et décide en effet le renvoi à ce comité.

M. Bousquet explique que cette note faisait partie d'un mémoire lu par M. Civiale à l'Académie, et renvoyé à une commission. M. Civiale étant depuis lors devenu membre de l'Académie, il n'y avait plus lieu à faire de rapport; le mémoire fut renvoyé au comité de publication; et la note dont se plaint M. Larrey ne contenant d'ailleurs rien d'inconvenant dans sa rédaction, le comité n'a vu aucune raison pour ne pas l'insérer.

M. Adelon représente qu'il serait contraire à tous les précédens de l'Académie de renvoyer ces pièces au comité de publication, non pour les examiner, mais pour les insérer par ordre; cela ne s'est jamais fait.

M. Bouillaud. Des circonstances exceptionnelles peuvent justifier une décision exceptionnelle; et je pense que c'est ici le cas.

M. Londe appuie M. Bouillaud. Il a lu la note en question et il l'a trouvée très-vive. Cette note n'a pas été lue en séance; certainement l'Académie ne l'aurait pas approuvée.

M. Bousquet. Il est superflu d'enjoindre au comité d'insérer ces documens; il suffit de les lui renvoyer. S'il ne les comprend pas dans la prochaine publication, vous pourriez toujours lui demander ses raisons.

M. Salmade. Il ne faut pas que le comité soit libre de rejeter l'insertion.

M. Emery. Quel est le but de cette discussion, puisque nous venons de voter le renvoi? D'ailleurs il y a quelque chose de grave dans la publication de la note de M. Civiale; car j'étais présent à la lecture de son mémoire, et je declare que je n'ai oui lire cette note.

M. Chevallier. Qu'on nous en donne au moins lecture, afin que nous sachions ce qu'elle contient. (Appuyé.)

M. Sanson. La lecture serait peu utile et même peu convenable, puisque la note est imprimée dans nos fascicules. (Très-bien!) J'ajouterai une autre observation; l'Académie n'est pas toujours liée par ses précédens; la preuve, c'est qu'elle avait voté l'impression du rapport de M. Velpeau et qu'elle l'a rejetée ensuite. (Vive interruption. Nombre de voix : Il n'y avait que dix membres! La séance était levée.) Il y avait plus de quarante membres!

M. le président. La séance était levée, et toute délibération prise alors est de plein droit nulle.

M. Sanson. La séance n'était pas levée! (Réclamation; tumulte.)

M. le président. C'est d'ailleurs une question étrangère à celle qui nous occupe; veuillez rentrer dans la question.

M. Sanson insiste avec vivacité; M. le président lui ôte la parole. M. Sanson la réclame pour un fait personnel; M. le président le renvoie à la fin du débat actuel.

M. Breschet demande que la note soit lue. Si elle a le caractère d'une attaque, on ne peut s'opposer à la réplique; mais il importe que cela ne fasse pas précédent, sans quoi les fascicules pourraient être entièrement envahis par la polémique.

M. Bonlay. Il y a ici un malentendu. M. Larrey ne demande pas la publication de sa réponse, mais seulement de son rapport et des documens à l'appui.

M. J. Cloquet. Je ne sais ce que veut le règlement; mais l'Académie a bien au moins le droit de renvoyer ces pièces au comité de publication, avec prière de ne pas s'opposer à leur insertion. (Bruits en sens divers.)

On demande de nouveau la lecture de la note; elle est mise aux voix. Une première épreuve est douteuse; à la seconde, 41 voix se prononcent pour, 29 contre. M. Bousquet donne lecture de cette note, dans laquelle M. Civiale déclare que M. Larrey a fait usage de notes étrangères aux documens fournis par l'administration, et tout-à-fait inexactes; conséquemment il ne reste à M. Larrey que deux partis à prendre, ou reconnaître qu'il a été induit en erreur, ou publier ses documens, afin de faire le public juge de leur exact tude.

Un grand nombre de membres accueillent la rédaction de cette note avec des marques d'approbation; plusieurs autres réclament contre certaines expressions qu'on a affecté de souligner.

M. Chervin. Je ne vois, pour ma part, rien d'inconvenant dans les termes, pour les faits, nous ne saurions en juger. On objecte que cette note n'a point été lue en séance; peu importe, puisqu'elle a passé sous les yeux du comité de publication, qui en a proposé l'impression. Tout s'est fait ici suivant les usages et les réglemens de l'Académie.

M. Sanson fait observer que M. Civiale lui-même demande, dans sa note, la publication des documens de M. Larrey.

M. Double. Toute cette discussion est la meilleure preuve de l'excellence de l'article du règlement, qui veut que tous les travaux passent sous les yeux du comité de publication. Ici, en séance, nous sommes tous chacun trop portés à satisfaire le désir d'un collègue; nous ne saurions examiner avec l'impartialité convenable. Je demande donc l'ordre du jour, c'est-à-dire le renvoi pur et simple au comité de publication, suivant le règlement. (Appuyé! aux voix!)

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à une grande majorité.

— M. Ferrus achève la lecture de son mémoire. La discussion commence aussitôt. MM. Esquirol, Villermé, Londe, Rochoux, Pariset, Lodibert, P. Dubois, Kérandren, Castel, prennent successivement la parole. La suite en est renvoyée à la séance prochaine : nous en rendrons compte lorsqu'elle sera terminée.

PIÈCES PATHOLOGIQUES PRÉSENTÉES PAR M. LISFRANC.

M. Lisfranc présente trois pièces d'anatomie pathologique.

1° *Cancer de la lèvre supérieure.* Ce cancer occupait la presque totalité de la lèvre; M. Lisfranc l'a enlevé et a réparé la perte de substance par un procédé qui n'avait point été mis en usage avant lui. Nous publierons cette belle observation dans tous ses détails, lorsqu'elle sera complète.

2° *Tumeur fibreuse enlevée dans la fosse zygomatique.*

Cette tumeur, du volume du poing, en partie carcinomateuse, siégeait dans la fosse temporale sous le muscle crotaphite; elle se prolongeait sous l'arcade zygomatique et au-delà. Le muscle crotaphite la recouvrait. Beaucoup de praticiens qui l'avaient soigneusement examinée croyaient qu'elle était en grande partie osseuse. Elle datait de huit ans; le malade l'attribuait à un coup de fléau reçu sur le point où elle s'était développée.

M. Lisfranc a pratiqué une incision cruciale et disséqué les quatre lambeaux jusqu'à la base de la tumeur. D'abord il a fait l'ablation de toute la partie située au-dessus de l'arcade zygomatique. On a vu alors que la région antérieure et supérieure de la fosse temporale était un peu hypertrophiée.

Après avoir fait une incision qui intéressait toute l'épaisseur de la joue, et qui s'étendait de la commissure des lèvres à la première plaie, M. Lisfranc se servit de la scie pour enlever l'arcade zygomatique. Il put s'assurer alors que la maladie s'étendait plus loin qu'on ne l'avait pensé. La mâchoire inférieure fut abaissée, et l'opérateur fut assez heureux pour enlever la totalité du mal sans léser aucun vaisseau important. Mais il fallut pénétrer jusque dans le fond de la fosse zygomatique, qui fut vidée de tout ses parties molles qu'elle contenait.

La plaie a été réunie par première intention. Le malade est opéré depuis cinq jours. Il n'est survenu aucun accident. Tout porte à croire qu'il jouira du bénéfice de cette grande opération, dont la durée a été d'une heure.

3° *Exostose énorme du fémur.* M. Lisfranc a pratiqué l'amputation de la cuisse sur un vieillard âgé de 62 ans, qui fit, il y a six ans, une chute de sa hauteur sur le genou. Il survint une tumeur dure au côté externe de l'articulation tibio-fémorale. Cet homme continua de se livrer à des exercices assez violens. Bientôt les accidens augmentèrent et enfin il ne put plus marcher.

La pièce d'anatomie pathologique pèse 12 livres; elle est constituée par deux exostoses énormes de la partie inférieure du fémur, et par une grosse tumeur siégeant dans l'espace poplité, ressemblant à un lipôme ramolli dans certains points et contenant des rudimens osseux très-multipliés. Un fait remarquable, dont M. Lisfranc a déjà montré un exemple à l'Académie, est le suivant : l'articulation du genou est parfaitement saine; la rotule et le tibia n'ont subi aucune altération.

Les exostoses sont éburnées à leur centre, spongieuses à leur circonférence; il existe ici quelques points où le tissu osseux est extrêmement ramolli.

Au centre de l'exostose éburnée, le canal médullaire subsiste très-élargi. Le fémur a conservé son volume et sa consistance ordinaires à la partie moyenne de la cuisse. Les muscles de ce membre, ainsi que ceux de la jambe, étaient beaucoup hypertrophiés.

MANNEQUIN POUR L'ÉTUDE DE L'OPHTHALMOLOGIE.

M. Andrieux présente une tête en bronze montée sur un piédestal en bois, sur lequelle on la fait mouvoir à volonté. Les paupières sont ouvertes; mais entre elles existe un vide qu'on peut remplir par des yeux humains ou des yeux de porc, qui ont à très peu près le même volume, la même configuration, la même résistance. Ces yeux sont soutenus par une tige métallique contenue dans l'intérieur du masque, et au moyen desquelles on simule avec la plus grande facilité tous les mouvemens de l'œil naturel.

— M. Laugier présente un vieillard sur lequel il a pratiqué une pupille artificielle par un procédé nouveau, consistant à détruire avec une aiguille à cataracte les adhérences de l'iris à la capsule crystalline. Le succès ici a été complet. Nous avons donné plus haut cette belle observation.

Séance extraordinaire du 20 juin.

M. Goyrand lit un mémoire sur la hernie intesticielle. Nous en donnerons une analyse étendue dans notre prochain numéro.

DE LA PETITE-VÉROLE ET DE LA VACCINE A PARIS, par M. Fiard.

— Le docteur Fiard lit un mémoire intitulé: Recherches statistiques sur l'état des naissances, des décès causés par la petite-vérole, et des vaccinations gratuites dans la ville de Paris pendant les 18 dernières années; suivies de réflexions sur les moyens d'améliorer le service des vaccinations; avec un grand tableau. Ce mémoire a été adressé au ministre à la fin de l'année 1834.

Après avoir indiqué les sources auxquelles ont été puisés tous les élémens de statistique, M. Fiard démontre combien sont imparfaits les moyens de se rendre un compte exact des vaccinations pratiquées dans la ville de Paris, même des vaccinations gratuites; il expose avec quelle peine il a pu remonter jusqu'à 1817 pour établir, par année et par arrondissement, les chiffres les plus certains à cet égard, et composer le grand tableau qu'il présente. Puis il entre dans l'appréciation des résultats présentés par ses calculs, et établit ainsi qu'il suit la division générale de son travail, dont voici l'extrait.

NAISSANCES.

Moyenne des 18 dernières années pour la ville de Paris,	27,281
Moyenne des 10 dernières années,	28,814
1832, année du choléra, n'en a présenté que	26,283
Et 1833,	27,460

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA PETITE-VÉROLE.

Le terme moyen par année pendant 18 ans est de 558, ce qui suppose, en admettant la mortalité des variolés sporadiquement et épidémiquement à 1/10, 550

personnes atteintes de variole à Paris par année depuis 18 ans, chiffre énorme à l'époque actuelle de la vaccine, et qui paraitra bien plus étonnant lorsqu'on verra plus loin que le chiffre des vaccinations gratuites constatées n'est, par année commune, que de 3,408, car ces deux chiffres s'appliquent également en général à la classe inférieure de la population.

VACCINATIONS GRATUITES.

« Terme moyen des 18 dernières années, 3,408

nombre inférieur à celui que l'on peut désirer d'une population dont la moyenne des naissances est de 27,281

car la classe inférieure, qui a recours aux vaccinations gratuites, forme environ un tiers des naissances, et encore faut-il défalquer du total des douze mairies 1,000 vaccinations pratiquées environ par an par l'Académie, et comprises dans le chiffre du dixième arrondissement, ce qui réduit les vaccinations des douze mairies à 2,408

La prime accordée aux vaccinés, 5 fr., 2 livres de viande et 4 livres de pain, a été réduite, à partir de 1832, à 3 fr. L'on avait cru au mauvais effet de cette diminution; de toutes parts on avait sollicité de revenir à la prime précédente. M. Fiard, par les chiffres suivans, prouve l'inutilité de l'augmentation de la prime.

Les quinze années de prime à 5 fr., 2 liv. de viande et 4 liv. de pain, donnent une moyenne des vaccinations de	3,037
Celles des trois dernières années, à 3 fr. de prime, donnent	5,264
Augmentation,	2,227

Donc, inutilité de l'augmentation de la prime, honteux moyen d'appeler aux vaccinations. L'appât de l'argent!

5264 vaccinations qui avaient été soldées 5 fr., 2 liv. de viande et 4 liv. de pain (en tout 6 fr. 50 c. de prime), avaient coûté	34,742 fr. 40 c.
elles l'ont été sur le taux de 3 fr., et n'ont dû coûter que	15,792 fr.
ainsi l'économie pour l'administration des hospices est, par année commune, de	18,950 fr. 40 c.

L'année 1831, celle qui suivit immédiatement la révolution de juillet, fut extraordinaire par le nombre de ses vaccinations gratuites; elles s'élevèrent à 8,495

M. Fiard se livre à des réflexions intéressantes sur ce sujet.

Les vaccinations n'ont pas été plus nombreuses pendant les années 1822 et 1825, remarquables par les épidémies de variole et par le nombre des décès qu'elles produisirent; mais celles qui les suivirent immédiatement, 1823 et 1826, ont été beaucoup au-dessous de la moyenne des vaccinations, et il l'explique par la différence de raisonner des classes éclairées, qui redoublent de prévoyance, et des classes inférieures, au contraire, qui perdent confiance dans la vaccine, lorsqu'elles voient la variole exercer ses ravages.

Ses chiffres démontrent encore que le nombre général des naissances influe fort peu sur le nombre des vaccinations gratuites à Paris.

Enfin il fait voir mathématiquement combien, malgré une augmentation progressive depuis les dernières années, nous sommes encore loin des résultats numériques des vaccinations auxquels on doit arriver à Paris et dans les départemens, puis combien sont imparfaits nos élémens de statistique à cet égard; et termine en présentant un projet d'organisation du service des vaccinations pour la ville de Paris.

BICÊTRE, 1792 (1); par M. Scipion Pinel.

C'était dans les derniers mois de 1792; Pinel, nommé depuis quelque temps médecin en chef de Bicêtre, avait déjà sollicité plusieurs fois, mais inutilement, l'autorisation de supprimer l'usage des fers dont étaient chargés les fous furieux. Il prend enfin le parti de se rendre lui-même à la commune de Paris, et là, répétant ses plaintes avec une chaleur nouvelle, il exige la réforme d'un traitement si monstrueux. « Citoyen, lui dit un membre de la commune, j'irai demain à Bicêtre te faire une visite; mais malheur à toi si tu nous trompes, et si tu récèles les ennemis du peuple parmi les insensés! »

Le membre de la commune qui parlait ainsi était Couthon. Le lendemain il arrive à Bicêtre: Couthon veut voir et interroger lui-même les fous les uns après les autres; on le conduit dans leur quartier; mais il ne recueille que des injures, et n'entend au milieu de cris confus et de hurlemens forcenés, que le bruit glacial des chaînes qui retentissent sur des dalles dégoûtantes d'ordures et d'humidité.

Fatigué de ce spectacle et de l'inutilité de ses recherches, Couthon recule devant l'idée de déchaîner ces aliénés. Se tournant vers Pinel: « Fais-en ce que tu voudras, dit-il, je te les abandonne! Mais j'ai grand'peur que tu ne sois victime de ta présomption. »

Maître désormais de ses actions, Pinel commence dès le jour même son entreprise, dont il ne se dissimule pas les difficultés réelles; car il s'agit de rendre libres environ cinquante furieux, sans que cette mesure devienne nuisible ou dangereuse pour les autres aliénés paisibles. Il se décide à n'en déchaîner que douze, pour premier essai; la seule précaution qu'il croit devoir prendre est de faire préparer un nombre égal de camisoles, de ces gilets en toile forte et à longues manches qui peuvent s'attacher derrière le dos de l'aliéné quand on veut le réduire à l'impuissance de mal faire.

Le premier auquel Pinel s'adresse est le plus ancien dans ce lieu de misère: c'est un capitaine anglais, dont personne ne connaît l'histoire, et qui est là, enchaîné, depuis quarante ans. Il est regardé comme le plus terrible de tous les aliénés; ses gardiens ne l'approchent qu'avec circonspection, depuis que, dans un accès de fureur, il a frappé d'un coup de ses menottes à la tête, un de ses servans et l'a tué sur place. Il est garrotté avec plus de rigueur encore que les autres; cette rigueur et l'isolement complet auquel elle le condamne ne font qu'exaspérer son caractère, naturellement furieux.

Pinel entre seul dans sa loge et l'aborde avec calme: « Capitaine, lui dit-il, si je vous faisais ôter vos fers, et si je vous donnais la liberté de vous promener dans la cour, me promettriez-vous d'être raisonnable et de ne faire de mal à personne?

» — Je te le promets. Mais tu te moques de moi, ils ont tous trop peur, et toi aussi....

» — Non, certes, je n'ai pas peur, puisque j'ai là six hommes pour me faire respecter, s'il le faut. Mais croyez à ma parole; devenez confiant et docile; je vous rendrai la liberté si vous vous laissez mettre ce gilet de toile à la place de vos chaînes si pesantes. »

Le capitaine se prête de bonne grâce à tout ce qu'on exige de lui, mais en haussant les épaules et sans articuler un mot. Après quelques minutes, ses fers sont complétement détachés, et l'on se retire en laissant la porte de sa loge ouverte.

Plusieurs fois il se lève sur son séant, et retombe; depuis si long-temps qu'il est assis, il a perdu l'usage de ses jambes; enfin, au bout d'un quart d'heure, il parvient à se tenir en équilibre, et, du fond de sa loge obscure, il s'avance en chancelant vers la porte. Son premier mouvement est de regarder le ciel, et il s'écrie en extase: Que c'est beau! — Pendant toute la journée, il ne cesse de courir, de monter les escaliers, de les descendre, en disant toujours: Que c'est beau! que c'est bon! — Le soir, il rentre de lui-même dans sa loge, dort paisible sur un lit meilleur qu'on lui a préparé, et durant deux années qu'il passe encore à Bicêtre, il n'a plus d'accès de fureur; il se rend même utile dans la maison, en exerçant une certaine autorité sur les fous, qu'il régente à sa guise, et dont il s'établit comme le surveillant.

Pinel vient d'entrer dans une autre loge: c'est celle de Chevingé, dont la délivrance est peut-être un des faits les plus mémorables de cette journée.

Chevingé était soldat aux gardes françaises, et n'avait au service qu'un défaut, celui de l'ivrognerie; mais une fois que sa tête était montée par le vin, il devenait querelleur, violent, et d'autant plus dangereux que sa force était prodigieuse. Ses excès assez fréquens le firent renvoyer de son corps, et il eut bientôt dissipé ses faibles ressources. Ensuite la honte et la misère le plongèrent dans un tel découragement, que son intelligence en fut altérée: il crut dans son délire qu'il était devenu général, battit ceux qui ne voulaient pas reconnaître son grade et sa qualité; et c'est à la suite d'une lutte assez violente, qu'il fut amené à Bicêtre dans l'exaltation la plus furieuse. Il était garrotté depuis dix années, et avec plus de soin encore que ses compagnons, parce que souvent il était parvenu à rompre ses fers par la seule force de ses mains. Une fois, entre autres, qu'il s'était procuré

(1) Ce fragment fait partie d'une notice historique qui se trouvera en tête de l'édition complète que M. Scipion Pinel prépare des œuvres de son père. Cette édition formera six volumes, dont un sera composé de matières entièrement inédites.

ainsi quelques momens de liberté, il défia tous les gardiens réunis de le faire rentrer dans sa loge avant qu'il les eût tous fait passer sous sa jambe; et, en effet, il exécuta cette inconcevable prouesse sur les huit hommes qui voulaient se rendre maîtres de lui. Depuis lors, sa force était passée en proverbe dans Bicêtre.

Déjà Pinel, en le visitant plusieurs fois, avait reconnu dans Chevingé une excellente nature d'homme sous cette exaltation sans cesse irritée par un traitement trop cruel; il lui avait promis d'améliorer bientôt son sort, et cette promesse seule l'avait rendu plus calme. Enfin Pinel lui annonce qu'il n'aura plus de fers: « Et pour te prouver que j'ai confiance en toi, lui dit-il, et que je te regarde comme un homme fait pour le bien, tu vas m'aider à délivrer ces malheureux, qui n'ont pas leur raison comme toi; et si tu te conduis ainsi que j'ai lieu de l'espérer, je te prendrai à mon service et tu ne me quitteras plus. »

Jamais, dans une intelligence humaine, révolution ne fut plus subite et plus complète; les gardiens eux-mêmes sont saisis de respect et d'étonnement devant le spectacle que leur donne Chevingé: à peine délivré, le voilà prévenant, attentif et suivant de l'œil tous les mouvemens de Pinel pour exécuter ses ordres avec autant d'adresse que de promptitude; le voilà qui fait entendre aux aliénés des paroles de raison et de bonté, lui qui tout-à-l'heure était encore à leur niveau, mais devant lesquels maintenant il se sent grandi de toute sa liberté.

Cet homme, que les chaînes ont dénaturé pendant ses plus belles années, et qui sans doute aurait traîné sa vie entière dans cette longue agonie de lui-même, toute sa vie n'est plus qu'un dévouement continuel envers son libérateur.

Chevingé est une grande leçon pour la science; et ce n'est pas sans émotion, ajoute M. S. Pinel, que je retrouve dans cette scène que je raconte le nom d'un serviteur qui partagea plus tard les jeux de mon enfance, et qui est resté cher à mes jeunes souvenirs.

Auprès de Chevingé, dans la loge voisine de la sienne, se trouvent trois malheureux soldats prussiens qui sont enchaînés depuis longues années, sans qu'on connaisse les motifs d'une telle rigueur. Ils sont ordinairement calmes et inoffensifs, et ne s'animent qu'entre eux, dans un langage inintelligible à tout le monde. On leur a donné du moins la seule consolation à laquelle ils paraissent sensibles, celle de vivre dans la même infortune.

Dès qu'ils aperçoivent autour d'eux un appareil inusité, ils s'imaginent peut-être qu'on vient avec de mauvaises intentions, et ils s'opposent violemment à ce que leurs fers soient détachés: quand ils sont libres, ils ne veulent pas sortir de leur prison, et restent dans leur position habituelle. Soit chagrin, soit défaut d'intelligence, ces malheureux étrangers semblent insensibles à la liberté dont ils peuvent jouir.

Après eux vient un singulier personnage, un de ces hommes dont la manie est d'autant plus tenace qu'elle ne s'attache qu'à une seule idée, mais extravagante et pleine d'orgueil. C'est un ancien ecclésiastique, qui se dit et qui croit être le Christ. Son extérieur répond à toute la vanité de sa croyance: il a le maintien grave et mesuré; son sourire, doux et sévère tout à la fois, repousse toute espèce de familiarité; il n'y a pas jusqu'à l'arrangement de sa chevelure, longue et pendante de chaque côté, sur une figure pleine d'expression, pâle, intelligente et résignée, qui ne lui donne une singulière ressemblance avec cette belle tête du maître, dont il a pris la place.

Si vous pensez le confondre par cette apostrophe si naturelle: « Si tu es celui que tu prétends être, si tu es Dieu enfin, brise tes chaînes et fais-toi libre à l'instant; » il vous répond avec une fierté modeste: *Frustra tentabis Dominum tuum!* C'est en vain que tu tenteras ton Seigneur! »

C'est le sublime de l'arrogance humaine en délire.

La vie de cette homme est un roman tout entier, dans lequel l'exaltation religieuse joue le premier rôle. Il a fait à pied le pélerinage de Cologne et de Rome: ensuite il est parti pour l'Amérique, et s'est aventuré au milieu des peuplades sauvages pour les convertir à la foi.

Mais toutes ces courses et tous ces voyages, loin de le distraire, ont fait tourner son idée dominante en vraie manie; et, à son retour en France, il s'est publiquement annoncé comme étant celui dont il venait de répandre au loin la parole. Arrêté par la police et conduit devant l'archevêque de Paris, il fut enfermé à Bicêtre, comme impie ou aliéné; de lourdes chaînes lui furent mises aux pieds et aux mains, et depuis douze années il supporte avec une rare patience ce long martyre et les sarcasmes continuels auxquels l'expose sa monomanie.

Raisonner avec de tels malades, c'est prêcher en vain des êtres qui ne peuvent ni ne veulent comprendre: aussi Pinel ne cherche pas à combattre son délire par d'inutiles paroles; il le fait déchaîner en silence, et ordonne expressément que désormais chacun imite sa réserve, et qu'on n'adresse plus un seul mot à ce pauvre aliéné. Cette défense, qui est observée rigoureusement, produit sur cet homme, si gonflé de lui-même, un effet bien plus sensible que les fers et le cachot; il se sent humilié d'un abandon et d'un isolement si nouveau pour lui, au milieu de son entière liberté. Enfin, après de longues hésitations, on le voit, de son propre mouvement, venir se mêler à la société des autres malades; dès ce jour il revient à des idées plus justes et plus sensées; et en moins d'une année, il est assez bien rétabli pour avouer lui-même toute l'absurdité de son délire et pouvoir sortir de Bicêtre.

Ici se terminent malheureusement les notes de Pinel sur cette scène intéressante; elles apprennent seulement que, dans l'espace de quelques jours, 53 aliénés furent ainsi débarrassés de leurs chaînes; parmi eux se trouvaient des individus de toutes les conditions et de tous les pays, ouvriers, négocians, militaires, avocats, Français, Anglais, Allemands et Italiens. Une amélioration inespérée suivit cette mesure, qu'on avait jusque-là regardée comme impossible et même comme funeste. Le calme et l'harmonie succédèrent au tumulte et au désordre; il s'établit enfin, dans toutes les parties du service, une régularité et une bienveillance dont l'influence gagna bientôt les aliénés eux-mêmes; c'est ainsi qu'après quelques semaines on vit des maniaques, encore fort agités, se mettre la camisole volontairement, ou se la faire mettre par les fous les plus tranquilles.

M. Louyer-Villermay lit un rapport sur les enfans épileptiques et idiots de l'hospice de la rue de Sèvres. Nous en donnerons l'analyse dans un prochain numéro.

— Samedi prochain, séance pour le rapport de la commission des prix.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉPONSE DE M. MIRAULT (D'ANGERS) AUX REMARQUES SUR L'ABLATION DE LA LANGUE PAR LA LIGATURE; par M. MAYOR, de Lausanne.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu dans le n° 23 de la GAZETTE MÉDICALE (samedi 6 juin 1835), un article dans lequel on critique avec amertume mon procédé de ligature pour l'*extirpation totale* de la langue, à l'occasion d'une *extirpation partielle* de cet organe, pratiquée par M. Mayor de Lausanne.

Cet article contenant des citations incomplètes et dénaturées, et des allégations inexactes qu'il m'importe de détruire, j'espère que vous voudrez bien accueillir ma réclamation, et lui donner place dans votre prochain numéro.

Mon dessein n'est pas de suivre M. Mayor sur le terrain de la polémique où il s'est placé. La science médicale s'alimente de faits et de corollaires rigoureux, et non de récriminations. Je prise trop son honneur pour consentir à y porter atteinte.

Je suis obligé de rétablir succinctement le texte, car j'ai été défiguré de telle manière par le chirurgien de Lausanne, qu'il est impossible, en le lisant, de comprendre ce que j'ai fait.

OBS. — Une jeune fille m'ayant consulté pour une tumeur encéphaloïde ulcérée et végétante à la langue, tumeur qui s'étendait jusqu'à l'isthme du gosier, et avait résisté à l'emploi de divers remèdes, je proposai l'ablation de la plus grande partie de l'organe malade. J'eus d'abord l'idée de pratiquer l'excision après avoir lié préliminairement les deux artères linguales dans la région sus-hyoïdienne, pour prévenir une hémorrhagie qu'il eût été impossible d'arrêter dans dans le pharynx; mais ayant échoué dans la ligature de l'une de ces deux artères, je dus renoncer à mon projet pour recourir à des ligatures appliqués sur la langue elle-même. Pour cela, la langue étant attirée en avant avec une pince garnie d'agaric, je fis sur la ligne médiane du cou, entre le menton et l'hyoïde, une petite ouverture, et, par cette voie, je portai une aiguille courbe, enfilée d'un lien, à travers la base de la langue, et je la ramenai en dehors par la bouche. L'aiguille fut ensuite reportée dans cette cavité, et sa pointe étant appuyée sur la partie la plus reculée du sillon alvéolo-lingual, du côté gauche, je l'enfonçai dans la paroi inférieure, et la fis sortir par la plaie du cou, à son point de départ. Ainsi se trouva embrassé largement par une anse le côté correspondant de la langue; les deux chefs de la ligature furent placés dans un serre-nœud et serrés fortement. Quelque temps après j'appliquai une autre ligature, par le même procédé, sur le côté droit de cet organe.

Par ce moyen, j'oblitérai immédiatement celle des deux artères linguales qui m'avait échappé, et j'opérai une section transversale de la langue, à la hauteur du voile du palais. Il ne s'agissait plus, dès-lors, pour achever l'extirpation, que de détacher, avec le bistouri, la langue de ses adhérences à la paroi inférieure de la bouche, et je m'y disposais, lorsque je m'aperçus de changemens très-remarquables dans l'état de la langue, qui me firent différer ce deuxième temps de l'opération. Cette sage temporisation eut un résultat aussi extraordinaire qu'inespéré; car l'ulcère carcinomateux se cicatrisa peu à peu, et la tumeur se termina par résolution.

Que le lecteur rapproche cet exposé, s'il en a le temps, de l'extrait prétendu *textuel* qu'en a donné M. Mayor, et il jugera du respect de cet auteur pour la vérité. Concevra-t-il qu'un homme *qui veut franchement les progrès et les vrais moyens de l'obtenir*, se soit *oublié* jusqu'à faire entendre, par le rapprochement de phrases tronquées, que des hémorrhagies, qui *provenaient de l'ulcère* de la langue, ont eu lieu par les plaies *pratiquées au cou* pour lier les artères linguales, et qu'elles sont des complications de mon procédé de ligature; mais passons aux objections que m'adresse le chirurgien de Lausanne, et citons.

« 1° Les opérations de notre auteur sont en effet bien *nouvelles*, et
» non-seulement *téméraires*, mais encore *barbares*; elles n'étaient
» nullement nécessaires, et l'Académie de médecine, bien loin de les
» accueillir, aurait dû les repousser de toutes ses forces. Ce corps sa-
» vant ne devrait jamais perdre de vue *que le monde médical a les*
» *yeux tournés vers lui*, et que la plus petite faute, la plus légère
» inconséquence peuvent avoir les suites les plus graves, ou lui faire
» perdre de cette considération qu'il doit être jaloux de commander.
» Or, l'Académie a ici fait évidemment erreur, et elle s'est oubliée en
» face de la médecine opératoire et de ses besoins, de l'humanité et de
» ses exigences, des hommes qui veulent franchement le progrès et
» les moyens de l'obtenir. L'Académie doit en effet répudier tous les
» procédés compliqués et dangereux chaque fois qu'elle possède déjà
» des moyens plus simples, plus faciles et plus sûrs d'arriver au
» même but, etc. »

J'imagine que l'Académie sera peu sensible aux reproches d'inconséquence et de légèreté que lui adresse M. Mayor, et que sa considéra-

tion n'en sera nullement compromise; pour moi, contre qui s'accumulent de plus grands griefs, je dois à ceux de vos abonnés qui n'ont pas eu connaissance du mémoire que j'ai adressé à l'Académie, de m'expliquer sur cette accusation de *barbarie* et de *témérité*.

Je ferai observer, en commençant, que c'est par une circonstance fortuite que la jeune Cesbron a subi plusieurs opérations. Cela n'est provenu que de l'insuccès que j'ai eu dans la ligature d'une des deux artères linguales. Sans cet événement fâcheux, j'eusse procédé de suite à l'extirpation avec le bistouri et les ciseaux, et il n'eût point été nécessaire de lier la langue elle-même; mais ayant échoué, en partie, dans l'exécution du plan que j'avais conçu, j'ai dû en adopter un autre, et c'est alors que j'ai recouru à la ligature de la langue.

Je ne prétends pas que cette opération, pratiquée suivant mon procédé, ait été faite sans douleur, cela était impossible; mais il est constant qu'après la première demi-heure, pendant laquelle la malade a souffert vivement, elle n'a plus ressenti qu'un engourdissement pénible. Passer une aiguille à travers la base de la langue et dans la paroi inférieure de la bouche, et comprimer avec un serre-nœud ordinaire les parties comprises dans la ligature, n'est point une des opérations douloureuses de la chirurgie, et paraîtra bien douce si on la compare au procédé suivi par M. Mayor. Quel praticien ne reculera devant l'idée de saisir la langue par ses faces avec quatre crochets (la pince à double érigne), et même *au besoin* avec huit (deux autres érignes latérales); devant l'idée, dis-je, de faire tirer fortement dessus comme pour l'arracher, et de terminer ce véritable supplice par la strangulation de l'organe malade avec un lien métallique que l'on serre avec un tourniquet.

Pour ce qui est de l'imputation de témérité, je dirai à l'auteur de l'*Essai des ligatures en masse*, en *l'invitant à bien peser mes paroles* : Il y a de la témérité à oser porter profondément des aiguilles dans la région cervicale, sans s'y être préparé par une étude suffisamment approfondie de l'anatomie chirurgicale; mais quand, s'appuyant sur des données exactes, un chirurgien fait diriger ses instrumens avec assez de précision pour pouvoir *annoncer d'avance* quelles parties circonscrira son aiguille et quelles resteront en dehors de sa ligature, cela ne s'appelle plus de la témérité, mais une opération rationelle et hardie (1).

« 2° Les jours de la malade n'étaient en danger que parce que les » chirurgiens ne connaissaient pas le moyen sûr et facile d'enlever le » mal qui la menaçait. »

M. Mayor fait sans doute allusion dans ce passage à l'opération qu'il a pratiquée à l'hôpital de la Pitié (en 1826) sur M. Thiébault, avocat à Salins, pour un cancer qui occupait *une moitié de la langue*. Outre que le procédé qu'on a suivi dans cette circonstance n'était pas applicable au cas que j'avais à traiter, l'essai qu'on en avait fait était si peu encourageant, comme on le verra plus loin, que quand bien même je l'eusse connu, à cette époque, il ne m'eût pas détourné du procédé opératoire que j'avais trouvé depuis long-temps, mais que je n'avais pas osé employer sur un autre sujet de mauvaise constitution.

« 3° On peut enlever à volonté les deux tiers ou les trois quarts de » la langue et même cet organe *tout entier aussi loin qu'on le vou* » *dra*, par des procédés opératoires bien connus et qui employés jus- » qu'ici ont toujours été applicables ou suffisans. »

Ce que M. le chirurgien de Lausanne avance, est ici une allégation gratuite qu'un examen superficiel des parties suffit pour réfuter. Les adhérences naturelles de la face inférieure de la langue, comme je l'ai dit dans mon mémoire, ne permettent pas de porter par la cavité buccale des ligatures jusque sur sa base. M. Mayor a si bien senti la justesse de cette objection, que, dans l'opération de Mme Renou, *il a incisé assez profondément le frein en rasant le tissu de la langue*, pour que la ligature pénétrât plus avant. Malgré cette modification apportée au procédé, il sera toujours insuffisant pour extirper les parties les plus reculées de l'organe, à cause de l'impossibilité de prolonger bien loin *cette incision* sans blesser les artères linguales. L'expérience n'a point démenti jusqu'ici cette assertion, malgré que M. Mayor prétende le contraire.

4° Ce n'est pas à moi à lui reprocher « de ne pas avoir connu les » préceptes de mon livre, bien que celui-ci ait été annoncé dès l'an- » née 1826. »

Je connaissais depuis long-temps le livre de M. Mayor sur les ligatures en masse pour le traitement des tumeurs; et si je n'ai pas suivi les préceptes qu'il renferme, c'est qu'après les avoir médités je n'ai pas été convaincu de leur excellence. Il est à croire qu'un grand nombre de chirurgiens français ont partagé cette opinion, car je ne sache pas que jusqu'à ce jour M. Mayor ait trouvé parmi eux des imitateurs. L'effusion du sang, que redoute tant le chirurgien de Lausanne, sera bien rarement, pour un opérateur, un motif suffisant pour le décider à renoncer au bistouri et lui faire préférer les aiguilles. En portant ces instrumens dans des régions remplies de vaisseaux et de nerfs importans, à l'effet d'extirper des tumeurs de formes indéterminées et dont il est impossible de préciser les limites, on s'expose aux dangers les plus graves, comme le prouvent les résultats consignés dans l'essai sur les ligatures en masse. Sur dix cas rapportés par l'auteur, il y en a deux dans lesquels on avait appliqué des ligatures profondément dans le cou, dont l'issue a été funeste. (Les malades sont *morts* trois jours après l'opération.) Si l'on était aussi sévère à l'égard de M. Mayor, qu'il l'est lui-même à l'égard de ses confrères, on *hésiterait* aussi à lui accorder, pour ces deux cas, un *bill d'indemnité*. Mais ce qu'aucun médecin n'hésitera à lui reprocher, c'est d'avoir, dans l'une de ces observations (Mlle Caroline Gendre), déversé le blâme sur M. le docteur J...; dont la conduite avait été irréprochable, et d'avoir fait peser sur ce médecin la responsabilité d'une terminaison fâcheuse, qui, suivant toute vraisemblance, devait être attribuée à la ligature des nerfs récurrens.

5° « On a compromis encore les jours de cette jeune fille, en remet- » tant au lendemain cette opération urgente. »

Je répondrai que les honorables confrères que j'avais convoqués à l'effet de délibérer sur ce qu'il convenait de faire, n'ont donné leur avis qu'après y avoir mûrement réfléchi, et que j'ai cru devoir m'y conformer.

6° « La bouche est et sera toujours suffisante pour permettre toute » espèce d'opérations dans son intérieur. C'est donc une cruauté toute » gratuite, que de s'ouvrir une voie ailleurs pour pénétrer dans cette » cavité; il y a plus, l'ouverture pratiquée sous le menton ne pouvant » jamais être aussi grande que celle que permet la bouche; c'est se » créer à plaisir une difficulté de plus pour opérer. »

Ce passage prouve que M. Mayor a lu mon mémoire avec peu d'attention, et qu'il n'a pas compris mon procédé de ligature. Qu'est-il besoin d'une grande ouverture pour faire pénétrer, à travers la base de la langue, une aiguille *qu'on ramène au même point*, après avoir circonscrit l'un de ses côtés? J'ai pratiqué, je le répète, une incision suffisante pour recevoir l'extrémité du doigt indicateur, qui est chargé de diriger l'aiguille à son entrée et à sa sortie.

M. Mayor s'imaginerait-il que j'ai eu la pensée de me servir de cette voie pour extirper la langue, préférablement à l'ouverture de la bouche? J'avoue que je ne le comprends pas non plus.

7° « Je ne puis m'empêcher de demander à cet opérateur ce qu'était » son serre-nœud? comment il a serré assez fortement ses fils? pour- » quoi il ne les a serrés que deux fois depuis? s'il n'a pas éprouvé le » besoin de revenir sur cette opération au fur et à mesure de la sec- » tion? »

Le serre-nœud dont je me suis servi est celui que Desault a introduit dans la pratique pour la ligature des polypes. Le degré de constriction que j'ai exercé sur la langue, est *celui que peuvent produire les doigts de l'opérateur, en tirant fortement sur les bouts d'un lien engagé dans un serre-nœud*. Il était *suffisant* pour le but que je me proposais. J'ai resserré deux fois seulement les fils pour la moitié gauche de la langue, et trois fois pour la droite. Il n'eo a pas fallu plus pour opérer la section; j'ai même trouvé de l'avantage à ne pas y revenir trop souvent.

« 8° La douleur, en effet, ne dure guère qu'une demi-heure; mais » elle est d'autant moins longue et vive que la constriction peut être por- » tée plus loin; c'est pourquoi il est important d'avoir un moyen de la » pousser d'abord à l'extrême, de la graduer à volonté et de la conser- » ver toujours à un degré convenable. On a pu voir dans l'observation » de la femme Renout comment j'obtiens tous ces avantages essentiels, » dont probablement M. Mirault a été privé complètement. »

Je n'ai point été privé des avantages dont parle M. Mayor. La douleur, comme je l'ai dit, n'a duré que peu de temps et s'est bientôt changée en un engourdissement pénible. J'ajouterai que la malade a très-peu souffert à chaque fois qu'on a resserré les liens. Que pouvait-on souhaiter de plus satisfaisant?

(1) Voici comment s'est exprimé M. Sanson à ce sujet devant l'Académie : « M. Mirault a bien voulu répéter son procédé devant moi ce matin à l'Hôtel-Dieu, et j'avoue que sur la simple description je le croyais difficile; mais la vue » du manuel opératoire a tout-à-fait changé mon opinion; il m'a paru très-facile, » très-simple; je regarde comme impossible d'en trouver un meilleur. » (Séance du 12 août 1834, extrait de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, t. 2, n° 34.)

(1) Voyez dans la GAZETTE MÉDICALE du 16 août 1834, p. 525, ce que M. Lisfranc a rapporté de cette observation.

9° « Les effets immédiats de la ligature en masse ne sont jamais à » redouter quand on peut la faire et la maintenir avec beaucoup de force, » de manière à enrayer le *plutôt possible* l'influence de la circulation » et de l'innervation..... Or, M. Mirault s'est exposé grandement à » voir surgir des affections secondaires graves en agissant avec mol- » lesse, et en maintenant *pendant neuf jours* un corps étranger sur » des tissus aussi irritables. »

La crainte que manifeste M. Mayor par rapport au danger des ligatures qui ne sont pas serrées au point de faire cesser presqu'immédiatement la vie dans les parties comprimées, est assurément très-exagéré; et ses objections sont plus de théorie que de pratique. J'ai cité dans mon travail plusieurs des chirurgiens qui ont lié la langue *dans toute sa largeur*, et j'ai dit qu'aucun d'eux n'avait fait mention d'accidens graves quoiqu'ils aient fait usage de serre-nœuds ordinaires. M. Mayor a été à portée de vérifier l'exactitude de ces faits sur M. Thiébault de Salins, chez lequel une ligature appliquée à l'aide d'un tourniquet et resserrée pendant six jours de suite, ne détruisit ni la *sensibilité ni le mouvement* dans la langue, et ne produisit qu'une escarre *superficielle* (1). Dans quel cas en effet les symptômes fâcheux, dont on parle, ont-ils été plus à redouter?

Dans le procédé de ligature de la langue par la région sus-hyoïdienne, on ne peut avoir pour but de sphacéler les parties situées entre les liens et la pointe de la langue, puisque celle-ci continue de recevoir le sang par sa face inférieure. La ligature, dans ce cas, n'est qu'un moyen commode et exempt de danger, d'opérer une section transversale de la langue, dans un point quelconque de sa base, et peut être considérée comme le premier temps d'un procédé particulier d'extirpation, dont le second temps consiste en la section avec les instrumens tranchans des adhérences de la face inférieure de la langue à la paroi correspondante de la bouche. Pour atteindre ce résultat, il n'est besoin ni d'étrangler violemment la langue avec des tourniquets ni de dilacérer les tissus, ni de torturer les malades; il suffit d'une compression telle que je l'ai dite. Cette compression dans la ligature *sous-mentale* est assez énergique pour intercepter la circulation dans les artères linguales, qui ne sont séparées des ligatures que par une couche mince de tissu musculaire, et pour déterminer dans la langue *une phlogose locale que suit prochainement le ramollissement de son tissu dans les points comprimés*. A partir de ce moment, la section des chairs s'opère avec facilité, de sorte que pour l'achever il ne faut que resserrer médiocrement les fils quand ils sont relâchés. Je n'attache pas beaucoup d'importance à ce que la ligature tombe un peu plus tôt ou plus tard, puisque la malade souffre à peine dans les derniers temps, et qu'il est facile d'empêcher les tissus divisés de se réunir. Ce procédé a, entre autres avantages, celui de permettre de donner quelques boissons, et de ne pas exposer au gonflement considérable de la langue qu'on a observé chez la femme Reoout.

Je n'ai point à combattre les trois dernières objections de mon critique; elles ne sont qu'une répétition de celles contenues dans les paragraphes précédens, et que j'ai surabondamment réfutées.

Quant au reproche que me fait M. Mayor de n'avoir pas cité l'observation d'extirpation *partielle* et *superficielle* de la langue, qu'il a faite à la clinique de M. Lisfranc, en 1826, sur la personne d'un avocat de Salins, je me justifierai en disant qu'avant d'écrire mon mémoire, j'ai fait des recherches dans les ouvrages et les différens journaux qui sont à ma disposition, et que je n'y ai point trouvé cette observation, dont j'ai eu connaissance seulement lors de la discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie. On peut voir d'ailleurs dans mon travail que je n'ai négligé de puiser à aucune des sources qui pouvaient m'éclairer, et que sans vouloir faire parade d'érudition, j'ai cité en grande partie les auteurs nationaux et étrangers qui ont écrit sur le même sujet. On ne peut donc sans injustice me taxer *de m'être passé présomptueusement des travaux de mes devanciers*; et si j'ai osé *présenter un semblable travail à l'Académie*, c'est que je présumais qu'elle saurait apprécier les efforts couronnés de succès que j'avais faits pour sauver une malade réputée incurable par les procédés opératoires employés jusqu'à ce jour.

Personne ne croira que l'Académie, qui renferme tant d'anatomistes distingués, ait pu *céder un instant au prestige du luxe anatomique* que, suivant la prétention très-bénévole de M. Mayor, j'aurais déployé devant elle. Que le chirurgien de Lausanne se rassure, la sagesse profonde de l'Académie et la réflexion habituelle qu'elle apporte dans ses jugemens, ne lui feront jamais *honorer la témérité et l'imprévoyance*, et suffiront toujours pour éloigner d'elle les *Icares* en chirurgie qui ne craignent pas d'abuser de ses précieux momens.

OBSERVATION D'UN OSTÉO-SARCÔME DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, par P. GRANGER, D.-M. P.

Monsieur le Rédacteur,

Éloigné de la capitale de près de dix-huit cents lieues, c'est à votre estimable journal que j'ai recours pour donner de la publicité à une observation d'ostéo-sarcôme de la mâchoire inférieure, et aux résultats heureux de l'opération que j'ai fait subir à la malade qui en était affectée.

Agréez, etc.,

P. GRANGER, D.-M. P.

Pointe-à-Pitre, île Guadeloupe, le 2 octobre 1834.

OBS. — Madame Prosper, d'un tempérament bilioso-sanguin, fut mariée en 1815, à l'âge de 18 ans. Elle eut cinq enfans, le premier six mois après son mariage. Elle avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1825; à cette époque elle vit apparaître une fluxion à la joue gauche, déterminée par une odontalgie; l'abcès se fit jour à l'intérieur, près de la première grosse molaire gauche. Peu de temps après, nouvel abcès dans cette partie, qui avait conservé une légère induration. Cette fois l'abcès laissa une ouverture fistuleuse par où se présenta bientôt une petite fongosité. La malade souffrant alors davantage de sa névralgie dentaire, se décida à faire extraire la dent cariée. Dès ce moment, les douleurs qui jusqu'alors avaient été petites et légères, s'accrurent, devinrent vives, aiguës, lancinantes. La partie interne de la gencive du côté gauche, la membrane de la bouche, ainsi que la joue de ce côté, se tuméfièrent. Des végétations spongieuses apparurent peu à peu autour de la première fongosité; les grosses et les petites molaires gauches s'ébranlèrent; elles furent chassées de leurs alvéoles par le développement successif de ces végétations charnues, qui ne tardèrent pas à envahir le pourtour d'une partie de la branche horizontale de la mâchoire inférieure.

Ce fut alors seulement, en 1829, que madame Prosper consulta un chirurgien, qui se contenta d'enlever toutes ces excroissances à l'aide du bistouri et de cautériser ensuite avec le nitrate acide de mercure. Bientôt nouvelle répullulation des fongosités. Les végétations devinrent plus actives, plus fortes; leur développement plus rapide. Un autre confrère, consulté en 1832, espéra résoudre cette tumeur carcinomateuse par l'application de trois moxas sur la joue; par des frictions d'hydriodate de potasse et l'usage de l'iode à l'intérieur. La tumeur sembla alors s'arrêter dans son développement; les douleurs furent comme suspendues pendant plusieurs mois. Cet état de calme ne pouvait durer long-temps. En effet la malade ne tarda pas à voir s'évanouir son espoir; les souffrances avaient repris leur empire, et l'ostéosarcôme acquit bientôt un volume tel, qu'elle en fut alarmée.

Ce fut en janvier 1834 que madame Prosper vint de la campagne qu'elle habitait pour nous consulter. Elle se présenta à nous dans l'état suivant:

Sa bouche, oblique de droite à gauche et de bas en haut, était entre ouverte par une tumeur fongueuse qui envahissait tout le corps de la mâchoire inférieure, depuis la première grosse molaire du côté droit jusqu'au tiers supérieur de la branche montante du côté gauche. Cette volumineuse tumeur remplissait les trois quarts de la cavité buccale de ses végétations fongueuses, d'un rouge vif, irrégulièrement bosselées, spongieuses; elle présentait à sa face supérieure un sillon profond, semi-lunaire, provenant de la dépression des fongosités par les dents de la mâchoire supérieure. La langue soulevée et refoulée au-dessus de l'arcade dentaire du côté droit, venait s'appliquer sur la joue correspondante. Ses mouvemens étaient bornés; la parole difficile, la déglutition pénible, la mastication presque nulle.

Des trois moxas qui avaient été placés sur les tégumens recouvrant la face externe de la tumeur, deux avaient dégénéré en ulcères fongueux. Le premier existait à un pouce au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure; le second au cou un peu au-dessous de la glande maxillaire; le troisième moxa n'avait laissé à la joue qu'une simple ouverture fistuleuse, qui, communiquant avec un des foyers de la tumeur, donnait issue à des matières séro-purulentes. Du reste, la constitution générale de la malade paraissait assez satisfaisante. L'opération toute grave, pénible, douloureuse qu'elle nous parut, étant la seule chance favorable qui lui restait, nous la lui proposâmes; elle y consentit.

Ce fut le 8 mars, qu'aidé de mes confrère MM. F. Lherminier et C. Lebeau, et en présence des autres médecins de la ville, je pratiquai l'opération.

La malade étant placée dans un fauteuil que j'avais fait exhausser à la hauteur nécessaire pour n'être point gênée, je fis une première incision qui divisa la partie moyenne de la lèvre inférieure, le menton, et vint finir à l'os hyoïde. L'artère coronaire inférieure fournit du sang; une légère pression avec les doigts suffit pour l'oblitérer promptement. Une seconde incision divisa la commissure droite de la bouche, et s'étendit jusqu'au bord antérieur du masseter. Je disséquai le lambeau formé par ces deux incisions, jusqu'à ce que toute la face externe droite de la branche horizontale du maxillaire inférieur fût à nu. Je fis pénétrer entre la face interne du corps de la mâchoire et les parties molles qui s'y fixent, un bistouri droit boutonné, afin de ne point blesser la langue en isolant ces parties. Je glissai une lame de carton derrière cet os, afin de garantir du jeu de la scie la langue et les parties environnantes, et je fis la résection du corps de la mâchoire en avant de l'alvéole de la dernière grosse molaire, avec une scie en crête de coq.

A gauche les tégumens furent d'abord divisés par une première incision semi-circulaire à convexité externe et inférieure, qui, partant à quatre lignes au-dessous de l'apophyse zygomatique, longea le tiers inférieur de la face externe de la tumeur, et vint s'arrêter à un pouce au-dessous de l'os hyoïde. Une seconde incision également semi-lunaire, partant à angle aigu de la première, vis-à-vis le lobule de l'oreille, embrassant dans sa concavité les deux moxas ulcérés de la peau du cou, vint aussi finir près de l'os hyoïde, à peu de distance de la terminaison de la première incision.

Le lambeau borné par la première section fut détaché de la face externe de la tumeur dans toute son étendue. Il me fut facile de faire mouvoir celle-ci après avoir séparé la membrane buccale de sa face interne. Je portai alors le bistouri sur l'attache du temporal à l'apophyse coronoïde, j'en fis la section, et abaissant la tumeur je pénétrai facilement, avec le bistouri droit boutonné, dans l'articulation temporo maxillaire par sa partie antérieure. Je rasai le plus près possible le condyle, afin d'éviter l'ouverture de la carotide. Je divisai les ligamens internes, détruisis les attaches des ptérigoïdiens, et finis la dissection de la tumeur dans la direction de l'incision inférieure.

Je m'étais proposé de lier toutes les artères au fur et à mesure qu'elles seraient ouvertes. L'artère linguale et la maxillaire inférieure furent les seules qui donnerent du sang. Leur ligature eut lieu immédiatement. L'hémorrhagie fut dès-lors peu abondante. La perte de sang, tant artérielle que veineuse, fut évaluée à douze onces. L'opération quoique suspendue pendant un instant, à cause d'une légère syncope, dura trente minutes. La tumeur pèse douze onces et demi ; elle a quinze pouces en la mesurant dans sa plus grande circonference, et treize pouces six lignes dans sa plus petite.

Nous fûmes heureux de pouvoir conserver à nos lambeaux assez d'étendue pour que leur réunion fût facile et sans tiraillement.

La division de la partie moyenne de la lèvre inférieure, celle du menton, furent réunies par la suture entortillée. Quatre aiguilles y furent placées. Partout ailleurs nous réunîmes les bords des plaies à l'aide de la suture entre-coupée. Pour cela faire, une seule aiguille courbe armée d'un long cordonnet traversa successivement les bords opposés des lèvres des solutions de continuité. Les anses de la ligature furent coupées, et chaque bout de fil lié sur le milieu de la plaie avec son bout opposé. Des bandelettes agglutinatives furent mises entre les points de suture afin de soutenir les parties molles et de mieux aider par là notre réunion. Un bourrelet de charpie fut placé sous la pointe de la langue, dans le fond de la plaie, afin de donner momentanément à cet organe, un point d'appui qui dût faciliter l'acte de la déglutition. De légers plumaceaux enduits de cérat et quelques jets de bandes complétèrent l'appareil du pansement.

La journée du 8 se passa bien. Le pouls resta déprimé. La nuit du 8 au 9 fut bonne ; la malade dormit assez bien. Elle n'accusa aucune douleur locale. Dans la journée du 9, le pouls donna 94 pulsations, marqua une légère réaction fébrile ; légère céphalalgie, point d'hémorrhagie consécutive. Les linges du pansement furent à peine teints par une sérosité sanguinolente. Nous nous occupâmes à trouver un moyen qui dût rendre facile la déglutition des liquides que nous avions à faire prendre. Nous y parvînmes à l'aide d'un vase armé d'un long bec, légèrement recourbé sur sa longueur, aplati de telle sorte que les tisanes mucilagineuses et nutritives étaient aisément portées sur la base de la langue, et leur déglutition était sans gène pour la malade.

La levée du premier appareil se fit le 11. La suppuration fut bien moins abondante que nous ne le pensions d'abord. Les lèvres des plaies avaient conservé leurs rapports ; le gonflement de la face était peu marqué ; le tiraillement des parties était nul ; la douleur autour des plaies à peine sensible.

La constitution atmosphérique de la journée fut chaude et pluvieuse. Le soir la malade accusa une céphalalgie incommode. Le pouls était plein, un peu dur, fréquent, 104 pulsations. La face légèrement colorée, sans être sèche, quelques nausées ; la soif assez vive. Redoutant l'apparition d'un érysipèle à la face dont madame Prosper avait été affectée plusieurs fois quelques années auparavant, je lui fis de suite une saignée du bras, lui conseillai des pédiluves synapisés, des lavemens purgatifs. La nuit fut assez bonne et nous fûmes heureux le lendemain de voir évanouir ces symptômes inquiétans.

Jusqu'au 15 la malade n'offrit rien de particulier. Nous nous aperçûmes ce jour là, en la pansant, d'une vive rougeur autour du menton. Cette partie était chaude, douloureuse, un peu tuméfiée. Le pouls offrait à peine une réaction fébrile marquée. Les injections chlorurées faites comme à l'ordinaire dans la bouche sortaient par cette voie et par la section du menton, il en était de même des boissons dans l'acte de la déglutition. En voulant extraire les quatre aiguilles qui réunissaient le menton, la masse du fil qui formait la suture entortillée, se détacha et nous pûmes constater un écartement de la plaie. Celle de la partie moyenne de la lèvre inférieure était réunie déjà. Sur chaque point qui avait été traversé par les aiguilles et sur lesquels reposait la masse du fil, existait une petite escarre. Cet accident favorisé peut-être par l'apparition de l'érysipèle, nous sembla plutôt avoir été déterminé par la compression de ces parties, en dehors par la suture entortillée, en dedans par le bourrelet de charpie qui avait été placé sous la langue. Nous profitâmes de cet écartement pour attirer à nous la charpie. Nous rapprochâmes les plaies avec des bandelettes agglutinatives. Une lymphe plastique assez épaisse recouvrait les autres incisions, et leur cicatrisation semblait déjà fort avancée.

Le 19, la réunion nous parut assez solide partout pour nous engager à couper et extraire un grand nombre de points de suture. La suppuration était légère.

Le 26, la malade put se lever. La cicatrice des plaies était parfaite. L'exfoliation du bout de la branche horizontale de la mâchoire eut lieu sous forme d'une virole mince et ovalaire. Peu de jours après les bourgeons charnus développés à l'extrémite de cet os furent entièrement cicatrisés. La malade fut complètement guérie le vingt-huitième jour après l'opération.

Madame Prosper exécute facilement avec la langue des mouvemens latéraux et d'élévation ; un frein artificiel s'est formé sous cet organe ; les muscles génio-glosses ayant été détruits, la langue ne peut sortir hors de la bouche.

Outre la difformité de la dépression de la joue gauche et de la cicatrice du menton, madame Prosper conserve, comme incommodité résultant de l'opération, une salivation, faible à la vérité, favorisée par la disposition de la lèvre inférieure, dont la partie moyenne présente une légère gouttière ; et une paralysie de sensibilité et de mouvement de la face du côté gauche ; de la moitié de la lèvre supérieure et inférieure de ce côté, qui ne se meuvent qu'attirées par les contractions des parties opposées. L'œil gauche présente des phénomènes qui ne sont point explicables pour nous ; les contractions des muscles orbiculaires des paupières et du releveur de la paupière supérieure sont exemptes de l'influence de la volonté. Malgré les efforts et la persévérance de la part de madame Prosper, les paupières ne peuvent se rapprocher pendant le temps de la veille ; mais aussitôt que le besoin de sommeil se fait sentir, naturellement elles se rapprochent et l'œil se ferme. Nous avons souvent essayé avec le doigt d'abaisser la paupière ; nous le pouvions facilement ; mais le doigt retiré, aussitôt elle se relevait brusquement. Nous avons toujours constaté que pendant le sommeil les paupières étaient complètement appliquées l'une contre l'autre. Le globe de l'œil est sensible à la lumière ; il est parfois légèrement larmoyant et a toujours été exempt de toute injection, de toute inflammation. La vision est aussi parfaite des deux côtés.

Madame Prosper se fait fort aisément comprendre de toutes les personnes avec lesquelles elle cause ; la parole n'est point pénible, les mots sont facilement articulés.

Les substances qui peuvent promptement s'imprégner de salive, qui peuvent facilement être broyées par la langue contre la voûte palatine, sont de préférence choisies pour son alimentation. Les substances animales consistantes sont coupées en morceaux ténus ; elle n'est privée ainsi que de fort peu des choses qu'elle peut désirer.

Ses forces musculaires, son embonpoint justifient aujourd'hui le parfait état de sa santé.

LETTRES SUR LA PESTE D'ALEXANDRIE, par M. CLOT-BEY.

Dans notre avant-dernier numéro, nous avons reproduit une partie d'une lettre de M. Clot-Bey, communiquée à l'Académie des sciences par M. Chervin. Cet honorable confrère veut bien nous communiquer le reste de cette lettre qui a un objet plus purement médical, et qu'il se proposait de lire dans une des dernières séances à l'Académie de médecine. C'est une description des symptômes de la peste et des désordres trouvés à l'autopsie, qui paraîtra sans doute d'un très-grand intérêt.

« A l'invasion de la maladie, douleur de tête ; envies de vomir ou vomissemens ; yeux injectés ; marche semblable à celle que produit l'ivresse ; regard couvert ; air stupide ; langue blanche et humectée ; pouls plein et fréquent ; phénomènes que nous considérons comme l'effet des agens délétères, soit miasmatiques ou autres, qui produisent un trouble général dans toute l'économie, comme cela arrive dans tous les autres typhus. A cette période du mal, on peut tenter l'émétique et les excitans diffusibles, et je ne sais pas encore l'effet qu'on peut en attendre. Le deuxième ou le troisième jour, trouble dans les idées ; quelquefois délire ; langue sèche à son centre, rouge sur les bords ; chaleur à la peau ; souvent douleur à l'épigastre ; rarement diarrhée. C'est ordinairement alors que se manifestent les bubons et les charbons. A cette période, il y a réellement irritation dans le canal digestif, au cerveau et dans les glandes lymphatiques ; et ne pouvant donc plus avoir recours aux excitans, nous employons les saignées, les ventouses scarifiées ; nous cautérisons les bubons et les charbons pour fixer cette irritation à la peau. Du quatrième au sixième jour, apparition de pétéchies ou de plaques bleuâtres sur la peau. Révulsifs aux extrémités.

» Nous pensons que cette médication est rationnelle, et nous croyons qu'elle a sauvé quelques malades.

» Les cadavres des pestiférés n'ont point cet aspect hideux qu'ont voulu leur donner les médecins qui les ont décrits et les peintres qui les ont représentés.

» Les pétéchies s'observent particulièrement au cou, sur les côtés de la poitrine et aux membres ; les bubons siégent plus souvent aux aines qu'aux aisselles, très-rarement au cou, et sur les cadavres qui n'en sont pas affectés, on remarque un développement très-sensible de tous les ganglions du système lymphatique ; sur trois seulement nous avons trouvé des charbons. En général, ces cadavres ne paraissent pas avoir une plus grande tendance à la décomposition que ceux des individus morts d'autres maladies. Les veines sous-cutanées ne sont nullement apparentes ; le cœur et toutes les veines des cavités splanchniques distendus et remplis d'un sang très-noir ; les artères vides ; le foie et la rate gorgés de sang. Cette dernière a le plus souvent le double de son volume ordinaire, et est notablement ramollie ; les reins sont d'un violet foncé, leur tissu gorgé de sang ; hémorrhagie dans les bassinets ; l'estomac contient toujours un liquide noirâtre ; la muqueuse, fortement injectée, présente des plaques rouges assez semblables aux pétéchies, et qui quelquefois par leur étendue peuvent recevoir le nom

d'ecchymoses, et leur dernier degré constitue l'ulcération; les intestins offrent à peu près le même état à un degré moins caractérisé; les ganglions lymphatiques, toujours engorgés, ont le quintuple et même le sextuple de leur volume ordinaire; leur tissu est ramolli, couleur lie de vin, quelquefois noir; ceux de l'aine ou de l'aisselle; par leur agglomération, forment une masse homogène d'un aspect presque toujours lie de vin, avec épanchement d'un sang noir dans le tissu cellulaire ambiant. Ces altérations se retrouvent dans les ganglions qui se prolongent le long du trajet des vaisseaux dans l'abdomen et dans la poitrine; plusieurs fois le sang, extravasé autour d'eux, pouvait recevoir le nom d'hémorrhagie; engorgement des veines sous-arachnoïdiennes et des sinus. A part cette congestion, le parenchyme du cerveau et de la moelle épinière ne nous a présenté aucune altération notable, hors deux ou trois cas où la substance nous a paru ramollie. »

M. Clot-Bey annonce ensuite qu'il s'occupe d'un travail sur cette épidémie, et l'on nous saura gré de reproduire ici quelques passages d'une autre lettre qu'il a adressée à M. le professeur P. Dubois.

« Dans l'intérêt de l'humanité, dans celui de la science, et par devoir comme médecin, je m'applique à recueillir des faits et des observations qui puissent jeter quelque lumière dans cette question si peu connue. Trois de mes confrères et moi sommes convenus de faire le service des pestiférés en commun.

» Déjà nous en avons vu un assez bon nombre, et divers modes de traitement ont été employés; nous faisons l'autopsie de tous ceux qui meurent, et nous avons inoculé la maladie à des chevaux, des chiens, et à d'autres animaux. Nous examinons la peste au lit et à l'amphithéâtre avec le même soin et la même tranquillité d'esprit que si c'était la maladie la plus simple. A Alexandrie, deux jeunes docteurs français font aussi des observations. Enfin nous espérons, si toutefois nous ne sommes pas victimes du fléau, que notre zèle et notre application seront couronnés de quelque succès. »

BIBLIOGRAPHIE.

APERÇU SUR LES BAINS ET EAUX MINÉRALES DU MONT-TONNERRE ET PARTICULIÈREMENT SUR EMS, SCHLANGENBAD, WIESBADEN ET SCHWALBACH; par M. le docteur HEYFELDER. —Brochure in-8°. Stuttgard, 1834.

Les sources d'eaux minérales de l'Allemagne, surtout celles qui enrichissent le pays situé le long de la rive droite du Rhin jouissent, depuis nombre d'années, d'une réputation justement méritée. Quelques-unes sont devenues de nos jours comme le rendez-vous de toutes les nations. Cependant, quoiqu'un grand nombre de nos compatriotes y affluent chaque année, elles sont encore peu connues en France, du moins sous le rapport médical. Excepté M. Alibert, qui dit quelques mots sur *Baden-Baden*, *Aix-la-Chapelle*, *Spa*, etc., aucun auteur ne s'est encore occupé de leur description. Nous croyons donc rendre service en faisant connaître quelques-uns de ces thermes les plus renommés. Nous commencerons par les eaux d'*Ems*, de *Schlangenbad*, *Wiesbaden* et *Schwalbach*, dont nous trouverons une appréciation juste et éclairée dans la brochure que nous allons analyser.

Dans une introduction écrite dans un esprit essentiellement pratique, le docteur Heyfelder se livre d'abord à quelques considérations sur le régime et les soins hygiéniques à observer avant et pendant la saison des bains; c'est selon lui un préjugé de croire qu'il faille toujours choisir l'été; souvent les indications peuvent être tellement pressantes qu'on ne soit pas libre d'attendre le retour des chaleurs. Dans ce dernier cas il est nécessaire de prendre les plus grandes précautions pendant l'emploi des bains, qui alors peuvent devenir aussi utiles en hiver qu'en été.

Les affections qui permettent le plus l'usage des eaux en hiver sont les affections chroniques du bas-ventre et particulièrement celles du foie, les maladies nerveuses, celles du cou et de la poitrine. Les maladies cutanées arthritiques, rhumatismales, demandent constamment un temps sec et chaud.

La durée du bain, la température de l'eau, son administration à l'intérieur ou à l'extérieur, varient selon l'idiosyncrasie de chaque baigneur ou la nature de sa maladie.

La forme des bains est différente aussi: l'auteur vante beaucoup les bains de boues comme très-efficaces surtout contre les engorgemens glandulaires, les névralgies, les obstructions du bas-ventre, l'induration des ovaires, les ulcères atoniques, les contractures des membres, etc. Il est encore une autre forme de bains dont M. Heyfelder fait le plus grand cas; c'est le séjour prolongé du malade dans une atmosphère chargée artificiellement des émanations vaporeuses des eaux minérales. Il appelle ces sortes de bains *Dunstbæder* (*bains vaporeux*, *gazeux*). Il en existe de pareils à Ischl en Autriche, connus sous le nom de *Sälzdunsbæder* (*bains gazeux salins*). L'auteur émet le vœu de les voir introduire dans les autres établissemens de bains. Ils seraient utiles surtout dans les affections tuberculeuses et scrophuleuses.

L'administration de l'eau minérale en lavemens a aussi été trop négligée; cependant on peut en retirer de très-bons effets, dans les cas d'obstructions du système de la veine-porte, dans les engorgemens des viscères abdominaux, les affections hémorrhoïdales, dans les cas de constipation très-opiniâtre, etc.

Une dernière question examinée par l'auteur, et sur laquelle les avis sont très-partagés, est celle de savoir s'il est bon de faire usage dans une seule saison, à la fois ou successivement, de plusieurs eaux minérales. M. Heyfelder se prononce en général contre ce mode d'administration; mais il admet des cas exceptionnels. Ainsi, par exemple, dans la chlorose il est inutile de commencer le traitement par des eaux thermales salines altérantes, avant que de recourir aux eaux ferrugineuses. La même remarque s'applique au traitement de la goutte, des hémorrhagies utérines, des scrophules, du rachitis, en général de toutes les maladies qui présentent deux ou plusieurs indications à remplir.

Après ces considérations générales, l'auteur arrive aux eaux minérales du duché de Nassau en particulier. Elles sont au nombre de près de 124, situées pour la plupart dans les vallons du Mont-Tonnerre. Parmi les plus remarquables se trouvent *Ems*, *Schlangenbad*, *Wiesbaden* et *Schwalbach*, dont la description occupe toute la seconde partie de cet opuscule.

Ems est situé sur la rive droite de la Lahn, à quelques lieues de Coblentz; ses eaux ont une action altérante et lentement résolutive; elles contiennent de l'acide carbonique, des carbonates de chaux, de magnésie, de manganèse et de fer, du sulfate et de l'hydrochlorate de soude, de l'hydrochlorate de chaux et de magnésie. Les eaux d'Ems, qui ont de commun avec celles de Carlsbad d'agir sur les sécrétions urinaires et cutanées, se distinguent de ces dernières en ce qu'elles exercent une action moins irritante sur le canal intestinal; ce qui fait que beaucoup de personnes, et particulièrement les malades atteints d'affections de poitrine, les supportent plus facilement. Elles conviennent également mieux aux individus chez lesquels une faiblesse ou lésion locale d'un organe se lie à une grande irritabilité de tout le corps.

Les eaux d'Ems se prennent en bain et en boisson; leur température varie de 28 degrés à 42 Réaumur.

Les sources dont l'eau est plus particulièrement employée en boisson sont: le *Kesselbrunnen* et le *Kræhnchen*.

Elles ne diffèrent point pour leur composition chimique, mais la dernière est d'une température moins élevée et convient par conséquent mieux aux sujets jeunes et irritables, prédisposés aux congestions sanguines ou chez lesquels il existe un travail inflammatoire latent; le Kesselbrunnen est plutôt indiqué pour les personnes à sang pauvre et dont l'irritabilité nerveuse est peu prononcée. La dose de l'eau est de deux à six verres contenant quatre à six onces. L'emploi simultané des bains doit soutenir l'effet de l'eau prise en boisson; dans certains cas cependant, dans les pléthores pulmonaires, par exemple, chez les phthisiques, les bains peuvent être plus nuisibles qu'utiles.

M. le docteur Heyfelder a observé en opposition avec l'opinion plus généralement accréditée que les eaux d'Ems exerçaient sur l'organisme une action douce et lentement graduée, sans mouvement critique apparent. Dans quelques cas rares, il est vrai, il a vu survenir des crises par les hémorrhagies et par les selles, chez les malades qui se servaient de l'eau en boisson ou en lavement. Cette influence douce et modérée qui agit à la longue sur l'organisme, sans altérer les forces, rend les eaux d'Ems très-propres aux personnes faibles et irritables, qui souvent ne supportent pas d'autres bains, et sont obligées de commencer par Ems avant que de recourir à des thermes plus énergiques.

Les eaux d'Ems sont indiquées dans toutes les affections chroniques dépendantes d'obstructions dans le système de la veine-porte, et dans les cas d'irritabilité générale reconnaissant pour cause une altération matérielle de tel ou tel organe; ainsi dans l'hystérie, l'hypocondrie, etc., liées à une lésion matérielle de l'un ou de l'autre des viscères abdominaux. Dans les cas de névroses pures, où il ne préexiste point de causes matérielles, l'auteur préfère, du moins dans les commencemens, les eaux de Schlangenbad. Ces dernières agissent d'une manière favorable, lorsqu'à des obstructions du bas-ventre se lie une atonie de tout l'organisme ou de certains organes en particuliers; ainsi dans la chlorose, l'aménorrhée et la dysménorrhée, entretenues par un état de fai-

blesse du système utérin. Les scrophules contre lesquelles on les a aussi vantées, se guérissent mieux, d'après M. Heyfelder, par l'usage des bains de mer et de sel.

L'acide carbonique que contiennent les sources d'Ems les rend très-efficaces contre les aigreurs d'estomac, provenant d'atonie des viscères, lorsque le mal n'est pas trop enraciné et qu'il n'y a ni diathèse syphilitique, ni complication dartreuse.

Ems a de tout temps joui d'une grande réputation pour le traitement des maladies chroniques du poumon. L'auteur pose ici certaines limites à l'action de ces thermes; ainsi dans la dégénérescence tuberculeuse ils ne conviennent que dans la première période, lorsque les tubercules ne sont encore qu'à l'état de crudité; leur emploi devient au contraire très-nuisible, lorsqu'il existe un état subinflammatoire ou un commencement de suppuration. Dans les affections du poumon développées sympathiquement et à la suite d'une irritation intestinale, ses eaux se montrent surtout salutaires. Elles le sont aussi dans les phthisies muqueuses laryngées ou pulmonaires, lorsqu'il n'y a encore ni suppuration, ni désorganisation. Par leur action sur les fonctions de la peau et des reins, elles améliorent souvent l'état des ulcères atoniques et font disparaître des affections arthritiques qui dépendent d'une lésion de l'une ou de l'autre de ces sécrétions; c'est encore en réveillant l'activité cutanée et celle de la muqueuse digestive qu'elles produisent souvent des effets salutaires dans l'atrophie mésentérique et chez les sujets usés par l'âge.

Enfin on a beaucoup préconisé les eaux d'Ems contre les différentes affections provenant de lésion des organes sexuels de la femme, comme la stérilité, les fleurs blanches, etc.; leurs effets curatifs dans la dégénérescence médullo sarcomateuse de l'utérus n'ont pu être constatés par M. Heyfelder qui leur attribue tout au plus une vertu palliative.

C'est à tort, selon M. Heyfelder, qu'on attribue exclusivement à l'une des sources d'Ems l'action presque spécifique de ses eaux contre la stérilité. Cette source appelée *Bubenquelle (source de garçons)*, est une douche thermale naturelle dont l'action sur les organes sexuels de la femme, provoque une sorte d'excitation voluptueuse qui peut souvent en s'exagérant nuire à la malade. L'auteur s'élève avec force contre les abus qui en résultent parfois, et demande que l'on supprime ou du moins que l'on surveille sévèrement l'administration de ces douches.

Les eaux d'Ems peuvent encore servir comme bains préparatoires; on les recommande surtout dans ce cas, quand plus tard les malades doivent faire usage d'eaux ferrugineuses.

Ems offre tous les agrémens et commodités que l'on peut désirer dans un établissement de bains, et la célébrité de ses eaux y attire tous les ans une société nombreuse.

Schlangenbad est situé dans la délicieuse vallée du Rhin, non loin de Mayence, entre Wiesbaden et Schwalbach. Ses eaux thermales, douces, savonneuses, contiennent du carbonate de soude, du talc, de l'hydrochlorate de soude et de talc, de l'acide carbonique. On les prend plus souvent en bains, rarement en boisson. M. Heyfelder les recommande aussi en lavemens.

Les bains de Schlangenbad calment l'activité exaltée des nerfs et des vaisseaux, et agissent en même temps sur la peau, qu'ils rendent plus souple et plus belle. Ils conviennent dans les irritations nerveuses, indépendantes de toute altération matérielle, comme, par exemple, dans l'hystérie et l'hypocondrie purement nerveuse. Cependant lorsque l'éréthisme des différens appareils ou de tout le système nerveux en général reconnaît pour cause une lésion organique, et qu'on craint de recourir tout d'abord aux eaux d'Ems, comme étant trop excitantes, on peut commencer le traitement par celles de Schlangenbad.

Les bains ne doivent d'abord durer que dix minutes et être à une température de 26 à 28° R. Plus tard, on peut en prolonger la durée et faire descendre la température à 24° R. Dans aucun cas, il ne faut, dans les commencemens, laisser prendre aux malades de bains à la température naturelle (21° 1/2 — 24° 1/2 R.).

Schlangenbad exerce une action bienfaisante dans les irritations artérielles et les congestions de l'utérus, de la vessie et des reins; dans les douleurs et spasmes qui accompagnent la dysménorrhée par éréthisme des vaisseaux et nerfs utérins, dans les affections de la vessie par congestion sanguine, appelées par les Allemands *hémorroïdes vésicales*.

Les eaux de Schlangenbad sont encore et surtout renommées par leur action sur la peau, à laquelle elles donnent, même chez des vieillards, un nouveau vernis de fraîcheur, d'éclat et de beauté. Ces effets sont augmentés encore, lorsqu'après Schlangenbad on va prendre les eaux de Wiesbaden. Sous l'influence de ce traitement, les affections cutanées les plus invétérées disparaissent, ou du moins s'améliorent. L'auteur a vu guérir ainsi des malades atteints d'ichthyose. Les effets salutaires des eaux de Schlangenbad atteignent même les prédispositions aux affections cutanées, et s'étendent aux engelures, cors, durillons, anciennes cicatrices, etc., etc. Vering les recommande encore dans les scrophules et la phthisie mésentérique.

Dans les cas où des malades ont fait abus d'autres thermes et en ont rapporté une sorte de cachexie minérale, que M. Heyfelder compare aux cachexies mercurielles et iodurées, rien ne les remettra plus promptement qu'une saison passée à Schlangenbad.

Wiesbaden occupe sans contredit un des premiers rangs parmi les thermes de l'Europe. Ses eaux contiennent du sulfate et de l'hydrochlorate de soude, de l'hydrochlorate et du carbonate de chaux, de l'hydrochlorate et du carbonate de magnésie, de la terre argileuse, un principe extractif, de l'oxide de fer et de l'acide carbonique; leur température varie selon les différentes sources, de 35, 5 R. à 56°, 1 R. Elles exercent une action marquée sur la peau, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les organes sexuels de la femme, et les voies urinaires et le canal digestif.

Les maladies dans lesquelles ces thermes sont le plus indiqués, sont les différentes formes goutteuses par atonie et particulièrement les complications de goutte et de scrophules, de goutte et de syphilis, les métastases goutteuses sur des organes internes, l'amaurose arthritique et le glaucôme commençant; les vieilles cicatrices, les luxations, fractures, les exanthèmes chroniques, celles surtout qui dépendent du vice scrophuleux, les différentes hydropisies, la gravelle, les tumeurs blanches du genou et la cachexie mercurielle.

Un état de pléthore et d'éréthisme des systèmes vasculaire et nerveux, les affections du cœur et du poumon, une constitution sanguine prédisposée aux congestions et aux hémorrhagies, contre-indiquent l'usage des eaux de Wiesbaden. En général, prises en bains ou en boissons, ces eaux ont sur l'organisme une action tellement énergique, qu'on ne peut trop préciser les cas où elles doivent être employées et trop recommander une extrême circonspection dans leur administration.

Schwalbach, à égale distance d'Ems et de Wiesbaden, à une lieue de Schlangenbad, se place, pour la composition de ses eaux, à côté d'Eger, Spa, Imnau: du carbonate de soude, de l'oxide de fer, de manganèse, du carbonate de chaux, de magnésie, de l'hydrochlorate et du sulfate de soude, de l'acide carbonique, etc. Température de 7° à 8° Réaumur.

Les différentes sources de Schwalbach, actives à divers degrés, ont, comme toutes les eaux gazeuses, ferrugineuses, une action vivifiante et tonique, qui porte surtout sur le sang dont la circulation est accélérée. Sous leur influence toutes les sécrétions, la sensibilité et la contractilité sont réveillées et fortifiées. Sous forme de bains ou de boissons les eaux de Schwalbach conviennent dans tous les cas de faiblesse, sans lésion matérielle d'organes, dans les épuisemens qui suivent les maladies aiguës, les pertes de sang, les différens écoulemens muqueux ou séreux trop long-temps prolongés, etc. Elles se montrent aussi salutaires chez les individus usés par la débauche, ou dont la constitution a été minée par de longs chagrins ou de trop fortes contentions d'esprit, dans les maladies provenant d'une altération dans la masse du sang, la chlorose, la maladie de Werlhof, le scorbut, etc. On les emploie encore avec succès contre les cachexies mercurielles et iodurées et les dispositions aux hémorrhagies; dans ce dernier cas, l'auteur propose de faire précéder leur administration par l'usage des bains de soude et de sel marin. Enfin, l'atonie des organes digestifs, les crampes d'estomac, l'helminthiase, le rachitis, les ulcères atoniques, et selon M. Heyfelder, quelques affections des voies urinaires, la cyanose et même certaines formes de fièvre nerveuse, peuvent être avantageusement combattues par l'emploi des eaux de Schwalbach. Les cas où elles sont contre-indiquées, sont: l'état de gestation, la phthisie pulmonaire, les maladies du cœur et une grande irritabilité du système nerveux.

Nous n'avons donné ici que ce qui a rapport aux usages et effets thérapeutiques de ces différens bains; l'auteur entre encore sur chacun d'eux dans une foule de détails administratifs et descriptifs où il serait trop long de le suivre.

— Nous avons reçu il y a quinze jours une réponse détaillée de M. Velpeau à la lettre adressée par M. Civiale à l'Académie de médecine sur la discussion de la lithotritie. L'abondance des matières nous a forcés d'en retarder la publication; nous l'insérerons dans le numéro prochain.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHOLÉRA-MORBUS.

MÉMOIRE SUR LE CHOLÉRA DE MARSEILLE en 1834-1835, et en particulier sur l'emploi des frictions mercurielles à haute dose, dans le traitement de cette épidémie; par L.-J.-M. Robert, médecin du Lazaret de Marseille, et professeur à l'école secondaire de médecine.

§ I. INVASION DU CHOLÉRA A MARSEILLE.

Les circonstances météorologiques qui ont précédé l'irruption du choléra à Marseille, ne peuvent être que d'un grand intérêt pour le médecin observateur, quoiqu'elles paraissent très éloignées de mettre à même de connaître l'origine et la nature de cette redoutable épidémie. Depuis 1830 il n'est tombé à Marseille, chaque année que dix à douze pouces d'eau, tandis que le terme moyen est de 19. L'hiver de 1834 fut encore un des plus secs que l'on connaisse, puisqu'il ne tomba, durant toute cette saison qu'une petite pluie. Le printemps et l'été furent également remarquables par une sécheresse si insolite, qu'elle fit tarir presque toutes les fontaines et les puits de la ville et de la campagne, en même temps qu'une chaleur de 24 à 26 degrés fut constante jusqu'au 20 août; époque où un violent orage donna lieu, en une heure, à la chute de deux pouces et demi d'eau, ce qui rafraîchit l'atmosphère pendant quelques jours. Mais bientôt la température redevint encore si chaude que, le 17 octobre, les cigales ont chanté, et qu'on a vu beaucoup d'arbres fruitiers fleurir et donner des fruits pour la seconde fois. Depuis le 8 novembre jusqu'au 24, il est tombé neuf pouces d'eau. Le thermomètre de Réaumur s'est constamment soutenu à 12 et même à 14 degrés jusqu'au 11 décembre, jour où un vent du nord a amené de la gelée pendant dix-sept jours, gelée qui a été quelquefois au-dessous de zéro. Le temps s'est ensuite adouci, et la saison entière a vu régner alternativement le vent d'Est et le vent du Nord-Ouest; mais ce dernier a été bien souvent une véritable tempête.

La constitution médicale n'a présenté durant l'été rien d'extraordinaire, excepté beaucoup de diarrhées dont quelques-unes se sont montrées rebelles. Seulement il est à observer que les bains publics ayant manqué d'eau, une partie de la population, dans l'intention de se rafraîchir, abusa des bains de mer, et s'y précipita en foule comme dans une piscine commune.

L'automne n'a produit que quelques embarras gastriques, des affections catarrhales et des rhumatismes.

C'est dans le moment où Marseille jouissait de la plus grande prospérité, où le peuple trouvait dans le mouvement du port un travail journalier qui lui procurait de l'aisance, et où les passions politiques étaient calmées, qu'un plâtrier, le nommé Sardon, âgé de 71 ans, logé

Feuilleton.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES NERFS, PAR LE PROFESSEUR PANIZZA, DE PAVIE.

Le professeur Panizza de Pavie, homme d'un mérite supérieur et un des plus habiles observateurs de notre époque, auquel nous devons plusieurs travaux anatomiques et physiologiques très importans, vient d'adresser une lettre au professeur Buffalini de Césène, dans laquelle il éclaircit beaucoup de points de physiologie expérimentale très-intéressans et d'autant plus curieux qu'ils donnent encore aujourd'hui matière à discussion parmi les physiologistes modernes.

Les fonctions de la septième paire, de la cinquième, de l'hypoglosse, du glosso-pharyngien et des nerfs spinaux sont le sujet principal de cette lettre; mais avant de rendre compte des résultats de ses expériences, il expose deux faits anatomiques sur lesquels on n'est pas généralement d'accord. Le premier, c'est que les filets de communication de l'intercostal avec les nerfs spinaux vont se joindre aux racines antérieures et aux postérieures des mêmes nerfs spinaux. Cette communication n'arrive pas toujours au même point; mais si on examine les sujets sur lesquels elle a lieu à quelque distance du ganglion spinal, on pourra toujours la constater. Telle était aussi l'opinion de Sœmmering et de Scarpa (1); mais ce dernier anatomiste, dans une lettre adressée à Weber, a ensuite avancé que les racines antérieures ne concourent pas à former cette anastomose. Le professeur Panizza a enrichi le musée anatomique de Pavie de plusieurs pièces qui démontrent avec évidence cette communication des deux faisceaux des nerfs spinaux avec l'intercostal.

Le second fait est contraire à l'opinion généralement reçue, que les filets du premier ganglion cervical qui accompagnent la carotide interne pour entrer dans le sinus caverneux, s'anastomosent et communiquent avec la sixième paire des nerfs cérébraux. Les branches de l'intercostal ne font que s'entortiller autour du même nerf, en sorte qu'on peut très-bien les démêler sans interrompre leur continuité, de même qu'il est possible de séparer la sixième paire du ganglion carotidien, qui est placé entre lui et l'artère carotide.

(1) Anatomicarum annotationum, lib. I.

sur un grand chemin, dans une belle exposition, ressentit subitement, le 11 décembre, dans l'estomac, à trois heures du matin, après un sommeil paisible, comme un coup électrique auquel succédèrent de suite la diarrhée, le vomissement, un froid glacial, la cyanose de tout le côté gauche du corps, et la mort dans trois jours, après avoir eu des crampes violentes.

Le 14, son ami, M. Icard, logé dans la même maison, qui l'a visité plusieurs fois, tombe malade et meurt le quatrième jour, avec les symptômes cholériques les plus prononcés. Quelques jours après, sa servante est légèrement atteinte, et guérit très-promptement. Ces deux morts sont passées sous silence; mais le 22, un banquier, M. Peyron, bien portant la veille, éprouve à trois heures du matin des coliques; la diarrhée, le vomissement, la cyanose surviennent bientôt, et la mort a lieu à cinq heures du soir. Le caractère de la maladie est reconnu, mais il n'est pas encore déclaré à l'autorité. Enfin, le 22 au soir, à neuf heures, M. Ollivier, juge au tribunal civil de Marseille, après avoir dîné comme à son ordinaire, éprouve, quelques heures après, des nausées, puis des vomissements et des coliques; il croit n'avoir qu'une indigestion, et ne prend que du thé, ce qui l'empêche de me faire appeler. Depuis le moment de l'invasion jusqu'à une heure du matin que je le vis avec mon neveu, la maladie avait fait beaucoup de progrès. Nous le trouvâmes avec une soif ardente, une agitation continuelle, le corps froid, le pouls petit; il rendait des selles séreuses et blanchâtres; le vomissement avait cessé; les extrémités inférieures étaient tourmentées par des crampes; l'intelligence était parfaite. Les remèdes indiqués en pareil cas ne produisirent aucun effet; les angoisses devinrent plus grandes du moment que les crampes eurent quitté les jambes pour se porter sur les muscles de la respiration. Le malade se plaignait d'être étouffé, et d'une grande douleur au côté gauche. Le mal empira d'heure en heure, et la mort eut lieu quatorze heures après l'invasion des premiers symptômes cholériques.

Une maladie dont l'issue avait été si promptement funeste chez un homme connu comme une des lumières du barreau marseillais, ne pouvait que jeter de l'épouvante dans la ville; aussi M. le préfet voulut-il faire constater le genre d'une mort si soudaine, par une commission composée de quatre médecins, MM. Cauvière, Ducros, Martin et Raimmenq, qui, réunis à MM. Robert oncle et neveu, médecins ordinaires de M. Ollivier, déclarèrent que ce magistrat était mort du choléra asiatique tel qu'il avait régné à Paris et à Arles en 1832, et tel que l'avaient annoncé MM. les docteurs Robert à l'autorité.

Le 24 au soir, après son souper, Mme Eneric, jouissant d'une bonne santé, est subitement prise, à 9 heures, de nausées, de vomissements, de diarrhée et de crampes, et meurt après huit heures de souffrances. Le 26, un jeune cordonnier âgé de 35 ans, au moment de se mettre à table, ressent une colique violente. Il retourne chez lui; il tombe dans la rue. Il est secouru de suite par un médecin qui lui trouve le corps froid, le pouls insensible, et tous les autres symptômes d'un choléra foudroyant. Il expire dans la nuit. Le 28, un vieillard et une marchande de poisson succombent de même. Le 29, Mme Rampal, épouse du médecin de ce nom, est cyanosée et à l'agonie après sept heures d'invasion.

Tel fut le début d'une maladie si meurtrière dans ses premiers progrès. En peu de jours les différens points de la ville furent successivement envahis, quoique par des cas isolés; mais ce fut la classe aisée qui fournit les premières victimes, et le peuple fut d'abord épargné, pour devenir par la suite le principal aliment de l'épidémie, comme c'est l'ordinaire.

Les circonstances atmosphériques qui ont pu déterminer son apparition à Marseille sont restées jusqu'ici inconnues; il en est de même de son importation si elle a eu lieu, et dont le vulgaire accuse Oran et Barcelone comme les seuls pays voisins affectés. Au reste, qu'elle que soit son origine, sa nature n'a pas changé. Elle a conservé le type que lui a imprimé son pays natal, dans toutes les régions qu'elle a successivement envahies et ravagées.

§ II. Opinion de Palloni, médecin du lazaret du Livourne, sur l'emploi du mercure a l'intérieur et des frictions mercurielles a haute dose, dans le traitement de la peste, de la fièvre jaune et du typhus.

Le traitement d'une épidémie aussi funeste et aussi universellement répandue que le choléra asiatique, a toujours été suivi de chances si incertaines, que chaque praticien a dû faire l'essai des différentes méthodes qui tour à tour ont été le plus préconisées, mais dont les succès promis ne se sont pas toujours réalisés. Pénétré et profondément affligé d'une idée et d'un résultat aussi désolant pour l'humanité, j'ai fait de nombreuses recherches dans les ouvrages des auteurs qui, par la nature de leurs études et de leurs travaux, pouvaient m'indiquer une nouvelle route à suivre dans un cas aussi embarrassant et aussi épineux. C'est dans Palloni que j'ai cru avoir trouvé un moyen puissant d'améliorer par analogie la thérapeutique du choléra (1). « Ayant toujours considéré, dit-il, les contagions comme des substances délétères spécifiques, qui introduisent dans le corps humain un principe propre à chacune d'elles, tendant à s'assimiler les humeurs et les solides, et à détruire la vie avec plus ou moins de force ou d'intensité, je pensai qu'en appliquant au cops animal les moyens propres à combattre les contagions, au moment où les premiers accidens se manifestent, on pourrait obtenir une cure directe par l'extinction du principe délétère, avant qu'il parvienne à décomposer nos fluides. Pour introduire cet élément vital destructeur des miasmes, j'ai cru qu'on pourrait y parvenir facilement en ayant recours aux acides en général, spécialement au nitrique, ensuite au muriate suroxigéné de mercure, à tous les autres sels acides, surtout aux mercuriels, parce que le mercure, par sa nature, est le véhicule qui pénètre le plus dans les fibres animales. Jusqu'à la fin de 1804, j'avais obtenu d'admirables effets en employant dans la fièvre jaune de l'acide nitrique et de l'air marin très-pur sur les malades. A l'époque de la maladie pétéchiale de 1817, je voulus soumettre à cette expérience un certain nombre d'individus qui en furent attaqués. Quatre-vingts furent séparés

(1) Je dois déclarer ici, que c'est seulement le 7 juin 1835, que j'ai eu connaissance à Marseille du numéro 20 de la Gazette médicale de Paris, à la date du 17 avril 1832, dans laquelle M. Jules Guerin, son rédacteur en chef, a proposé le premier l'usage des frictions mercurielles dans le traitement du cholera; qu'il y annonce que ce moyen lui parait avoir concouru à la guérison de cinq malades; qu'il y fait un appel à l'expérience des praticiens, et les invite à repéter ses essais, et à lui faire connaitre leurs résultats. Nul doute que si ces faits et cette invitation m'avaient été connus, je n'eusse pas cherché dans Palloni un guide que j'aurais trouvé en France chez M. Jules Guérin, lui que j'ai toujours considéré, d'après son excellent journal, comme le savant historiographe du choléra-morbus de Paris.

Ayant uniquement pour but de faire connaître le résultat des expériences pratiquées sur les animaux vivans, nous passerons sous silence tous les détails relatifs à la manière dont on doit procéder pour faire ces expériences, details exposés dans le mémoire avec une précision remarquable.

On a coupé la septième paire sur un lapin et sur un cheval; car dans ces deux animaux les lèvres sont très-mobiles, et le mouvement d'ouverture des narines isochrone à la respiration est très-manifeste. Après avoir coupé ce nerf d'un côté, on voit 1° que l'ouverture nasale et la lèvre correspondante cèdent et s'inclinent vers le côté opposé; 2° que l'ouverture de la narine est fermée, et que l'aile du nez n'a plus qu'un petit mouvement de totalité qui cesse tout-à-fait quand on a coupé le nerf du coté opposé, en sorte que les ailes du nez et la lèvre supérieure tombent alors dans une immobilité parfaite. Mais la sensibilite existe toujours; car, après avoir coupé soit un seul de ces nerfs, soit tous les deux, si l'on pique avec une épingle un côté ou l'autre de la lèvre supérieure, l'animal manifeste par des secousses un sentiment de souffrance. En coupant les mêmes nerfs l'un après l'autre dans le cheval, on obtient à peu près les mêmes résultats; la lèvre supérieure devient aussi immobile, et l'animal est à chaque instant menacé de suffocation par l'abaissement des ailes du nez; mais la sensibilite persiste cependant dans les lèvres et dans les ailes du nez, et elle est même très-manifeste quand on fait l'incision du nerf avec des ciseaux : ce qui a fait supposer au professeur Panizza qu'une anastomose entre lui et la cinquieme paire avait déjà eu lieu, anastomose qui réellement existait au-dessous de la parotide. En effet, si on coupe le nerf avant que l'union avec la cinquième paire se soit faite, l'animal ne donne pas le moindre signe de douleur, la sensibilité reste, et les mouvemens des muscles cessent. Aussi l'animal fait-il de vains efforts pour boire, ou manger le foin ou l'avoine qu'on lui offre.

On a fait sur les mêmes animaux l'incision du nerf maxillaire supérieur le plus près possible de sa sortie du trou sous orbitaire, ayant soin de la pratiquer avant qu'aucune de ces branches se soit anastomosée avec le facial. La section du nerf est très-douloureuse, et immédiatement après la lèvre et la narine correspondantes deviennent complétement insensibles, tandis que les mouvemens de la lèvre supérieure ne cessent pas, et les ailes du nez se dilatent librement dans l'inspiration. La section du nerf du côté opposé produit les mêmes phénomènes. Il faut remarquer que, quoique la lèvre supérieure soit encore mobile, ses mouvemens sont tellement déréglés, que l'action de prendre les alimens et leur mastication deviennent presque impossibles. Les narines, au contraire, se dilatent librement. Je crois, dit le professeur Panizza, que la cause de cette différence d'effets consiste en ce que les mouvemens des narines sont tellement en rapport avec une série de mouvemens instinctifs, qu'ils peuvent s'effectuer indépendamment de la volonté, tandis que ceux de la lèvre supérieure, purement volontaires, ne sauraient avoir lieu, n'étant plus sous l'influence de la volonté par cela même que la lèvre n'a plus la sensibilité qui lui est propre.

En parcourant les traités de physiologie, on est vraiment étonné de la différence d'opinion qui existe parmi les auteurs relativement au nerf qui est essentiel au sens du goût, d'autant plus que chacun d'eux s'appuie sur des expériences et sur la distribution anatomique de chaque nerf: la faculté d'être sensible aux saveurs, a été tour-à-tour attribuée tantôt au lingual de la cinquième paire, tantôt au glosso-pharyngien, tantôt à l'hypoglosse, et on a même dit que tous les nerfs qui se renden.

dans l'hôpital : sur les uns on administra de fortes frictions mercurielles au premier moment que le mal se manifesta et que les pétéchies parurent ; on employa chez les autres le muriate de mercure suroxigéné. Tous, à l'exception d'un, guérirent dans la première période, et les pétéchies disparurent en peu de jours. J'ai fait usage de la même méthode dans la peste bubonique, lorsqu'elle s'est présentée dans notre lazaret. Un homme arrive dans l'état le plus dangereux, avec délire, prostration des forces ; semblable à un cadavre, ayant un bubon inguinal déjà ouvert et gangréné ; et dont les compagnons étaient morts de peste en route. Bientôt on aperçut un favorable changement dans l'état du bubon, dans la physionomie et la force du malade, au point d'exciter la plus grande surprise chez ceux qui en furent les témoins.

« J'établis que dans les maladies rapides et mortelles, comme la peste et la fièvre jaune, le plus sûr spécifique pour en arrêter les premiers effets, est l'administration à l'intérieur du muriate suroxigéné de mercure, et d'abondantes frictions mercurielles sur la peau ; et que le meilleur préservatif des personnes qui doivent s'approcher des malades, est de réunir aux fumigations nitriques et de chlore une boisson de limonade nitrique, et de laver continuellement les mains dans l'eau chlorurée, ou avec de la pommade mercurielle, comme avaient coutume de le faire ceux qui avaient soin des malades atteints de peste ou de pétéchies dans notre hôpital.

» Je n'ai jamais cessé, depuis l'époque précitée, d'indiquer aux médecins qui habitent les lieux sujets à la peste, de faire des expériences analogues, afin de connaître la vérité. Ce fait est confirmé par une office de la santé de Corfou, du 25 février 1827, qui informe le magistrat de santé de Livourne que la peste s'était manifestée dans la barque du patron Onfrio Perdicari, peu de jours après son départ de Navarin, où elle régnait ; que le capitaine était mort dans la traversée, ainsi que celui qui l'avait remplacé en arrivant à Céphalonie ; que trois des cinq matelots qui étaient à bord tombèrent malades en même temps. Le médecin du lazaret les ayant soumis à une forte friction de mercure portée jusqu'à la salivation, arrêta le cours du mal, et ces trois malades furent complétement guéris. Les deux autres matelots traités de même furent préservés du mal (1). »

Un document aussi précieux ne pouvait pas rester long-temps dans l'oubli, surtout dans la circonstance malheureuse où se trouvait Marseille depuis l'invasion du choléra. Aurais-je pu balancer un instant d'employer la méthode précitée de Palloni, moi qui pense depuis si longues années qu'on ne peut combattre avec succès les lésions du grand système nerveux cérébro-spinal qu'avec un spécifique ? Pourrait-on nier qu'à part quelques symptômes particuliers, il n'y ait la plus grande analogie sous le rapport pathologique en général, entre le choléra, la fièvre jaune, le typhus et la peste ? N'est-ce pas en attaquant le principe de la vie, que chacune de ces affections se manifeste à son début ? Si les trois dernières maladies ont trouvé leur spécifique dans le mercure, au rapport du médecin de Livourne, pourquoi moi, dépositaire pour ainsi dire de son remède, ne me serais-je pas empressé de l'employer dans le traitement du choléra ? Le premier essai a été suivi d'un succès éclatant, et ce succès s'est soutenu dans quinze nouvelles observations. C'est en les comparant qu'on pourra juger de leur importance.

(1) *Mercure des sciences médicales de Livourne*, n° 41.

§ III. OBSERVATIONS QUI CONSTATENT L'EFFICACITÉ DES FRICTIONS MERCURIELLES DANS LE CHOLÉRA.

OBS. I. — Le lundi 29 décembre 1834, Mme Rampal, épouse de M. le docteur de ce nom, sans indisposition préalable et après un sommeil tranquille, fut prise subitement, à 7 heures du matin, de coliques, de diarrhée et de vomissemens. Les matières rendues étaient séreuses, blanchâtres et fort abondantes. Les crampes se manifestèrent aussi avec violence, ce qui aggrava en peu d'heures l'état de la malade, malgré les soins les plus éclairés qui lui furent prodigués par son mari et M. le docteur André père. A deux heures après midi, la figure et les extrémités étaient cyanosées ; le pouls insensible et le refroidissement général ; l'intelligence était néanmoins parfaite.

Appelé dans ce moment critique, et voyant la malade dans un danger d'autant plus imminent, que les seize individus qui avaient été atteints du choléra jusqu'à ce jour avaient tous succombé avant quatorze heures d'invasion, je conseillai de suite, suivant la méthode de Palloni, les frictions mercurielles à haute dose, pensant que la maladie actuelle pouvait bien être avec raison placée dans le même cadre que les trois fièvres pestilentielles au traitement desquelles ce médecin a appliqué le mercure avec tant de succès. MM. Rampal et André adoptèrent de suite mon conseil, et les frictions mercurielles furent faites sur les extrémités inférieures, violemment tourmentées par des crampes douloureuses. Elles furent faites par intervalles, et chacune d'elles calmait la douleur des crampes au point que la malade les redemandait souvent. Dès 6 heures du soir il y eut un léger amendement dans les symptômes. Quoique les frictions d'onguent mercuriel double eussent été faites à petite dose chaque fois, comme on y revint fréquemment dans le courant de la nuit, il y en eut six onces de consommées. Depuis ce moment, l'amélioration de l'état de la malade a été progressive, et l'on peut la regarder comme la première victime arrachée au choléra. Malgré une dose aussi énorme d'onguent mercuriel, Mme Rampal n'a pas eu de salivation marquée, mais seulement un léger gonflement des gencives, qui a disparu dans quelques jours, sans aucune indisposition subséquente. Les urines ne reparurent que le troisième jour.

OBS. II. — Le 3 janvier 1835, le jeune Caron, élève au collége royal de Marseille, âgé de 15 ans, ayant la diarrhée depuis trois jours, diarrhée qui avait été très-fréquente dans la nuit, et avait laissé empreint sur sa physionomie une espèce de nuage fuligino-cholérique qui frappait au premier aspect, fut atteint subitement, à neuf heures du matin, de coliques violentes suivies de vomissemens et de déjections alvines riziformes, avec crampes aux mollets, refroidissement de la peau, langue glacée, pouls petit, et un étouffement considérable qui l'obligeait à allonger le cou en jetant la tête en arrière, afin de respirer plus librement. Une saignée du bras ne donna qu'une petite quantité de sang poisseux, couleur de groseille, qu'il fallut exprimer par des pressions réitérées. Deux onces d'onguent mercuriel double furent de suite employées en frictions sur les mollets et l'intérieur des jambes. Les crampes furent calmées très-promptement. Une heure après je fis pratiquer une nouvelle friction mercurielle d'une once à l'intérieur des cuisses. Le malade ne prit pour boisson que de petits fragmens de glace fréquemment répétés, pour apaiser sa soif qui était extrême, et qui lui faisait désirer et prendre ces glaçons avec avidité. Les vomissemens et la diarrhée cessèrent de suite après les frictions. Je donnai encore au malade quelques pilules d'un huitième de grain de deuto-chlorure de mercure, dans le courant de la journée. Avec ce simple traitement, tous les symptômes fâcheux s'amendèrent bientôt, à part la suffocation, qui persista jusqu'au lendemain et qui fut combattue avec succès par un grain d'opium divisé en deux pilules. La suppression des urines persista pendant trois jours. Dès le retour de ces dernières, le malade, hors de tout danger, prit avec plaisir, par cuillerées à café, de la gelée de groseille, et le lendemain du chocolat, aussi par cuillerées. Le rétablissement fut très prompt, sans que l'on ait remarqué aucune espèce de réaction fébrile, ni de sueurs, ni de moiteur ; ce qui m'a autorisé à conclure que le mercure ayant agi dans ce cas comme un vrai spécifique du choléra, la nature n'avait plus eu besoin de combattre un ennemi qui s'est trouvé subitement détruit par les frictions mercurielles, de la même manière que l'art triomphe en peu de temps des fièvres à type pernicieux par le secours du quinquina et de ses préparations. Ici il n'y a pas eu encore, comme dans les observations suivantes, le plus léger indice de salivation.

à l'appareil du goût, paraissaient concourir à l'exercice de ce sens. Voilà des découvertes qui au lieu de présenter les attributs que Bichat avait assignés aux sciences d'observation, c'est-à-dire de rester dans la science et de reposer sur celles des âges qui les ont précédées, se combattent mutuellement, et s'entre-détruisent. Cette controverse a engagé le professeur Panizza à pratiquer des expériences sur les nerfs hypoglosse, lingual de la cinquième paire, et glosso-pharyngien, surtout dans le chien dans lequel le sens du goût est très-exquis.

Avant de couper le nerf hypoglosse, chaque fois qu'on le piquait avec la pointe des ciseaux la langue remuait, mais l'animal ne manifestait point de souffrance : si au contraire on essayait le même moyen sur le lingual, l'animal souffrait beaucoup, tandis que la langue restait immobile. Après la section du nerf hypoglosse les mouvemens de la langue cessaient immédiatement, mais la sensibilité générale de cet organe et le goût n'en étaient pas moins évidens. En effet, si on présentait au chien du lait ou du pain mouillé dans le même liquide, il faisait des efforts inutiles pour laper ou pour mâcher, en remuant la tête et la mâchoire inférieure ; la langue déplacée restait toujours dans la même position, et quand même on posait sur sa face supérieure un bol de chair ou de pain, on le trouvait long-temps après dans le même endroit, ce qui prouve que la section de l'hypoglosse détruit non-seulement les mouvemens nécessaires à la mastication, mais aussi ceux de la déglutition. En piquant la langue ou en la saisissant avec des crochets, l'animal hurlait, ce qui arrivait aussi toutes les fois qu'elle tombait au milieu des dents et en recevait quelque morsure : en appliquant sur la langue une solution de coloquinte, l'animal remuait la tête, renversait les lèvres et en était manifestement dégoûté : le tact et la sensibilité spéciale n'avaient donc pas perdu leur action après la section du nerf hypoglosse.

Si on a soin de couper le nerf lingual de la cinquième paire avant qu'il donne une branche qui, cotoyant le muscle génioglosse, aboutit au frein de la langue, on observe les effets suivans : la sensibilité générale de la langue est complétement éteinte, tandis que le sens du goût et les mouvemens persistent ; l'animal mâche, lape et avale les alimens, les refuse et les vomit s'ils sont mêlés avec la coloquinte, tandis qu'il est tout à-fait insensible aux piqûres, aux incisions et aux cautérisations. En promenant un petit pinceau trempé dans la même solution de coloquinte uniquement sur le dos de la langue, on a constaté que le sens du goût était réellement exercé comme à l'ordinaire. Si on coupe en même temps les nerfs hypoglosse et lingual de chaque côté, les mouvemens et la sensibilité générale cessent, mais le sens du goût continue, ce qui réfute l'hypothèse que la sensibilité spéciale résulte de l'action simultanée de ces deux nerfs. La section du glosso-pharyngien a été faite aussi sur le chien, et toujours le plus près possible de sa sortie du crâne pour y comprendre toutes les ramifications qu'il envoie : la perte du sens du goût suivit immédiatement, le tact et les mouvemens restant dans l'état naturel, ce qu'on a constaté avec les mêmes expériences. Le chien se servait de l'odorat pour choisir les alimens, mais si on les mêlait avec une substance amère et inodore telle que la coloquinte, il les mangeait avec le même empressement.

Toutes ces expériences ont été répétées une foule de fois, et toujours on a obtenu les mêmes résultats. Après la mort de l'animal on a même eu soin de vérifier si l'incision du nerf avait eu lieu exactement.

Pour connaître les fonctions des nerfs spinaux, on a pratiqué les expériences sur les grenouilles et sur les chevreaux.

Dans la grenouille, la section des trois derniers nerfs spinaux a donné les ré-

Obs. III. — Françoise Sigaud, âgée de 32 ans, ayant perdu ses deux sœurs, les 6 et 9 mars, d'une violente attaque de choléra, a ressenti elle-même, à neuf heures du matin, de fortes coliques, un grand mal de tête et la crampe au pied droit. Avant que je me fusse rendu près d'elle, elle prit, par instinct, cinq cuillerées à la fois d'huile d'olive. Les coliques furent calmées par enchantement, et la crampe disparut de même; il ne lui restait, lors de mon arrivée, qu'une vive agitation entretenue par la crainte d'éprouver à son tour le sort de ses deux malheureuses sœurs, quoi qu'elle affectât de dire qu'elle n'avait pas la même maladie, dans la seule vue, sans doute, de se rassurer et d'exciter son courage. Elle n'avait éprouvé que quelques nausées sans vomissemens ni diarrhée. Comme je ne vis rien de grave dans son état, je me bornai à lui prescrire des lavemens émolliens et huileux, et pour boisson l'eau fraîche par cuillerées, de trois en trois minutes. Le soir, le visage devint fortement coloré, la céphalalgie augmenta, le pouls devint vibrant, et la malade se plaignait d'une douleur vive au côté gauche. Je vis le début d'une réaction fébrile et d'une congestion thoracique. Je conseillai à son neveu, le jeune Blanc, élève en médecine, de faire une saignée du bras ou du pied si la tête venait à être le siége de quelque engorgement, et l'application de quinze sangsues sur le côté si la suffocation et la sensibilité de la partie souffrante s'aggravaient. La nuit fut orageuse, mais sans donner de l'inquiétude; et, malgré trois lavemens, la malade ne rendait aucune selle. Une légère sueur amena un amendement considérable.

Le lendemain 22, je trouvai le pouls calme, la face plutôt pâle que colorée; la malade se plaignait d'un tiraillement dans tous ses membres, qui lui occasionait une douleur générale. J'ordonnai de suite les frictions mercurielles, en faisant ajouter à chaque once d'onguent napolitain un gros de cinabre ou sulfure de mercure, afin d'en masquer aux yeux du peuple la couleur, parce qu'il serait opiniâtrément repoussé s'il était reconnu, d'après la fausse idée où l'on est vulgairement qu'un remède de cette nature fait toujours beaucoup de mal, *et fait surtout tomber les dents*.

Dans l'espace de deux heures, on fit sur toutes les extrémités deux frictions mercurielles chacune d'une once. Le tiraillement des jambes et des bras, qui s'était changé en crampes, se dissipa bientôt, et la malade rendit une selle couleur marc de café, et ensuite quelques autres selles bilieuses. Dès ce moment il y eut un mieux sensible, et la nuit fut très-bonne. La boisson d'eau fraîche par cuillerées fut toujours continuée et prise avec plaisir. La crampe qui avait paru au pied droit dès l'invasion de la maladie, s'y manifesta de nouveau.

Le 23, une friction d'onguent napolitain sur la partie même, siége de la douleur, l'emporta très-promptement. La malade fut mise à l'usage des crèmes, du chocolat, et prit quelque peu de bouillon dans la journée. Elle se rétablit dans peu de jours; mais après être sortie, elle a éprouvé une grande faiblesse dans les jambes et une espèce de fourmillement incommode, symptôme survenu, au reste, chez beaucoup de cholériques.

Obs. IV. — Masse, âgé de 36 ans, rue Sainte-Marthe, n. 3, fut pris, le 18 février, d'une manière subite, de diarrhée, vomissemens et crampes très-fortes. Du thé chaud augmenta le vomissement; l'eau fraîche par cuillerées, des frictions mercurielles à la dose de deux onces, firent disparaître les crampes. Dès-lors la voix, qui était éteinte, revint; le pouls se releva, et le mieux continua d'une manière progressive jusqu'à la guérison, qui eut lieu le 25 février. Le malade avait pris quelques pilules d'un demi-grain d'opium, pour arrêter le vomissement qui s'était changé en nausées, et des lavemens avec la décoction de têtes de pavot et d'amidon, pour combattre la diarrhée.

Obs. V. — Elizabeth Tian, âgée de 23 ans, place de Linche, n° 9, enceinte de sept mois, eut le 25 février la diarrhée, des vomissemens et des crampes violentes. L'eau froide par cuillerées arrêta les vomissemens, et les lavemens opiacés et amidonés furent employés avec succès contre la diarrhée. L'onguent mercuriel à la dose de 3 onces dissipa les crampes. Cette dose ne fut administrée que par fractions, à mesure que les crampes revenaient; mais à la fin elles en triomphèrent complétement. Cette femme ayant accouché d'un enfant mort pendant les symptômes cholériques, succomba, après trois jours de délire, à une congestion cérébrale. On a généralement observé à Marseille que les femmes avaient été fréquemment victimes de l'épidémie.

Obs. VI. — Demartini (Marius), âgé de 24 ans, tonnelier, rue des Ferrats, n° 36, fut atteint subitement de vomissemens et de crampes en apprenant que la femme de son maître, M. Tian, avait le choléra. Appelé auprès de lui, je lui trouvai les extrémités froides, la voix éteinte, le pouls insensible, avec des crampes très-fortes. Il avait rendu dans une heure sept selles abondantes de matière cholérique; et une heure seulement après l'invasion la face et les extrémités étaient cyanosés. (Eau froide par cuillerées; lavemens avec l'amidon et les têtes de pavot; onguent mercuriel en frictions à la dose de 3 onces, qui, employées à diverses reprises, suspendirent chaque fois les crampes.) Tous les symptômes disparurent en vingt-quatre heures; mais il survint bientôt après une douleur assez vive au côté droit, qui fut enlevée par l'application de 20 sangsues.

Obs. VII. — Gomiron, âgé de 50 ans, ouvrier dans une fabrique, rue de l'Évêché, aux Treize-Coins, avait la diarrhée depuis quelque temps, lorsque ayant mangé le soir un peu plus qu'à l'ordinaire, il fut pris le 1er mars de vomissemens, d'une diarrhée séreuse très-abondante, avec crampes aux mollets, cyanose, voix cholérique, pouls petit, à peine sensible, froid glacial des extrémités, soif ardente, suffocation extrême. L'eau froide par cuillerée toutes les minutes suspendit les vomissemens pendant quatre heures. Ces vomissemens étant revenus, je me décidai à donner quelques pilules d'un demi-grain d'opium. Les frictions mercurielles faites sur les mollets calmèrent d'une manière merveilleuse les crampes; comme celles-ci se renouvelèrent à plusieurs reprises, quoique avec peu d'intensité, le malade redemandait lui même les frictions. La dose employée fut de 3 onces. La suppression des urines dura trois jours, après lesquels tous les symptômes fâcheux disparurent, et la guérison fut prompte.

Obs. VIII. — Borrely, portefaix, âgé de 48 ans, surnommé l'Hercule à cause de sa grande force (ayant soulevé un poids de 20 quintaux), rue Sainte-Françoise, n° 46, eut dans la nuit du 5 mars des coliques violentes, une diarrhée séreuse et des vomissemens. Appelé le matin, je le trouvai tourmenté par des envies continuelles de vomir, des coliques, des crampes très-douloureuses. Il se plaignait d'une soif ardente, du froid des extrémités. La cyanose était légère; le pouls petit; il y avait encore suppression d'urine. (Thé froid pour boisson; frictions sur le bas-ventre et sur les mollets avec 2 onces d'onguent mercuriel.) Cessation des crampes d'une manière subite; elles se renouvelèrent quelque temps après, et de nouvelles frictions les firent disparaître entièrement. Un cataplasme de farine de graine de lin sur l'estomac, des lavemens avec une décoction de têtes de pavot et l'amidon, et 20 sangsues à l'anus, avaient également été prescrits. Le malade fut soulagé dans vingt quatre heures, garda le repos le lendemain, et le troisième jour il reprit son travail en parfaite santé.

Obs. IX. — Quinson, âgé de 70 ans, rue Sainte-Françoise, n. 44, valétudinaire, ayant déjà craché le sang, fut visité par moi le 5 mars. Il me présenta les symptômes suivans: vomissemens, diarrhée, crampes, froid des extrémités, suffocation, cyanose assez prononcée, voix cholérique. (Eau froide par cuillerées, lavement avec l'amidon et les têtes de pavot, frictions avec une once et demie d'onguent mercuriel.) Les crampes furent de suite calmées, et les symptômes cholériques disparurent. Cet homme s'est rétabli très-promptement, mais sans affection pulmonaire continue comme avant son choléra.

Obs. X. — Salvatori, âgée de 22 ans, enceinte de 9 mois, rue des Réparties, n. 9, se plaignit le 5 mars de vomissemens, de diarrhée et de crampes très-fortes; les extrémités étaient froides et cyanosées; le pouls insensible; la face cholérique; les yeux enfoncés. (Eau froide par cuillerées pour boisson, frictions de 3 onces d'onguent mercuriel à différentes reprises.) Ce traitement fut prescrit le soir. Le lendemain la malade était déjà dans un état satisfaisant; le pouls et la voix étaient revenus; les crampes et les vomissemens arrêtés. Néanmoins, dans le courant de la journée, les crampes reparurent à deux reprises différentes, mais elles furent définitivement calmées par de nouvelles frictions mercurielles. Cette femme accoucha d'un enfant mort, ce qui ne l'empêcha pas de se rétablir de jour en jour et sans aucun accident, jusqu'à son entière guérison qui ne se fit pas long-temps attendre.

Obs. XI. — Armand, âgé de 12 ans, rue Sainte-Marthe, bien constitué, avait la diarrhée depuis plusieurs jours, lorsque, le 4 mars, il fut pris de vomissemens légers et de crampes. Ce jour-là, la mort d'une cholérique logée dans la même

---

sultats suivans: 1° En coupant les racines supérieures de ces nerfs d'un seul côté, la sensibilité est complètement perdue dans le membre correspondant, mais il continue à se mouvoir par l'action des muscles extenseurs et fléchisseurs; 2° après la section des racines inférieures, la cessation totale des mouvemens a lieu dans l'extrémité correspondante, mais la faculté de sentir les impressions des corps étrangers vit toujours. Un fait remarquable qui est ressorti de l'ensemble des expériences, c'est que si on coupait une seule, ou même deux des racines inférieures des trois derniers nerfs spinaux, les mouvemens étaient tout à coup moins énergiques, mais ils reprenaient bientôt leur force ordinaire. Cette observation, faite aussi dans les chevreaux, prouve, selon M. Panizza, qu'un seul nerf peut suffire à l'innervation du membre, et que l'entrelacement des nerfs dans les plexus tend à rendre pour ainsi dire chacun d'eux solidaire de l'intégrité de la même fonction. Le même genre d'effets se produit quand on fait l'incision des quatre derniers nerfs lombaires et des trois premiers sacrés dans le chevreau de deux à trois mois, en ouvrant avec tout le soin possible le trou vertébral et le sacré, et en s'assurant, après avoir pratiqué cette opération, de l'existence des mouvemens et de la sensibilité avant de couper les nerfs. On a observé en effet que l'animal, après la section des racines supérieures, s'élance et bouge ou conserve l'attitude à se mouvoir, quoiqu'avec moins de vitesse et d'énergie, et que l'extrémité correspondante à la section est tout-à-fait insensible, tandis que l'autre ne peut pas souffrir la moindre piqûre: au contraire, la section des racines inférieures est d'abord beaucoup moins douloureuse que celle des supérieures, ce qui est du reste parfaitement en rapport avec la sensibilité des parties correspondantes de la moelle épinière; puis elle entraîne la perte totale des mouvemens, et les vives souffrances que l'animal manifeste lorsqu'on l'excite, témoignent assez que la sensibilité n'a pas perdu de vigueur. L'incision des racines inférieures rendait l'animal immobile même dans l'agonie, tandis que dans le cas contraire, il était agité par des mouvemens convulsifs très-forts.

Le résultat de ces expériences sur les racines des nerfs spinaux est surtout remarquable en ce que la cessation des mouvemens n'entraînait aucune lésion dans le tact, tandis que ce même sens cessant après la section des racines supérieures, les mouvemens devenaient aussi moins énergiques. En effet, le membre dépourvu de tact n'étant plus en rapport avec les centres nerveux, et le sensorium n'ayant plus aucune connaissance de la manière d'être du même membre, il s'ensuit nécessairement que, quoique l'animal ait encore la faculté de se mouvoir, il n'est plus à même de le faire avec autant de vitesse, d'énergie, et de régularité, par suite de la perte de la sensibilité. La sensibilité générale est donc en quelque sorte liée avec l'intégrité et les fonctions des muscles, tandis que la faculté motrice communiquée au membre par les racines inférieures est tout-à-fait étrangère à la fonction de la peau.

Ces observations intéressantes méritent bien d'être connues et appréciées par tous les hommes de la science, qui rendront de plus en plus justice aux talens et aux travaux du physiologiste italien.

J. R.

maison lui ayant été annoncée, son mal empira ; les vomissemens devinrent plus fréquens et plus considérables. L'eau fraiche arrêta les vomissemens ; les lavemens avec les têtes de pavot firent cesser la diarrhée, et les frictions d'onguent mercuriel à la dose de deux onces calmèrent et dissipèrent entièrement les crampes. La guérison fut très-prompte.

Obs. XII. — Le 15 mars, M. Tian, mari d'Elisabeth Tian, dont il est parlé à l'obs. 5, maître tonnelier, âgé de 34 ans, était allé se promener au Jardin des Plantes. Il y fut pris subitement d'un étouffement considérable, ce qui lui fit craindre une attaque de choléra, ayant déjà perdu sa femme de la même maladie. Il entre de suite, avec l'ami qui l'accompagnait, dans une guinguette, et boit une grande quantité d'eau-de-vie. Cette boisson parait le soulager et rétablir ses forces. Il rentre alors chez sa mère, rue Malaval, logée dans le jardin de Mme Gras. Il soupe avec appetit et tranquillement ; bientôt il éprouve de nouveau une grande suffocation ; des crampes légères se font sentir aux extrémités inférieures, suivies de quelques légers frissons. On lui donne encore fort imprudemment du rhum en quantité dans du thé, pour provoquer la sueur. Les crampes deviennent plus fortes ; il se plaint de coliques et de nausées ; on le met dans le lit. M. le docteur Fabre est appelé ; il prescrit une potion antispasmodique fortement éthérée. Le malade est dans une agitation extraordinaire ; les crampes deviennent plus douloureuses et augmentent à chaque instant ; quatre hommes peuvent à peine le retenir dans son lit. Il reste dans cet état d'angoisse jusqu'à cinq heures du matin, où un peu de réaction semble s'établir ; la figure est rouge et animée, le pouls est plein. Une saignée du bras est conseillée alors par M. Fabre. Le malade la refuse, et demande qu'on appelle M. le docteur Revert, son médecin ordinaire, qui trouve à son arrivee M. Tian dans l'état décrit ci-dessus, n'ayant rendu dans la nuit ni selles ni urines, et dans une série de souffrances dont le souvenir est encore bien pénible à tous ceux qui l'ont secouru dans cette fâcheuse position. M. Revert prescrit de suite l'eau fraiche par cuillerées, des lavemens avec l'amidon et la décoction de têtes de pavots, des applications de flanelle chaude imbibée d'alcool camphré sur le ventre, et une once et demie d'onguent mercuriel mêlé avec deux gros de cinabre, pour être employé en frictions sur les jambes et les cuisses. Dès les premières frictions les crampes avaient entièrement disparu, ainsi que les nausées ; et le soir, à cinq heures, le malade était déjà dans un calme presque complet ; il demandait des alimens. On ne lui donna qu'une tisane de riz édulcorée avec le sirop de gomme. La nuit est tranquille ; le malade dort un peu d'un sommeil paisible, et M. Revert le trouve le lendemain matin, 17 mars, à sept heures, levé et auprès de son feu. Dans peu de jours il a été rétabli.

Obs. XIII. — Madame ***, demeurant à la grand'rue, n° 75, a eu le 16 mars, son jeune enfant âgé de 20 mois, atteint de crampes aux pieds et aux mains si douloureuses qu'elles lui faisaient pousser des cris aigus dès qu'on lui touchait les doigts pour essayer de les étendre, car ils étaient fortement racornis. Encouragé par les succès que j'avais obtenu avec l'onguent mercuriel pour arrêter les crampes des cholériques, je crus devoir par imitation prescrire les frictions mercurielles sur les extrémités superieures et inferieures de cet enfant, quelle que pût être la nature de ses crampes. J'eus la satisfaction de voir dans la journée disparaitre les crampes, et le lendemain le petit malade fut entièrement guéri.

Obs. XIV. — M. Delestrade, rue Servian, n°. 8, me fit appeler le 18 mars, à sept heures du matin ; il avait des crampes si fortes qu'il poussait des cris aigus et avait un pouls petit ; il était dans une agitation extraordinaire. Les symptômes étaient encore accompagnés de nausées, de vomissemens et de diarrhée. Eau fraiche par cuillerées ; deux onces d'onguent mercuriel mêlé à deux gros de cinabre, sont prescrites pour être appliquées en frictions sur les jambes et les bras. J'ordonnai aussi des lavemens émolliens et opiacés, et une embrocation d'alcool camphré sur le ventre. A midi, le malade était déjà soulagé. Immédiatement après les premières frictions, les crampes etaient devenues moins douloureuses et moins frequentes. Pour les faire disparaitre complétement, on n'eut plus besoin que de faire une nouvelle friction mercurielle. A sept heures du soir, le malade présentait un état satisfaisant. Le lendemain il fut remis aux soins de M. le docteur André fils, un des médecins attaché au bureau sanitaire de la rue Bonterie, n° 2. La guérison a été prompte.

Obs. XV. — Le 19 mars, madame Napolon, rue Ste-Marthe, n° 11, âgée de 26 ans, mariée depuis cinq mois environ, jouissant d'une très-bonne santé, fut attaquée subitement, au milieu de la rue, à quatre heures du soir, d'une forte crampe dans les jambes, suivie d'un froid glacial et d'une vive douleur dans le bas-ventre. On la mit de suite dans son lit et on chercha à la rechauffer par tous les moyens possibles. Arrivé auprès de la malade, je lui trouve la figure fortement animée, le pouls fort, mais lent, la peau sèche et brûlante ; se plaignant néanmoins d'éprouver une sensation de froid dans tout son corps, de coliques et des crampes, qui lui arrachaient des cris perçans. Infusion de thé et de camomille aromatisée avec l'eau de fleurs d'oranger pour boisson ; lavemens avec une décoction de graines de lin et 15 gouttes de laudanum ; frictions avec deux onces d'onguent mercuriel mêlé à un gros de cinabre par once, et divisées en plusieurs doses, répetées toutes les heures sur chaque jambe. Après la première friction il y eut un changement favorable pour ce qui concerne les crampes, et à la seconde, elles cessèrent completement. La nuit fut calme ; il y eut même un peu de sommeil. Le 20, à huit heures du matin, la malade ressentit encore quelques légères crampes ; mais une troisième friction mercurielle les dissipa pour toujours. Cette malade n'a jamais eu de diarrhée, ni de vomissemens, mais elle a éprouvé de fréquentes nausées. La douleur du ventre fut calmée par des lavemens émolliens et des fomentations. Une sueur abondante et visqueuse termina la maladie, et la guérison fut complète le 29 mars.

Obs. XVI. — Mme Matheron, rue Sainte-Anne, n° 16, depuis long-temps valétudinaire, donna les soins les plus assidus à son mari, qui fut pris le 12 mars d'une légère atteinte de choléra. Trois jours de repos et de régime le rétablirent ; mais ayant voulu se rendre trop tôt à son atelier d'emballeur, il eut une défaillance dans la rue de l'Armeny, et fut ramené à sa maison. Son épouse, vivement effrayée de l'etat de son mari, lui prodigua de nouveaux soins ; son indisposition ne fut encore que passagère et de courte durée. Mais le 21 mars, madame Matheron, en vaquant aux affaires de son ménage, ressent une douleur vive à la région inférieure du bas-ventre. A l'instant la diarrhée, les crampes aux extrémités inférieures, la suffocation, des nausées et un grand froid se déclarent ; on la place dans son lit avec une douzaine de bouteilles de grès remplies d'eau chaude ; on lui donne en quantite du thé chaud et de la camomille. Son état ne fut pas amélioré. Appelé auprès d'elle à deux heures après midi, je la trouve avec un pouls insensible, la cyanose générale, aphonie complète, refroidissement ; crampes violentes. Je la fis envelopper d'une couverture de laine ; je lui donnai de l'eau glacée pour boisson à prendre par cuillerées ; je prescrivis un demi-lavement d'amidon laudanisé et une friction de demi-once d'onguent mercuriel sur chaque jambe. A quatre heures, on fait une nouvelle friction mercurielle ; les crampes, qui avaient été beaucoup calmées, cessent alors complétement, ainsi que la diarrhée et les vomissemens. Néanmoins l'état de la malade devient toujours plus alarmant ; elle ne répond plus que par signes aux questions qu'on lui fait, et elle tombe dans le coma le plus profond. A huit heures, elle expire. On ne peut méconnaitre ici une complication typhoïde, ou plutôt une véritable sidération qui a emporté la malade dans onze heures. Mais il est bon d'observer que les frictions mercurielles avaient enlevé très-promptement les crampes avant la congestion cerebrale.

Obs. XVII. — J'ai visité le 25 mars, à une heure après midi, mademoiselle Samat, rue des Vieux-Enfans-Abandonnés, n° 10. Les symptômes qu'elle m'offrit furent un pouls lent et petit, presque pas de chaleur, cyanose fortement prononcée sur les avant-bras et la figure ; la peau conservait long-temps les plis qu'on y formait en la pinçant avec les doigts ; vomissemens ; diarrhée très-abondante ; visage tiré ; yeux caves et presque cachés dans leurs orbites, entourés d'une auréole noire. La voix était rauque et la parole difficile ; les crampes, qui étaient très-fortes, la tenaient dans une agitation continuelle. (Eau fraiche par cuillerées fréquemment répétées ; lavement avec l'amidon et 18 gouttes de laudanum ; fomentations sèches avec la laine sur le thorax ; frictions sur les extrémités inférieures avec l'onguent napolitain mêlé au cinabre.) La première friction fut faite à deux heures, la seconde à trois et la troisième à cinq. A six heures, les selles et les vomissemens furent supprimés ; il n'y avait plus que des nausées ; la peau était un peu plus chaude ; mais le pouls toujours misérable. Les crampes, quoique moins violentes, n'avaient pas cessé encore, ce qui m'étonna et m'engagea à voir si réellement les frictions mercurielles avaient été faites à la dose que j'avais prescrite. Cette inspection me convainquit du contraire. J'en fis faire de suite en ma présence une quatrième de demi-once sur chaque jambe. Le 26, à ma visite du matin, on m'annonça que les vomissemens et la diarrhée, arrêtés dès la veille, n'avaient plus reparu, et que demi-heure après la dernière friction, les crampes avaient cessé complétement. Les bras restent cependant toujours cyanosés, la voix est éteinte, le pouls lent, mais il offre un peu plus de résistance. La malade se plaint d'une douleur vive à l'épigastre. (Eau panée pour boisson ; diète sévère.) Je prescris l'application de 20 sangsues sur l'estomac ; elle s'y refuse.

Le 27, la nuit fut très-orageuse ; la figure devint pâle, le pouls faible et intermittent ; il y eut stupeur. Je fis poser le matin, à ma visite, les sangsues : elles donnèrent beaucoup de sang, mais il n'y eut aucun amendement sensible, et la nuit suivante fut aussi mauvaise que le jour.

Le 28 au matin, je ne conservais plus aucun espoir de guérison ; cependant, dans la journee et surtout le soir, le pouls fut trouvé meilleur, la voix moins éteinte, et la cyanose moins prononcée ; la peau était un peu plus chaude, et les urines, quoiqu'en petite quantité, avaient reparu.

Le 29, amelioration notable, retour complet des urines. (Limonade pour boisson ; de deux en deux heures une tasse de bouillon qui est prise avec plaisir. La journée est très-calme, et la cyanose a totalement disparu. La malade marche rapidement vers la guérison, et sans obstacle.

Nous avons eu lieu d'observer, ajoutent M. le docteur Revert qui m'a fourni les six dernières observations, et M. Daime, chef interne de l'hôpital des Vénériens, qui a recueilli les huit observations qui précèdent, que, dans tous les cas de choléra où nous avons employé l'onguent napolitain, la convalescence a été aussi courte que celle de la plus légère indisposition, tandis que tous les praticiens savent que chez les cholériques même les moins gravement atteints, le rétablissement a toujours été long et pénible, parce que le miasme a principalement porté son action délétère sur le système digestif et l'appareil nerveux en général.

§ IV. PEUT-ON CROIRE QUE LE MERCURE AIT AGI DANS LES CAS PRÉCITÉS PAR ABSORPTION CUTANÉE, OU PAR UNE ACTION POUR AINSI DIRE ÉLECTRO-CHIMIQUE ?

Il est difficile de concevoir que, dans l'état de refroidissement où se trouve la peau des cholériques, il puisse y avoir la plus légère absorption, parce que le défaut d'hématose, et par une conséquence naturelle l'arrêt de la circulation, produisant la cyanose, les vaisseaux absorbans sont privés de leur action vitale, et ne peuvent, en aucune manière, remplir leurs fonctions physiologiques, car on n'ignore point que si la chaleur est la vie, le froid est la mort.

D'ailleurs pourrait-on admettre une absorption aussi instantanée que celle qu'il faudrait supposer dans la manière d'agir du mercure, dans le moment même qu'il est en contact avec la peau des cholériques, et qu'il calme si promptement les crampes s'il est employé à haute dose ? Ce qui se passe dans l'acupuncture peut nous mettre sur la voie pour

connaître jusqu'à un certain point le mode d'action des frictions mercurielles dans le traitement du choléra. Dans l'un et l'autre cas, il y a un phénomène qu'on ne peut expliquer que comme un effet électro-chimique, par l'intermédiaire des ramuscules nerveux qui tapissent l'organe cutané. Pour neutraliser le virus ou miasme cholérique, comme par un antidote, ne peut-on pas croire que le mercure peut être conduit, par voie galvanique, de la superficie de la peau jusque sur les organes affectés de l'intérieur? Combien de faits inconnus avant la découverte de Galvani, et les récentes expériences de M. Becquerel, de concert avec M. Breschet, sur les corps vivans!

Si, au lieu d'une action électro-chimique, on admettait que, pour guérir les crampes dans le choléra, le mercure doit être absorbé; pourquoi, après des frictions de deux, trois ou quatre onces d'onguent napolitain, ne survient-il ni gonflement aux gencives, ni salivation, tandis que quelques gros du même onguent ou quelques grains de calomel produisent si souvent le ptyalisme chez certains sujets atteints de syphilis? La nature du mal modifie donc bien ici l'effet du même remède, sans que la raison la plus éclairée puisse, dans l'impuissance d'expliquer ce contraste, contredire un fait que l'expérience et l'autorité de dix-huit observations cliniques établissent d'une manière si évidente...

Personne ne révoque plus en doute la vertu fébrifuge du quinquina, quoiqu'il agisse d'une manière inconnue pour arrêter un accès de fièvre intermittente. On n'en sait guère plus pour ce qui est relatif aux effets de l'opium et du soufre dans les affections nerveuses et psoriques. On les emploie parce que leur efficacité est constatée par des faits aussi nombreux qu'irrécusables. Pourquoi la Providence n'aurait-elle pas permis qu'après dix-sept ans de ravages, le choléra ait trouvé son antidote dans un remède qui, depuis plus de deux siècles, est regardé comme le spécifique d'une maladie qui dans son origine a si profondément miné la population des grandes villes?

Si l'on pouvait m'objecter que, quand même l'épidémie de Marseille aurait fourni l'occasion d'expérimenter que les frictions mercurielles guérissent les crampes, on n'en doit pas conclure que celles-ci forment l'essence du choléra, et qu'une fois détruites, ce dernier le soit aussi; peut-on nier, répondrais-je, que les crampes en sont le symptôme le plus fâcheux et le plus alarmant? La cardialgie, quelquefois si atroce et suivie de vomissemens si opiniâtres, est-elle autre chose que la crampe de l'estomac? les coliques et la diarrhée n'accusent-elles pas la même cause? les étouffemens dont se plaignent les cholériques, le défaut d'oxigénation du sang, le refroidissement de la peau, l'insensibilité du pouls, n'annoncent-ils pas la crampe des muscles pectoraux, du poumon et de l'organe principal de la circulation? La mort par asphyxie, si fréquente chez les cholériques lorsque l'épidémie est dans son invasion ou qu'elle est portée à la plus haute période d'intensité, n'est-elle pas le produit d'une crampe qui, en paralysant le jeu des principaux organes renfermés dans la cavité thoracique, donne lieu à une issue aussi promptement funeste? Un remède qui agit donc d'une manière si subite et si puissante pour arrêter et faire disparaître les crampes dans le choléra, ne doit-il pas en être considéré à bon droit comme le spécifique; et seize palmes triomphales remportées dans dix-huit combats, ne sont-elles pas une assez belle branche de laurier pour le vainqueur?

§ V. La formule marseillaise pour l'emploi des frictions mercurielles, peut-elle nous expliquer pourquoi celles-ci ont si rien réussi dans notre épidémie, tandis qu'elles n'ont pas eu le même succès a Paris, d'après l'assertion de MM. Double et Velpeau?

Les faits observés à Paris, au dire de ces auteurs, sont trop en contradiction avec ce que j'ai vu à Marseille, pour que je m'occupe pas d'en rechercher la cause, en faisant abstraction de tout ce qui peut être relatif aux localités et au climat si salubre de la province. Il est fort douteux que les frictions de mercure employées à Paris, l'aient été autrement que par gros, tandis qu'à Marseille ç'a toujours été par onces. La différence des doses explique si bien la différencedes effets, que l'on a pu juger par comparaison des résultats obtenus en plus ou en moins, suivant le plus petite ou la plus grande quantité de mercure employé. Ainsi on peut voir, dans les observations que j'ai rapportées, que les crampes ont été modérées, calmées pour un temps, mais sont revenues par intervalles toutes les fois que l'on a été très-réservé dans les frictions; mais si l'on a forcé les doses, la douleur a radicalement disparu, et sans retour. Nul doute, et je l'avoue avec franchise, que, sans l'exemple et les conseils de Palloni, je n'aurais jamais osé faire pour le choléra ce qu'il a tenté avec tant de succès pour la peste. J'aurais peut-être marché à tâtons et craint de franchir les bornes de la prudence, sans un guide si assuré, en oubliant l'axiôme si applicable au cas présent, qu'*aux grands maux il faut les grands remèdes*: expérience et hardiesse tout au profit de l'humanité. En effet, loin d'être découragé par l'assertion des deux honorables médecins de Paris, qui avaient déclaré, à la séance de l'Académie royale de médecine du 13 janvier dernier, que l'emploi de l'onguent mercuriel dans le choléra ne leur avait réussi que dans le rapport de 1 à 6 et à 10, je continuai d'avoir confiance à la méthode de Palloni; bien persuadé qu'un homme dont la réputation était si bien établie, occupant un poste aussi éminent que celui de médecin en chef du lazaret de Livourne, ne voudrait point induire en erreur son confrère de Marseille, je redoublai de zèle pour continuer mes essais. Notre épidémie aurait pu fournir sans doute de plus abondans matériaux, si le corps médical marseillais n'avait pas cru devoir suivre l'exemple de celui de Paris, qui a si fort multiplié les formules, et varié à l'infini les divers modes de traitement. Quoi qu'il en soit, les succès obtenus sont assez nombreux pour que, le cas échéant, les praticiens soient engagés à faire de nouvelles expériences. Les progrès de la science et de l'art l'exigent; ils ne peuvent rester stationnaires; il faut qu'ils se créent de nouvelles armes pour combattre un ennemi qui, jusqu'ici, a si souvent triomphé de leurs efforts au sein même des capitales les plus éclairées.

Sous quelque rapport pathologique que l'on considère le choléra, on ne peut méconnaître dans ses symptômes les effets d'un véritable empoisonnement miasmatique. Ce sont les bords fangeux du Gange qui lui ont donné naissance, comme ce sont ceux du Nil et les marais des Antilles, qui engendrent la peste et la fièvre jaune, qui à mon avis ne sont que trois fièvres intermittentes pernicieuses, réclamant à leur tour leur spécifique, comme la simple intermittente ordinaire l'a trouvé depuis long-temps dans l'écorce du Pérou. Le grand nombre de remèdes qu'on a successivement employés sans succès, dans ces différentes maladies étrangères qui tiennent le plus haut rang dans notre cadre nosologique, prouve que ce n'est pas la méthode rationnelle qui est la plus sûre en pareil cas, mais un pur empirisme suscité par le hasard, et accrédité par l'expérience. Les plus belles découvertes et les plus utiles à l'humanité, n'ont pas eu le plus souvent d'autre origine. Si l'acide arsénieux, l'acétate de cuivre et le deuto-chlorure de mercure ont trouvé leur antidote dans le peroxide hydraté de fer, dans le sucre et l'albumine du blanc d'œuf, pourquoi le mercure ne pourrait-il pas être le contrepoison de la substance délétère qui produit le choléra? sans attribuer l'étiologie de ce fléau, comme Schnurrer, à une cause généralement répandue sur le globe, qu'il désigne sous le nom de *force tellurique* ou influence magnétique de la terre, d'où proviennent les orages des régions souterraines, connus sous le nom de tremblemens de terre et de volcans, phénomènes qui ont précédé dans bien des pays l'irruption cholérique; sans admettre non plus le système de la polarisation des physiciens modernes dans un sens absolu, ne serait-il pas possible de croire jusqu'à un certain point, que le mercure, ce métal qui est pour ainsi dire vivant, d'après sa dénomination vulgaire, puisse rétablir l'équilibre dans un corps paralysé, et ramener le fluide électrique à sa combinaison naturelle? Le clou enfoncé dans la peau calleuse du talon des Japonais, et les frictions avec une pièce de monnaie, que ce même peuple fait sur le corps des cholériques, ne semblent-ils pas agir dans l'un et l'autre cas, moins comme un instrument de douleur et comme une amulette, que par un effet de quelque action galvanique? Au reste, pourvu que les faits soient constans, qu'importe aux malades que leur guérison soit expliquée par des hypothèses; le bien reste et l'erreur s'évanouit.

§ VI. Méthode suivie a Marseille pour l'emploi des frictions mercurielles dans le traitement du choléra.

En conseillant d'ajouter un gros de cinabre à chaque once d'onguent napolitain, j'ai eu le double but de masquer la couleur de cet onguent pour en dérober par là la connaissance aux malades, et de donner en quelque sorte au remède plus d'activité, parce que les sulfures sont toujours plus diffusibles dans l'économie; quoique, comme je l'ai déjà dit, je n'admette guère l'absorption cutanée: car autrement pourquoi ne verrait-on aucune trace de salivation après deux, trois, quatre onces de pommade mercurielle, employées chez le même malade dans l'espace de quelques heures? Il paraît donc bien démontré que si les glandes salivaires ne sont point atteintes, c'est parce que le mercure neutralisé peut-être par le principe toxique du choléra qu'il paralyse à son tour, forme un amalgame qui change et dénature l'action spécifique des deux corps, et les réduit à un état neutre; bienfait d'un résultat inappréciable pour l'humanité, si la méthode marsaillaise était adoptée

désormais par les médecins des pays que la peste hindoue pourra encore envahir. Dans l'épidémie de Marseille, l'usage le plus fréquent des frictions mercurielles a été sur les extrémités inférieures et supérieures; mais dans une violente cardialgie, elles peuvent être faites sur la région épigastrique comme sur la région abdominale, lorsque les coliques sont très-fortes. Palloni ayant aussi recommandé de donner le mercure à l'intérieur, les pilules de deuto-chlorure de mercure à la dose d'un huitième de grain, et celles d'onguent napolitain, suivant la formule de Terras de Genève, à la dose de six à douze grains, peuvent être prescrites. Il me semble encore que dans une diarrhée colliquative, diarrhée qui a emporté à Marseille beaucoup de cholériques sans aucun autre symptôme, les lavemens avec l'onguent mercuriel à la dose d'un scrupule, pourraient aussi être grandement utiles. J'ai toujours pensé enfin, que les fumigations avec le cinabre seraient indiquées, dès que les crampes étant portées sur la poitrine et les miasmes cholériques sur les poumons, il y aurait menace d'asphyxie. L'eau fraîche par cuillerées et la glace par petits morceaux, sont les boissons qui ont le mieux secondé l'effet des frictions palloniennes. Dans les observations que j'ai rapportées, les autres moyens thérapeutiques ont été si bornés, qu'on ne pourra certainement pas leur attribuer la guérison des malades; et que l'on soit bien persuadé que c'est plus par conviction que par la vaine gloriole de préconiser un remède nouveau, que je livre au public cet opuscule. Qui sait si notre patrie est délivrée pour toujours de l'horrible fléau, et si le monstre dévorateur n'apparaîtra pas encore dans le courant de l'été dans nos murs, ou sur quelque autre point de la Provence? Heureux celui qui dans un malheur commun peut jeter la planche de salut à ses semblables, but que j'ai toujours cherché à atteindre dans tous mes travaux, pour arriver au seul bonheur que j'envie, bonheur fondé sur la conscience d'avoir fait du bien à mes concitoyens adoptifs, par une pure inspiration et un souvenir de famille (1).

Parmi les diverses méthodes de traitement adoptées par les médecins des hôpitaux de Paris et les principaux médecins français et étrangers, rapportées par M. le docteur Fabre dans son *Guide des praticiens*, je n'ai rien trouvé qui soit relatif aux frictions mercurielles; seulement il y est dit que le docteur Wolowski ne leur assigne aucune vertu, sans qu'on puisse savoir dans quelle période, comment et en quelle quantité elles ont été employées. D'ailleurs, il ne se montre pas plus favorable au sulfate de quinine, et cependant M. Alibert en a obtenu de beaux succès à Paris, ce qui affaiblit d'autant la première assertion du médecin polonais, puisque la seconde a été détruite par des faits authentiques, passés sous les yeux d'un médecin des plus expérimentés. Mais je l'avoue franchement, quoique partisan zélé des frictions mercurielles, je suis bien éloigné de repousser les autres moyens thérapeutiques qui ont été employés si souvent avec succès: abondance de secours ne peut nuire, surtout lorsque le danger est imminent, et quel danger lorsqu'on est violemment atteint du choléra indien! S'il n'est jamais permis d'être exclusif, c'est dans le choix des remèdes, et sous ce rapport le praticien ne doit avoir d'autre pensées que celles que peuvent lui donner ses lumières réunies aux inspirations de sa conscience. Le camphre, l'éther, l'ammoniaque, l'alcool, l'opium, l'ipécacuanha, le sulfate de quinine, sont des remèdes trop héroïques pour être oubliés. Il en est de même de l'huile à l'intérieur et à l'extérieur. L'huile d'amandes douces a suffi très-souvent pour calmer les coliques et arrêter les premiers symptômes du choléra. L'huile d'olives donnée dès l'invasion de la maladie à très-haute dose, pour provoquer le vomissement, a toujours réussi en Espagne pour obtenir une terminaison heureuse, lors même que l'épidémie était à son plus haut point d'intensité. La dose était de 2 onces répétées jusqu'à trois fois, toujours dans l'intention de faire vomir le malade, ce qu'on cherchait même quelquefois à hâter par un moyen mécanique. Pour voir tout le prix que j'attache à l'huile comme remède préservatif et curatif dans toutes les maladies exotiques qui ont un type pestilentiel, je renvoie à la lettre que je fis insérer, le 6 mars dernier, dans la *Gazette du midi*, le *Sémaphore*, le *Garde national* et la *Feuille de commerce*; les faits y abondent et les documens qui les ont fournis sont précieux pour l'instruction du peuple dans les temps d'épidémie.

Si le système de Linné, de Hahnemann et de Mojon au sujet des animalcules cholérifères était admis, on sentirait toute l'appropriation du mercure et de l'huile comme vermifuges dans l'épidémie régnante. Au reste, nous jouissons tous les jours de la lumière du soleil sans trop savoir comment elle vient, comment elle se forme et comment elle s'entretient. Ici, comme en médecine, la raison doit céder à l'évidence des faits; on ne doit pas oublier que l'ignorance est souvent, dans bien des cas, un vrai savoir, d'après l'axiome si connu de Socrate, *hoc unum scio, me nihil scire*; la seule chose que je sache, c'est que je ne sais rien.

§ VII. Résumé et quelques remarques particulières sur le choléra de Marseille.

La marche du choléra de Marseille a été lente et presque stationnaire pendant les deux premiers mois de son invasion, où il n'a fait que cent victimes; mais le 19 février, jour où la garnison a été atteinte, il a commencé à sévir, et son cours a été par degrés ascendant jusqu'au 1er mars, où il s'est élevé au plus haut période de son intensité. Pendant une semaine, il a été assez meurtrier, quoiqu'en diminuant de fureur chaque jour, et il a fini par s'éteindre le 1er avril. Aucune température n'a paru agir d'une manière sensible sur sa marche, son séjour et sa disparution. On ne peut regarder sans doute que comme très-bénigne une maladie telle que le choléra asiatique, qui n'a enlevé qu'environ 800 victimes dans l'espace de quatre mois, sur une population de 140,000 âmes. Il est vrai qu'elle a régné durant l'hiver, saison qui pour l'ordinaire a toujours arrêté les progrès de ce fléau, même en Perse et en Syrie.

La classe aisée qui dans l'origine a été la première atteinte, a fourni peu de victimes; les pauvres, au contraire, plus mal logés, plus mal nourris et moins tempérans, sont devenus la principale pâture de l'épidémie, comme il arrive toujours dans tous les cas pareils. Le peuple ne croyant point dans le principe à l'existence du choléra, se révoltant même contre cette idée, a négligé les soins hygiéniques qui auraient pu le préserver, et a refusé jusqu'au dernier mois les secours de la médecine, qui auraient pu lui être utiles; d'où il est résulté que les médecins ont été souvent repoussés, insultés dans leurs fonctions, et quelques uns même obligés de boire une partie des potions qu'ils avaient prescrites aux malades, pour qu'on pût acquérir par là une preuve que le remède ne contenait pas de poison. Et c'est au dix-neuvième siècle, dans une ville comme Marseille, qui dans l'antiquité eut le surnom de maîtresse des études et d'Athènes des Gaules, qui aujourd'hui est en relation par son commerce avec tous les peuples civilisés, qu'on rencontre une aussi brutale ignorance, des préjugés aussi odieux, parmi une population d'ailleurs si estimable!.

Il y a eu peu d'enfans de l'un et de l'autre sexe parmi les victimes; mais on compte plus d'un tiers de femmes que d'hommes. Ainsi, dans les derniers jours de l'épidémie, on a vu, sur 13 décès cholériques, 10 femmes; sur 18, 14 femmes; sur 7, 5 femmes; sur 5, 4 femmes; sur 7, 6 femmes. Beaucoup de valetudinaires et de malades atteints d'affections chroniques ont inopinément succombé avec des symptômes de choléra. L'influence épidémique s'est fait sentir en général sur toutes les organisations par des dérangemens dans les digestions et des cholérines plus ou moins tenaces et rebelles. Un très-grand nombre d'individus n'ont éprouvé qu'un refroidissement plus ou moins considérable, que la simple chaleur a guéri du mal ou de la peur. On a observé qu'aucun des gardes de l'octroi n'a été atteint de l'épidémie. Serait-ce parce que, exposés continuellement au grand air, ils auraient été en purification permanente, comme dans un lazaret? Mais alors qu'est devenu le miasme épidémique répandu dans l'atmosphère, surtout lorsque le mistral ayant soufflé avec une aussi grande violence et si fréquemment, aurait dû chasser le germe mortifère et le jeter sur les côtes d'Italie?

Quoique quelques fuyards ou voyageurs aient été mourir du choléra dans certains villages des environs, la maladie néanmoins ne s'y est pas propagée, si l'on excepte toutefois le marchand de moutons André Coutel, qui étant venu passer six heures seulement, le 28 février, à Marseille, a été atteint le 2 mars, à Sainte-Tulle (Basses-Alpes), à douze lieues de distance, d'un choléra qui l'a emporté dans trois jours, et qu'il a communiqué à sa femme, qui en a été également victime, sans qu'il y ait eu d'autres cas; il est vrai que l'autorité locale a fait brûler tous les effets qui leur avaient servi pendant leur maladie. Ces bons montagnards croyant à la contagion, ont cru pouvoir s'en garantir

(1) Jacques Robert, fils d'Esprit Robert, mon trisaïeul, avocat à la Cour, et oncle de mon grand-père, servit avec beaucoup de zèle à Marseille, dans la ville et dans les hôpitaux, pendant la contagion de 1720, sans aucune incommodité, quoiqu'il eût perdu toute sa famille de la peste. Il fut à la fois médecin de l'hôpital de la Charité et de celui du Mail, destinés tous les deux au traitement des pestiférés. Il fit, de concert avec le célèbre Deidier, professeur de Montpellier, envoyé à Marseille par le roi, des expériences sur l'inoculation de la peste avec la bile; elles sont consignées dans un vol. in-4°, imprimé à Paris en 1744, par ordre du roi. (*Relation historique de la peste de 1720*, par Bertrand.)

par ce moyen extrême ; le souvenir de la peste de 1720 y était encore tout palpitant de terreur.

On cite dans le territoire de Marseille quelques blanchisseuses victimes du choléra, après avoir lavé du linge sale qui avait servi à des malades de la ville. Des médecins ont cru avoir eu aussi dans leur pratique des exemples de contagion, parmi lesquels on cite la famille Guizot, qui a eu sept décès cholériques, au nombre desquels se trouvent trois frères, une belle-sœur et trois garde-malades ; une quatrième garde-malade a été encore gravement malade. Mais les exemples contraires sont infiniment plus nombreux. Ainsi, aucun médecin, aucun élève en médecine, aucun prêtre, aucun membre des bureaux sanitaires, aucun des jeunes gens qui se sont dévoués avec tact d'héroïsme au service des cholériques, n'a été atteint. La charité chrétienne ne pouvait inspirer un plus beau zèle ; vous eussiez dit que chacun cherchait à rivaliser avec l'ame de Belzunce.

Dans l'opinion vulgaire, les tanneurs ont toujours été regardés comme exempts de la peste, à raison de leur profession. Cependant 45 chefs d'atelier ont été atteints du choléra, et près de la moitié en sont morts. Serait-ce à l'atmosphère humide dans laquelle vivaient ces ouvriers, qu'il faudrait attribuer cette susceptibilité pour l'infection cholérique, dont le premier symptôme est le refroidissement du corps ? Ou, si l'on admettait le système de Linné, de Hahnemann et de Mojon sur l'existence d'animalcules cholérifères, l'humidité aurait-elle produit sur eux ce que l'eau produit sur les rotifères ? C'est une idée que je livre à l'investigation des modernes Leuwenhoeck qui voudront faire des recherches à l'aide du microscope solaire, instrument qui peut leur faire découvrir un nouveau monde corpusculaire.

Enfin, un phénomène qui doit fixer l'attention des gens de l'art, c'est que l'hôpital des Vénériens, quoique dans un lieu des plus insalubres, au milieu du foyer de la contagion, n'a eu aucun malade atteint de l'épidémie, tandis que l'hospice des Insensés au faubourg St.-Lazare, celui des Idiots au sein de la vieille ville, si maltraitée par le choléra, celui de la Charité dans le même quartier, qui n'ont point reçu de malades, en ont été tous plus ou moins frappés. Si à ce fait on ajoute que peu de filles publiques ont été atteintes à Marseille, comme on dit que cela a eu lieu à Paris, ne serait-ce pas là une conséquence du principe émis ci-dessus sur l'efficacité du mercure dans le traitement du choléra ?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FUR NATUR UND HEILKUNDE.

Ce nouveau recueil périodique a été fondé en 1833 par une société de médecins et de professeurs de la nouvelle université de Züric. Son but est de rassembler dans un même faisceau toutes les richesses scientifiques éparses de la Suisse, et d'offrir aux savans de ce pays un centre de ralliement, un moyen de communication facile ; il est en même temps la continuation d'un ancien journal qui paraissait depuis 1828 à Züric, sous le titre de *Verhandlungen der vereinigten aerzlichen gesellschaften der schweitz*.

Placé sous la savante direction de M. le professeur de Pommer, le *Journal de la Suisse* se publie à Züric, par cahier de 6 à 8 feuillets, tous les trois mois. Nous y trouverons les travaux les plus importans de la naissante école de Züric, en même temps que les recherches et observations pratiques des médecins et savans de cette partie de la Suisse, dont le génie et le caractère scientifiques s'identifient pour ainsi dire avec le génie et le caractère de la science allemande.

Les quatre premiers cahiers formant le premier volume qui a paru en 1834, contiennent : 1° des *considérations psycologiques sur la folie et son traitement*, par M. le docteur Ed. Bobrick, professeur de philosophie à Züric ; 2° un *mémoire sur l'ivresse provoquée artificiellement chez les animaux herbivores et carnivores, et sur leurs effets physiologiques, pathologiques et toxicologiques*, par M. le professeur de Pommer ; 3° trois *observations pour servir à l'histoire de la pathologie de l'enfance*, par M. le docteur Rahn-Escher, de Züric ; 4° *observations et considérations sur le cancer de la langue et l'extirpation des parties squirrheuses*, par M. le docteur Heyfelder ; l'auteur préfère l'extirpation à la ligature ; 5° *quelques mots sur la nécessité d'inspecter les cadavres, et sur l'utilité des morgues et maisons de dépôt*, par le même ; 6° deux *cas de suicide où les individus se sont donné la mort en se perçant le cœur*, publiés par M. de Pommer ; 7° une *revue des thèses de médecine présentées à l'université de Züric pendant le semestre d'hiver* 1833-1834, par M. le docteur J. Finsler. Parmi ces thèses, nous en distinguerons une remarquable par le fait de physiologie pathologique qui en fait le sujet ; 8° un *compte-rendu des* 46*e et* 47*e séances de la société médico-chirurgicale de la Suisse, tenues la première à Bulach, la seconde à Züric*, par M. de Pommer ; 9° quelques *nouvelles découvertes d'ossemens fossiles de mammifères*, par M. le docteur Schinz, professeur de zoologie à Züric ; 10° *analyse chimique des eaux minérales de Seeven dans le canton de Schwyz*, par M. le docteur C. Loewig, professeur de chimie à Züric ; 11° *statistique médicale et épidémiologie du district d'Aarau pendant les années* 1833 *et* 1834, par M. le docteur Th. Zschokke ; 12° *mémoire et observations sur les hémorrhagies des premières voies chez les enfans nouveau-nés*, par M. le docteur J. Conrad Rahn Escher, médecin à Zuric. Nous avons rendu compte à part de cet intéressant mémoire ; 13° *histoire d'une épizootie actuellement régnante parmi les renards, et considérations générales sur la maladie de la rage*, par M. le docteur J. Rodolphe Kœchlin, à Züric.

DE L'IVRESSE PROVOQUÉE ARTIFICIELLEMENT CHEZ LES ANIMAUX HERBIVORES ET CARNIVORES, ET DE SES EFFETS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET TOXICOLOGIQUES ; par M. de POMMER.

Dans ce mémoire, l'auteur cherche à faire connaître jusqu'à quel degré l'ivresse peut être portée chez les animaux, quels en sont les effets physiologiques et pathologiques, et les conséquences à en déduire relativement à l'ivresse chez l'homme. Il rapporte avec détail quatorze expériences faites sur des chiens et des lapins avec l'alcool de grain à 10° de l'aréomètre de Beck ; chez certains de ces animaux, la liqueur fut introduite par l'estomac, au moyen d'une sonde en gomme élastique ; chez d'autres, elle fut injectée directement dans des veines plus ou moins éloignées du cœur. Donné d'abord à petite dose, la quantité d'alcool fut de jour en jour et graduellement augmentée.

Les chiens résistèrent plus long-temps que les lapins à l'effet toxique de l'eau-de-vie. Ces derniers succombèrent au bout de quarante-huit à cinquante jours au plus tard, après en avoir consommé chacun trois livres et quelques gros ; chez eux, les premiers symptômes étaient de courte durée et ne devenaient appréciables que le quarante-deuxième jour, où chacun recevait matin et soir une once du liquide. Les chiens qui, au contraire, paraissaient déjà ivres au vingtième jour, avec une demi-once administrée deux fois par jour, ne mouraient que vers le soixante-douzième jour, après l'ingestion d'environ sept livres et demie d'alcool.

Parmi les animaux auxquels on avait fait des injections immédiates dans les veines, les uns succombèrent tout de suite, les autres vécurent encore quelque temps, selon que l'opération avait été faite sur la jugulaire ou sur la saphène, et avec plus ou moins de liquide.

Les symptômes qu'on put observer se caractérisaient principalement par des mouvemens incertains, une démarche chancelante, de l'insensibilité et du coma. Peu après le paroxysme, les animaux redevenaient alertes et se jetaient avec avidité sur leurs alimens. En général, leur appétit restait intact jusqu'au dernier jour. Jamais on n'a remarqué que l'ivresse débutât chez eux par un état de gaîté comme chez l'homme. Les battemens du cœur se ralentissaient au fort de l'ivresse ; quand les chiens pouvaient vomir, leur ivresse n'était ni aussi prononcée, ni aussi prolongée. Les lapins ne purent jamais vomir.

Malgré leur appétit vorace, tous ces animaux ont considérablement maigri pendant tout le temps des expériences. Jamais leur haleine n'a répandu cette odeur particulière qu'on observe chez les ivrognes, et par aucun moyen on n'a pu constater la présence de l'alcool dans une humeur ou dans une sécrétion. Le sang tiré des veines jugulaires, des sinus cérébraux et autres vaisseaux, avant et après la mort, n'a jamais présenté d'odeur alcoolique, et ne différait en rien de celui des autres animaux.

L'autopsie n'a fait découvrir aucune lésion qu'on pût attribuer à l'alcool ; seulement, chez les animaux morts instantanément après l'injection du liquide dans la jugulaire, le sang avait une odeur alcoolique.

De toutes ces expériences faites avec une scrupuleuse exactitude, l'auteur conclut que l'abus des liqueurs alcooliques peut donner la mort ; mais qu'elles n'agissent point sur l'organisme par voie d'absorption ; que leur effet primitif consiste dans une vive impression sur le système nerveux. Ajoutons que tous ces faits ne nous apprennent rien

de nouveau, et il y a d'autant plus lieu de s'en étonner, que M. de Pommer connaissait toutes les expériences faites avant lui, ainsi que le prouve une riche notice bibliographique dont il fait suivre cet article.

Il nous reste un fait à opposer à une des assertions de l'auteur, que la présence de l'eau-de-vie n'a pu être constatée dans le sang des animaux qui avaient reçu les injections dans l'estomac. Ce fait nous a été communiqué dans une lettre par M. le docteur Deyber, de Strasbourg.

Une vache, à laquelle un vétérinaire avait fait administrer 2 gros de liqueur anodine, quelques instans après fut abattue; lors du dépècement, on n'observa d'autres lésions que quelques traces de phlogose le long de l'œsophage. La viande, distribuée à plusieurs familles pauvres, était d'un bel aspect, grasse; mais, au dire des personnes qui en mangèrent, d'un goût mauvais. M. Deyber, jaloux de veiller à la santé des habitans de sa commune, ordonna aussitôt qu'on lui préparât de cette même viande, et il ne fut pas peu surpris de voir que, pendant la coction, il se dégageait une odeur d'éther très-prononcée, que la viande n'avait pas à l'état de crudité. Pris à l'intérieur, la viande et le bouillon laissèrent dans la gorge une forte saveur d'éther, qui persista pendant quelques heures. Un officier de santé de la même commune put constater ces mêmes effets.

TROIS OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE DE L'ENFANCE; par M. le docteur RAHN-ESCHER, de Züric.

VICE D'ORGANISATION CONGÉNITALE DES DEUX POUMONS AVEC CONFIGURATION DÉFECTUEUSE DU LARYNX ET DE L'ESTOMAC.

OBS. — A. R... était né à la fin de la 38e semaine de la gestation; sa mère exposée à de fréquentes congestions pulmonaires, avait souffert pendant la grossesse d'une dyspnée spasmodique alternant avec des crampes dans les mollets; son imagination n'avait été frappée d'aucune impression pénible, si ce n'est qu'une nuit elle avait rêvé que l'enfant qu'elle portait dans son sein, apporterait en naissant une organisation vicieuse de quelques organes internes : elle n'y attacha cependant aucune importance : les couches se firent régulièrement, mais le travail fut lent, et nécessita l'administration du seigle ergoté, l'enfant vint au monde, avec le cordon ombilical autour du cou. Il était du sexe masculin, d'une configuration extérieure normale, et d'une constitution en apparence assez forte; il essaya aussitôt de respirer, mais sa voix était faible, enrouée, il éprouvait une grande difficulté à crier, l'expiration paraissait se faire avec peine; la coloration de la face et de toute la peau du corps naturelle; la poitrine présentait une convexité parfaite, mais le cou était un peu gonflé et la respiration inégale, tantôt profonde et laborieuse, tantôt légère et comme superficielle; jamais le thorax ne s'abaissait convenablement pendant l'expiration; le petit enfoncement depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic qui ordinairement s'efface durant l'acte de l'expiration, persistait. Le pouls était régulier, mais faible; l'enfant ne pouvait prendre le sein, que le besoin continuel de l'air lui faisait incessamment abandonner. Les jours suivants la respiration devint souvent stertoreuse et intermittente; elle faiblissait, quand le petit malade était assoupi et endormi; dans l'état de veille elle devenait haute, laborieuse, sifflante, comme dans le croup bien développé; pouls déprimé, inégal, intermittent, face presque toujours pâle. Les premières quatre semaines, l'enfant, auquel on avait fait prendre du musc et du soufre doré d'antimoine, des lavemens apéritifs, et faire des frictions mercurielles légères sur le cou, sembla se trouver un peu soulagé; cependant il ne prenait que peu de nourriture à la fois et encore la vomissait il en partie; le thorax ne se dilatait toujours qu'imparfaitement; la voix d'abord naturelle, quand l'enfant ne jettait que de faibles cris, devenait de plus en plus rauque et sourde à mesure que les cris augmentaient; puis elle s'arrêtait tout-à-coup comme épuisée par la fatigue : toux et éternuement rares; quand celui-ci avait lieu, la bouche était béante et il sortait du nez une humeur muqueuse sanguinolente; l'enfant buvait peu et pleurait pendant et après le manger qui était toujours suivi de régurgitation; dans la dix-huitième semaine, développement de l'os maxillaire inférieur avec salivation; dans la vingtième, il survint subitement des vomissemens de matières aigres; arrêt de la nutrition, dépérissement, sans fièvre, constipation cédant avec peine aux lavemens; dans les derniers quinze jours l'estomac rejette les médicamens et les alimens, et la mort arrive par une sorte d'inanition, au milieu de fortes et de longues convulsions.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Larynx d'une petitesse remarquable; ses cartilages, et nommément le thyroïde et la paroi postérieure du cricoïde très-durs et presqu'ossifiés, leurs articulations d'une rigidité contre-nature; même disposition des trois premiers anneaux de la trachée-artère dont le calibre rétréci jusqu'à sa bifurcation ne dépassait pas celui d'une tracée-artère d'un fœtus de six mois. Dilatation naturelle des bronches; ligamens de la glotte durs, parcheminés, tendus, de telle sorte que la pincette en glissant les faisait résonner comme des cordes.

Poumons remplissant toute la cavité des plèvres et recouvrant entièrement le péricarde; remplis d'air, crépitant au toucher, sans adhérences, ni traces d'inflammation, induration, hépatisation, ou de tubercules; se laissant facilement distendre; *mais leur parenchyme était d'une texture plus grossière, plus inégale, présentant en quelque sorte de la ressemblance avec les poumons des batraciens;* la surface était d'un rouge jaunâtre et les coupes intermédiaires d'un rouge jaune foncé; point de sérosité dans les plèvres, très-peu dans le péricarde.

Cœur, gros vaisseaux, thymus, diaphragme à l'état normal; conduit de Botal oblitéré, trou ovale encore ouvert comme chez un enfant nouveau-né.

Estomac et colon transverse météorisés; parois stomacales saines à l'exception du pylore qui était notablement rétréci et entouré, à une ligne du rétrécissement, d'un cercle épais de nature cartilagineuse : intestins grêles vides et affaissés, sains d'ailleurs comme le reste des viscères : le foie un peu plus gros qu'à l'ordinaire, d'une consistance remarquable, foncé en couleur et très-riche en sang.

Il ne peut y avoir de doute sur la nature innée de l'affection des poumons; mais il n'est pas si facile de savoir si ce défaut de conformation était un véritable vice d'organisation, ou bien un effet d'une maladie du fœtus; l'auteur penche pour la première explication. Il est probable aussi que la lésion du pylore se trouvait déjà en germe chez le fœtus; car deux enfans de la même famille avaient déjà succombé, l'un à sept mois, et l'autre à quatre ans, à cette même maladie. M. Rahn-Escher ne se hasarde point à donner des explications sur la cause des vices organiques du larynx et de la trachée-artère, qui paraissent d'ailleurs en rapport avec l'organisation défectueuse des poumons.

La dyspnée nerveuse de la mère pendant la gestation, l'état de congestion assez fréquent de ses poumons, les impressions pénibles qu'elle éprouva au septième mois, pendant la maladie d'un autre de ses enfans atteint du croup, ces circonstances ont-elles influé sur la production de ce vice de conformation? On ne peut s'arrêter qu'à des suppositions plus ou moins plausibles; mais ce qui est plus évident et à l'abri de tout doute, c'est que les poumons de l'enfant, conformés comme nous l'avons vu, ne jouissaient point de toute leur force contractile nécessaire pour chasser l'air inspiré, d'où les difficultés de l'expiration et tous les symptômes qui l'ont accompagnée. La cause de la mort doit être cherchée dans le défaut de nutrition dû à l'altération du pylore.

Il aurait été instructif d'observer combien de temps la vie aurait pu se prolonger, et jusqu'à quel point l'organisme se serait développé avec une respiration aussi imparfaite.

VICE D'ORGANISATION VRAISEMBLABLEMENT CONGÉNITALE DU POUMON DROIT SUR UNE PETITE FILLE DE DEUX ANS ET SIX MOIS.

OBS. II. — L., âgée de 2 ans et demi, d'un caractère inquiet, sujette à de l'anxiété, aux oppressions de poitrine, à de la dyspnée à chaque mouvement du corps un peu forcé, atteinte à plusieurs reprises de catarrhes pulmonaires, fut prise le 16 septembre 1833, de fièvre accompagnée d'une toux rauque et forte et de dyspnée; des sangsues au cou produisirent quelque soulagement. Dans la nuit du 20 au 21 de nouveau fièvre, toux et dyspnée jusqu'à la suffocation. Le 21 au matin, pouls dur, petit, très-fréquent; face pâle, bleuâtre; selles paresseuses; ventre tendu; grande agitation; toux et respiration telles qu'on ne peut plus méconnaître un croup. (Vomitif suivi du rejet de beaucoup de matières visqueuses avec des fragmens de membranes. 8 sangsues au cou; lavemens, calomel, soufre doré d'antimoine et digitale.) Difficultés de la respiration diminuées; mais pouls toujours tendu et fréquent.

Un nouveau vomitif donné le 24 provoque encore une fois l'expectoration d'une grande quantité de mucosités; on remarque que la respiration se fait maintenant plus librement dans la trachée-artère, mais elle s'embarrasse davantage dans la poitrine. L'enfant se couche sans cesse sur le côté gauche et ne prend plus aucun aliment. La faiblesse va en augmentant; affaisement des traits; mort dans la nuit du 25 par paralysie du poumon, avec de légères convulsions.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE 36 HEURES APRÈS LA MORT.

Cœur fort et ferme; toutes ses cavités et les gros vaisseaux remplis de caillots d'un sang noir; conduit et trou de Botal fermés; thymus encore en grande partie conservé.

Poumon gauche adhérent à la plèvre costale, latéralement et postérieurement, et ses différens lobes adhérens entre eux par des bandes ligamenteuses plus ou moins larges et longues de 2 à 2 pouces et demi; tout le poumon surnageant dans l'eau dans son entier ou par morceaux.

Poumon droit entièrement aplati, compact et d'une couleur bleu-noirâtre, allant au fond de l'eau, où, pressé entre les doigts, il ne donne lieu à aucun dégagement de bulles d'air; quelques vésicules superficielles seulement présentent l'aspect et la texture d'un poumon qui a déjà respiré; insufflé, ce poumon offre alors la couleur marbrée d'un poumon sain, mais il s'affaisse aussitôt après; les coupes transversales d'un aspect plus ferme contiennent moins de sang et de sérosité que le poumon gauche; à l'extrémité supérieure du lobe supérieur on remarque une vésicule formée par la plèvre pulmonaire, grande comme une noix, s'amoindrissant par l'insufflation du poumon, entourée d'une foule d'autres petites vésicules de la grandeur d'une lentille.

Vaisseaux du poumon droit plus petits que ceux du côté gauche.

Larynx et partie supérieure de la trachée-artère, contenant, sans plus de traces d'inflammation, des parcelles de concrétions membraneuses et de lymphe plastique mêlées à du mucus bronchial.

Les autres viscères sains; foie hypertrophié.

Il ressort de l'autopsie que l'enfant n'est pas mort du croup : il paraît plutôt avoir succombé à la circonstance suivante : la respiration ne se faisant que par un seul poumon, celui du côté gauche pouvait bien se continuer pendant l'état de santé, sans beaucoup d'obstacles; mais elle ne pouvait plus suffire dans un état de fièvre intense comme l'est celle qui accompagne le croup. On sait combien, dans cette maladie, la respiration s'accélère, devient plus fréquente, plus intense, plus profonde; dans ce cas le poumon, qui seul fonctionnait, devenant insuffisant

à l'acte respiratoire, l'enfant a dû mourir par asphyxie ou par paralysie pulmonaire.

Le phénomène le plus remarquable est sans contredit l'état du poumon droit : cet état avait-il toujours existé sans maladie antécédente? la respiration n'avait-elle jamais eu lieu, ou rarement, ou d'une manière incomplète? cette disposition était-elle le résultat d'une maladie fatale ou d'une affection survenue après la naissance?

Nous avons vu le poumon droit présentant entièrement les dispositions d'un poumon qui n'a point respiré. La texture anormale était donc le résultat d'une altération survenue pendant la vie fœtale, et non le produit d'une inflammation développée dans les premiers momens de la naissance ; car, dans ce cas, il y aurait eu nécessairement hépatisation, dont l'état que nous avons décrit se distingue par l'affaissement complet de l'organe, son altération de texture uniforme et s'écartant peu de la configuration normale, par la facile expansion de toutes les parties du parenchyme au moyen de l'insufflation; par la possibilité de ces parties de surnager à la surface de l'eau, enfin par la couleur et la rareté du sang.

Une autre preuve que l'altération du poumon gauche a dû préexister à l'acte de la naissance, c'est la difficulté extrême que la respiration a éprouvée à s'établir, ainsi que la gêne qui l'a constamment accompagnée.

A quelle époque cette altération de structure du poumon a-t-elle eu lieu? à un terme assez rapproché de la naissance, si nous consultons le développement régulier et la convexité parfaite du thorax, et si nous faisons attention que le poumon malade avait acquis son volume naturel.

La cause de cette lésion organique est plus difficile à constater. La placerons-nous, avec l'auteur, dans une congestion sanguine de l'organe pulmonaire, si fréquente pendant la vie fœtale et les premiers temps de la vie extra-utérine. En effet, il arrive souvent qu'à la suite de ces sortes de congestions, les poumons s'engorgent pour ainsi dire, se farcissent de matières muco-séreuses, et par là deviennent, au moment où la respiration vent s'établir, imperméables au passage de l'air. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer le genre d'altération extrêmement remarquable qui nous a occupés dans la présente observation.

TUMEUR ET INDURATION CONGÉNITALES DU FOIE.

Obs. III. — H., âgé de 3 ans, né d'un père affecté d'engorgemens des viscères du bas-ventre, apporta en naissant une tumeur très-dure occupant le lobe gauche du foie; en même temps respiration très-pénible. Le quatrième jour, ictère général qui se dissipe bientôt, mais l'induration persiste. Respiration continuellement bruyante et laborieuse. A dix-huit mois varicelle accompagnée de fièvre intense, se jugeant par une diarrhée muqueuse; diminution du volume du foie et respiration plus libre. Plus tard et pendant plus d'une année, exanthème cutané de forme herpétique, psorique et faveuse; à l'âge de 3 ans, pneumonie intense suivie de laryngite; les deux maladies cèdent aux antiphlogistiques et aux vomitifs; mais il reste de l'aphonie pendant quelques semaines. Cependant il s'établit des selles abondantes et nombreuses, bilioso-muqueuses, à la suite desquelles l'aphonie disparait; la respiration devient entièrement libre et l'induration du foie s'efface complétement. La peau se nettoie et redevient souple, et la constitution du petit malade prend de la force et du développement.

Trois choses sont à remarquer dans cette observation : d'abord le cas si rare d'une induration congénitale du foie, ensuite les rapports physiologico-pathologiques qui ont existé entre cet organe, les poumons et la peau. Enfin nous voyons ici une nouvelle preuve de la puissance curative de la fièvre dans les affections de longue durée. En effet, la diminution du moins appréciable du volume du foie s'est faite à deux reprises différentes, et chaque fois à la suite d'un mouvement fébrile très-intense.

SUR LA NÉCESSITÉ D'INSPECTER LES CADAVRES, ET SUR L'UTILITÉ DES MORGUES ET MAISONS DE DÉPÔT; par le docteur HEYFELDER.

M. Heyfelder, après avoir rappelé de nouveau quelques-uns de ces exemples effrayans de malheureux enterrés vivans, qui n'ont trouvé la mort que dans le tombeau et au milieu des angoisses les plus terribles du désespoir, indique, comme le seul moyen de prévenir ces horribles accidens, d'avoir des gens instruits pour examiner les cadavres. Il propose à cet effet différentes mesures de police, et, entre autres, la formation d'une corporation d'inspecteurs de morts pour lesquels on ouvrirait des écoles, et qu'on soumettrait à un examen préalable, comme cela a lieu pour les sages-femmes, et en Prusse pour les garde-malades; ils auraient des émolumens fixes et cumuleraient, dans les petites communes, les fonctions de garde-malades. On pourrait encore publier des manuels et catéchismes pour l'instruction des sages-femmes et des garde-malades.

La visite des cadavres deviendrait ainsi une mesure de police qui permettrait souvent d'arriver sur la voie de meurtres et de crimes qui échappent à l'œil de la justice, de ces morts, par exemple, de vieillards que des enfans dénaturés laissent périr d'inanition, ou d'enfans qui succombent aux mauvais traitemens infligés par une marâtre.

Ce serait encore un frein jeté aux efforts du charlatanisme, et le meilleur moyen de soulever le voile qui couvre ses sourdes menées.

Un relevé exact et l'appréciation des divers genres de morts permettraient de plus de connaître les maladies régnantes, et parfois le génie épidémique de certaines saisons ou de quelques localités.

L'auteur termine son mémoire en faisant un appel aux gouvernemens pour la création de semblables institutions. Cet appel a déjà été entendu par les autorités de la principauté de Sigmaringen, qui, nous l'espérons, trouveront des imitateurs dans les autres pays.

D'UNE SÉCRÉTION ANORMALE DE LAIT PAR LE SCROTUM.

Ce fait, rapporté par M. le docteur François Koller, dans sa dissertation inaugurale, la première qui ait été présentée à l'université de Züric, n'a d'analogue dans la littérature ancienne et moderne qu'une seule observation, décrite par M. le docteur Müller de Wurzbourg, et insérée dans le *Journal de Hufeland* (vol. LIV, cah. 2, p. 81).

Obs. — H. V., âgé de 21 ans, livré aux travaux de la campagne, jouissant d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 15 ans, commença à cette époque à se plaindre de malaise, de lassitude, inappetence, chaleur brûlante, peau sèche. Quelques jours après il se manifesta à la cuisse et à la jambe droites une éruption de taches rouges, circonscrites, peu élevées au-dessus de la peau et en partie disséminées, occasionant une douleur brûlante de la peau; l'exanthème et la fièvre ayant disparu, il se développa au pied une tuméfaction qui envahit bientôt toute l'extrémité, et s'accrut au point que le membre acquit le double de son volume ordinaire; la peau était blanche, luisante, et conservait la marque des impressions digitales; il n'y avait plus ni chaleur, ni douleur, mais seulement un sentiment de pesanteur. Cette tuméfaction persista pendant quelque temps, sans influer en rien sur l'état général du malade. Parfois la tumeur se vidait par deux petits orifices, qui s'étaient formés au-dessus du ligament de Poupart à la face interne de la cuisse, et qui paraissaient être deux pores dilatés d'où s'échappait de temps à autre une quantité plus ou moins grande d'un liquide blanc, visqueux, transparent et parfois un peu trouble; quand la tuméfaction diminuait, l'exanthème reparaissait; à ces symptômes s'était joint depuis dix-mois mois un ulcère occupant la jambe droite et laissant suinter une humeur âcre et caustique. Ainsi se passèrent trois années sans aucun changement dans l'état du malade, bien que beaucoup de médicamens eussent été employés. Les parties génitales qui avaient toujours été peu développées et d'une petitesse extrême (jamais il n'y avait eu d'érection), commencèrent, d'abord le scrotum, puis le pénis, à prendre un accroissement extraordinaire; le scrotum surtout devint extrêmement volumineux et distendu. Bientôt on aperçut à la face externe des petites vesicules lenticulaires, jaunâtres, plus serrées à droite qu'à gauche, qui finirent par s'ouvrir et laissèrent suinter une humeur lactée en très-grande abondance. Dès ce moment on vit s'écouler aussi, su tout quand on pressait sur le scrotum, un liquide de même nature par les orifices poreux situés à la région supérieure de la cuisse. Cette sécrétion, le plus souvent de nature réellement laiteuse, présentait parfois aussi un aspect plus séreux. Quoique cette excrétion ne fût pas continue, la tumeur augmentait cependant de volume, chaque fois à la troisième ou quatrième semaine; alors douleurs dans les lombes et les aines; élancemens passagers au scrotum; et lorsque le malade marchait ou se tenait debout, il s'écoulait une plus ou moins grande quantité de cette humeur laiteuse qui pouvait bien aller de deux à trois livres.

Depuis la maladie du scrotum l'ulcère de la jambe s'était fermé et la tuméfaction de toute l'extrémité avait beaucoup diminué.

Le 23 août 1833, le malade fut admis à l'hôpital de Züric; le scrotum était tuméfié et comme rempli d'une humeur graisseuse, semblable au toucher à une mamelle de femme, molle, indolente et conservant légèrement la trace des impressions digitales; peau du pénis gonflée; prépuce formant un phimosis incomplet, couleur de ces parties plus foncée que d'ordinaire; corps caverneux petits, courts, rétractés vers l'arcade des pubis; testicules également petits et rétrécis vers l'anneau inguinal; larynx peu proéminent, sans que la voix eût cependant un timbre féminin. Barbe et poils du pubis délicats et clair semés; extrémité droite un peu plus volumineuse que la gauche. Pendant le séjour de ce malade à l'hôpital, la sécrétion de l'humeur laiteuse par le scrotum, annoncée par les symptômes précurseurs ordinaires, eut lieu dans les premiers jours où il s'en écoula plus de trois livres.

Le 30 août, nouvel accès de fièvre, agitation, insomnie, puis enfin apparition de l'exanthème ortié à la cuisse droite.

Le 11 septembre, nouvel écoulement de près d'un demi-litre de l'humeur scrotale qui, cette fois, ne présentait ni la même consistance, ni la même blancheur, ni la même douceur, et répandait comme une odeur de sperme.

L'exanthème de la cuisse, le gonflement du scrotum et l'excrétion laiteuse alternèrent encore plusieurs fois pendant les mois de septembre et d'octobre; cependant la tuméfaction du scrotum et de la peau du pénis diminuèrent notablement, de même que la quantité du liquide, qui devint trouble et d'une nature plus séreuse.

On ne peut admettre dans cette affection rien d'inflammatoire, ni aucun travail de suppuration ou d'induration de la part des organes situés dans le bassin; il n'y eut pas non plus de symptômes de fièvre hectique. L'excrétion de l'humeur laiteuse était plus abondante pendant

la station que dans la position couchée ; ni la ligature de la cuisse ni la pression sur la région inguinale ne la diminuaient, tandis qu'on l'augmentait en comprimant le scrotum ; les selles et l'urine avaient toujours été régulières ; il n'y a donc aucun doute que le scrotum était exclusivement le siége de cette sécrétion anormale si remarquable. Par l'effet de quelle cause morbide ? Nous l'ignorons ; mais toujours est-il qu'il existait entre cette sécrétion et la tuméfaction, l'exanthème et l'ulcère de l'extrémité droite, un rapport de causalité intime et réciproque. Enfin, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la nature laiteuse de l'humeur sécrétée, que l'inspection microscopique et l'analyse chimique ont mise hors de toute contestation. Nous essaierions en vain de donner ici une explication de ce curieux phénomène.

FISTULES URINAIRES AU SCROTUM AVEC RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE, A LA SUITE D'UNE BLENNORRHAGIE MAL TRAITÉE ; PLUS TARD, RÉTRÉCISSEMENT DE L'OESOPHAGE COMME MALADIE CONSÉCUTIVE A L'AFFECTION BLENNORRHAGIQUE. Observation lue à la quarante-septième séance de la Société médico-chirurgicale du canton de Züric, par M. le docteur MULLER, médecin à Eglisau.

OBS. N., boucher, âgé de 50 ans, fut affecté à 47 ans, à la suite d'une blennorrhagie mal traitée, d'un rétrécissement du canal de l'urètre avec fistules urinaires au scrotum, s'accompagnant de fièvre hectique. Le sel ammoniac à l'intérieur, des soins chirurgicaux appropriés, un régime et une diète convenables firent bientôt disparaître ces graves inconvéniens, à l'exception d'un orifice fistuleux très-mince à travers lequel suintait parfois, après l'émission des urines, une humeur qui en avait l'odeur.

Deux ans plus tard N. fut pris, par un refroidissement, d'une inflammation du pharynx à la suite de laquelle il lui resta une sensation comme si les alimens, arrivés au milieu de l'œsophage, ne pouvaient plus descendre ; il était alors obligé d'avaler un second morceau pour chasser le premier. Les liquides tombaient dans l'estomac avec un bruit de gargouillement ; l'appétit qu'il ne pouvait du reste satisfaire, était bon, la fièvre nulle, mais l'amaigrissement sensible. Le sel ammoniac à l'intérieur fut encore ici employé avec succès pendant plusieurs semaines en même temps que des frictions mercurielles sur le cou ; mais le malade n'ayant plus voulu continuer ce traitement et s'étant de nouveau exposé aux intempéries de l'air, les anciennes difficultés de la déglutition s'exaspérèrent au point que les alimens solides ne pouvaient plus passer ; on introduisit avec précaution dans l'œsophage une bougie mince qui ne put franchir l'endroit rétréci. Le calomel et la ciguë permirent de nouveau de faire passer une bougie de deux lignes, après quatorze jours de leur administration, et une de six lignes, après six semaines. Le malade put aussi derechef avaler du pain frais et de la viande, que, si elle s'arrêtait parfois en route, on faisait descendre au moyen de la bougie.

Au bout de quatre mois le rétablissement parut complet ; à la vérité le trajet fistuleux du scrotum ne s'était point fermé, mais l'urine s'échappait par un jet satisfaisant. Jamais N. n'avait voulu subir d'opération.

Après quelques mois d'une guérison apparente, nouvelle inflammation de la gorge qui laisse à sa suite les mêmes incommodités de la déglutition contre lesquelles tous les moyens employés précédemment viennent échouer. Le rétrécissement de l'œsophage augmente bientôt au point de ne plus laisser passer de bougies ; les liquides seuls descendent encore, et cela avec grande difficulté et en s'accompagnant d'un sentiment d'anxiété et d'une toux violente. A ces symptômes vient se joindre de nouveau un état de dysurie avec sensibilité exaltée de la vessie et émission par gouttes des urines.

Enfin la mort arrive après quatre mois de souffrances.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE.

Œsophage squirrheux à sa partie moyenne dans une étendue de deux pouces, et épaissi au point de ne laisser passer qu'une sonde extrêmement mince ; la masse squirrheuse comprimait jusqu'à sa bifurcation la trachée-artère dont elle effaçait ainsi la lumière. Perforation de l'œsophage de la grandeur d'un pois, pénétrant également la paroi latérale du larynx. Ainsi s'explique, par le passage des liquides à travers cette communication, ces effroyables quintes de toux auxquelles le malade était en proie dans les derniers temps de sa vie.

Poumons adhérens, dans toute leur circonférence, aux parties circonvoisines, contenant quelques tubercules plus ou moins gros, mais non certain nombre ramollis, mais non encore ulcérés.

Colon rétréci jusqu'à la grosseur du petit doigt, mais sans épaississement de ses parois, ni véritable constriction.

Vessie petite, contractée, contenant à peu près une demi-chopine d'une urine blanche, floconneuse, fétide. Sa muqueuse sphacélée. Rein gauche de moitié plus petit que le droit, sans altération de tissu.

M. le professeur Schœnlein, présent à la lecture de cette observation, fait remarquer que les symptômes qui y sont décrits sont parfaitement analogues à ceux rapportés par le chancelier d'Autenrieth, qu'ils confirment en quelque sorte. Ce genre de rétrécissement, comme affection consécutive de la blennorrhagie, n'affecte pas seulement l'œsophage, mais encore la trachée-artère ; surtout il se développe parfois après l'emploi du copahu et du poivre cubèbe une laryngite intense qui peut souvent bientôt devenir mortelle. De pareils rétrécissemens se rencontrent parfois aussi au rectum, à la suite de la blennorrhagie. M. Schœnlein en conclut qu'il existe un virus blennorrhagique, de même qu'un virus chancreux, ainsi que Ritter l'a démontré le premier.

Le traitement suivi ici, d'après les préceptes du docteur Fischer, est une des méthodes les plus énergiques à employer contre les rétrécissemens : elle se rapproche beaucoup de celui du docteur Eisenmann, qui unit encore au sel ammoniac l'hydrochlorate d'ammoniaque et de fer.

D'UNE ÉPIZOOTIE ACTUELLEMENT RÉGNANTE PARMI LES RENARDS ET DE LA MALADIE DE LA RAGE EN GÉNÉRAL, par M. le docteur J.-Rodolphe KŒCHLIN, à Züric.

Il règne en Suisse, au pied du Jura, et dans quelques parties de la confédération germanique, depuis la fin du siècle dernier, une épizootie parmi les renards qui, à cause de sa parfaite ressemblance avec la rage et des accidens analogues auxquels elle a déjà donné lieu, mérite de fixer l'attention des médecins et des autorités chargés de la surveillance de la santé publique.

Les auteurs anciens ne parlent point de cette maladie, et ce n'est que dans Le Camus, Rougemont et Richter qu'on en trouve les premières notions (1).

La première épizootie a été observée dans les années 1780, aux environs de Francfort-sur-le-Mein. Depuis cette époque, cette maladie s'est montrée successivement dans le canton de Vaud en 1803 ; dans le Wurtemberg, dans les années 1804, 6, 8, 9, 15, 17, et surtout en 1827, dans les forêts du Spessart et dans le cercle du Haut-Danube (Bavière) en 1819 et 20 ; dans le Voralberg en 1820 et 21 ; sur les hauteurs du Mont-Tonnerre et le long des rives boisées de la Lahn, en 1823 et 25 ; enfin en Suisse, et particulièrement dans les cantons de Züric, Argovie, Lucerne, Glaris, Saint-Gall et Turgovie de 1809 à 1812, et depuis 1819 jusqu'à ces derniers temps.

La dernière épizootie, à laquelle s'arrête le docteur Kœchlin, a régné dans le canton de Züric depuis mars jusqu'en novembre 1834. Plus de trois cents renards ont été abattus dans le courant de l'année, et un tiers déclarés atteints ou suspects de la rage. Quelques chiens et blaireaux, et un plus grand nombre de chats, se sont rencontrés également affectés ou suspects.

Les symptômes pendant la vie et les lésions cadavériques ne sont pas toujours les mêmes. Cette diversité peut s'expliquer par la différence d'époque à laquelle ces animaux ont été tués ou ont succombé à la maladie ; il n'est d'ailleurs pas impossible que la rage idiopathique, chez les animaux, accompagne des maladies de formes diverses ou s'y associe.

Cependant on a remarqué qu'un des phénomènes constans, chez les renards atteints de cette maladie, c'est l'absence totale de cette peur devant les hommes et les animaux domestiques qu'ils montrent dans leur état de santé ; ils viennent sur des chemins battus, s'approchent des habitations, des hommes et des animaux ; le plus grand nombre est dans un état de stupeur et d'absence de connaissance ; ils marchent en vacillant, le regard fixe et hagard, et tombent épuisés quand ils ont fait un certain trajet ; ils ne paraissent point s'apercevoir de la présence de l'homme ou des animaux domestiques, sont insensibles aux cris, aux pierres et aux coups, et se laissent assommer sans résistance. D'autres essaient de fuir ; si la faiblesse les en empêche, ils s'arrêtent devant leur adversaire en grinçant des dents et en le regardant d'un œil farouche ; ils cherchent à se défendre et mordent après tout ce qui les approche. D'autres encore prennent une attitude plus menaçante, courent droit sur l'homme ou sur les animaux domestiques, et s'efforcent de les mordre jusqu'à ce qu'ils tombent épuisés ou qu'on soit parvenu à les tuer.

Le résultat de plus de soixante ouvertures cadavériques a été que, dans quelques cas, on n'a trouvé aucune altération ; mais que dans la plupart on a rencontré des signes d'inflammation plus ou moins avancée, passés souvent à l'état de gangrène ou de désorganisation, tantôt dans toutes les cavités, tantôt dans une ou deux seulement, affectant ici un seul organe, là plusieurs ou tous à la fois.

Le *cerveau et ses méninges* n'ont pu être examinés dans tous les cas. Dans quelques rapports, on les indique comme parfaitement sains ; d'après d'autres, le cerveau était ramolli ; dans un cas, plus ferme qu'à l'ordinaire, les méninges injectées, leurs vaisseaux et ceux du cerveau gorgés d'un sang noirâtre. Le cerveau et les enveloppes d'un chat mort de la rage présentaient une teinte noirâtre.

La *moelle épinière* ne fut pas non plus examinée dans tous les cas ; d'ailleurs, dans certaines circonstances, mêmes signes de congestion et d'inflammation qu'au cerveau ; quelquefois aussi ramollissement. Dans un cas, aspect bleuâtre de la moelle allongée dans quelques endroits ;

(1) Franque. Uber die seuche unter den Füchsen und andern Raubthieren in den Jahren 1823 bis 1826, etc. Francfort-s.-M. 1827. S. 136.

dans un autre, épanchement d'un liquide rougeâtre dans la cavité rachidienne. La moelle a été trouvée aussi à l'état normal.

La *muqueuse du nez*, *du pharynx et de la trachée-artère*, dans certains cas, rouge ou enflammée, en totalité ou en partie, à des degrés plus ou moins intenses; parfois inflammation très-vive des voies aériennes à l'extérieur et à l'intérieur, d'un rouge foncé tirant sur le bleu, et accompagné de taches noirâtres; tuméfaction des follicules muqueux de la trachée; dans un cas, présence d'une écume sanguinolente dans le canal aérien.

Les *poumons* sont boursoufflés; ces organes, ainsi que la plèvre, partiellement ou totalement enflammés; le poumon droit d'un rouge foncé; le gauche d'un rouge plus clair; l'un ou l'autre ou tous deux marbrés à l'extérieur, rouges, cramoisis, rouges-noirâtres, noirs ou pâles et cendrés en quelques points, gorgés d'un sang noir et marqués de taches ou raies noires ou de plaques gangréneuses. Dans un cas on trouva, dans le parenchyme pulmonaire, des points indurés, jaunes blanchâtres, de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noisette.

Le *cœur*, dans beaucoup de cas normal, quelquefois flasque, flétri, enflammé, les oreillettes et le ventricule droit d'un rouge foncé, noir; ce dernier et les gros vaisseaux veineux, remplis d'un sang noir, coagulé.

Les *muqueuses buccale et pharyngienne*, très-souvent fortement injectées; ces parties en général enflammées, d'un rouge brun foncé, et parsemées de taches noirâtres; *gencives* et *palais* desséchés, gris-bleuâtres, livides, noirs; *langue* tuméfiée, très-rouge à sa base. Dans aucun des rapports il n'est question des *vésicules de Marochetti* ni de l'*état de l'œsophage*.

L'estomac et le canal intestinal, dans quelques cas entièrement vides, le premier contracté; d'autres fois météorisés et enduits d'un mucus gluant, jaune, rougeâtre, vert foncé ou noir; contenant une bouillie blanche, grisâtre, verdâtre, noire, semblable au goudron, et d'une odeur extrêmement fétide; dans un cas, on trouva un ténia dans le duodénum, et dans d'autres, des vers lombrics; mais le plus souvent il y avait des traces d'inflammation, et parfois de gangrène. Une fois, les gros intestins présentèrent un aspect naturel, tandis que les intestins grêles étaient enflammés; dans un autre cas, les membranes étaient plus pâles, et dans un troisième, entièrement jaunes.

Le *foie*, dans presque tous les cas enflammé à un très-haut degré ou passé à l'état de gangrène et de putrilage; dans un cas, c'étaient les *poumons* qui présentaient ces signes d'*inflammation charbonneuse*, tandis que le foie était resté sain. On put observer encore un engorgement, une augmentation de volume de cet organe; son parenchyme était friable, facile à déchirer et à broyer, et répandait ainsi une odeur fétide insupportable. Vésicule du fiel tantôt vide, ou ne contenant qu'un peu de bile très foncée, le plus souvent remplie d'une bile altérée, ayant toutes les couleurs, et très-fétide.

La *rate*, dans quelques cas saine, mais plus fréquemment enflammée en totalité ou en partie, et passée à la dégénérescence gangréneuse; son parenchyme noir, violet, très-friable. On n'observa point de *pustules gangréneuses (milzpusteln)*.

Le *mésentère*, les *épiploons*, le *péritoine*, les *reins*, la *vessie*, dans quelques cas seulement offrirent des signes de congestion ou d'inflammation; les deux derniers organes quelquefois gangrenés.

Dix chats enragés ou suspects, 2 chiens enragés et 2 blaireaux suspects ont présenté les mêmes altérations cadavériques que celles que nous venons de décrire.

Dans cette multitude de résultats si variés, distinguons trois groupes bien tranchés :

1° Les cas où l'on n'a trouvé aucune altération des viscères.

2° Ceux où les viscères, et surtout les viscères situés derrière le péritoine, ont présenté des traces d'inflammation gangréneuse.

3° Ceux enfin où le cerveau, la moelle épinière, la bouche, le pharynx et le larynx étaient enflammés, sans gangrène ou avec gangrène superficielle.

Dans le premier cas, la maladie aurait été *une affection nerveuse pure*. Dans le second, elle porterait tous les caractères anatomiques d'une fièvre charbonneuse (*milzbrand* des Allemands); dans le troisième, ceux de la rage.

Maintenant il reste à décider, et c'est là le point important de la question, si la maladie dont nous venons d'énumérer les symptômes et les altérations cadavériques, est la même que la rage.

Jusqu'ici deux circonstances se sont toujours opposées à ce que les nombreuses recherches faites sur la nature de cette maladie produisissent un résultat positif. La première, c'est que les lésions cadavériques n'ont pas toujours été trouvées les mêmes; la seconde, qu'on a souvent pris pour l'affection elle-même, des phénomènes morbides qui n'en sont que des symptômes.

Dans l'épizootie que nous venons de décrire, les ouvertures cadavériques ont dans la plupart des cas fait découvrir des traces d'inflammation ou de gangrène. Cependant, dans certains cas, pas trop rares, on n'a absolument rien trouvé; et *tous ces animaux* avaient succombé ou avaient été abattus présentant des symptômes analogues et caractérisant une seule et même maladie. D'ailleurs, n'en est-il pas ainsi de beaucoup d'affections qui ont leur point de départ dans le système nerveux, et après l'issue funeste desquelles on ne rencontre aucune trace d'altération organique? Plus tard, nous verrons comment l'auteur considère la nature de la rage ou de la présente maladie des renards. L'absence d'altérations organiques ne met donc pas en droit de conclure qu'il n'y avait point en affection rabiéique.

On a ensuite fréquemment confondu la *rage* et l'*hydrophobie* comme deux états morbides identiques, et pris l'une pour l'autre, de telle manière que là où il n'y avait point *hydrophobie*, on niait ou on mettait en doute l'existence de la *rage*. C'est une erreur très-grave et qui a souvent pu conduire aux conséquences les plus funestes. L'*hydrophobie* n'est point un symptôme constant de la rage; chez l'homme, on la rencontre très-souvent, mais non dans tous les cas. Selon Hertwig (1), elle ne s'observe pas plus fréquemment chez les chiens que chez les autres animaux qui n'appartiennent pas à la race canine, et auxquels la rage a été communiquée. Un symptôme plus constant que l'*hydrophobie*, et qu'on a pu confondre avec elle, c'est l'impossibilité absolue qu'éprouvent les animaux enragés d'avaler des liquides, et particulièrement l'eau, à cause de la constriction convulsive, du resserrement spasmodique des organes de la déglutition.

La *rage* et l'*hydrophobie* ne sont que des symptômes d'une maladie que l'on désigne tantôt sous l'une, tantôt sous l'autre de ces dénominations : *espèce de typhus d'une nature particulière*, propre, comme *affection idiopathique*, à la race canine, s'accompagnant d'un état de *délire furieux caractérisé par un besoin irrésistible de mordre*, et qui, arrivé à un certain degré de développement, *devient contagieux*.

Les signes cadavériques, dans cette maladie, sont les mêmes que ceux que nous avons énumérés dans l'histoire de l'épizootie qui nous occupe; les traces d'inflammation et de ses suites, de même que la gangrène ou dégénérescence charbonneuse des organes se rencontrent dans certains cas, mais manquent dans d'autres, surtout dans les premières périodes de la maladie.

Les phénomènes morbides de la *rage*, que nous pourrions maintenant appeler *typhus des chiens*, et ceux de la maladie actuelle des renards offrent également une grande analogie, et on a des exemples de morsures de renards qui ont communiqué la maladie à des hommes ou à des animaux domestiques (2).

Il en résulte donc que l'épizootie actuelle des renards et la rage sont la même maladie, et que si parfois on a observé une grande diversité dans les symptômes et les altérations cadavériques, cela dépendait des différentes époques plutôt que de la diversité de nature de la maladie.

Pour se résumer, M. le docteur Kœchlin pose les conclusions suivantes :

1° L'épizootie actuellement régnante parmi les renards est un *typhus d'une espèce particulière*, propre seulement aux animaux de la race canine, comme *maladie idiopathique*, mais pouvant se communiquer par *voie de contagion* à l'homme et aux animaux des autres espèces.

2° Ce *typhus* présente dans ses diverses périodes, et chez différens animaux, un nombre et une variété de phénomènes morbides et d'altérations cadavériques plus ou moins grands.

3° Il s'y associe souvent un *délire furieux*, une *typhomanie* qui se caractérise par *la fureur de mordre*, *la rage*.

4° L'animal atteint de ce typhus périt souvent par la force du mal, ou d'une manière violente, avant que la propriété *contagieuse* ait pu se développer. Dans ces cas, la morsure de ces animaux n'est pas dangereuse; cependant, comme ces cas sont difficiles à déterminer, il est plus prudent d'agir comme si la morsure était contagieuse.

(1) Beitrage zur nahern Kumtniss der Wüthkrankheit oder Tollheit der Hunde. Berlin, 1829, pag. 36 et suiv.

(2) Un bœuf, mordu au museau par un renard atteint de la maladie régnante, devint enragé le lendemain et succomba le surlendemain. (Thurgauer Zeitung, 1834, n° 84.)

Un cas plus triste et plus digne d'intérêt est celui d'une jeune fille du canton des Grisons, qui fut mordue par un renard et mourut de la rage, malgré les soins qui lui furent administrés. (Bündner Zeitung, 1834, n° 94.)

5° Le traitement, en pareille occasion, se bornera à pratiquer un ulcère artificiel à l'endroit mordu, à une alimentation douce et à l'emploi de diaphorétiques légers.

II. RUST'S MAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le troisième cahier du quarante-troisième volume (1) contient : 1° un article *sur l'emploi de l'indigo contre l'épilepsie*, par le docteur Ideler; 2° un *rapport général sur le choléra qui a régné dans le cercle de Dusseldorf pendant l'année* 1833; 3° une *description d'une machine nouvelle pour le pied-bot*, par le professeur Seerig, à Breslau; 4° *mélanges*.

SUR L'EMPLOI DE L'INDIGO CONTRE L'ÉPILEPSIE, par le docteur IDELER.

La GAZETTE MÉDICALE est le premier journal en France qui ait fait mention de ce nouveau médicament. M. Ideler, médecin des aliénés et des épileptiques à l'hôpital de la Charité de Berlin, publie aujourd'hui un long travail sur cette matière. Nous ne le suivrons pas dans une première discussion toute théorique sur les maladies des nerfs en général et sur l'épilepsie en particulier. Nous passons tout de suite à ce qu'il dit de l'action de l'indigo sur l'économie animale. Les premiers effets après l'ingestion de ce médicament sont des nausées et des vomissemens; comme l'indigo n'a aucune odeur ni saveur particulières, l'auteur attribue ces symptômes au dégoût qu'éprouvent les malades à prendre cette substance en poudre delayée dans de l'eau; au moyen de la poudre aromatique, et sous forme d'électuaire, on est parvenu à la rendre moins nauséabonde. Les vomissemens sont en général peu fatigans, mais se répètent parfois au point de troubler la digestion et d'en nécessiter la suspension; ordinairement après quelques jours, mais parfois plus tard, les vomissemens cessent et l'appétit revient.

La diarrhée qui survient pers ste pendant tout le temps de l'administration de l'indigo sans diminuer en rien les forces du malade; elle est quelquefois accompagnée de légères coliques; 3 à 6 selles par jour, d'abord séreuses, plus tard pultacées et plus ou moins colorées en indigo. La diminution de la diarrhée est quelquefois suivie d'un léger désordre dans la digestion, de vertiges, et dans un cas même on fut obligé de recourir à un purgatif pour combattre la constipation. L'urine, pas plus copieuse qu'à l'ordinaire, a une couleur particulière tirant sur le brun; l'analyse chimique n'y a fait découvrir rien de particulier.

Au commencement de l'administration de l'indigo, les attaques épileptiques paraissent augmenter chez quelques malades, en sorte que l'auteur aurait été tenté d'en discontinuer l'usage, si l'expérience ne lui avait appris que précisément dans ces cas-là il survenait une amélioration. M. Ideler donne la prescription suivante :

Prenez : Indigo en poudre, 1/2 once,
Poudre aromatique, 1/2 gros,
Sirop simple, quantité suffisante.

Pour faire un électuaire; d'abord à prendre en deux jours, plus tard en un seul; on peut même porter la dose d'indigo à 6 et 8 gros par jour.

Vingt-six épileptiques ont été traités par ce moyen; sur ce nombre, 6 furent radicalement guéris sans récidive, 3 éprouvèrent une récidive après un espace de temps de huit à douze mois, et dans des circonstances qui auraient suffi pour provoquer cette maladie chez des individus disposés aux affections nerveuses; chez 11, il y eut une amélioration notable; mais ces derniers quittèrent l'hôpital avant l'entière guérison; chez 6 seulement l'indigo resta sans succès. Ce travail est appuyé par quelques observations.

III. MEDICINISCHE ANNALEN.

Ce journal est la continuation des Annales Cliniques de Heidelberg. Le 1er cahier du 1er volume contient : 1° *Clinique de chirugie et des maladies des Yeux à l'Université de Heidelberg, pendant les années* 1830-1834; par le professeur Chelius. Nous rendrons compte à part de cet intéressant travail; 2° *Observations sur l'action de la strychnine*, par le docteur Schaible. 3° *Remarques sur la nature et le traitement de la coqueluche*, par le docteur Schürmayer. L'auteur, d'accord avec le plus grand nombre de médecins de notre temps, place le siége de cette maladie dans le nerf vague. 4° *Quelques remarques sur la réduction des hernies étranglées*, par le docteur Diez.

(1) Dans notre dernière revue des journaux allemands, p. 310, 1re col., 31e ligne, lisez : Premier et deuxième cahiers du quarante-troisième volume, au lieu de : Premier du quarante-cinquième volume. *N. du R.*

OBSERVATIONS SUR L'ACTION DE LA STRYCHNINE, par le docteur SCHAIBLE.

Nous avons déjà en à plusieurs reprises occasion de parler de l'efficacité de ce remède contre les paralysies. M. Schaible cite ici quatre nouvelles observations suivies de guérison.

1° Paralysie començante et atrophie de l'extrémité inferieure droite.

2° Paralysie complète des deux extrémités inférieures.

3° Affection épileptique chez un garçon dont le bras droit commençait à s'atrophier.

4° Incontinence d'urine.

QUELQUES REMARQUES SUR LA RÉDUCTION DES HERNIES ÉTRANGLÉES par le docteur DIEZ.

Dans cet article l'auteur cherche à démontrer que les grands maîtres ont trop restreint les cas où l'on doit employer le taxis; que surtout à la campagne il ne faut pas négliger avant d'avoir recours à l'opération; il dit avec raison, qu'on peut le tenter dans toutes les circonstances et à toutes les époques, excepté dans les cas de gangrène.

Il l'a employé dans huit cas de hernies crurales, 4 fois chez la femme et 4 fois chez l'homme (1), et dans 13 cas de hernies inguinales toutes chez l'homme, dont 10 sur des vieillards chez lesquels la hernie était ancienne (dans le nombre un malade portait une hernie double); chez le 11e qui avait une hernie ancienne d'un côté, la nouvelle au côté opposé s'était étranglée dès sa naissance; chez les deux derniers, de 17 à 20 ans, les hernies qui étaient vieilles s'étaient étranglées dès le commencement.

Chez tous ces malades le taxis a parfaitement réussi, malgré les circonstances les plus défavorables, et où peut-être une opération qui n'aurait rien laissé à désirer quant à son exécution, aurait pu entraîner la mort; surtout chez le malade affecté d'hydrotorax. M. Diez entre alors dans de longs détails, sur la manière de faire le taxis, et propose de l'exécuter de la manière suivante: après avoir donné une bonne position au malade, il embrasse soit d'une main, soit de deux mains, aussi complètement que possible, toute la tumeur, et exerce sur elle une compression uniforme, puis il pétrit successivement avec les doigts tantôt un point, tantôt un autre pour revenir de nouveau à une compression générale et méthodique; il continue ainsi à pétrir et à comprimer alternativement jusqu'à ce qu'il soit parvenu à ramollir ou à flétrir, comme il s'exprime, toute la tumeur. Ces manipulations ont ordinairement pour résultat, d'un côté, de détendre un peu la tumeur, et de l'autre de faire rentrer dans le ventre une portion des matières contenues dans l'intestin hernié, ce qui est toujours annoncé par un gargouillement d'un pronostic favorable. L'auteur insiste surtout pour qu'on continue encore pendant un certain temps de poser la main à l'endroit qui correspond à l'anneau, afin de s'assurer de la réduction complète de la hernie, qui ne manquerait pas de reprendre du volume et de la dureté, si elle avait de la tendance à se reproduire. M. Diez ne veut pas qu'on se borne au taxis tout seul, et qu'on néglige les autres moyens qui peuvent le faciliter, tels que bains, lavemens de tabac, etc.; et il conseille de faire même, dans quelques circonstances, des tractions sur la tumeur afin de ramener au-dehors quelques nouvelles portions d'intestin, qui, n'ayant pas été disposés à l'inflammation par la compression, doivent offrir par leur lumière plus grande un retour plus facile aux matières fécales.

L'auteur dit aussi, que le procédé qu'il emploie réussit aussi bien dans les hernies récentes et réellement étranglées, que dans celles qui ne sont qu'engouées; seulement il fait observer qu'il n'est pas applicable aux épiplocèles purs et simples, et que dans celles où l'intestin et l'épiploon ont franchi l'anneau l'un et l'autre, il suffit de provoquer la rentrée de l'intestin pour faire suivre celle de l'épiploon; dans les hernies des viscères parenchymateux, comme le foie et la rate, l'ouverture est assez grande pour que la réduction puisse être spontanée; mais le taxis doit surtout être employé dans les hernies de la vessie.

Nous ne pouvons qu'appliquer au travail de M. Diez les réflexions que nous a déjà suggérées la méthode du taxis forcé, proposée parmi nous par M. Amussat : sans doute elle peut réussir dans un très-grand nombre de cas; mais dès qu'il y a lieu de craindre la gangrène, il faut soigneusement s'en abstenir; et ce sont les signes caractéristiques de la gangrène qu'il faudrait avant tout s'étudier à constater.

(1) Le taxis a été fait quatre fois sur le même individu âgé de 60 à 70 ans; dans les deux dernières fois l'étranglement était compliqué d'hydrotorax.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE DE M. VELPEAU EN RÉPONSE A LA LETTRE DE M. CIVIALE SUR LA DISCUSSION RELATIVE A LA TAILLE ET A LA LITHOTRITIE.

Monsieur le rédacteur,

Je regrette bien sincèrement que M. Civiale, *qui était à Paris*, et non plus à Florence, à partir du 28 mai, n'ait pas jugé à propos de venir en personne nous éclairer de ses lumières au sein de l'Académie, à la séance du 2 juin ou à celle du 9. Alors nous aurions pu rectifier de concert *et en temps utile*, *certains faits dont l'exposition inexacte ou la fausse appréciation a répandu beaucoup de vague sur l'état de la question relative à la taille et à la lithotritie.* La-dessus, une discussion *orale* eût, il me semble, été plus fructueuse qu'une discussion écrite, et je ne vois pas ce qui, dans les circonstances actuelles, nous aurait empêché d'y apporter *le calme et le sang-froid nécessaires.* Nous eussions vu ensemble, comme je l'ai fait voir à l'Académie, où les mêmes argumens ont été invoqués en faveur du broiement: 1° que c'est probablement lui, M. Civiale, qui pose mal la question; 2° qu'il est inexact de dire que la taille et la lithotritie sont réclamées par deux phases essentiellement distinctes de la même maladie, puisque la taille est applicable à toutes les périodes de l'affection calculeuse, tandis que le broiement ne convient qu'à des cas déterminés.

Des *connaissances précises sur la matière* ne permettent *aucune controverse sur ce point.*

M. Civiale aurait reconnu avec moi, j'en suis persuadé, qu'on peut trouver un certain nombre de calculeux dans des conditions à peu près (je n'ai jamais dit *exactement*) semblables, tout aussi bien que s'il s'agissait de quelque autre maladie; que les essais comparatifs proposés par moi n'ont rien *d'immoral*, puisqu'en les admettant il serait inutile de violenter en rien la volonté du malade, et qu'ils seraient faits dans des cas où les deux opérations sont également applicables; enfin que, sans ces expériences rigoureusement suivies, la question qu'il regarde comme irrévocablement jugée, savoir la question relative à la prééminence de la lithotritie sur la taille, peut rester indéfiniment en litige.

Ce premier problème une fois résolu, nous aurions pu en aborder un second, et fixer plus aisément « les limites de chacune des deux opérations. » En procédant ainsi avec rigueur, nous aurions vu qu'il ne s'agit pas de savoir si la lithotritie « étend chaque jour son domaine, » tandis que la taille perd du sien; mais bien de constater « si cette extension d'une méthode opératoire aux dépens de l'autre est » réellement avantageuse aux malades. »

Puisque j'ai posé en principe dans mon rapport et ailleurs, il y a près de dix ans, que, dans des conditions données, le broiement vaut mieux que la taille, M. Civiale doit sentir qu'il se *trompe* en me mettant au nombre des plus *chauds partisans* de cette dernière opération. Si je ne craignais de le scandaliser j'ajouterais, toutefois sous forme de parenthèse, qu'aux yeux de la science cette opinion sur les avantages de la lithotritie dans certains cas, ne deviendra elle-même inattaquable qu'après les experiences comparatives indiquées plus haut; car jusque-là nous ne nous fondons pour la professer, lui et moi, que sur des données vagues qui peuvent tromper. Nous en reparlerons s'il veut.

A l'Académie, M. Civiale aurait pu s'assurer que les chiffres qu'il « dément pour la onzième fois » sont encore inattaquables; que je n'ai point négligé le travail qu'il m'indique à l'Institut; que je connaissais aussi celui qu'il a fait insérer dans le dernier fascicule de l'Académie, et que c'est précisément parce qu'il a pris la précaution de publier tous les faits qui se sont offerts à lui, ce dont on ne peut trop le louer, que je suis arrivé à des résultats si différens de ceux qu'il annonce. Si en répétant « sans cesse les mêmes argumens, » il ne peut détruire l'impression produite par les chiffres, c'est apparemment que ses argumens ne sont pas de nature à convaincre tout le monde.

La réponse *péremptoire* que m'adresse M. Civiale m'avait été faite par d'autres, et le compte-rendu de nos séances a dû lui montrer la réfutation *péremptoire* que j'en ai déjà faite: 5 morts sur 244 opérés! On ne peut rien désirer de plus beau, si ce n'est le résultat obtenu par Mejean, qui ne perdit qu'un malade sur 105 opérés par la taille! Mais alors ayez la bonté de m'expliquer comment il se fait qu'en prenant 40 de ces opérés seulement dans les propres écrits de M. Civiale, on trouve 10 morts; que sur 26 autres, on en compte 11; que sur 83, il y en ait plus de 20; que sur 15, j'en rencontre 7? J'avoue que les éclaircissemens fournis à ce sujet par M. Civiale ou ses amis m'ont paru fort obscurs, et qu'ils me laissent dans une grande perplexité.

Le chiffre de la mortalité que j'ai établi ne porte point, comme notre honorable collègue semble le penser, sur le nombre des malades *visités*, mais bien sur celui des sujets *opérés*. La comparaison qu'il m'oppose par suite de cette première erreur pèche encore d'une autre manière: veut-il me permettre de le prouver? Les registres de l'administration l'autoriseraient, dit-il, à prétendre s'il m'imitait, que sur 368 calculeux entrés à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, il n'en est guéri que 67. Eh bien! un état que j'ai sous les yeux, et qui vient de l'hôpital Necker, porte qu'en 1833 et 1834 il est entré 97 calculeux ou présumés tels dans le service de M. Civiale. Or, pour ces deux années, M. Civiale avoue lui-même n'en avoir guéri que 18 sur 97; ça ne vaut guère mieux que 67 sur 368. Ce n'est donc pas sur de pareils documens qu'on doit s'appuyer. Quant à moi, je me suis servi des faits publiés par M. Civiale, pensant qu'il n'était pas possible de puiser à meilleure source.

Maintenant, puisque nous partons des mêmes bases, reste à savoir pourquoi nous sommes si loin de compte? je l'ai dit à l'Académie pour son total de 429 malades, dont 236 guéris. Il est inutile d'y revenir en ce moment; mais je vais l'indiquer plus nettement pour ceux que rappelle l'auteur dans son dernier mémoire, et qui sont d'ailleurs les mêmes. M. Civiale ne veut pas absolument que les *explorations*, les *tentatives* infructueuses auxquelles on se livre pour reconnaître, saisir ou broyer la pierre avec ses instrumens, soient de véritables opérations; d'où il suit d'abord qu'aucun des malades dont il n'a pu détruire en entier le calcul avant la mort, n'est placé dans la catégorie des opérés; et ensuite, qu'à ses yeux, tous ceux qu'il opère complètement doivent réellement guérir. Cette idée le préoccupe si fort, qu'il la reproduit sans cesse, qu'elle se retrouve dans tout ce qu'il écrit. C'est donc un point capital dans la question. Or, voici ce qu'un lithotriteur qui s'y entend aussi, M. Heurteloup (1), en dit lui-même: « L'introduction des instrumens dans la vessie, les recherches, impriment souvent à l'économie un trouble dont il n'est pas toujours facile de suspendre le mécanisme. Il faut bien se défendre de regarder cette opération comme tout-à-fait innocente, *pratiquée sur l'homme même le plus sain et le mieux disposé.* »

Entrons davantage dans le sujet. En quoi consistent les *préliminaires*, les *explorations*, les *essais* de M. Civiale? en quoi? le voici. On introduit le litholabe, le brise-pierre ou le percuteur dans la vessie, où on en promène l'extrémité pour reconnaître l'existence et le siège de la pierre. Ensuite on ouvre l'instrument, on en écarte les branches, toujours dans la poche urinaire, pour saisir, embrasser le calcul et en apprécier le volume ou la forme; on essaie enfin de perforer, d'écraser, ou de faire éclater le corps étranger en agissant sur l'autre extrémité du lithotriteur qui est gros et droit dans l'urètre. Cela se répète une, deux ou trois fois, à quelques jours d'intervalle, et on n'y renonce que si des conditions par trop défavorables ne permettent pas de continuer. A présent on me demandera peut être en quoi *l'opération elle-même* diffère de ces *préliminaires*. Ma foi, je n'en sais rien. J'ai toujours pensé que les instrumens litbotriteurs, une fois arrivés dans la vessie, devaient exposer à autant de danger quand ils manœuvrent dans le vide ou sans fruit, que quand ils agissent réellement sur la pierre avec efficacité. L'opération est exactement la même dans les deux cas, quant à son influence sur l'état des organes; ou, plutôt, elle semble devoir être un peu plus redoutable dans les cas de simple exploration que dans le broiement réel, puisqu'elle nécessite ici moins de tâtonnemens et cause par conséquent moins de douleurs.

M. Civiale n'en continue pas moins de comparer ces préparatifs au cathétérisme explorateur du lithotomiste, et d'invoquer à l'appui de son assertion les accidens que provoque parfois ce cathétérisme. Voyez où cela peut conduire! si le cathétérisme avec un instrument véritablement courbe, d'une ligne ou deux de diamètre, porté sans effort jusqu'à la pierre et retiré presque aussitôt peut amener la mort, que sera-ce donc de vos explorations avec une tige *droite*, de deux à quatre lignes de diamètre, qu'il faut ouvrir, faire agir et maintenir de cinq à vingt minutes dans les organes urinaires?

M. Civiale parle-t-il sérieusement quand il ajoute qu'attribuer à la lithotritie la mort qui suit les préliminaires dont il vient d'être question, serait aussi injuste que de rejeter sur la taille celle qui survient parfois après l'introduction d'une sonde ordinaire dans la but de reconnaître un calcul? Ne se serait il pas aperçu que *dans la taille l'incision est tout et le cathétérisme rien*; tandis que, dans la lithotritie, c'est *la pre-*

(1) Lettre à l'Académie des sciences, 1827, p. 35.

sence des instrumens dans l'urètre et la vessie, qui constitue, en réalité, *la partie dangereuse* de l'opération. Prétendre que le broiement de la pierre n'est pas responsable des accidens, quand il ne croit pas devoir aller jusqu'au bout, c'est autoriser les chirurgiens à dire que la taille n'est pas cause de la mort, quand, l'incision étant faite, on reconnaît qu'il est impossible d'extraire le calcul ou de continuer l'opération.

Veut-on savoir, au surplus, ce que M. Civiale entend par malades morts sans opération? Cherchons dans son dernier tableau (1)... Lecomte, par exemple : « Ce malade, qui souffrait depuis deux ans, avait le canal libre; on voulut commencer l'opération le 5 juin 1830. On introduisit l'instrument lithotriteur après avoir préalablement fait une injection dans la vessie; une douleur vive se fit sentir dans la région prostatique. A peine la pince litholabe fut-elle développée que les douleurs devinrent intolérables; il fallut retirer l'instrument avant d'avoir pu charger la pierre. Envie continuelle d'uriner avec ténesme et douleur extrême, pendant que les urines traversent l'urètre; sensibilité vive de l'hypogastre, délire dans la nuit; mort le 10 au matin. » Prenez dans le même tableau le malade Godailler, dont la mort est attribuée à la taille et voyez où la lithotritie l'avait déjà conduit. « Agé de cinquante-sept ans, cet homme souffrait depuis trois ans. L'instrument fut introduit le 17 avril 1815, et la pierre chargée avec facilité. On fit jouer le foret; c'est à peine si les manœuvres durèrent cinq minutes. Après l'opération les envies d'uriner devinrent beaucoup plus fréquentes; le soir il survint des frissons, puis de la fièvre, qui persista deux jours. Une deuxième séance eut lieu le 24; cette fois il y eut de la douleur après l'introduction de l'instrument. Le calcul échappa plusieurs fois. Dès ce moment les accidens fébriles se renouvelèrent avec violence; l'urine, chargée de mucosités, prit une teinte sanguinolente, et les accidens portèrent bientôt le malade à demander la lithotomie (2). » C'est pourtant ainsi que ces messieurs se font illusion, qu'ils parviennent à se persuader que la lithotritie ne fait mourir personne! Puis, chose étrange! ils sont les premiers à dire qu'on *falsifie*, qu'on *altère*, qu'on *dénature* leurs faits! Ils s'abusent au point que, pour démontrer que là-dessus on n'a gardé aucune mesure en se servant des tableaux de M. Larrey et de M. Double, M. Civiale donne comme le plus authentique de tous, un résumé, dans lequel on voit que, *sur seize* calculeux, reçus dans son service, en 1829 et 1830, six sont guéris et *sept* sont *morts*!!!

En 1827, M. Civiale avait traité quatre-vingt-trois calculeux. *Un seul*, dit-il, est mort de la lithotritie. Il est cependant vrai qu'en y regardant de près on verrait aisément que *trente-neuf de ces malades sont morts* avant d'avoir été complètement guéris, et que sur ce nombre, j'en pourrais compter *vingt-neuf*, *vingt-neuf entendez-vous*! qui ont subi, soit l'opération, soit les explorations de la lithotritie! C'est un fait que je me charge de mettre dans tout son jour, si M. Civiale l'exige. Ai-je donc eu si grand tort, d'après cela, moi qui désire voir les deux côtés du tableau, de n'accepter le dire de MM. les lithotriteurs qu'autant qu'ils auront raconté tous leurs faits sans exception et avec les détails convenables?

En dernier lieu M. Civiale me reproche d'avoir dit que la taille guérit quand elle ne fait pas mourir, tandis que la lithotritie peut ne pas tuer et ne pas guérir. Est-ce sérieusement, lui dirai-je à mon tour, qu'il conteste le fait? Par la taille vous êtes sûr d'extraire le calcul et tous ses fragmens, n'est-il pas vrai? La lithotritie vous donne rarement au contraire la certitude de n'en avoir laissé aucun dans la vessie; si vous pouviez douter de cet inconvénient de votre méthode, je vous en communiquerais volontiers de nombreuses preuves. La présence du calcul détermine et entretient l'altération des organes. La taille, en débarrassant sur-le-champ l'économie, permet à la santé de se rétablir promptement. Pour détruire ce calcul le broiement a besoin de plusieurs séances. Avant de l'enlever on ajoute nécessairement à l'irritation des voies urinaires. Pour peu qu'il en reste ensuite c'en est assez pour que les troubles fonctionnels, plus ou moins exaspérés par l'instrumentation, persistent et finissent par se transformer en maladies incurables; sans compter que ces suites n'empêchent nullement le catarrhe vésical, les fistules, l'incontinence d'urine, etc., d'être aussi fréquentes après la lithotritie qu'après la taille. Je sais bien que les malades de M. Civiale ont la maladresse alors de mourir par suite d'accidens étrangers à l'opération; mais aussi je pourrais répondre avec M. Heurteloup (3), que celui qui pratique la taille serait en droit d'en dire autant et que, si cette raison était admise, je n'hésiterais pas à promettre de guérir toujours.

Il y aurait encore une infinité de remarques à faire sur ce sujet, comme sur l'ensemble de la question; mais, ces remarques, on les trouvera dans le compte rendu des séances de l'Académie, et je n'y reviendrai que si MM. les lithotriteurs tiennent à poursuivre cette discussion, en me faisant d'autres objections que celles auxquelles j'ai déjà répondu verbalement; ici je n'ai voulu réfuter au surplus que la lettre de M. Civiale, en laissant de côté le passage qui s'adresse plus spécialement à M. Sanson, convaincu que ce chirurgien n'a pas besoin d'aide en pareil cas pour se défendre, et que le paragraphe qui le concerne se réfute d'ailleurs assez de lui-même.

Agréez, etc.

VELPEAU.

(1) Académie royale de médecine, t. IV, p. 297.

(2) M. Civiale ne contestera pas ces détails, j'espère; car il devinera sans peine d'où je les ai tirés.

(3) Lettre à l'Académie des sciences, etc., 1827, p. 35.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juin. — Présidence de M. Lisfranc.

La discussion sur le rapport de M. Ferrus a occupé presque toute cette séance, et n'est pas encore finie. La séance s'est terminée par la communication suivante.

CANCER DE LA FACE ÉTENDU AUX JOUES ET AUX DEUX LÈVRES.

M. Lisfranc montre une pièce d'anatomie pathologique provenant d'un malade qu'il a opéré ce matin. Cet homme portait à la face un cancer qui s'étendait du bord libre de la lèvre inférieure, entièrement carcinomateuse, au bord inférieur de la mâchoire inférieure, envahie à son centre par la maladie. L'affection cancéreuse occupait le tiers droit et le tiers gauche de la lèvre supérieure; elle s'étendait sur les joues à un pouce et demi en arrière des commissures des lèvres.

Toutes les parties molles cancéreuses ont été enlevées; on a réséqué le corps de l'os maxillaire inférieur à droite et à gauche, à un pouce de ses branches. Suivant le procédé de M. Roux de Saint-Maximin, modifié par M. Lisfranc, il a été facile, à l'aide de la peau de la partie antérieure et supérieure du col, de réparer la déperdition de substance éprouvée par les parties molles de la région inférieure de la face. L'opérateur a ensuite, au niveau du point qu'occupait la bouche, divisé de chaque côté les tissus en bas et en arrière, jusqu'au bord antérieur du masséter. Ces nouvelles incisions formaient avec l'axe du corps un angle à sinus inférieur de 35 degrés environ. Quelques inégalités des solutions de continuité ont été enlevées; M. Lisfranc a disséqué les bords de la plaie; ils ont pu être mis en contact et maintenus par des points de suture entortillée; ainsi l'art a encore réparé l'énorme perte de tissus éprouvée par les joues et par la lèvre supérieure. L'ouverture antérieure de la bouche a été reconstituée, et quand tous les points de suture ont été achevés, on aurait dit que les parties molles de la face n'avaient éprouvé presque aucune déperdition de substance.

— La séance du 30 juin a été aussi presque entièrement consacrée à la discussion du rapport de M. Ferrus.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

FRAGMENS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ALTÉRATIONS ORGANIQUES DU CŒUR, par BOUISSON, D.-M. Dissertation inaugurale. In-8°; 70 pag. Montpellier, 1835.

L'auteur annonce, ainsi que le titre de sa thèse l'indiquait déjà, qu'elle n'est qu'un extrait d'un travail plus étendu dont il remet la publication à une époque plus éloignée. Trois sujets principalement y sont traités en trois articles différens : d'abord l'hypertrophie du cœur, ensuite la cardite et ses suites, et enfin quelques produits organiques nouveaux qui ont leur siége dans le cœur. La cardite est une maladie sur laquelle il y a encore si peu d'accord entre les médecins, que nous ne nous arrêterons que sur ce sujet seulement. M. Bouisson reconnaît trois formes de cardite, la péricardite, la myo-cardite, qui est l'inflammation du plan musculaire, et l'endo-cardite, ou phlegmasie de la membrane interne du cœur. Quelques exemples de cette dernière forme sont rappelés ici à l'appui de l'opinion de l'auteur, qui admet, avec M. Bouillaud, un ordre de fièvres continues dépendant de cette inflammation que l'on observe sur le cadavre à trois degrés différens. Le premier est, d'après M. Bouisson, révélé par une légère teinte rosée de la muqueuse interne, que produit un plus grand cours de sang dans le tissu de l'organe. Cette coloration est uniforme et se confond insensiblement avec celles des parties saines, et aucun changement dans la cohésion des molécules n'est encore appréciable. Les altérations de ce premier degré ont été constatées par l'auteur sur plusieurs lapins auxquels il rapporte

qu'il avait procuré une endo-cardite artificielle par l'introduction d'un stylet dans le cœur.

Dans le second degré, la rougeur est beaucoup plus intense et s'accompagne d'une espèce d'ecchymose avec ramollissement de la face charnue sousjacente. Enfin, au troisième degré, la rougeur disparaît pour faire place à une teinte grisâtre; le ramollissement est porté jusqu'à la désorganisation; la membrane interne se détache avec facilité, et elle est toujours recouverte d'une couche membraneuse infiltrée de pus.

L'endo-cardite a été également observée à l'état chronique, surtout au niveau des valvules, qui sont alors épaissies, dures, quelquefois cartilagineuses et osseuses.

Tels sont à peu près les caractères anatomiques de l'endo-cardite décrite par M. Bouisson, qui admet en outre des ramollissemens du cœur dépendant de causes autres que l'inflammation, et qu'il cherche à distinguer de ceux qui sont liés à cette dernière; et, malgré les efforts qu'il fait pour chercher à établir cette distinction, nous devons dire qu'il nous reste encore, après avoir parcouru les pages qu'il a consacrées à ces recherches, des doutes très-sérieux non-seulement sur les phénomènes morbides de la cardite proprement dite, mais encore sur ses caractères anatomiques. Au reste, cette question est l'une des plus difficiles de la pathologie, et nous devons toujours savoir gré à M. Bouisson des efforts qu'il a faits pour soulever une partie de l'obscurité qui la couvre encore, et dans lequels il a fait également preuve d'érudition et d'une bonne direction dans ses études. Aussi nous souhaitons vivement que le travail dont il donne cette dissertation comme un simple extrait, ne tarde pas long-temps à paraître.

MANUEL DE L'ÉTRANGER AUX EAUX D'AIX EN SAVOIE, par le docteur Despine fils. — Un vol. orné de planches et de gravures. Année 1834.

Les eaux d'Aix jouissent d'une renommée si justement acquise; elles attirent, surtout depuis quelques années, une telle affluence d'étrangers que l'ouvrage du docteur Despine ne peut manquer d'être favorablement reçu. Déjà il existe, il est vrai, un assez grand nombre d'ouvrages sur ces eaux; mais la plupart ne traitent que d'objets spéciaux ou sont trop étendus pour former un Manuel portatif et commode. Sous ce rapport, le volume que nous avons en ce moment devant nous remplit parfaitement l'objet que l'auteur s'est proposé. La commodité du format, les intéressantes notices sur la topographie et la statistique d'Aix et de ses environs, et sur ses antiquités, les recherches sur les propriétés chimiques et médicales des eaux, l'historique de l'établissement et enfin l'indication des différentes manières dont elles sont administrées, font de cet ouvrage un excellent guide, non-seulement pour les deux ou trois mille valétudinaires qui vont chaque année chercher, auprès de ces eaux abondantes, le repos moral ou la cure de leurs souffrances, mais même pour les nombreux voyageurs qui paient annuellement aux Alpes le tribut de leur admiration; et veulent jeter un coup-d'œil en passant sur une partie de la Savoie. Cet ouvrage sera donc à sa place dans la bibliothèque portative dont ils se chargent; et même il en mérite une, à notre avis, dans celle de tout homme de l'art qui est appelé par les devoirs de la pratique à se prononcer sur la valeur des eaux différentes.

VARIÉTÉS.

— La fièvre typhoïde fixe en ce moment d'une manière toute spéciale l'attention des médecins. L'Académie de médecine vient d'en faire le sujet d'un de ses prix; la *Société de médecine pratique* propose de son côté la question suivante: *Déterminer quelles sont, dans les affections dites typhoïdes, les altérations primitives et celles qui ne sont que secondaires.*

Un prix de 700 fr. sera décerné au meilleur mémoire.

Les concurrens devront adresser leurs travaux *franco*, et dans les formes ordinaires, avant le 1er juillet 1836, à M. Forget, secrétaire-général de la Société de médecine, rue de Savoie, n° 13.

Chaque mémoire anonyme portera une épigraphe, laquelle sera répétée dans un billet cacheté portant le nom et la demeure de l'auteur.

En même temps deux commissions, l'une de l'Académie de médecine, l'autre de l'Académie des sciences, sont chargées d'examiner le traitement émeto-cathartique dont M. Delaroque a obtenu de si beaux résultats à l'hôpital Necker; et nous apprenons qu'en dehors de ces commissions, M. Rostan et M. Husson appliquent ce traitement d'une manière générale dans leurs services. C'est donc la grande question médicale du jour, et il est permis d'espérer que de ce concours presque universel sortiront des résultats importans et pour la théorie et surtout pour la pratique.

— On écrit de Toulon, en date du 22 juin:

« Notre ville est en proie à l'inquiétude la plus profonde, par suite de l'invasion du choléra; il ne s'est encore manifesté que dans l'arsenal, et, jusqu'à présent, les personnes atteintes sont des ouvriers et des condamnés. Depuis hier, six cas se sont déclarés; sur ce nombre, trois personnes ont succombé, et les trois autres ne présentent nul espoir.

» Les plus sages précautions ont été prises et seront continuées avec vigilance; on espère arrêter ainsi, ou au moins restreindre de beaucoup le progrès du mal. »

— Le choléra a également apparu à Agde et dans quelques autres localités du midi. Le nombre des décès occasionés à Agde par le choléra s'est élevé à 107 depuis le 1er juin jusqu'au 21. A cette dernière date, la mortalité commençait déjà à diminuer.

— D'après les dernières nouvelles du Caire, la peste a beaucoup diminué.

— La société de médecine de Lyon dans sa séance du 16 mai dernier, après avoir entendu le rapport de sa commission sur les mémoires qui lui ont été adressés sur la question mise au concours: *Du cancer utérin*, a adopté à l'unanimité les conclusions du rapport qui adjugent le prix à M. Téallier, D.-M. P.

— Par suite d'un concours ouvert le 15 avril dernier devant la Faculté de médecine de Paris, dont les épreuves viennent d'être terminées, les docteurs Ruiz, Legroux, Laberge, Gouraux, Cazenave, ont été nommés professeurs agrégés près de cette Faculté.

TÉRATOLOGIE.

Boulogne — Un accouchement *difficile* a eu lieu le 11 de ce mois, à sept heures du soir, rue Anglaise. Il en est résulté un enfant mort en naissant, mais d'une grosseur et d'une forme extraordinaires. Aussi tôt mille bruits ridicules se sont répandus sur cette singulière conception. Os crut raisonnable, dans l'intérêt de la science, comme pour établir la vérité, de faire transporter cet enfant dans la salle des dépôts mortuaires de l'hospice civil, afin de l'examiner avec plus de tranquillité.

Voici le résultat des observations de M. le docteur Bertrand, et de M. Fricant, chirurgien, qui en ont fait l'autopsie avec les soins que réclamait un cas aussi singulier:

« L'enfant pèse 13 livres; il est long de 22 pouces du sommet de la tête à l'extrémité du pied droit, et de 17 à celle du pied gauche, large de 7 pouces 8 lignes au sommet des épaules; il a 14 pouces de circonférence sous les aisselles et 17 et demi au bord inférieur des septièmes côtes.

» La tête est considérablement déprimée sur la poitrine; le crâne ne contient qu'une once de substance cérébrale, grisâtre, en consistance de bouillie, étendue en couche mince; le cervelet est à peine sensible; l'origine des nerfs se montre bien et le rachis est dans l'état naturel. Par un trou rond de 9 lignes de diamètre, situé au bord supérieur et moyen de l'occipital, il sort un prolongement des méninges, large d'un pouce et demi et de 2 pouces et demi de long; le tout ingurgité d'un sang brun coagulé, présentant un aspect frangé et découpé à la manière de la crête des vieux coqs.

» Les paupières sont ouvertes naturellement; mais les cavités orbitaires ne contiennent rien de ce qui constitue le globe de l'œil, et sont remplies par des duplicatures des membranes muqueuses environnantes.

» Les bords alvéolaires sont larges à l'une comme à l'autre mâchoire, et à cause de la dépression, la langue n'a point de bord libre; elle est adhérente dans toutes ses parties et présente à son pourtour des excroissances cartilagineuses.

» La voûte et le voile du palais sont divisés entièrement dans leur moitié postérieure.

» Les bras, les avant-bras, les poignets, les cuisses, les jambes et les pieds sont aplatis et fortement recourbés de dehors en dedans; toutes les articulations sont très-obliques, et chaque extrémité porte *six doigts* bien conformés.

» Un prolongement tegumentaire existe au-dessous de la symphyse du pubis; il est divisé en deux parties d'inégale longueur par le raphé; il ne se trouve ni en dehors ni en dedans de la région pubienne *aucune trace d'organes de la génération*; la dissection la plus minutieuse ne fait rien découvrir. Ainsi, ce qui est excessivement-remarquable, cet enfant n'a POINT DE SEXE!

» Les reins présentent chacun une masse de 5 pouces de long sur 3 pouces de large de forme *ovalaire*; ils sont composés de gros tubercules et de granulations, de couleur bleuâtre entremêlés de filamens et de vésicules de grosseur très variable ayant l'apparence d'hydatides.

» Tous les autres viscères sont dans l'état normal, et les masses musculaires affectent un volume peu commun.

» La peau est de la couleur et de la texture ordinaires; mais le tissu cellulaire sous-jacent est concrété en petits globules qui ne se laissent diviser qu'en crépitant.

» Le cordon ombilical est d'une couleur d'ambre opaque, et l'arrière-faix d'une grosseur énorme. »

Malgré les difficultés d'une semblable délivrance, nous avons appris que, habilement surmontées par M. Fricant, elles n'ont déterminé chez la mère aucun accident, et que le crochet mousse est le seul instrument qui ait été employé.

(Annotateur de Boulogne.)

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 28. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 11 JUILLET 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

LETTRE CHIRURGICALE A M. MAYOR, DE LAUSANNE, SUR QUELQUES MODIFICATIONS HYPONARTHÉCIQUES; par M. Munaret, D.-M. à Châtillon-de-Michaille.

> Vouloir pratiquer son art dans la chaumière du pauvre de la même manière que dans le palais du riche, ce n'est pas savoir le pratiquer.
>
> Gerdy.

Je ne pense pas aventurer un paradoxe, mon très-honoré confrère, en vous disant que les perfectionnemens que vous avez apportés à la méthode de Sauter sont l'œuvre du génie tout aussi bien que sa découverte. Au hasard peut-être le physicien de Constance dut la rencontre d'un *minerai* auquel vous avez donné le poli qu'il mérite. Mais un médecin de campagne doit-il se permettre un exorde laudatif après la mention si éminemment honorable de la commission Monthyon, qui a placé désormais votre œuvre au premier rang des progrès chirurgicaux de l'époque?

Cette lettre que je prends la liberté de vous adresser sera donc strictement chirurgicale, c'est-à-dire qu'elle vous exposera, avec la simplicité que l'on doit apporter dans une relation scientifique, ce que l'expérience m'a appris pour et contre votre votre système hyponarthécique. A ce titre je me permettrai de vous communiquer quelques modifications qui m'ont réussi et que justifie mon épigraphe. Puissiez-vous les bonorer de votre précieux suffrage; vous récompenserez mes efforts et me donnerez courage pour l'avenir.

Ce qui recommanda de suite à mon attention votre hyponarthécie, ce fut son opportunité toute spéciale pour un médecin qui exerce son art au sein d'une population pauvre et ignorante, comme celle dont se compose ma clientelle. Je désirais donc l'occasion de l'expérimenter. L'occasion ne tarda pas à s'offrir. Ainsi, depuis deux ans que je connais l'idée fondamentale de votre méthode, j'ai compté huit fractures dans ma circonscription médicale. Quatre seulement furent confiées à mes soins; toutes les autres furent abandonnées au charlatanisme d'un rebouteur savoyard qui habite le hameau des Vouaches, en face du Fort-de-l'Écluse.

Les quatre fractures que j'ai traitées furent les suivantes:

1° Fracture du tibia chez un charbonnier âgé de 44 ans, fort et bien constitué. Usage de la planchette simple et de la planchette à rebords (1). Guérison au cinquante-huitième jour (2). Je vis le malade une fois par

(1) C'est la planchette de M. Mayor, plus étroite et à rebords.

(2) La consolidation fut retardée par une imprudence que je signalerai plus loin.

Feuilleton.

MOEURS ET LITTÉRATURE MÉDICALES EN ANGLETERRE.

A propos d'un ouvrage sur l'*attraction chimique* récemment publié par M. G.-L. Hume, membre du college de Cambridge, le journal *l'Athénéum*, l'un des plus répandus et des plus distingués de la Grande-Bretagne, se livre à quelques observations critiques ou plutôt même satiriques sur nos très-honorables confrères d'Angleterre, que nous prendrons la liberté de reproduire. Nous laisserons à nos charitables lecteurs le soin de décider si cette peinture ne pourrait pas, sous quelque rapport, s'appliquer à la France. Mais il faut avouer que les traits les plus saillans du tableau sont tout-à-fait anglais, et ne sauraient heureusement nous regarder.

« Autrefois, dit le critique anglais, il y avait trois grands chemins ouverts à la jeunesse medicale, les hôpitaux, les armées et les livres. Le premier exigeait du temps et de la persévérance, le second, des protections et un patronage; mais pour le dernier, il ne fallait qu'une paire de ciseaux et de l'impudence. La réforme du service médical des armées, opérée dans ces derniers temps, a fermé la seconde de ces carrières; la concurrence a gravement embarrassé la seconde; de maniere qu'aujourd'hui il n'y a plus guère de canal libre que la troisième. Quand un charlatan avoué fait son apparition dans une ville, il repand sur les murs et les poteaux des rues des sibillynes annonces de sa celébrité; le médecin porteur d'un diplôme les ramasse en *un fort volume in-8°*, orné d'un magnifique titre et du nom du régiment de M, D, A, B, C, D, S, etc.; et ceci etablit une grande difference entre les deux classes de praticiens. Tandis que la littérature médicale du continent est encombrée de lourds systèmes en plusieurs volumes, celle de l'Angleterre se compose de courtes monographies pratiques destinées à préconiser les nouvelles methodes et les nouveaux remèdes, toutes plus ou moins ecrites *ad captandum*. Si l'on ajoute à ces circonstances la rapacité de ces spectateurs et l'activite des jurés fabricateurs de livres, il sera facile d'expliquer la multitude des méchans ouvrages médicaux, qui ne sont pas adressés *ad clerum*, mais impudemment mis au jour dans le but à peu près avoué d'attraper les sots, et contre lesquels il est de notre devoir de prémunir nos lecteurs. Si l'on est encore généralement, en Angleterre, sous l'influence des charlatans de tout genre, malgre les progrès et la dissémination des sciences naturelles, c'est un des signes les plus frappans de la marche rétrograde de la philosophie, de l'incapacité croissante du public à penser par lui-même; et des matières abstraites en général. Il est en outre remarquable que c'est précisément parmi la classe la mieux élevée d'Angleterre (qui passe à la vérité pour la plus mal élevée de l'Europe), que les intrigans les plus grossiers et les plus impudens trouvent leurs dupes; c'est là que se rencontrent les crédules partisans des Jenner Southcotes, les plus ardens préconiseurs des mystérieux mérites de St-Jean Longs, et des autres Hohenlohes de l'art de guerir.

semaine environ, car il habitait un châlet à deux lieues et demie de Châtillon. Le trajet était pénible et difficile.

2° Fracture compliquée des deux os de la jambe, chez une petite bergère âgée de 11 ans et qui demeurait à trois lieues de Châtillon, au milieu des montagnes. Usage de la planchette à rebord. Quarante-un jours de traitement; guérison. Je vis la malade cinq fois seulement.

3° Fracture du tibia, chez un jeune homme de 14 ans, domestique chez M. Ravinet, à Châtillon même. Quarante-deux jours de traitement; guérison. L'appareil auquel j'ai confié la guérison de ce troisième malade, réunit toutes les modifications que j'ai eu l'honneur de vous annoncer, et que je décrirai en y joignant toutes les considérations qui me les ont suggérées.

4° Fracture du péroné, chez Mme Marinet d'Ochiaz, âgée de 66 ans environ. Emploi de l'appareil modifié. Quarante jours de traitement; guérison complète.

PREMIÈRE MODIFICATION.—CONVERSION DE LA PLANCHETTE EN UNE DEMI-BOTTE MÉTALLIQUE.

Dès la première fois que j'employai cette planchette, je reconnus qu'un plan large de 6 à 9 pouces occupait trop de place dans un lit étroit; de là deux inconvéniens.

1° Le membre sain était obligé de s'écarter et de se maintenir écarté, soit pour éviter le rebord anguleux de la planchette, soit pour rencontrer l'horizontalité du lit au-delà du plan incliné que nécessite la dépression où loge le membre fracturé. Cet écartement continuel fatiguait le malade.

2° A cause de la forme rectangulaire, l'appareil rencontrait, heurtait la surface du lit à la moindre oscillation, ce qu'il fallait scrupuleusement éviter, et ce qui me parut physiquement impossible avec des lits aussi étroits que ceux de nos montagnards du Bugey. Un lit, chez eux, c'est une espèce de coffre qui n'offre pas plus de trois pieds de largeur.

Je fus donc obligé, mon très-honoré confrère, de songer au moyen de rétrécir votre appareil, tout en lui communiquant plus de force contentive; car si vous vous représentez à la fois l'étroitesse du lit, l'éloignement du médecin, l'impatience d'un malade grossier, incapable de raisonner l'action musculaire, vous comprendrez qu'un simple coussin et un mouchoir ne pouvaient maîtriser et contenir pendant quarante jours environ l'exact et rigoureux rapport des fragmens, comme vous pouvez le faire dans votre hôpital. Là vous commandez, le malade obéit; là vous pouvez surveiller l'indocilité nuit et jour par vos yeux, par ceux de vos internes et des infirmiers.

Dans une position bien différente, j'eus recours à une planchette plus étroite et à rebords, qui me servit pour terminer le traitement de ma première fracture, et qui peut servir encore en l'absence de l'appareil que je vais décrire.

Pour le troisième cas de fracture, j'imaginai une demi-botte en fer-blanc qui n'occupe guère plus d'espace que le membre nu, et dans laquelle la moitié postérieure du membre s'emboîte parfaitement.

Cette demi-botte se termine en haut et au-dessous du genou par une coupe échancrée qui facilite les mouvemens articulaires, dans laquelle on peut adapter une pièce à la manière d'un tiroir, pour servir à la contre-extension, ainsi que je le dirai plus tard, et qui se termine en bas par une semelle sur laquelle on fixe le pied à l'aide de bandes qui traversent des mortaises pratiquées sur ses bords.

Elle est vernie, et présente à son bas-fond une gouttière longitudinale percée de deux trous, l'un au milieu de la dépression où loge le mollet, l'autre au milieu de celle qui reçoit le talon. Ces deux trous se peuvent fermer.

Un double tissu en laine feutrée tapisse l'intérieur de la demi-botte, et fournit un plan tout à la fois chaud, uniforme et moelleux. Je le recouvre d'un linge fin et usé sur lequel repose la jambe. S'il reste quelques interstices, je les calfate avec du coton cardé.

Chaque côté de la demi-botte est percé de six petites mortaises pour loger des bandes en calicot qui se rencontrent et se nouent vis-à-vis ou à côté de la fracture, selon les indications à remplir.

A l'exemple de quelques chirurgiens anglais, j'emploie ces bandes en calicot de préférence aux mouchoirs, 1° parce qu'elles occupent moins d'espace, ce qui facilite les pansemens si le cas le demande; 2° parce qu'on peut les serrer et les nouer plus invariablement.

Le membre fracturé étant placé dans la demi-botte, et la coaptation opérée, s'il y a lieu, j'opère la déligation de la manière qui suit:

1° *Fracture simple du tibia.* Je me contente d'employer deux bandes fixées dans chaque mortaise correspondante à la fracture, et je les noue après avoir préliminairement placé sur la partie fracturée une plaque en corne, cintrée, ovale, et garnie de liège fin.

2° *Fracture compliquée.* La plaie reste libre pour les pansemens, en plaçant les bandes en haut et en bas de la fracture. Point de plaque: une petite compresse seulement sous chaque ligature.

3° *Fracture avec chevauchement.* Pour l'extension j'ai fait un bandage bursiforme qui embrasse le talon, et dont les deux chefs se croisent sur le coude-pied, et traversent ensuite les deux mortaises latérales et inférieures de la semelle, derrière laquelle je peux les serrer à volonté, et les fixer à l'aide d'une boucle ou d'un nœud.

Je pratique la contr'extension comme vous, en entourant le bas du genou avec une cravate dont les deux chefs se croisent en haut du membre, pour descendre chacun de leur côté dans un trou ovalaire pratiqué à la pièce enchâssée dans l'échancrure poplitée de la botte. Hors de ce trou ovalaire, les deux chefs sont noués sur un petit garot.

Je vous ai déjà parlé, mon très-honoré confrère, de la plaque contentive que je place au-dessous du point de réunion des deux bandes, soit pour consolider la réunion des fragmens osseux, soit pour épargner à la surface cutanée du membre une pression trop localisée: eh bien! cette même plaque réduit et maintient la saillie des fragmens. Ainsi le fragment fait-il saillie au-dehors du membre, j'interpose vis-à-vis et entre le membre et la bande une compresse graduée ou une petite plaque en liège garnie de linge; même opération en sens inverse pour la saillie en dedans.

S'il y a fracture des deux os de la jambe, je pratique l'extension et la contr'extension, et je réduis les saillies, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire.

Si le péroné seulement est fracturé, les fragmens n'éprouvant pas le déplacement suivant la longueur de l'os, je ne pratique pas l'extension ni la contr'extension; seulement je comprime la malléole externe s'il y a écartement, et je la ramène à la distance naturelle de l'interne, en faisant exécuter au fragment inférieur un mouvement de bascule opposé à celui par lequel elle s'est portée en dehors. Pour moyen contentif en

Cette absence d'esprit logique et d'indépendance philosoph que produit encore, en grande partie, ces écrivailleurs qui, incapables de toute réflexion, lancent sur le public leurs indigestes rêveries et leurs spéculations incohérentes, sous la forme de traités scientifiques. C'est dans cette dernière catégorie que nous sommes forcés de placer l'ouvrage dont nous avons transcrit le titre en tête de cet article. Quel est le but de ce livre, et pour qui a-t-il été écrit? C'est ce qu'il nous est impossible de déterminer. Il ne renferme pas l'ombre d'un fait nouveau, et, comme ouvrage élémentaire, il est complétement insuffisant. La meilleure preuve que l'auteur ait donnée de sa capacité de chimiste, c'est l'essai qu'il fait d'amalgamer ensemble les élémens hétérogènes de la science et de la politique. Son livre est tout brûlant de virulence et d'esprit de parti; mais si sa science trahit un écolier, sa politique est digne d'un véritable fils de l'école où il professe. Il injurie les puritains, il encense Charles II, ressuscite les calomnies des jacobites contre Guillaume III, et faisant ensuite allusion à Milton, comme à un de ces hommes « qui approuvaient le régicide et joignait à ses autres qualités celle de blasphémateur, » il a l'hypocrisie de dénoncer « l'histoire de l'inventeur de l'oxigène comme une tache dans les annales du monde. » En parlant de la persécution que subit Priestley, il veut bien, à la vérité, convenir qu'une telle conduite « n'était pas conforme aux règles de l'église chrétienne. » Mais il insinue ouvertement que son principal motif à lui pour la blâmer, c'est qu'elle n'était pas nécessaire, et que la meilleure sauvegarde du pauvre savant contre la persécution était dans « la réfutation complète de ses idées hétérodoxes, écrite par le docteur Horsley, excellent prélat, » qui, ajoute-t-il, valait autant et plus à lui seul qu'une douzaine de Priestley dans une discussion théologique.

Un fanatisme et une absurdité si notoires se réfutent trop facilement d'eux-mêmes pour exiger un commentaire; mais le livre a quelque importance eu égard au lieu dont il part. Nous ne voudrions pas conclure de là que l'ouvrage de M. Hume est une exposition vraie de tous points des principes intellectuels et moraux de Cambridge; mais les écarts d'un faible disciple révèlent assez clairement les vices de l'atmosphère où ils ont pris naissance. Le livre est un produit de l'époque et la caractérise; et il mérite d'autant plus d'être connu du public qu'une demi-douzaine de productions pareilles suffiraient pour amener une révolution dans tout établissement qui leur donnerait naissance. »

Les exemples de ce ridicule mélange de la politique et de l'esprit de parti dans les ouvrages de science ne sont pas trop rares parmi nous, mais ils sont loin d'avoir la même importance qu'en Angleterre. D'ailleurs cette manie se perd de jour en jour, grace aux progrès de la liberté de penser et à l'affranchissement définitif de la science, de la suprématie théologique, qui n'a pas eu lieu encore en Angleterre. Ainsi cette dernière partie des sarcasmes du critique anglais est à peu près sans application en France. Mais la première partie, il faut l'avouer, nous regarde de plus près, car si l'industrialisme médical n'a pas pris chez nous le gigantesque développement du charlatanisme anglais, ce n'est qu'une suite de notre infériorité relative dans toutes les branches du commerce et de l'industrie. L'art de se pousser par la voie de *publication*, comme disent les Anglais, n'en a pas moins fait en France des progrès notables, et la généreuse indignation de notre vertueux confrère de l'*athénéum* trouverait un aliment suffisant de ce côté du détroit.

ENTERREMENT D'UN MÉDECIN FRANÇAIS A CONSTANTINOPLE.

Un fait qui honore d'abord la France, puis la médecine, et surtout le noble et

pareil cas, je place également une compresse graduée ou un coin de liége entre le bord externe du pied et les parois de la demi-botte, afin de repousser cette partie fortement en dedans.

Je passe à l'indication d'une seconde modification apportée à l'hyponarthécie ordinaire.

DEUXIÈME MODIFICATION. — MOBILISATION DE LA DEMI-BOTTE.

Comme la planchette, la demi-botte est suspendue; mais les deux anses collatérales du cordon ne se fixent pas à un troisième vertical attaché au plafond ou au ciel de lit, de telle sorte que si le malade veut, pour se délasser, passer de la droite à la gauche de son lit, ou *vice versâ*, l'appareil perd son horizontalité. Or, j'ai reconnu deux inconvéniens à cette perte d'horizontalité, celui de changer à la longue le rapport des pièces qui constituent l'appareil; celui aussi d'obliger le malade à soutenir pendant ce temps-là le double poids de son membre et de l'appareil, dont l'ensemble tend à reprendre la ligne verticale tout naturellement.

Vous me conseillerez sans doute de lever mon malade, de refaire son lit pour le soulager; vous ajouterez même, et avec raison, que c'est une prérogative de l'hyponarthécie. Eh bien! mon très-honoré confrère, j'ai fait tout cela; mais vous qui écrivez pour le pauvre, qui traitez le pauvre comme moi, distinguez donc, je vous prie, le lit commode des villes, de votre hôpital même, de la couche grossière de nos montagnes. Alors vous concevrez qu'un lit garni de moelleux sommiers, de simples matelas même, peut facilement favoriser un décubitus de douze, de vingt-quatre heures, et plus; tandis qu'une misérable litière de paille ou de feuilles mortes que le moindre poids affaisse et durcit, n'est guère capable d'abréger les longues nuits d'hiver, en permettant un peu de sommeil au malheureux qu'on y enterre! Oui, l'hyponarthécie de Lausanne est un bienfait immense, mais il n'est pas permis à toute l'humanité d'en jouir. Comme à l'habitant des villes, être docile et civilisé, j'ai voulu d'abord permettre à mes montagnards de se lever aussi. Qu'en résulta t il? ma permission suggéra des imprudences de toute espèce. Le malade se croyait guéri, ou presque guéri; à mon insu il essayait de marcher, *puisqu'il pouvait se lever et s'asseoir*(1); et enfin il en vint à penser que je ne recommandais tant de précautions que pour prolonger le traitement, et accroître mes honoraires. Voilà, mon très-honoré confrère, les hommes que je suis condamné à raisonner et à guérir.

Aussi, après avoir reconnu d'une part chez mes malades l'impossibilité physique et morale de garder long-temps la même place, d'un autre les graves abus qu'entraînait la permission de les lever, j'imaginai un appareil à l'aide duquel ils pussent en mon absence, et même sans aide, passer de la droite à la gauche de leur lit et alternativement, privilége qui les dispense de se lever, puisqu'on peut réparer chaque côté du lit au gré du malade, et qui, en les soulageant, leur permet d'oublier dans les bras du sommeil la douleur et l'ennui.

Les pièces qui composent cet appareil sont:

1° Une poulie en cuivre, dont la chappe en fer se termine par une anse horizontale large de quatre centimètres. L'axe doit être fixé à la poulie de manière à faire tourner le tout ensemble dans la chappe, ce qui donne moins de frottement;

(1) Ce fut là l'imprudence de mon premier malade.

2° Une tringle de fer ronde et bien polie, d'une longueur relative à la largeur d'un lit ordinaire;

3° Deux montans en bois de la longueur d'un mètre. L'extrémité libre ou supérieure est percée pour recevoir et soutenir la tringle; l'extrémité inférieure présente une échancrure pour s'articuler avec chaque côté du lit, et s'y fixer solidement à l'aide d'une ou deux vis;

4° Une courroie en cuir flexible large de 4 centimètres, longue de 48 centimètres. L'un de ses bouts est garni d'une boucle;

5° Un anneau triangulaire en fer, dont chaque côté présente 4 centimètres de surface interne;

6° Enfin une S en fer.

Application de l'appareil mobilisateur à la demi-botte. La jambe placée dans la demi-botte, les deux cordons se réunissent et s'accrochent parallèlement à l'anse inférieure de l'S métallique, dont l'anse supérieure s'articule avec l'un des angles de l'anneau triangulaire. Celui-ci, par le côté opposé à cet angle, reçoit la courroie, qui, après avoir également passé au travers de la gaine horizontale de la châsse, se replie sur elle-même et se maintient à une longueur convenable à l'aide de la boucle.

Vis-à-vis du milieu de la demi-botte, et sur chaque côté du lit, je fixe préliminairement les deux montans en bois pour recevoir la tringle, sur laquelle glisse et roule la poulie, et partant l'appareil entier, à la moindre impulsion que lui imprime le malade.

Il est inutile d'avertir que le jeu de la poulie offre un peu de raideur au commencement; il faut quelquefois l'aider avec la main pendant les premiers jours, et surtout huiler les surfaces articulaires.

TROISIÈME MODIFICATION. — CONSERVATION DES MOUVEMENS ARTICULAIRES DU MEMBRE.

Mobilité de l'articulation fémoro-tibiale Pour éviter la raideur et même la fausse ankylose de cette articulation, je pratique quatre nœuds à la distance égale d'un centimètre sur la longueur de chacun des cordons, qui soutiennent la demi-botte: de la sorte je puis, soir et matin, donner un degré variable de flexion à l'articulation, et l'y maintenir en logeant l'S métallique tantôt entre le premier et le deuxième nœud, tantôt entre le deuxième et le troisième.

Je dois vous observer pourtant, très-honoré confrère, que cette mobilité articulaire ne peut s'obtenir qu'au moyen de l'échancrure poplitée à l'extrémité supérieure de la demi-botte, ce qui ne peut donc se permettre que pour les fractures sans chevauchement, c'est-à-dire pour celles qui ne nécessitent pas l'extension et la contr'extension.

Voilà, mon très honoré confrère, les modifications qui constituent l'appareil *à suspension doublement mobile*. Il me reste à vous dire comment je me comporte auprès de mon malade.

Quand j'arrive près de lui, je le fais déshabiller et coucher incontinent. Je visite le membre pour établir mon diagnostic avant qu'il s'engorge; je le place ensuite en demi-flexion sur un oreiller recouvert d'une toile cirée si je puis m'en procurer. Sur cet oreiller et dans cette position favorable, j'entoure le membre de compresses d'eau très-froide saturnée et laudanisée. Ces compresses sont renouvelées au fur et à mesure qu'elles s'échauffent. A l'aide des émissions sanguines locales ou générales, d'une diète plus ou moins sévère, de la demi-flexion et des lotions réfrigérantes, huit jours environ suffisent pour prévenir ou

grand caractère du sublime empereur des Turcs, Mahmoud, s'est passé, il n'y a pas bien long-temps, à Constantinople. Sa Hautesse, fidèle du moins en ceci aux traditions des monarques orientaux et des califs des *Mille et une Nuits*, n'a pas grande confiance à la science turque quand il s'agit des intérêts immédiats et corporels de son impériale personne. De tout temps, les princes musulmans ont choisi leurs médecins parmi les infidèles, et surtout parmi les Francs. Cette préférence est en partie fondée sur l'idée assez juste de la supériorité de nos connaissances de tout genre, et souvent aussi sur le préjugé superstitieux en vertu duquel, en Turquie comme ailleurs, un médecin qui vient de loin passe pour avoir nécessairement la science infuse. L'autocrate turc avait donc un de ces médecins particuliers, qui tenait à sa cour le rang des archiâtres de nos rois. Ce mortel privilégié avait seul le droit de toucher sa personne sacrée et le privilége, moins glorieux peut-être, mais plus désirable sans doute, d'entrer dans le serail et d'en sortir avec sa tête sur les épaules. Or, il arriva que cet archiâtre, dont le nom nous échappe, mourut et de mort naturelle, ce qui est encore à remarquer, quand il s'agit d'un haut fonctionnaire ottoman. En France, quand ce malheur arrive, on porte le mort au cimetière de l'Est sur un modeste corbillard, sans tambours ni trompettes, escorté seulement de trois ou quatre voitures de deuil vides; si le défunt était professeur de l'école, ou académicien, il peut espérer que son ombre sera consolée par la lecture de deux ou trois discours. Ce sont là les honneurs les plus splendides auxquels il puisse raisonnablement prétendre. En Turquie les choses se passent autrement, comme on va voir. Le grand Mahmoud, désolé de cette perte, ne voulut pas pleurer seul, et il décréta en conséquence un deuil général, auquel ses fidèles sujets obéirent ponctuellement, et il fut lui-même l'ordonnateur d'une cérémonie funèbre d'une magnificence sans exemple dans l'histoire médicale. Voici les détails que nous en donne un voyageur anglais qui en fut le témoin.

« La bière, dit il, était accompagnée par une centaine d'officiers et de soldats sans armes, et comme c'était la première fois qu'on voyait des Turcs assister à une cérémonie chrétienne, ce spectacle fit une prodigieuse sensation. Le défunt était en grande estime auprès du sultan, aimé généralement de toutes les classes, des Turcs et des chrétiens. En tête du convoi marchaient des soldats divisés en deux corps, occupant les deux côtés de la rue; les officiers placés au centre; à la suite des soldats venait une troupe de capucins, accompagnés des prêtres et des membres du culte grec; le cercueil était couvert d'un drap mortuaire de soie noire, marqué d'une grande croix jaune, dont les quatre coins, ornés de glands, étaient portés par des personnages de distinction. Une immense foule de Francs, de Turcs et d'Arméniens, portant un crêpe à leur bras, terminaient la procession. Les porteurs se faisaient distinguer par de larges bonnets fourrés, semblables au calpac des Arméniens, et chacun d'eux dans sa main un long cierge de cire blanche. »

Pendant que ceci se passait à Constantinople, Méhémet Ali transformait Clot-Bey en colonel. On voit donc que dans ces jours d'abaissement de notre art, ce n'est qu'en Turquie qu'un médecin peut vivre et mourir.

dissiper la période aiguë de l'engorgement, permettre la réduction du membre et sa mise en appareil.

Pendant ce temps-là j'ai soin de faire raccourcir le matelas de deux pieds environ, le matelas, s'il y en a! Je choisis une demi-botte à la longueur et à la largeur du membre; j'ajuste le reste de l'appareil au lit du malade, je place ensuite le membre fracturé dans la demi-botte, et j'opère la réduction avec tous les détails précédemment donnés.

Si le membre sain ne peut endurer la légère flexion que nécessite le raccourcissement du matelas, on lui donne un coussin. Si le lit du malade n'est pas garni d'un matelas, je fais enlever une quantité suffisante de paille ou de feuilles, pour opérer le même vide, le même espace.

Quand l'engorgement s'affaisse, se déprime, il est essentiel de serrer progressivement et proportionnellement les pièces contentives de l'appareil.

Les plaies, les ecchymoses, les contusions, etc., qui compliquent la fracture réclament le pansement d'usage.

A la généralité de mes cliens (qu'on n'oublie pas leur caractère), je n'accorde pas la permission de se lever. A quelques-uns je le permets en ma présence. Bien rarement je l'accorde loin de ma surveillance, comme je l'ai fait en faveur de madame Marinet d'Ochiaz, femme sensée et prudente (1). Du reste, tous peuvent s'asseoir et permettre qu'on fasse leur lit en se couchant tantôt sur la droite, tantôt sur la gauche.

A tous je recommande expressément, et à chaque visite, de ne pas soulever leur jambe, comme plusieurs sont tentés de le faire pour essayer leurs forces. Elle doit être *morte*.

L'engorgement une fois indolent, je ne me bâte pas de le combattre, car il me paraît remplir une indication. Il *matelasse*, il consolide les rapports osseux, il amortit les chocs extérieurs; puis il disparaît à la longue au moyen de l'exercice et des frictions simples ou médicamenteuses.

Ordinairement je prescris, pour hâter sa disparition, des frictions avec un morceau de drap imbibé de vin rouge dans lequel on fait dissoudre de la moelle de bœuf à doses variables. Des fumigations avec des baies de genièvre, jetées sur des charbons ardens, sont aussi favorables. Deux remèdes bien simples, bien économiques, à la portée du plus pauvre.

La gouttière et les trous placés au bas de la demi-botte permettent de continuer les lotions, s'il y a lieu.

Enfin durant l'hiver, si le malade accuse du froid au pied, j'enveloppe le pied et la semelle de la demi-botte avec un ample chausson de laine.

Quand enfin le malade commence à se lever, à marcher, je lui recommande de placer la jambe guérie dans la demi-botte, dès qu'il rentre dans son lit, pendant encore quinze ou vingt jours. C'est une bonne précaution, qui, dans le cas même où elle n'est pas observée, ne manque jamais d'inspirer au malade la crainte d'une récidive, et la prudence pour la prévenir.

Contre quelques objections. D'abord on pourrait objecter la difficulté de se procurer une demi botte pour chaque grandeur de jambe à traiter. A cela je réponds qu'avec trois demi-bottes, grandeur adulte, moyenne et petite, un médecin ou chirurgien de campagne peut chausser tous les malades qui peuvent lui échoir. Il est assez rare, en effet, d'avoir deux fractures à traiter à la fois dans la circonscription d'une clientelle ordinaire.

Or, ces trois demi-bottes coûteront onze francs, et l'appareil mobilisateur six francs au plus; total, dix-huit francs. Rien n'empêche d'ailleurs, pour plus grande économie, de substituer à la demi-botte la planchette à rebords, laquelle se fabrique aussi facilement que la planchette ordinaire.

En résumé, mon très honoré confrère, c'est une dépense bien minime en face des avantages qu'elle procure à l'hyponarthécie ordinaire. Aussi, malgré la diffuse longueur de ma lettre, permettez-moi de lui consacrer quelques lignes encore : raconter tout le bien qu'elle fait à mes malades comme à moi, c'est encourager tous les médecins qui partagent ma position à l'essayer; c'est acquitter enfin une dette, celle de notre commune reconnaissance à votre égard.

Plusieurs lieues me séparent ordinairement de mon malade. A la première visite, je préviens ou je combats les symptômes d'inflammation consécutive; six ou huit jours après, je place l'appareil; puis de huit en huit jours environ, je surveille le malade jusqu'à sa guérison entière. Et en somme, une fracture simple, même compliquée, ne nécessitera plus que six voyages environ; tandis qu'auparavant, avec le bandage à 18 chefs ou de Scultet, avec l'ancienne méthode d'extension et de contr'extension permanente, le cas venait il à se compliquer tant soit peu, il exigeait de quinze à vingt voyages!!! Que de fatigues épargnées! Que de dangers évités au médecin condamné à exercer dans un pays hérissé d'âpres montagnes, où le sentier est étroit, obstrué par les neiges, menacé par l'avalanche et toujours voisin du précipice... Et qu'on n'ose pas dire à ce propos que ce sont autant *d'honoraires rognés*! Que font à nous, victimes ignorées de notre art, quelques pièces de monnaie de plus, que lâcheraient à regret les mains calleuses de la misère? Paieraient-elles un dévouement de tous les jours? Combien de fois, quand le devoir me contraignait à une corvée que mon cheval même ne pouvait partager, me suis-je dit avec amertume : « Oh! quelqu'un qui me pourrait remplacer!... Je lui céderais de bon cœur et de ma bourse mon modeste honoraire de la journée. » Tel est le sort réservé durant de longs et rigoureux hivers au médecin échelonné dans le Jura, dans les Alpes, etc. C'est lui aussi qui appréciera comme moi cette économie de périls et de sueurs.

Autre avantage. Dans les montagnes plus qu'à la ville, plus que dans la plaine, les fractures sont fréquentes et compliquées. Le citadin perd l'équilibre et tombe sur un parquet trop glissant, sur la dalle trop humide des rues. Le montagnard tombe aussi, quoique plus adroit, plus ingambe, plus solide sur sa base. Mais que d'agens extérieurs sollicitent de graves complications! Tantôt un arbre qui l'atteint dans sa chute, ou un bœuf rétif qui le frappe; tantôt un lourd charriot qui le surprend et lui lamine les extrémités, ou bien un rocher détaché qui le surprend et le brise. Grâce à l'hyponarthécie, après avoir fait et maintenu la coaptation, je prépare et j'applique sous les yeux d'une mère ou d'une épouse les topiques appropriés à la lésion externe; je recommande et j'indique l'heure du pansement, et je peux quitter mon malade, que je ne revois que six ou huit jours après. Aurais-je pu avec de pareilles complications abandonner mon malade pour un aussi long-temps, et le malade de son côté aurait-il souffert aussi peu, aurait-il guéri aussi facilement avec l'emmaillottement des appareils anciens?

Je vous répète, mon très-honoré confrère, c'est loin des ressources de la ville, loin des chirurgiens habiles, que l'on appréciera surtout l'hyponarthécie; elle se vulgarisera, et dès qu'elle sera connue et appréciée dans le hameau, dans le châlet, j'ose le prédire, plus de rebouteurs!... C'est peut être le plus grand bienfait de l'hyponarthécie.

Au sujet de cette ignoble classe de charlatans, je dois vous communiquer une particularité qui n'est point étrangère à l'objet de cette lettre. L'abandon apparent où je laisse le membre fracturé pendant quelques jours pour prévenir ou combattre les symptômes d'engorgement inflammatoire; ensuite la simplicité de l'appareil, la liberté même du membre, soulèvent ordinairement des doutes, provoquent même des murmures de la part des parens, des voisins, du malade lui-même, qui ne manquent pas de me demander pourquoi je ne garotte pas tout de suite le membre, enflammé ou non, comme le pratique le rebouteur mon voisin, lequel, depuis que j'habite Châtillon-de-Michaille, a déterminé trois cas de gangrène par cette manœuvre barbare et routinière. Il n'a fallu rien moins que des guérisons solides, exemptes d'accidens et de difformités, pour justifier ma conduite. Dans le monde, la nouveauté plaît et séduit; en médecine, elle excite la défiance du vulgaire; elle discrédite même le praticien progressif, qui passe pour faire des *expériences*! C'est le mot consacré. *Risum teneatis!...*

Il me reste à vous communiquer quelques idées pratiques relatives à l'hyponarthécie fémorale. Prenez patience, mon très-honoré confrère, c'est par là que je terminerai.

Comme l'a justement remarqué la GAZETTE MÉDICALE, le plan incliné anglais gravé dans le *Traité des luxations* de sir A. Cooper, est l'hyponarthécie fémorale moins la suspension. Ainsi que votre appareil, il présenterait le grave inconvénient de presser et de fatiguer le jarret par la réunion des deux planchettes.

Avant de connaître votre hyponarthécie fémoro-tibiale, j'avais suivi, à diverses époques, dans les hôpitaux de Paris, Montpellier et Lyon, le traitement du corps ou du col du fémur par le double plan incliné diversement modifié. Tous les malades accusaient l'inconvénient dont je vous ai parlé. En 1833, ma mère dans une chute tomba sur le grand trochanter droit, et me fournit malheureusement tous les symptômes d'une fracture du col du fémur. Le cas était bien grave, tant à cause de sa nature qu'à cause de l'âge avancé de la malade. Comme je n'habitais pas avec mes parens la petite ville de Nantua, je m'adressai à un chirurgien de la localité pour surveiller le traitement en mon absence.

(1) Quand je permets à mon malade de se lever, les deux anses de la botte sont toujours réunies par l'S métallique, laquelle s'accroche, à la hauteur nouvelle, soit à une tige de fer, fichée dans un mur, soit à un appareil à peu près semblable à celui de M. Fourcade, *Journ. des conn. médico-chirurg.*, n.

Ce chirurgien expérimenté m'engagea à recourir à ce même double plan incliné, bien rembourré de coussins en balle d'avoine. J'y consentis en l'absence d'un procédé meilleur; mais bientôt ma pauvre mère souffrit et fut forcée de se plaindre, malgré sa stoïque résignation. Nous remplaçâmes d'abord le pupitre par des coussins gradués; mais que d'embarras pour les maintenir, et puis nulle certitude pour l'invariabilité du membre, si nécessaire pour sa consolidation! En l'absence du chirurgien ordinaire de ma mère, je fus obligé de recourir un jour à un pupitre dont l'angle tronqué fut surmonté d'une vessie remplie d'air. La douleur fut plus supportable, l'appareil plus solide; mais la vessie finit par se détendre. Définitivement, nous nous adressâmes encore aux coussins pour terminer le traitement, qui dura quatre-vingt-dix jours! Après ce long supplice, elle put se lever pour faire son lit; puis essayer quelques pas à l'aide des béquilles, dont elle ne put se séparer qu'après cinq ou six mois. Aujourd'hui elle marche droit comme auparavant; la claudication est imperceptible.

Depuis cet accident, je songeais à un oreiller en caoutchouc injecté d'air pour remplacer la vessie, et auquel je promis ma confiance à la première occasion.

L'occasion ne s'est pas offerte, et dès que j'ai connu votre planchette fémoro-tibiale articulée et suspendue, il me vint l'idée d'un appareil conçu de la manière suivante.

Supposez un *cuissard* en fer-blanc pour loger la moitié postérieure de la cuisse et de la fesse correspondante; son côté interne serait échancré convenablement pour ne pas écorcher les parties molles; il s'articulerait avec la demi-botte, non pas au-dessous du genou, comme tous les autres doubles plans inclinés; mais seulement sur les côtés. Les deux pièces de cet appareil seraient échancrées par leurs extrémités articulaires, de manière à former un vide qui laisserait libre l'espace poplité. Le mécanisme de la suspension mobile serait le même que celui décrit déjà dans le courant de cette lettre, et le degré d'inclinaison pourrait varier et se maintenir, à l'aide de deux tiges en fer toutes deux articulées par des charnières mobiles, l'une à la partie supérieure du cuissard, l'autre sous le talon de la demi-botte, glissant l'une dans l'autre par les extrémités libres, et pouvant se maintenir au degré convenable de longueur par une vis de pression.

En attendant le jugement que votre sagacité et votre grande expérience porteront sur l'opportunité de ce nouvel appareil pour me déterminer à l'essai, agréez, monsieur et très-honoré confrère, l'expression de la profonde estime que m'inspire votre réputation.

Votre très-respectueux confrère,

Docteur MUNARET.

Châtillon-de-Michaille, 9 avril 1835.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

RÉSUMÉ DES LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES SCROPHULEUSES, faites à l'hôpital St-Louis; par M. LUGOL.

DE L'IDENTITÉ ORIGINAIRE DES MALADIES SCROPHULEUSES; DE LEURS ESPÈCES; DE LEURS CAUSES.

L'étude des spécialités est un complément indispensable des bonnes études médicales; elle seule peut féconder les notions générales de diagnostic, et révéler au médecin toutes les ressources de la thérapeutique; c'est surtout au lit du malade qu'elle fait sentir toute la force de son appui.

Rappelée chaque jour aux principes de la saine observation, notre époque paraît avoir compris l'importance des spécialités; car en général elles ne sont plus abandonnées à des hommes circonscrits comme elles, et pour lesquels elles étaient plutôt un monopole qu'une source de méditations et de recherches suivies. Des médecins expérimentés dans toutes les branches de l'art apportent dans l'étude de ces maladies spéciales des vues philosophiques, seules capables d'éclairer leur histoire.

Ces réflexions s'appliquent d'elles-mêmes aux maladies scrophuleuses, dont M. Lugol a fait une étude spéciale.

L'étude de la scrophule a été négligée jusqu'à nos jours, et beaucoup de praticiens n'ont pas encore senti tout le degré d'intérêt qu'elle peut offrir. On en dit seulement quelques mots dans les cours de pathologie, pour ne pas laisser une lacune dans le cadre nosologique; et il y a quelques années encore, on s'occupait si peu des scrophuleux, qu'après les avoir successivement repoussés des autres hôpitaux, on leur accordait avec peine un refuge à l'hôpital Saint-Louis (1).

Médecin de ce vaste hôpital, M. Lugol reconnut bientôt tous les avantages de cette position; et négligeant dès-lors des lectures qui ne lui offraient plus qu'un trop faible intérêt, il prit le parti d'étudier les maladies scrophuleuses dans les exemples qu'il en avait chaque jour sous les yeux, et de faire de son hôpital le champ de ses observations.

Telle est la marche suivie par ce professeur pour recueillir les matériaux qui ont servi à l'enseignement spécial qu'il a créé depuis plusieurs années, et par lequel il popularise les notions nouvelles de diagnostic et de traitement qu'il a puisées dans ses rapports avec les malades scrophuleux.

§ I. IDENTITÉ ORIGINAIRE. — ESPÈCES.

Cette classe de maladies est caractérisée par l'identité originaire de toutes ses formes, soumises à la même cause prochaine. Semblable au génie épidémique, cette identité originaire constitue la partie fondamentale de leur histoire, et domine toutes les indications. Aussi les affections scrophuleuses doivent-elles être considérées comme des maladies générales (*totius substantiæ*), qui exercent leurs ravages sur tous les tissus indistinctement, sans qu'on puisse leur assigner pour siége aucun système organique en particulier.

Quelque nombreuses, quelque variées que soient les formes sous lesquelles le génie scrophuleux se traduit au dehors, elles peuvent toutes être ramenées aux cinq espèces suivantes :

1re E. — Scrophule tuberculeuse.
2e E. — Catarrhale.
3e E. — Cutanée { ulcéreuse. / esthiomène.
4e E. — Celluleuse et graisseuse.
5e E. — Des os.

Ces cinq espèces renferment elles-mêmes des variétés nombreuses, dissemblables quant à leur forme et quant à leur siége; mais dont la nature similaire ne peut échapper à un œil exercé.

..... *Non facies omnibus una;*
..... *Qualem decet esse sororum.*

Ainsi les tubercules pulmonaires ne diffèrent que par leur siége des tumeurs strumeuses, qui s'agglomèrent dans les régions trachéliennes, axillaires, inguinales, etc., autour des vaisseaux, autour des organes ou dans leur épaisseur. Les ophthalmies, les coryzas, les écoulemens génitaux ressemblent, quant à leur nature intime, à certaines affections vermineuses, à la diarrhée, véritable coryza de la muqueuse intestinale. La parenté la plus proche existe entre la carie, les diverses tumeurs blanches, nous pouvons même dire entre toutes les maladies scrophuleuses du squelette.

Si tous les faits sur lesquels reposent ces considérations n'étaient pas rapprochés; si de l'étude des détails ne jaillissaient pas des vues d'ensemble, il serait impossible d'établir l'identité originaire de toutes ces formes, soumises à la même modification organique.

Mais s'il arrive souvent de rencontrer épars sur des individus différens, les différens symptômes des maladies scrophuleuses, il n'est pas rare de les trouver diversement combinés ou compliqués sur le même sujet, à la fois ou d'une manière successive; il est même des malades qui offrent tout le cadre nosologique des infirmités produites par la scrophule.

On arrive à des résultats semblables, si l'on étudie la famille; car tantôt tous les enfans d'un même lit sont atteints du même symptôme, de phthisie, d'esthiomène, par exemple; tantôt la maladie semble se jouer, en attachant une de ses formes à chacun d'eux.

Mais en trouvant ici dans la famille une preuve de l'identité originaire des maladies scrophuleuses, nous l'avons en quelque sorte considérée comme un seul individu, séparé de toutes ses relations, tandis qu'elle peut servir à constater un fait important, savoir : que ces affections ne sont pas ordinairement produites, d'une matière isolée, par des causes accidentelles et variables. En effet, pour peu qu'on recherche les traces de leur origine dans les générations successives, on ne tarde

(1) Cette assertion n'a rien d'exagéré : j'en donnerai pour preuve une phrase extraite du rapport fait à l'Académie des sciences par M. Magendie sur les travaux et les succès de M. Lugol. Et ces succès sont tels, qu'une maladie très-commune, surtout dans les classes pauvres, et d'un traitement si long et si difficile *qu'elle est exclue de nos hôpitaux par un réglement en vigueur*, devient curable dans un temps limité et par des moyens peu dispendieux.

pas à reconnaître qu'elles sont toutes marquées du cachet de l'hérédité, qui est un signe manifeste de la plus proche pareoté.

Nous sommes donc naturellement conduits à examiner les causes de la scrophule, parmi lesquelles on verra que l'hérédité doit occuper le premier rang.

§ II. DES CAUSES DES MALADIES SCROPHULEUSES. — DE L'HÉRÉDITÉ.

1° *Hérédité directement scrophuleuse.* Si des parens robustes et bien portans sont assez heureux pour donner le jour à une famille saine et vigoureuse, les scrophuleux ont le fâcheux privilége de transmettre à leurs descendans une constitution détériorée, et avec elle les maladies qui en sont la conséquence : tantôt ils les revivent daos leurs enfans, noo-seulement par les formes du corps et par les traits du visage, mais encore par le symptôme scrophuleux dont eux-mêmes sont atteints; tantôt la maladie se transforme et prend un masque différent. Je donnerai pour exemple les tuberculeux pulmonaires que M. Lugol range avec Portal au nombre des scrophuleux. Tous les jours, en effet, on rencontre dans une famille des enfans qui sont phthisiques comme le père ou la mère, tandis que les frères et sœurs sont affectés d'estbiomène, de scrophule catarrhale, ou de carie, etc.; ces deroiers pouvant à leur tour engendrer des tuberculeux pulmonaires.

Lorsque les deux sources de la famille sont entachées de scrophule, celle-ci ne tarde pas ordinairement à s'éteindre. Mais ces cas sont rares; elle est le plus souvent régénérée par une famille robuste, et alors la mortalité devient moins effrayante.

Les croisemens des familles saines avec les familles malades étant plus ou moins multipliés, ils doivent apporter et apportent en effet des modifications nombreuses dans les produits de la génération. L'hérédité est quelquefois si évidente qu'elle saute aux yeux des gens du monde, qui ne s'étonnent pas de voir une jenne fille ou un jeune garçon mourir de la poitrine, parce que, disent-ils, la mère est morte de la même maladie parce que le père a en des humeurs froides pendant sa jeunesse. Mais s'il est des cas où la scrophule est écrite en caractères visibles sur la santé des parens, il en est d'autres où elle est tellement modifiée par le mélange d'nn sang plus généreux, qu'elle se trabit à peine par quelques symptômes mal dessinés. Car un homme peut jouir en apparence de tous les attributs de la santé, et cependant avoir une progéniture scrophuleuse. Dans des circonstances pareilles, le médecin qui se contenterait d'un examen superficiel, pourrait croire qu'il a rencontré une exception, et cependant il serait dans une grave erreur; car s'il pousse ses investigations plus loin, s'il interroge les parens avec plus de soin, s'il entre dans des détails plus minutieux sur leur santé antérieure ou présente, il sera surpris des choses importantes qu'ils lui révèleront sous le rapport de l'hérédité. Il les verra, pieusement crédules, s'abuser eux-mêmes et attribuer à des causes minimes des accidens formidables, parce qu'ils leur serait trop péoible de s'avouer qu'ils sont eux-mêmes la cause des maux qui affligent les objets de leur tendresse : c'est alors qu'ils vous diront d'eux-mêmes, que leur enfance a été maladive, qu'ils s'enrhumaient facilement, qu'ils ont eu des ophthalmies, des glandes an cou, etc. Ils ne trouveot rien d'étonant à cela, parce qu'ils croient tous ces maux ordinaires à l'enfance; parce que tels ou tels de leurs parens ont été malades comme eux. D'ailleurs, ajouteront-ils, leur saoté s'est consolidée à l'âge de la puberté, et depuis cette époque, sans être robuste, elle a toujours été assez régulière. Respectez l'erreur de ces pauvres parens, puisqu'elle assure leur bonheur; mais analysez avec soin leur récit, et vous reconnaîtrez le génie scrophuleux aux symptômes qu'ils vous ont décrits, et vous conclurez nécessairement que leur constitution détériorée est la cause réelle de la maladie qui afflige aujourd'hui leurs enfans, quoique la scrophule ait respecté leur santé pendant le temps assez long qui s'est écoulé depuis leur jeunesse.

Si l'hérédité semble échapper dans les ascendans au premier degré, il faut la chercher dans les aïeux, soit du côté paternel, soit du côté maternel, qui ont presque toujours été affectés de quelque symptôme scrophuleux, et quelquefois de celui-là même qui sévit sur leurs petits-enfans.

L'hérédité se retrouve encore dans les branches parallèles d'une même famille. Le père ou la mère d'un scrophuleux présente les conditions de santé que nous avons indiquées quelques lignes plus haut, tandis que, chez un de leurs frères ou sœurs, la maladie est confirmée, et que, par un rapprochement aussi curieux que le précédent, elle s'est reproduite sous la même forme chez leurs neveux ou nièces. M. Lugol possède entre autres un exemple des plus curieux sous ce rapport : c'est celui d'une dame qui vint le consulter pour sa fille dont la taille était déviée, et qui ne savait où trouver la cause d'une pareille difformité, puisqu'elle-même avait toujours joui d'une bonne santé, et n'avait jamais été menacée d'un semblable malheur. Elle venait de dire à M. Lugol que sa sœur aînée était contrefaite depuis son enfance.

2° *Hérédité syphilitique.* L'hérédité directement scrophuleuse n'est pas la seule voie qui transmette la scrophule dans les familles, car les parens syphilitiques engendrent des enfans scrophuleux.

S'il était rationnel de constater cette vérité autrement que par l'observation directe, on pourrait en quelque sorte s'en convaincre *à priori* en comparant entre eux les points de ressemblance qui existent entre la syphilis et la scrophule, qui toutes deux envahissent indistinctement nos tissus, qui toutes deux sont heureusement guéries par des médicamens analogues, je dirai plus, par un même médicament, puisqu'entre les mains de MM. Lugol et Magendie, l'iode a triomphé d'affections syphilitiques constitutionnelles. Rien n'est plus fréquent à l'hôpital des Vénériens, que de voir des engorgemens glandulaires des aines revêtir au bout d'un certain temps les caractères des tumeurs scrophuleuses, et guérir par un traitement ioduré soit général, soit local, après avoir résisté aux mercuriaux. Enfin les affections syphilitiques peuvent devenir l'occasion du développement des symptômes scrophuleux. J'ai vu, dans la salle St-Jean, un malade chez lequel des tumeurs du cou s'étaient montrées quelque temps après l'apparition d'un bubon, suite de chaneres, bubon dont la résolution avait été lente et difficile.

3° *Hérédité par faiblesse des parens.* Il existe encore d'autres conditions de génération qui appartiennent à l'hérédité, et qui modifient sans doute en plus ou en moins l'influence des deux ordres de causes que nous venons d'examiner, savoir l'hérédité scrophuleuse et l'hérédité syphilitique. Ces conditions particulières sont relatives à l'âge des parens et à leur faiblesse soit absolue, soit relative.

L'observation démontre en effet que les parens trop jeunes, dont l'organisation n'a pas encore acquis toute sa maturité, soot imprégnés d'une faiblesse qu'ils transmettent à leurs enfans sous forme scrophuleuse. Lorsqu'ils sont au contraire trop avancés en âge, leurs organes épuisés ne peuvent fournir les matériaux nécessaires à une fécondation puissante. Il en est de même, quel que soit leur âge, si leur constitution a été affaiblie d'une manière soit primitive, soit consécutive. Les classes extrêmes de la société, les pauvres et les riches, nous en fournissent des exemples : les premiers sont épuisés par les privations et le travail, et donnent le jour à des enfans sans vigueur; les secoods dépensent, dans le court espace de leur jeunesse, l'énergie et la force de leur vie entière, et leurs descendans sont atteints de maladies scrophuleuses, que l'on décore trop souvent du nom d'ophthalmies, de convulsions ou d'hydrocéphales.

Enfin la progéniture est débile et scrophuleuse, non-seulement lorsque le père et la mère soot en même temps dans les conditions d'âge ou de faiblesse mentionnées ci-dessus, mais encore lorsque ces conditions se rencontrent chez l'un des deux époux isolément; car, toutes les fois qu'il existe entre eux une grande disproportion d'âge, leurs enfans ne peuvent être vigoureux. Or, il ne faut pas juger ici de l'âge par les années, mais par le temps que la nature emploie à perfectionner l'organisation de chacun des sexes; c'est pourquoi l'homme qui veut donner le jour à des enfans valides, doit être plus âgé que sa compagne. Du reste, l'homme paraît influer plus que la femme sur la vigueur du produit de la conception, puisqu'on voit tous les jours des femmes robustes avoir des enfans chétifs et difficiles à élever, parce que leurs maris ont eux-mêmes une organisation chétive; tandis qu'un homme robuste a des rejetons robustes, quoique sa femme ne soit pas aussi fortement constituée.

Ces réflexions s'appliquent sans restriction aux maladies scrophuleuses, puisque nous avons vu les parens transmettre à leurs enfans la faiblesse dont ils sont affectés par voie de génération et sous forme scrophuleuse. Aussi suffira-t-il de se rappeler les points capitaux que nous avons posés, pour comprendre l'action toute-puissante de l'hérédité dans la production de ces maladies.

4° *Endémie.* L'endémie est, après l'hérédité, une des causes les plus intéressantes à examiner, et nous ne croyons pas inutile, pour mieux apprécier sa valeur, de l'étudier dans ses rapports de causalité avec d'autres maladies.

En général, il faut chercher dans l'air, les eaux, les lieux, le genre de vie ou d'industrie des habitans d'une contrée, les causes des maladies qui y règnent habituellement; de sorte que les localités qui se ressemblent sous le rapport du climat et de l'hygiène se ressemblent aussi sous le rapport des maladies endémiques. C'est ainsi que l'existence des fièvres intermittentes est liée à celle des marais. Mais l'endémie présente encore un caractère spécial qui intéresse notre sujet; c'est que, dépendant des circonstances extérieures ou des six choses non naturelles, comme le disaient les anciens, elle détermine les maladies

endémiques aussi bien chez l'étranger, qui vient accidentellement habiter un pays, que chez l'indigène qui ne l'a jamais quitté; la rapidité de son action étant du reste subordonnée à son degré d'énergie. Ne savons-nous pas, par exemple, que l'approche des marais Pontins est funeste aux voyageurs; qu'on ne peut aller habiter la Sologne sans être victime des fièvres de cette contrée, et que le goître se developpe chez les personnes qui vont se fixer dans le Valais?

Ceci posé, examinons les localités où la scrophule est endémique, et voyons si, en les comparant entre elles, nous y rencontrerons quelques conditions, non pas identiques, mais seulement analogues. Or, ces localités, remarquables par leur nombre, different essentiellement sous les rapports les plus importans, tels que la température, l'humidité, les coutumes de leurs habitans, etc. Tout le monde conviendra que la Champagne, l'Auvergne, la Sologne, ne se ressemblent que par l'endémie scrophuleuse. C'est encore le seul point de vue sous lequel on puisse comparer Saint-Pétersbourg et ces îles de la mer du Sud, peuplées de rachitiques et de scrophuleux. Mais il y a plus: toutes ces contrées sont impuissantes pour développer à elles seules, je ne dirai pas toutes les formes, mais une seule des formes de la scrophule, chez un homme sain et robuste qui vient s'y fixer, ou sur sa famille, aussi saine et aussi robuste que lui. La ville de Reims en est un exemple frappant: l'endémie scrophuleuse y règne en maîtresse, à tel point qu'on trouverait à peine quelques familles qui ne paient pas à la scrophule un tribut onéreux; néanmoins dans les nombreux rapports que M. Lugol a chaque jour avec les habitans de cette ville, il n'a pu découvrir un seul cas dans lequel un étranger y eût contracté une affection scrophuleuse, quoiqu'il fût placé dans les mêmes circonstances que les indigènes, pourvu qu'il fût exempt de toute prédisposition héréditaire. Lorsque le climat de ces contrées énerve les forces et altère les humeurs, l'individu qu'il a modifié rentre dans une des conditions que nous avons signalées, et peut alors engendrer des scrophuleux.

Ces propositions ne reposant pas, comme on le voit, sur des faits particuliers, mais sur des observations générales, ce qui leur donne à notre sens une valeur réelle, ne peut-on pas en conclure que l'endémie est moins puissante pour produire la scrophule que les auteurs ne l'ont avancé? Ne peut-on pas même se demander si elle ne rentre pas dans les causes média es, soumises à l'hérédité?

5° *De l'humidité.* L'humidité tient une place importante dans l'histoire des maladies scrophuleuses; aussi nous en occuperons-nous d'une manière spéciale, quoique ses effets a ent été en partie appréciés dans le chapitre qui traite de l'endémie, puisque certaines contrées où les scrophuleux sont en grand nombre se font remarquer par leur humidité. En conséquence, il est convenable de placer la question sur un terrain limité et d'étudier l'influence de cette cause sur des populations spéciales souvent exposées à toute la rigueur de son action. Je prends pour exemple les soldats de terre et de mer, les sapeurs-pompiers de la ville de Paris, et les prisonniers.

Il suffit de consulter les ouvrages qui traitent des maladies auxquelles les militaires et les prisonniers sont plus particulièrement exposés, pour s'assurer que la scrophule est rare parmi eux; car ces ouvrages n'en font aucune mention. C'est qu'en effet, les armées occupées pendant plusieurs mois au siége d'une ville ou d'une forteresse, dans un pays marécageux où les soldats ont de l'eau jusqu'à mi-jambe et supportent des fatigues et des privations de tout espèce; ces armées, dis-je, sont frappées d'épidémies de fièvres intermittentes, de typhus, de dysenterie, etc.; mais jamais d'épidémie de scrophule.

Les mêmes remarques nous sont fournies par les marins. Les améliorations apportées dans l'hygiène navale ont fait disparaître ces cas nombreux de scorbut, qui moissonnaient les équipages embarqués pour des voyages de long cours; mais elles n'ont apporté aucune diminution dans le nombre des scrophuleux, qui est toujours peu considérable et dans la même proportion que parmi le reste de la population.

Les sapeurs-pompiers de la ville de Paris ont un service excessivement pénible, qui consiste habituellement à passer six à huit heures de suite dans les parties les plus inférieures des théâtres, creusées à 50 pieds au-dessous du sol, et où l'eau ruisselle de toutes parts. Malgré cette action incessante du froid humide, un ou deux sur cent présentent des symptômes de scrophules, tandis que leurs camarades sont pris de pneumonies, de rhumatismes articulaires, ou de fièvres intermittentes. L'un d'eux, admis il y a trois ans à l'hôpital St-Louis pour des tumeurs tuberculeuses énormes qu'il portait au cou, fut regardé pendant quelque temps, comme un exemple de scrophule développée par le seul effet de l'humidité; car, après l'avoir interrogé avec soin, M. Lugol n'avait découvert dans ses réponses aucun indice d'hérédité, lorsque sa sœur vint elle-même consulter pour sa fille, qui avait une ophthalmie et des tumeurs tuberculeuses du cou.

Il nous reste à examiner les prisonniers, qui souffrent encore souvent des effets de l'humidité, malgré les améliorations qu'a subies le régime des prisons. M. Lugol choisit habituellement pour exemple les détenus de la maison de Poissy, qui peuvent être partagés en deux classes: la première comprend ceux qui exercent une profession manuelle, et la seconde, ceux qui ne savent aucun métier. Ces derniers, employés à travailler le coton, vivent les uns depuis cinq ou six mois, les autres depuis plusieurs années, dans des salles dont l'humidité est nécessaire pour assouplir la matière qu'ils travaillent. Néanmoins, dans l'espace de deux ans, il n'y eut qu'un scrophuleux sur plus de 150 individus renfermés dans cette partie de la maison, qui en comptait en tout 8 ou 9. La proportion était donc en faveur des prisonniers qui travaillent le coton.

6° *Des âges, des saisons.* Les âges et les saisons ont encore été regardés comme des causes de scrophule; mais le plus léger examen prouvera qu'ils peuvent tout au plus favoriser le développement de cette maladie; car si les affections scrophuleuses sont très-fréquentes pendant les deux premiers septenaires de la vie, elles se rencontrent aussi dans un âge plus avancé. Chez certaines femmes la déviation de la colonne vertébrale date de l'époque critique.

L'influence du printemps est tout aussi secondaire que celle de l'enfance, qui lui a été comparée; il agit comme elle en donnant une impulsion plus forte aux mouvemens organiques, et pas autrement. Si l'on voulait attribuer à cette saison le développement de la scrophule, on serait en droit de lui attribuer également le développement des maladies éruptives, des angines, etc.

7° *Des causes pathologiques.* Il existe un autre ordre de causes que les auteurs ont appelées pathologiques, et qui comprend 1° les fièvres éruptives, 2° certaines maladies telles que la coqueluche, 3° enfin l'avortement.

La variole, la rougeole, la scarlatine, laissent souvent à leur suite des affections chroniques des poumons, du canal intestinal, des yeux, etc., dont l'existence est regardée comme liée à celle de ces exanthèmes. Cela est vrai dans quelques cas; mais le plus souvent, si l'on remonte aux causes premières, on reconnaît que les germes de ces maladies étaient déposés depuis long-temps dans un terrain préparé, et n'attendaient que la fièvre pour se développer.

Les rapports de causalité qui existent entre la scrophule et certaines maladies telles que la coqueluche, sont de la même nature, c'est-à-dire que la coqueluche peut attaquer des enfans qui ne sont pas scrophuleux, mais qu'elle est plus fréquente et plus tenace chez ceux qui le sont.

L'avortement est quelquefois accusé de produire la scrophule. Chez quelques femmes, en effet, la déformation de la colonne vertébrale ou des os du bassin, le développement de catarrhes utérins, d'ophthalmies, etc., ont commencé après une ou plusieurs fausses couches, auxquelles elles sont rapportées comme à leur véritable cause, tandis que l'avortement est lui-même, dans ces cas, un symptôme de scrophule; car l'observation démontre que les femmes qui avortent avec facilité portent pour la plupart le cachet de cette maladie. Cette susceptibilité de l'utérus se retrouve même dans une condition tout opposée, c'est-à-dire que souvent un mari scrophuleux ne peut avoir d'enfans avec une femme robuste, parce que l'avortement devient aussi facile chez elle que chez la femme scrophuleuse. Dans le premier cas, le terrain qui a reçu le germe est trop maigre pour lui fournir des matériaux de nutrition; dans le second, le germe manque de la force nécessaire pour se développer et devient un corps étranger dont la matrice se débarrasse. On explique ainsi comment certaines familles ne peuvent élever d'enfans, parce qu'ils meurent en bas âge d'affections vermineuses, de coqueluche, de convulsions, maladies qui sont de parenté scrophuleuse.

On voit donc que le génie scrophuleux poursuit l'enfant jusque dans le sein de sa mère, de sorte que l'avortement semblerait être dans ce cas le premier degré de l'hérédité.

MARROTTE, D.-M. P.

— MONOGRAPHIE DES DERMATOSES, ou Précis théorique et pratique des maladies de la peau, par le baron ALIBERT, medecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, professeur de la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, corrigée et augmentée de planches très-bien coloriées, représentant trente espèces de maladies. Deux volumes grand papier vélin cavalier (édition de luxe), prix 20 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, éditeur, rue de l'Ecole-de Medecine, n. 13 bis.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 JUIN.

VOYAGE A LA RECHERCHE DE LA LILLOISE.

M. Freycinet lit l'extrait d'une lettre qui lui a été adressée de Reykiavik, en date du 25 mai 1835, par M. Gaymard, médecin-naturaliste, embarqué sur la corvette *la Recherche*, capitaine Trehouart.

La corvette partie de Cherbourg le 27 avril, a ancré le 11 mai dans la rade de Reykiavik, capitale de l'Islande. Les informations qu'on s'est hâté de prendre, relativement au sort de *la Lilloise* et de son commandant, M. Blosseville, n'ont conduit jusqu'à présent à aucun espoir de réussite dans la recherche qui est le but du voyage. Une des instructions qu'a reçues le capitaine Trehouart, est de recevoir la déclaration d'un prêtre habitant près du golfe de Déraford, lequel avait appris l'année précédente, d'un capitaine hollandais, que celui-ci avait vu un navire de guerre français submergé dans le golfe de Bredebught. Le gouverneur par intérim de Reykiavik, M. Finser, a donné le nom et l'adresse de ce prêtre, auquel il a déjà écrit officiellement à ce sujet. M. Finser, dans la lettre où il communique ces informations au capitaine Trehouart, s'exprime ainsi qu'il suit, relativement à la supposition que les naufragés auraient pu gagner la terre : *Je puis affirmer que si le navire la Lilloise avait été jetée sur la côte d'Islande, cet événement ne me serait pas resté inconnu.*

Il est impossible de croire que des hommes appartenant soit à un navire en bon état, soit à un navire naufragé, aient pu rester ignorés sur quelques points de notre île ou dans quelques sinuosités du golfe de Bredebught, ce golfe étant habité sur beaucoup de points et fréquenté sur les autres par les troupeaux qu'on y mène paître. Les îlots qu'il renferme étant plats, ni navires ni hommes ne pourraient y aborder sans être aperçus; et si ces derniers avaient pu se sauver dans une chaloupe et s'étaient dirigés sur quelques uns de ces îlots, ils auraient pu facilement de là arriver sur la grande terre, puisque les glaces solides du Grœnland n'apparaissent jamais dans la partie de cette mer qui baigne les côtes méridionales de l'Islande.

La Recherche, poursuit M. Gaymard, est partie de Reykiavik le 13 mai. Elle va visiter d'abord nos bâtimens de pêche, puis elle se rendra à Dyrafiord pour entrer ensuite dans le golfe de Bredebught. De mon côté, je fais mes préparatifs pour suivre par terre, de compagnie avec M. Robert, le contour du même enfoncement; nous partirons le 1er juin. J'espère, ajoute-t-il, que, quel que soit le succès de nos recherches principales, l'expédition sous le rapport scientifique ne la ssera pas que de porter des fruits assez abondans. Déjà, sans compter ce que j'ai laissé à bord du vaisseau; nous pouvons envoyer au Muséum 155 échantillons de roches, formant 52 espèces ou variétés, environ 60 espèces de plantes, dont deux ou trois en fleurs; 40 espèces de cryptogames et 20 d'algues; une centaine d'animaux à l'état sec et un pareil nombre conservés dans l'esprit-de-vin. Parmi ces derniers se trouvent un chien islandais très-beau, douze jolis oiseaux bien conservés des genres *pelicanus*, *carbo*, *sula*, *larus*, *sterna*, etc.; une trentaine de poissons, la plupart grande dimention, des genres *gadus*, *salmo*, *cyclopterus*, *pleuronectes*, *raia*, etc.

Nous faisons des observations météorologiques aux heures que vous avez recommandées; on les fait aussi aux mêmes instans à bord de *la Recherche*. Le médecin principal de l'île fait lui-même depuis long-temps des observations du même genre; il a mis ses cahiers à notre disposition et nous en profiterons.

M. Gaymard a trouvé dans les personnes avec lesquelles il a été jusqu'à présent en relation, beaucoup d'obligeance et un désir de contribuer au succès de ses explorations; déjà son arrivée a été annoncée officiellement à plusieurs des villages qu'il doit visiter.

Il dit en terminant que des glaces mouvantes viennent d'être signalées sur la côte sud de l'Islande. Cela est en rapport avec la rigueur du dernier hiver dans l'île. En janvier 1835, le thermomètre de Réaumur à Reykiavik a descendu à —18 degrés, et aux environs de la ville à —23 et même 25.

On a eu récemment la nouvelle qu'un bâtiment français, qu'on dit être un pêcheur de Dunkerque, a échoué sur la côte sud de l'Islande entre Portland et Dyrafiord, et que sept hommes sur douze ont péri. Cette nouvelle exige encore confirmation; cependant, d'après les mauvais temps qui ont régné, il est à craindre qu'elle ne soit trop vraie. Si nos compatriotes, ajoute M. Gaymard, viennent ici, et que j'y sois encore, je leur donnerai tout ce dont je puis disposer. D'ailleurs, en cette île, les autorités sont bienveillantes et les habitans très-hospitaliers.

CÉPHALOPODES.

M. Duméril fait un rapport sur les nouvelles livraisons de la *Monographie des mollusques céphalopodes*, par M. de Férussac.

C'est, dit le rapporteur, un travail immense et bien important pour la zoologie et même pour l'histoire naturelle de la terre que celui auquel s'est livré M. de Férussac, quand il a entrepris de faire connaître les animaux de la classe des mollusques; car, après avoir publié sous le même format 27 livraisons avec plus de 160 planches gravées en couleur uniquement consacrées à l'histoire des espèces terrestres et fluviatiles, l'auteur a eu le courage de suspendre ses publications pour donner à son ouvrage une direction encore plus savante et méthodique. Il a pris le parti de publier successivement de grandes monographies des familles dont l'organisation mieux connue peut servir de type et d'introduction à l'étude de ces animaux. C'est ainsi qu'il a d'abord donné avec M. Rang et sous le même format, une histoire complète de toutes les espèces de la famille des *aplysiens*, *gastéropodes*, vulgairement nommés *lièvres de mer*, et qu'il publie aujourd'hui, avec M. d'Orbigny, l'*Histoire générale des mollusques céphalopodes*, dont l'organisation, quoique plus complexe, a été le mieux étudiée.

C'est dans l'un des ordres de cette sous-classe, celui qui comprend les espèces à deux branches cachées que sont rangés les genres argonaute, poulpe, calmar, seiche et plusieurs autres analogues, dont les tests ou les débris solides sont restés à l'état fossile et forment aujourd'hui la masse de certaines montagnes ou des bancs immenses de matière calcaire, productions admirables par leur régularité et qu'on a long-temps considérées comme des jeux de la nature.

L'auteur, poursuit M. Duméril, a employé avec bonheur, mais non sans de grands frais, les talens des peintres d'histoire naturelle les plus habiles et le crayon des plus habiles lithographes; aussi pouvons-nous assurer qu'aucun ouvrage de ce genre n'est jusqu'ici comparable, soit pour l'exactitude des détails, soit pour la réunion complète des espèces ainsi méthodiquement disposées. C'est un grand service rendu à cette partie de la science zoologique; car le corps de ces animaux est fort mou, souvent très-volumineux et tout charnu, de sorte qu'il est fort difficile aux naturalistes de les recueillir, de les observer dans l'état frais et même de les conserver dans leurs collections, par conséquent de pouvoir les comparer entre eux comme cela est nécessaire pour toute bonne description.

M. de Férussac, dans son arrangement des genres, a pris pour base la classification établie par Cuvier, avec les modifications que les progrès de la science ont dû nécessiter.

MM. de Férussac et d'Orbigny établissent dans l'ordre des céphalopodes trois grandes divisions :

1° Les porte-ventouses, ou ceux dont les appendices servent de bras, de pieds ou de rames garnis de disques concaves rétractiles; ce sont les *acétabulifères*;

2° Les *porte-siphons*, ou à coquilles cloisonnées, dont les loges communiquent entre elles par un seul tube, et qui n'ont pas de ventouses : tels sont les *siphonifères*;

3° Ceux dont le test est composé de loges ou de cloisons superposées, assemblées ou pelotonnées, que M. d'Orbigny a nommés *foraminifères*, parce que ces loges communiquent entre elles par plusieurs pores ou ouvertures non canaliculées.

Quant à ce dernier ordre, M. Férussac ne l'adopte pas complétement; après avoir exposé avec détail des observations faites par M. Dujardin sur les animaux vivans et sur leur structure; il exprime la pensée que ce ne sont pas des mollusques, au moins la plupart d'entre eux, et que par leur organisation ils se rapprochent davantage des polypes.

Le dénombrement historique de chacun des genres rapportés à ces trois sous-ordres forme autant de chapitres où, dans une analyse détaillée et critique, l'auteur expose les travaux successifs des auteurs qui s'en sont occupés. Il trouve ainsi l'occasion de présenter très brièvement l'état actuel des connaissances relatives aux mollusques céphalopodes, dont la description par genres et par espèces viendra compléter cette intéressante partie de la zoologie.

CRAPAUD A CARAPACE OSSEUSE.

M. Duméril fait en son nom et celui de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Coctean, ayant pour titre : *Notice sur un genre peu connu et imparfaitement décrit de batraciens anoures, a carapace dorsale osseuse, et sur une nouvelle espèce de ce genre.*

Quoique ce mémoire, disent les commissaires, ne concerne qu'une seule espèce de reptile, sur les habitudes duquel il ne donne même aucun renseignement, il n'en est pas moins digne de fixer l'attention, puisque l'animal, par la singularité de sa structure, devient un jalon très-heureusement placé pour montrer au naturaliste la véritable voie d'une méthode zoologique.

Dans cette espèce, en effet, M. Cocteau a reconnu que la plupart des vertèbres du dos sont aplaties, élargies, soudées entre elles et à plusieurs côtes, et enfin tout-à-fait saillantes au dehors, ce qui établit une transition naturelle des grenouilles aux tortues, comme pour justifier la dénomination vulgaire donnée par les Allemands qui nomment les tortues *Schildkroten*, ce qui signifie crapauds à bouclier.

L'auteur s'étant procuré trois individus desséchés d'un très-petit crapaud du Brésil, d'une couleur orange uniforme, remarqua de suite que le dessus de leur dos était recouvert et protégé dans toute sa partie antérieure par une demi-cuirasse osseuse. La portion la plus considérable de cette sorte de bouclier, coupée carrément en arrière, semble être articulée en avant avec une plus petite pièce osseuse, à trois lobes, dont l'un se dirige vers l'occiput. La surface de ces lames osseuses, qui probablement, dans l'état frais, étaient recouvertes d'une peau très-mince, est pointillée de trous et labourée de sillons sinueux, semblables à ceux qui se voient sur tout le dessus de la tête.

M. Cocteau s'est assuré, par la dissection et la préparation du squelette, que ce rudiment de carapace est certainement produit par les apophyses épineuses des vertèbres dorsales; la plaque en trèfle étant formée aux dépens des deux premières, et la masse carrée par les six vertèbres suivantes, élargies et unies entre elles; toutefois, dans ces six, les deux plus antérieures seulement sont soudées aux apophyses transverses qui représentent les côtes, comme cela a lieu dans les carapaces des tortues, tandis que les quatre autres apophyses transverses sont écartées et laissent un passage aux muscles de l'épine.

Tel est, disent les commissaires, le point le plus important de ce travail tout-à-fait nouveau pour la description anatomique, les préparations et les figures qui l'accompagnent. Cependant ce mémoire renferme en outre des recherches curieuses et des rapprochemens très-intéressans pour la zoologie proprement dite.

La description et la comparaison très-détaillée que l'auteur a faites de ce petit crapaud, démontrent qu'il est très-voisin de l'espèce que Spix a décrite et figurée parmi les reptiles du Brésil sous le nom de *bufo ephippium*, à cause d'une grande tache carrée en forme de selle que ce petit crapaud porte sur le dos. C'est avec cette espèce que Fitzinger a constitué le genre *brachycephalus*, adopté depuis par Wagler, qui lui a donné le nom allemand de *Schildfrosch* (grenouille à bouclier), auquel M. Cocteau propose, en réformant et en vérifiant, de donner le nom d'*ephippifer*, et il désigne l'espèce nouvelle sous l'épithète d'*aurantiacus* pour indiquer la couleur uniforme orangée.

M. Duméril rappelle que déjà depuis long-temps, dans ses cours, afin de faire pressentir les rapports qui existent entre les batraciens et les chéloniens, (rapports que les observations anatomiques de M. Cocteau établissent aujourd'hui plus sûrement), il avait coutume de faire observer un crapaud qui porte sur le dos un véritable bouclier osseux; mais, ajoute-t-il, comme l'animal était desséché et que c'est un exemplaire unique, il n'avait pas été possible de pousser les re-

cherches au-delà de ce qui se laissait apercevoir à l'extérieur. De plus, dans le premier volume de l'erpétologie, M. Duméril faisait remarquer « que certains batraciens anoures, tels que les pipas, les hémiphractes et les cératophrys, par la nudité du corps, la forme de la bouche et des narines, les plaques osseuses qu'on observe sur leur dos, offrent une sorte de rapport avec les espèces de chéloniens qui appartiennent aux genres *chelyde* et *trionyx*.

Les commissaires terminent en proposant à l'Académie de reconnaître que ce mémoire est important pour la zoologie, et d'engager l'auteur à le publier avec les figures qui l'accompagnent.

— M. Civiale lit un *Mémoire sur les névralgies du col de la vessie et de l'urètre*. Nous publierons ce travail dans notre prochain numéro. — MM. Duméril, Magendie, Roux et Breschet sont nommés commissaires.

ŒDÈME CÉRÉBRAL DES ALIÉNÉS.

M. Scipion Pinel lit un mémoire sur ce qu'il nomme la cérébrie œdémateuse. Les conclusions auxquelles il arrive sont que :

« 1° Dans l'œdème cérébral, il y a lésions distinctes de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité.

» 2° L'accumulation du liquide à l'extérieur du cerveau, où son infiltration dans le tissu cérébral produisent l'anéantissement intellectuel.

» 3° Le traitement le plus rationnel consiste en dérivatifs, en diurétiques et en laxatifs.

» 4° L'œdème cérébral est une complication accidentelle de l'irritation cérébrale, chez les individus prédisposés à l'œdème; mais, par sa durée, par ses symptômes et par la manière dont il doit être traité, il mériterait d'être mieux connu. »

Commissaires, MM. Magendie, Serres et Double.

L'Académie se forme en comité secret.

— La séance du 7 juillet n'a rien offert qui eût rapport aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Suite de la séance extraordinaire du 20 juin.

DE LA HERNIE INGUINO-INTERSTITIELLE, par le docteur GOYRAND, d'Aix, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

M. Goyrand nomme hernie *inguino-interstitielle* une espèce de hernie dans laquelle les viscères sortis de l'abdomen par l'orifice supérieur du canal inguinal, ou par une ouverture anormale du fascia transversalis, au lieu de traverser ce canal et de franchir son orifice externe, se logent dans sa cavité qu'ils dilatent, et dans la partie voisine de l'interstice de la paroi du ventre. C'est la hernie inguinale incomplète de la plupart des auteurs, la hernie intra-inguinale de Boyer; suivant l'auteur, le premier de ces noms est impropre; car une hernie est complète, quel que soit son siége, dès que les viscères qui la forment sont sortis de leur cavité; le second ne convient guère mieux, puisque cette hernie n'est pas toute contenue dans le canal inguinal, mais s'étend presque autant en dehors de son orifice abdominal, dans l'interstice de la paroi du ventre que dans le canal lui-même. Le nom que M. Goyrand substitue à ceux-là indique très-exactement le siége de la tumeur. Lecat et Petit avaient vu des hernies ayant leur siége sous l'aponévrose du grand oblique; A. Cowper, Hess-lbach, et plus tard Lawrcoce, MM. Jobert, Velpeau ont parlé avec quelques détails de cette hernie; Hesselbach en a fait figurer une, M. Sanson de l'Hôtel-Dieu a montré à l'auteur quelques dessins qui représentent des hernies ayant leur collet à l'orifice supérieur du canal inguinal, et leur fond peu au-dessous de l'anneau du grand oblique. Ces faits, suivant l'auteur, sont identiques ou analogues à ceux qu'il a lui-même observés; mais jusqu'à ce jour, on n'était pas arrivé de ces faits particuliers à une description générale.

M. Goyrand croit avoir dans ses observations tous les élémens de cette description.

Il rapporte d'abord deux observations. Dans la première, il s'agit d'un étranglement survenu dans une hernie; on croyait d'abord qu'il s'agissait d'une hernie qui s'était étranglée à l'extérieur, et qui avait été réduite en masse avec le sac dont le collet produisait l'étranglement. Mais dans l'opération à laquelle l'auteur assista, on trouva le sac adhérant solidement aux parties avec lesquelles il était en rapport; évidemment la hernie n'avait jamais été extérieure; l'intestin était perforé; il ne fut réduit qu'en partie. Une péritonite emporta le malade en 36 heures, et l'auteur disséqua la hernie avec grand soin. Nous retrouverons les détails anatomiques dans la description générale.

La seconde observation concerne un paysan âgé de 36 ans, qui avait sa hernie depuis l'enfance, et qui ne l'avait jamais contenue; l'étranglement eut lieu le 15 février 1834; l'opération fut pratiquée par M. Goyrand le 18 seulement. La tumeur étendue dans le sens d'une ligne oblique étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la partie supérieure du scrotum, avait 5 pouces d'étendue dans son grand diamètre, 3 pouces de largeur, et 1 pouce et demi de saillie à sa partie moyenne, et se terminait à la partie supérieure du scrotum par une espèce de renflement bosselé qui était séparé de la partie intra-inguinale de la hernie par une ligne de pression circulaire. Le testicule gauche n'était pas dans le scrotum.

La hernie fut mise à découvert par une longue incision oblique; elle contenait une grande masse d'épiploon toute contuse et adhérente au col du sac, bosselée à sa partie inférieure, qui était hors du canal, et une portion d'intestin longue de 4 pouces, d'un brun foncé. L'étranglement fut levé par un triple débridement pratiqué en haut et en dehors. L'intestin, quoique fort rétréci et ulcéré superficiellement dans le point qui supportait l'action de l'ouverture abdominale, fut réduit; l'épiploon fut excisé. Le malade sortit de l'hôpital bien guéri un mois après l'opération.

L'auteur passe ensuite à la description générale.

Cette hernie a son siége dans le canal inguinal; si elle est volumineuse, elle s'étend aussi du côté externe vers les épines iliaques, en séparant les faisceaux inférieurs du muscle petit oblique, et même la partie inférieure du transverse, du fascia transversalis. Elle a deux enveloppes membraneuses complètes, savoir, le sac et le prolongement du fascia transversalis, qui forme l'enveloppe immédiate du cordon testiculaire. La cavité accidentelle dans laquelle elle est logée est constituée en avant par la partie inférieure de l'aponévrose du grand oblique, quelquefois fort amincie en ce point, et par les faisceaux inférieurs du petit oblique et l'origine du crémaster; en arrière par le fascia transversalis, inférieurement par la gouttière que présente à sa partie supérieure le ligament de Fallope, gouttière qui se continue par son bord antérieur avec le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique, et qui donne naissance par son bord postérieur au fascia transversalis; en haut, par quelques faisceaux du petit oblique et le bord inférieur du transverse. On conçoit aussi, dit l'auteur, que les faisceaux inférieurs du petit oblique puissent être séparés, et qu'à travers une éraillure de ce muscle, la hernie puisse arriver derrière l'aponévrose du grand oblique, et s'épanouir entre cette aponévrose et le petit oblique.

Cette cavité a deux orifices : l'un à la paroi postérieure, par lequel elle communique avec la cavité abdominale; celui-ci n'est autre ordinairement que l'orifice supérieur du canal inguinal. Ovale dans l'état normal, cette ouverture devient circulaire quand elle a été distendue par une hernie. Son pourtour, mince et tranchant, est côtoyé à son côté interne par les vaisseaux épigastriques. Sur la partie inférieure repose le cordon spermatique. Ses côtés externe et supérieur ne sont en rapport avec aucun vaisseau important.

L'anneau inguinal forme l'orifice inférieur de cette cavité, qui est traversée d'un orifice à l'autre par le cordon testiculaire, qu'on voit logé dans la gouttière supérieure du ligament de Fallope.

Le collet du sac est embrassé par l'orifice abdominal de cette cavité; dans les hernies anciennes, sa surface extérieure adhère fortement au pourtour de cet anneau. Les plis qui ont dû résulter dans le principe du froncement du péritoine en cet endroit ont contracté entre eux des adhérences, et se sont confondus d'une manière intime; de là épaississement marqué du collet, qui présente à l'intérieur un anneau tranchant. Ceci se remarquait dans le premier cas dont M. Goyrand a donné l'histoire.

La hernie s'étend plus aisément du côté de l'anneau inguinal que vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. On en conçoit la raison : c'est que dans le premier sens existe un canal dont les parois adossées se laissent écarter sans trop de difficulté par les viscères qui se déplacent; tandis que pour s'étendre vers les épines iliaques, il faut que la hernie se creuse une cavité en séparant des couches qui sont unies étroitement. Aussi l'anneau de communication de la cavité accidentelle avec celle de l'abdomen est-il ordinairement plus près de l'extrémité externe de la tumeur que de son extrémité interne.

La hernie peut envoyer du côté interne un prolongement à travers l'anneau inguinal et être ainsi formée de deux parties distinctes, dont l'une est dans le canal inguinal et l'interstice de la paroi du ventre, et l'autre est au-devant de l'anneau inguinal ou même dans le scrotum. (V. 2e obs., et Lawrcoce, *Traité des hernies*.)

Enfin il peut arriver que le testicule s'arrête dans le canal inguinal, que la tunique séreuse de la glande séminale conserve à cet endroit sa communication primitive avec la cavité péritonéale, et que quelque viscère flottant dans l'abdomen vienne se loger dans la tunique vaginale, et former ainsi dans l'interstice de la paroi du ventre une vraie hernie congéniale. (V. 2e obs.). Dans ce cas, le testicule situé sur la paroi inférieure de la cavité accidentelle fera saillie à la partie postérieure et inférieure du sac.

Voici quelles sont, dans l'ordre de leur superposition, les différentes couches que le chirurgien aura à diviser pour arriver sur les viscères déplacés.

1° Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, dont les couches profondes condensées en membrane forment le fascia superficialis, feuillet cellulaire d'autant plus distinct que la couche adipeuse a moins d'épaisseur, et dans lequel se trouvent l'artère tégumentaire et quelques rameaux ascendans de la honteuse externe sous-cutanée.

2° L'aponévrose du grand oblique. Celle-ci pourra présenter des différences sous le rapport de l'épaisseur; tantôt elle conservera ses caractères normaux; c'est ce qui aura lieu dans les hernies récentes ou peu volumineuses. On la trouvera au contraire plus ou moins amincie, quelquefois éraillée dans les hernies anciennes et volumineuses. (*V.* 2e obs.)

3° Une couche charnue mince et pâle, formée par les faisceaux inférieurs du muscle petit oblique et par l'origine du crémaster; dans les hernies anciennes et volumineuses, cette couche amincie et distendue pourra perdre ses caractères normaux et devenir presque méconnaissable.

4° Le prolongement du fascia transversalis, mince feuillet plutôt celluleux qu'aponévrotique.

5° On conçoit la possibilité d'une dégénération fibreuse, filamenteuse ou graisseuse du tissu cellulaire sous-séreux, qui pourra ainsi constituer une cinquième couche plus épaisse et plus embarrassante que les autres.

6° Enfin le sac.

Telle est la disposition ordinaire de cette espèce de hernie; mais les viscères sortis de l'abdomen par les fossettes inguinales interne et moyenne peuvent aussi ne pas franchir l'aponévrose du grand oblique, et constituer des variétés de cette espèce de hernie qu'il importe de connaître. L'auteur donne à l'appui de cette assertion deux nouvelles observations.

On conçoit enfin qu'une hernie qui se ferait par une perforation du fascia transversalis, en dehors de l'orifice supérieur du canal inguinal, comme l'a vu M. Blandin, pourrait aussi s'arrêter dans le canal inguinal et constituer une autre variété de la hernie inguino-interstitielle.

Quand la hernie se fait par une ouverture accidentelle du fascia transversalis, elle ne reçoit aucune enveloppe de ce fascia; quand elle a lieu par les fossettes inguinales moyenne ou interne, les vaisseaux épigastriques passent en dehors du collet du sac; et ils peuvent se trouver très près de ce collet quand elle se fait par la fossette moyenne.

Le diagnostic de cette affection peut présenter de grandes difficultés si la hernie est peu volumineuse, si l'aponévrose du muscle grand oblique a conservé son épaisseur et sa résistance normales, si le sujet a beaucoup d'embonpoint,

Chez le sujet de la première observation, bien que la hernie contînt six pouces d'intestin grêle et que l'embonpoint fût très médiocre, la hernie ne faisait point de saillie appréciable à l'œil à cause de la résistance de l'aponévrose. On conçoit que si la couche adipeuse sous-cutanée eût eu cinq ou six lignes d'épaisseur et que la hernie n'eût contenu que deux pouces d'intestin, le toucher n'eût donné aucun indice certain.

Une tumeur phlegmoneuse développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, vers la partie inférieure de la fosse iliaque, coïncidant avec une constipation opiniâtre et des vomissemens, pourrait, dans quelques cas, être prise pour une hernie inguino-interstitielle étranglée : en ce cas, le raisonnement viendra au secours des sens. Il pourra bien se faire qu'un sujet atteint d'un pareil phlegmon ait des vomissemens, de la constipation ; mais rarement rencontrera-t-on, en pareil cas, les signes d'un étranglement véritable. Une hernie s'étrangle tout à coup, en un instant elle devient dure et douloureuse; les vomissemens, la constipation surviennent dès que la hernie est étranglée. Une tumeur phlegmoneuse, au contraire, ne se forme qu'en quelques jours ; la douleur y précède le gonflement. La tumeur s'accroît graduellement, et les vomissemens ne surviennent, en général, que quand la tumeur est assez volumineuse pour comprimer ou tirailler douloureusement le cordon testiculaire sur le cœcum. Au reste, supposez que dans un cas douteux le chirurgien fasse par erreur une incision sur une tumeur phlegmoneuse, qu'en résultera-t-il? Le pus déjà formé, celui qui se formera plus tard coulera librement par l'incision, et on n'aura plus à redouter les fusées et tous les désordres qu'entraînent les abcès qui se forment sous les aponévroses, et les suites plus graves encore que peuvent avoir les abcès formés sur la surface extérieure des membranes séreuses. Ainsi, dans ces cas douteux, le chirurgien devra résoudre le problème par l'incision.

Opération. La hernie sera mise à découvert par une incision oblique dont les deux extrémités dépasseront de quelques lignes les extrémités du grand diamètre de la tumeur. L'incision de la peau, de la couche adipeuse sous-cutanée, du fascia superficialis n'exige aucun soin particulier. L'aponévrose du grand oblique, entamée dans un point avec précaution, doit être divisée sur la sonde cannelée dans toute l'étendue de l'incision de la peau : il ne reste plus dès lors à inciser que la couche charnue formée par quelques faisceaux minces et pâles des muscles petit oblique et crémaster, le prolongement du fascia transversalis, le tissu cellulaire extérieure au sac et le sac lui-même.

Tous ces feuillets doivent être incisés avec les plus grandes précautions sur la sonde cannelée, comme dans la hernie scrotale. L'étranglement a son siége à l'orifice abdominal de la cavité herniaire. Avant de débrider, il importe de savoir si la hernie s'est faite par l'orifice supérieur du canal inguinal ou par une ouverture anormale du fascia transversalis ; il sera toujours possible de s'en assurer pendant l'opération. Il suffira pour cela de suivre le cordon testiculaire jusqu'à son entrée dans l'abdomen ; s'il passe par l'ouverture qui contient le collet du sac, l'artère épigastrique est en dedans de ce collet; elle est au contraire en dehors si l'ouverture abdominale de la cavité herniaire est en dedans de celle qui livre passage au cordon.

Le débridement ne devra jamais porter sur le côté interne de l'ouverture abdominale dans le premier cas; jamais sur son côté externe dans le second.

Dans les deux cas on pourra débrider directement en haut ; mais l'auteur adopte pour le débridement de cette hernie les principes qui ont été émis et si bien soutenus par M. Vidal de Cassis.

M. Goyrand propose dans ce cas un triple débridement, sur les côtés supérieur et externe, dans la hernie inguino-interstitielle qui est sortie par l'orifice supérieur du canal inguinal ; sur les côtes interne et supérieur, si la hernie s'est faite par les fossettes inguinale interne ou moyenne. Il préfère ce débridement multiple, parce que trois ou quatre débridemens d'une ligne et demie à deux lignes exposeront bien moins à l'hémorrhagie en cas d'anomalie dans la situation des vaisseaux, et affaibliront moins la paroi abdominale qu'un seul débridement de cinq ou six lignes.

L'anneau qui étrangle cette hernie est mince et tranchant, et son action prolongée sur l'intestin doit y reproduire fréquemment des ulcérations, ces escarres linéaires dont MM. Lawrence, Boyer, Roux, Velpeau, ont signalé la fréquence dans les hernies crurales, aussi ne doit-on jamais repousser dans le ventre l'anse intestinale déplacée, sans avoir attiré au-dehors et examiné avec attention les points sur lesquels portait cette ouverture.

Le traitement de la plaie résultant de l'opération réclame une attention particulière On obtiendrait bien difficilement l'adhésion primitive d'une pareille plaie, et cette guérison sans suppuration donnerait moins de chances de guérison radicale qu'une réunion secondaire.

D'un autre côté, une cicatrice large a de graves inconvéniens ; elle est moins solide, moins résistante qu'une cicatrice étroite.

Voici la manière dont il faudra se comporter pour obtenir une cicatrice par seconde intention, aussi étroite et aussi solide que possible.

Les bords de la plaie seront tenus écartés jusqu'après l'exfoliation de tous les feuillets membraneux mortifiés, jusqu'à ce que toute la surface de la solution des continuité se soit couverte de bourgeons cellulo-vasculaires de bonne nature, c'est-à-dire jusqu'au dixième ou douzième jour, et alors on fera coucher le malade sur le côté sain, la cuisse du côté malade fortement fléchie et dans l'adduction. Cette position suffit pour mettre les bords de la plaie dans un contact exact ; l'usage des bandelettes agglutinatives et la compression exercée au moyen du bandage en spica, pourront être utiles dans cette seconde période du traitement de la plaie. C'est ainsi que M. Goyrand a traité le sujet de la deuxième observation, chez lequel il a obtenu une cicatrice presque linéaire.

MÉMOIRE DU DOCTEUR VOISIN, RELATIF AU SERVICE MÉDICAL DES ENFANS ÉPILEPTIQUES ET IDIOTS PLACÉS DANS L'HOSPICE DE LA RUE DE SÈVRES. Rapport par M. Louyer-Villermay.

La commission, en se livrant à son travail, n'a rien voulu préjuger sur une question à laquelle il se rattache : c'est-à-dire celle de la localisation des facultés intellectuelles, qui lui semble encore trop vague et trop incertaine.

M. Voisin a placé dans une première division de son service les idiots au dernier degré, ceux chez lesquels il n'existe aucun des caractères de l'humanité, et même de l'animalité.

« L'art est impuissant contre ces affections, dit M. Voisin, mais peut-être parviendra-t-on un jour à connaître le principe de la désorganisation de l'encéphale et de ses membranes, et à les prévenir même souvent par la direction donnée aux mères pendant leur grossesse. »

Dans une autre division du rez-de-chaussée (pour prévenir les chutes) M. Voisin a placé les épileptiques. Cet isolement est utile aussi aux enfans non épileptiques, qu'il garantit de la contagion *morale*, selon le rapport, ou plutôt simplement nerveuse de cette terrible affection.

M. Voisin a remarqué que chez tous ces êtres dégradés, les premières manifestations qui apparaissent sont toutes instinctives et animales. « En général, dit il, dans le développement des parties latérales et postérieures de la tête, la nature manque rarement son œuvre ; mais il n'en est pas de même des parties antérieures et supérieures de l'encéphale. » Il en conclut la nécessité première qui existe dans la nature en faveur des fonctions conservatrices de l'individu et reproductrices de l'espèce. La commission trouve peu fondée cette remarque. Selon elle, le front du nouveau né est saillant et bombé.

M. Voisin observe encore que chez les sujets qui offrent les plus grandes dimensions cérébrales antérieures et supérieures, auxquelles on attribue les caractères distinctifs de l'humanité, la capacité du crâne est cependant remplie aux deux tiers par les organes des facultés réparties au plus grand nombre des espèces inférieures. De ces considérations, l'auteur déduit, « que notre intelligence pourra s'élever un jour à la connaissance de la cause première et *palpable* des phénomènes et des choses. »

Convaincu qu'on doit, à l'exemple des anciens moralistes, donner, par tous les moyens extérieurs, de la prépondérance aux facultés élevées qui forment l'apanage exclusif de l'homme, il affirme que c'est sur l'éducation morale que repose l'avenir de la société. Mais il faudrait pour cela que l'éducation fût basée sur la suprématie des sentimens moraux et non sur l'activité des *propensités* inférieures. Et il est déplorable, au contraire, de voir que cette éducation n'est, jusqu'à présent, qu'un moyen de fortune et d'influence ; or ce n'est pas, suivant l'auteur du mémoire, par le développement exagéré et continu de l'orgueil et de la cupidité qu'on fera entrer l'humanité dans les voies de perfectionnement, et la pratique des vertus sociales. « Changeons, dit-il, les conditions extérieures de l'existence humaine, activons la moralité, et nous verrons qu'il faut attribuer moins à l'organisation qu'à l'imperfection de nos méthodes et à la négligence de notre esprit, des vices, des travers, des événemens et des faits qui s'expliquent par l'ignorance où nous sommes des ressources que peut fournir la constitution morale et intellectuelle de l'homme. »

M. Voisin reconnait à l'idiotie divers degrés.

Sur quinze sujets affectés d'idiotie partielle, il en a constaté huit qui présentaient tous les écarts de la lascivité ; trois de ceux-là y joignaient des penchans destructeurs ou homicides ; quatre celui d'attentat à la propriété.

M. le rapporteur argumente de l'anatomie comparée, pour détruire la proportionnalité des facultés humanitaires avec le développement antérieur et supérieur du cerveau, et cite l'exemple de l'âne et du mouton, où ces régions sont plus développées que chez l'homme.

La commission conclut en proposant de remercier M. Voisin, de l'encourager dans ses travaux, et enfin en le présentant comme candidat.

M. Capuron maintient l'opinion de M. Voisin. Les parties postérieures pariétales du crâne sont, dit-il, les plus avancées ; les fontanelles y sont comblées à la naissance ; et ce sont précisément celles qui correspondent aux instincts conservateurs et reproducteurs.

M. Villermé. Déjà émerveillé des observations de M. Voisin, ce qui vient d'être dit me rend probables les assertions même les plus hasardées du mémoire.

M. Londe fait observer que les fibres nerveuses postérieures se développent plus tardivement, ce qui ne détruit pas les conclusions de M. Voisin.

M. Maingault demande où est la démarcation de la partie antérieure et de celle postérieure. Il ajoute qu'on ne peut juger l'idiotisme dans un âge si tendre.

M. Capuron. Tout le monde connaît cette division : c'est d'un conduit auditif à l'autre pour les anatomistes; quant aux phrénologistes, tout le monde aussi connait leurs divisions pour les organes de facultés reproductives sociales et intellectuelles. Il soutient, du reste, qu'on peut déjà observer avec fruit des sujets à l'âge en question.

M. Londe relève une des assertions de M. Maingault, qui prétendait que les vices étaient logés à la partie postérieure du cerveau. Ce sont, dit M. Londe, les organes des penchans, dont l'activité trop grande produit seule ces vices en l'absence des facultés morales, développées surtout par l'éducation.

Le rapport et ses conclusions sont adoptés.

Séance du 27 juin. — Présidence de M. Louyer-Villermay.

M. Itard lit au nom de MM. Double, P. Dubois, Olivier et Bussy, un rapport sur quelques sujets de prix, parmi lesquels l'Académie doit en choisir un pour le proposer dans la prochaine séance publique.

Le rapporteur attribue, entre autres causes, le petit nombre de concurrens qui se sont jusqu'à présent présentés, à la quantité de journaux de médecine qui ouvrent, *avec empressement et rétribution*, leurs colonnes aux moindres communications scientifiques ; et ensuite, à l'exiguité matérielle des prix de l'Académie de médecine, comparés aux riches et nombreuses couronnes distribuées annuellement par l'Académie des sciences.

Il pense alors qu'il ne faut proposer que des points circonscrits de la science pour qu'on puisse les traiter brièvement, et qu'il faut les puiser surtout dans les progrès, les goûts et les besoins actuels de la science.

Après en avoir développé la portée et l'utilité, il pose donc successivement, et par ordre d'importance, les cinq questions suivantes :

1°. Rapprocher le typhus de la fièvre typhoïde ; établir parallèlement leurs points de ressemblance et de dissemblance, sous le triple rapport de leurs caractères diagnostiques, de leurs caractères anatomiques et de leurs indications thérapeutiques ;

2°. Déterminer les modifications diverses qu'exercent sur l'économie, tant en santé qu'en maladie, les médicamens héroïques donnés à petites doses, à doses modérées et à très-hautes doses;

3°. Exposer les avantages que l'hygiène, la médecine clinique, la médecine légale et la chirurgie ont retirés des expériences sur les animaux vivans, depuis le commencement de ce siècle;

4°. Établir les caractères de la monomanie homicide sans délire; déterminer l'état de la volonté dans ce premier degré de l'aliénation mentale, et faire ressortir les différences qui séparent les actes du monomane des crimes produits par la perversion des facultés affectives.

Le rapporteur insiste sur l'opportunité de cette question, à une époque où la médecine légale est appelée à exercer en législation une si grande influence sur la pénalité criminelle.

5°. Tracer l'histoire des fonctions et des maladies de la rate, (en s'appuyant spécialement sur l'anatomie pathologique et l'observation clinique.

M. Maingault désirerait que dans la première question, dont on s'occupe d'abord, on comprît parmi les lésions anatomiques les altérations des fluides, vers l'étude desquelles se dirige aujourd'hui la science.

M. Cornac demande pourquoi la commission n'a pas parlé des sujets de prix déjà proposés; ainsi *les abcès métastatiques, la phthisie laryngée*.

M. le président veut mettre aux voix si ces prix seront retirés ou reproduits.

M. Double s'y oppose en avouant que s'il se trouvait en famille, il déplorerait hautement combien les commissions sont en général mal organisées, mal dirigées et négligentes par elles-mêmes. Appliquant ces généralités à l'espèce, il confesse que la commission dont il fait partie s'est à peine réunie, qu'elle ne s'est pas entendue, et que ses membres ont besoin de se consulter...

M. Cornac se rend auprès de M. Double pour s'éclairer.

M. le président. M. Cornac, restez donc à votre place. (Rire général.)

Après les explications de M. Double, la question de 1833, *sur les abcès métastatiques*, est abandonnée.

M. Capuron voit un pléonasme à parler des analogies entre le typhus et les fièvres typhoïdes, du moment qu'on prescrit d'indiquer leurs différences.

Plusieurs membres prennent la parole sur la difficulté d'étudier le typhus, actuellement qu'il n'y a pas d'épidémie, et sur l'importance de ce sujet; d'autres, au contraire, parlent de la possibilité de coordonner tout ce qui a été fait à cet égard, pour en déduire des vues nouvelles d'une application malheureusement trop commune encore dans les prisons et dans les bagnes, deux ans devant d'ailleurs s'écouler avant toute réalisation.

M. Castel pense que la science est hors de toutes voies sur cette question. Selon lui, comme pour expliquer les fièvres on semble depuis quelque temps revenir à la surabondance de la bile, à l'humorisme; comme on ne voit plus en elles de phlegmasies, comme elles sont aussi mal traitées que possible, et qu'on ne s'entend même pas sur le mot typhoïde, il ne faut pas se borner à comparer le typhus avec les deux fièvres qui ont avec lui le plus d'analogie, c'est-à-dire la fièvre adynamique et la fièvre ataxique; il faut le comparer à toutes les autres qui se tiennent ensemble et ne présentent que des différences de degrés. M. Castel cite trois cas de typhus sporadique, et pose en fait qu'il n'est épidémique en France que dans certaines conditions, comme il le fut lors de l'encombrement des hôpitaux pendant l'invasion. Il conclut à ce que la question soit posée plus largement.

M. Louis propose cette rédaction: « Faire connaître l'état actuel de la science sur le typhus et les fièvres typhoïdes. »

M. Double. C'est en général ant que toutes les spécialités pourront le mieux s'encadrer dans les mémoires qui répondront à la question: il faut que les symptômes, les causes, le traitement surtout si important, l'anatomie pathologique, les altérations des fluides, l'application à l'art vétérinaire, les faits nouveaux, etc., que tout ce qui se rattache enfin à cette question puisse être traité par les concurrens.

M. Husson s'élève contre l'inventaire bibliographique qu'imposerait seulement la question de M. Louis; ce ne serait, dit-il, que l'ouvrage d'un bénédictin.

M. Louis montre que le choix des matériaux, leur mise en œuvre, ne constituent pas une sèche compilation, et que ce travail ne peut au contraire être exécuté que par un médecin instruit et un habile critique.

Après une longue discussion, la première question est adoptée, mais sauf rédaction.

La commission en propose une ainsi modifiée: « Faire connaître les analogies et les différences qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde. »

Cette rédaction plus pratique est adoptée, mais avec le programme plus théorique de M. Louis.

Après de nouveaux débats l'Académie décide que cette question: « Faire l'histoire anatomico-pathologique du ramollissement des tissus, » sera proposée pour le prix institué par M. Portal.

Séance publique annuelle. — Présidence de M. Lisfranc.

Cette séance solennelle a eu lieu mardi 7 juillet, dans la grande salle de l'Institut.

Les lectures ont eu lieu dans l'ordre suivant:

1° Nouvelles expériences sur les hémorrhagies traumatiques; par M. Amussat.
2° Notice sur la peste de Moscou en 1771; par M. A. Gerardin.
3° Prix décernés et sujets de prix proposés pour les années 1836 et 1837.
4° Éloge de Chaussier, par M. Pariset, secrétaire perpétuel.

Après ces lectures, dont nous publierons l'analyse dans un prochain numéro, M. le secrétaire annuel a proclamé les prix décernés pour la vaccine. Nous avons publié ces noms.

Il a ensuite été donné lecture des sujets de prix pour les années 1836 et 1837.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Faire connaître les analogies et les différences qui existent entre le typhus et les fièvres typhoïdes. »

En mettant ce sujet au concours, l'Académie a voulu surtout attirer l'attention des amis de la science vers cet ordre important de maladies appelées aujourd'hui fièvres typhoïdes. L'Académie déclare, en effet, qu'elle n'entend nullement enchaîner les esprits ni restreindre les travaux aux termes exprès de la question proposée.

C'est assez dire qu'elle accueillera favorablement, et qu'elle enronragera par les récompenses qui sont à sa disposition tout ce qui lui sera adressé d'intéressant relativement à l'histoire philosophique, à la nature, aux formes, à la symptomatologie, à l'anatomie pathologique, au traitement de ces maladies, en deux mots, aux nombreuses conditions pathologiques et aux diverses indications thérapeutiques qui se rattachent à ces fièvres.

L'Académie ajoute que, pour parvenir à fixer quant à présent la doctrine de ces maladies, il conviendrait peut-être de procéder d'abord à une sorte d'inventaire raisonné, critique, des matériaux accumulés sur ce sujet, et qu'il serait utile de déterminer ce que les époques, les hommes et les travaux nous ont laissé d'utiles enseignemens concernant ces maladies. Ce sujet occupe une place immense dans le double domaine de la science et de l'art, et il a été tant et si souvent remanié, qu'une exposition philosophique de l'état actuel de la science à cet égard deviendrait sans doute la marche la plus sûre pour arriver à une bonne solution de l'ensemble du problème.

En conséquence, les travaux entrepris dans ce dernier sens, lors même qu'ils n'auraient pas d'autre objet, seront admis de droit au concours avec les mêmes prérogatives et aux mêmes conditions que tous les autres mémoires.

Le prix, étant doublé, sera de 2,000 fr. Il sera decerné dans la séance publique de 1837.

PRIX FONDÉ PAR LE BARON PORTAL.

L'Académie remet au concours la question suivante:

« Faire l'histoire anatomico-pathologique du ramollissement des tissus. »

Les mémoires, envoyés au concours dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1[er] mars 1837.

Le prix, étant doublé, sera de 1,200 fr. Il sera decerné dans la séance publique de 1837.

PRIX FONDÉ PAR MADAME MARIE-ÉLISABETH-ANTOINETTE BERNARD DE CIVRIEUX, ÉPOUSE DE M. MICHEL JEUNE.

Le testament de cette dame porte textuellement:

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris une rente perpétuelle sur l'État de la somme annuelle de mille francs, pour fonder un prix annuel qui serait décerné par ladite Académie à l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse. »

Pour répondre au programme, il importe de décrire la surexcitation de la sensibilité nerveuse, et d'en fixer les caractères; mais il importe surtout d'en reconnaître et d'en assigner la véritable source.

Elle peut naître en effet des impressions que produit sur les extrémités sentantes, soit intérieures, soit extérieures, l'application des stimulans.

Elle peut naître au contraire de certains états ou de certaines dispositions du cerveau; de certaines combinaisons d'idées, de certaines croyances ou jugemens habituels; de certains sentimens, de certaines passions qui sortent de ces jugemens ou de ces combinaisons, etc.

Dans le premier cas, lorsque la surexcitation de la sensibilité nerveuse est le produit des stimulans extérieurs, elle est primitive; et c'est alors qu'elle peut être cause de maladies, ou que des maladies peuvent provenir d'elle, selon les termes du programme.

Dans le second cas, lorsqu'elle dépend de certaines dispositions cérébrales, elle est secondaire; et, au lieu de produire des maladies, elle est elle-même un effet ou de maladies ou d'affections analogues à des états maladifs, et capables de produire eux-mêmes des maladies.

D'une autre part, la surexcitation de la sensibilité nerveuse peut être mixte et avoir tout à la fois son principe, et dans une impression produite sur une extrémité sentante, et dans une excitation cérébrale qui en est la suite. Telle serait entre autres la surexcitation qui marque quelquefois l'époque de la puberté.

Ajoutons que, dans les nerfs, ces deux facultés de sentir et de mouvoir ne conservent pas toujours l'équilibre normal. La faculté sensitive croît, et la faculté motrice diminue; et à l'inverse, la faculté sensitive est anéantie, et la faculté motrice a une énergie excessive, comme on le voit dans l'épilepsie essentielle, etc.

Enfin il est des cas où les deux facultés semblent abandonner les nerfs, et se concentrer en totalité dans le cerveau, comme il arrive dans l'extase, dans les profondes méditations, etc.

L'Académie se borne à ce petit nombre de considérations; et, revenant sur les différens cas qu'elle vient de proposer, elle laisse à MM. les concurrens le soin de traiter la question dans quelque sens qu'ils jugent à propos de l'envisager, soit en considérant la surexcitation de la sensibilité nerveuse comme primitive, en la considérant comme secondaire, ou simple, ou mixte, etc.; carrière infinie où ils marcheront avec d'autant plus de succès, qu'ils s'appuieront constamment sur l'observation, l'expérience et le raisonnement.

Les mémoires, envoyés au concours dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1[er] mars 1836.

Le prix sera decerné dans la séance publique de 1836.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1836.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Que doit-on entendre par phthisie laryngée? Quelles en sont les altérations organiques, les causes, les espèces, les terminaisons? Quel en est le traitement? »

Le prix étant doublé, sera de 2,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR LE BARON PORTAL.

« Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine, depuis Morgagni jusqu'à nos jours? »

Le prix étant doublé, sera de 1,200 fr.

Les mémoires envoyés au concours devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1836.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES, communiquées par M. VOISIN, ancien chirurgien de la maison de détention de Limoges.

I. CONSTITUTION MÉDICALE DE LIMOGES DURANT L'ÉTÉ DE 1834.

Monsieur,

Connaissant toute l'importance que vous attachez avec juste raison à l'étude des constitutions médicales, je pense que vous trouverez quelque intérêt dans l'historique de celle que nous avons eu à Limoges durant l'été de 1834, et sur le genre de thérapeutique qui a eu le plus de succès dans cette constitution phlogistico-bilieuse.

Juin 1834. La température du printemps avait été fort inconstante; les estomacs étaient devenus paresseux. Cette disposition à l'atonie intestinale n'a fait qu'augmenter pendant le mois de juin, qui a eu quelques journées pluvieuses et surtout de fortes chaleurs, des orages avec éclairs et tonnerre. Le vent a été très-souvent au nord, nord-est; quelquefois au midi et à l'ouest. Coliques; embarras gastriques; fièvres bilieuses, pernicieuses; cholécas sporadiques ou plutôt cholérines. Beaucoup de personnes, sans être malades, avaient perdu leur santé habituelle; elles se sentaient fatiguées, abattues, etc.

Juillet. Excepté huit ou dix jours de beau temps tout le reste du mois a été orageux et pluvieux. Le vent du midi a soufflé souvent et fort incommodé les gens à tempérament nerveux; ceux à constitution sanguine, pléthorique. Ce vent semblait exercer une action stupéfiante sur les organes digestifs. Le 8 du même mois, jour où tout le monde, tant à la ville qu'à la campagne, était accablé par ce vent, 50 ou 60 détenus de la prison centrale furent pris au même instant d'une espèce d'indigestion qui leur fit rendre le diner qu'ils venaient de prendre; indigestion qu'on attribua d'abord à un empoisonnement occasionné par l'ingestion de viande imprégnée de sels enivreux, ensuite à la mauvaise qualité de cette même viande; et dont la seule et véritable cause, à notre avis, résidait dans cette influence atmosphérique que j'ai appelée *stupéfiante*, et que d'autres appelleront *excitante*; mais personne ne digérait; et nous étions enveloppés d'une atmosphère bilieuse qui se manifestait par des coliques, diarrhées, dysenteries bilieuses, etc. Depuis la plus légère incommodité gastrique jusqu'à l'affection la plus grave, nous avons eu tous les degrés intermédiaires. Dès le commencement du mois il parut dans la ville et surtout dans quelques localités environnantes des dysentéries adynamiques qui emportaient les malades en trois ou quatre jours. Il n'est point indifférent d'observer que tous ces désordres dans les fonctions du canal digestif coïncidaient avec la réapparition du choléra à Nantes, Londres, etc.

Août. Même constitution atmosphérique, même constitution médicale. Nous avons aussi éprouvé ces violentes chaleurs dont on se plaignait sur plusieurs points du globe, à New-York, en Russie, *etc.*; le thermomètre a marqué 28° Réaumur. Le temps a fraîchi singulièrement vers la fin du mois. Ainsi pendant les journées 27, 28, 29, 30, 31, le froid a été assez vif pour faire allumer du feu dans plusieurs maisons. Cet abaissement subit de température donna naissance à des dysentéries sanguines, et éveilla les rhumatismes et les gouttes. Un peu plus tôt, c'est-à-dire le 20 août, je fus saisi de frayeur en abordant un de mes malades que je trouvai avec *la face violacée, aphonie, refroidissement des extrémités, perte du pouls, crampes, dévoiement et vomissemens*. Cet ensemble de symptômes, ou plutôt de signes, était bien caractéristique; heureusement il y avait un caractère différentiel dans la nature bilieuse des déjections. Ce n'était qu'une *dysentérie cholérique*; j'en ai rencontré un autre cas: les deux malades sont guéris.

Septembre. Beau temps, fortes chaleurs jusqu'au 8 où le temps fut lourd, si du moins l'on en juge que d'après l'impression produite; à une heure après-midi, quelques gouttes de pluie vinrent fort à propos rafraîchir l'atmosphère embrâsée par les feux du soleil et l'haleine brûlante du vent du midi. Les nuages s'amoncelaient et couvraient le ciel. Tout à coup, à cinq heures et demie du soir, après quelques éclairs et quelques coups de tonnerre, il tomba avec fracas une grêle dont les moindres grains étaient gros comme des avelines et dont les plus gros, hérissés à leur surface de cristaux rhomboïdaux assez réguliers, pouvaient égaler le volume d'un œuf de pigeon. Après la grêle vint la pluie. Depuis 1810 ou 1812 il n'était pas tombé de grêle aussi volumineuse dans le département.

A partir de ce jour et jusqu'au 7 octobre, nous avons eu des chaleurs et une sécheresse d'une constance désespérante. Le vent de nord-est a soufflé pendant près de vingt-cinq jours sur trente. Cette température anormale réduit à peu de chose la récolte des fruits. Les destinées de l'homme sont si étroitement liées à celles de la nature, que la nature ne peut point souffrir sans que l'homme ne souffre aussi lui-même; et ces divers sinistres, qui depuis deux ou trois ans désolent plusieurs points de la surface du globe, symptômes vraisemblables de quelque travail intestin qui s'y opère; qui sait jusqu'où peut aller leur influence sur la santé et le moral de l'espèce? Je ne fais nul doute qu'un temps si extraordinaire à pareille époque de l'année, n'ait beaucoup contribué à la production des maladies qui ont sévi sur plusieurs points du département. Aux affections bilieuses précédemment énumérées est venue se joindre une épidémie de fièvres typhoïdes qui a revêtu quelquefois un tel caractère de férocité que rien n'en a pu enrayer la marche, et que quelques malades ont succombé, m'a-t-on dit, en moins de quarante-huit heures, au milieu du délire le plus intense. On a même cru un instant à tort que le choléra était dans la ville. Ces fièvres typhoïdes, ou fièvres graves, ou dothinentérites, comme on voudra, se sont présentées sous deux formes bien tranchées, sous forme soporeuse avec perte successive des sens, assoupissement continuel, etc., et sous forme ataxique avec repos le jour et délire furieux pendant la nuit, délire sympathique qui aurait pu faire croire facilement à l'existence de fièvres cérébrales imaginaires. La plupart de ces maladies affectaient le type tierce; elles avaient un jour bon et un jour mauvais. J'ai même, je l'avoue, été induit en erreur par les premiers cas qui se sont présentés à mon observation; j'ai administré le quinquina, croyant avoir affaire à des fièvres intermittentes tierces avec caractère pernicieux.

Beaucoup de malades ont succombé dans la fleur de l'âge entre 18 ans et 40. La commune a perdu dans ce mois 34 morts de plus que l'année dernière, et, chose presque incroyable, si je n'avais pris moi-même ces chiffres à la mairie, voici comment la mortalité a été répartie:

Garçons,	60
Filles,	60
Hommes mariés,	47
Femmes mariées,	47
Veufs,	5
Veuves,	6
	165

Nous avons vu aussi quelques cas de dysentéries sèches, et beaucoup de fièvres gastriques, toutes maladies fort intéressantes, pathologiquement parlant, que j'étudie avec soin, et sur lesquelles je me propose de donner plus tard de plus amples détails.

Les agens thérapeutiques qui ont le mieux réussi dans cette constitution phlogistico-bilieuse, sont les antiphlogistiques locaux, les préparations opiacées et les émétiques. Les sangsues appliquées sur ce trajet du colon, ont été fort utiles dans les dysentéries. Les fièvres typhoïdes étaient quelquefois arrêtées dans leur marche, lorsqu'on appliquait dès le début des sangsues au creux épigastrique. C'était le seul moyen de guérir rapidement les fièvres gastriques, en employant, bien entendu, concurremment les épithèmes émolliens et la diète. Quant aux émeto-cathartiques, qu'on pouvait l'an dernier prodiguer impunément dans tous les cas, il fallait être fort réservé dans leur emploi cette année, où l'élément inflammatoire était venu se joindre à l'élément bilieux, qui seul régnait l'an passé. L'usage de l'émétique aggravait presque indubitablement les accidens, pour peu que le tube digestif fût phlogosé; aussi devait-on, avant de le prescrire, examiner attentivement l'état des premières voies. La crainte de faire du mal m'avait fait presque renoncer, cette année, aux purgatifs et au tartre stibié: j'ai employé l'ipécacuanha pour des raisons faciles à apprécier. Nous avons rarement rencontré les fièvres bilieuses simples comme elles l'étaient en 1833, et encore plus rarement des phlegmasies franches sans complication bilieuse. Nous avons souvent noté la pernicieuse influence du vent de nord-est:

toutes les fois qu'il soufflait, nos maladies bilieuses augmentaient et de nombre et d'intensité. Quelquefois la girouette nous a indiqué l'état de nos infirmeries. Il est évident que nous étions soumis à l'influence cholérique, influence qui nous était transmise par ce vent de nord-est dont j'ai déjà noté avec plusieurs autres les funestes effets pendant l'épidémie qui a ravagé la capitale.

II. OBSERVATION.

Je choisis dans ma pratique quelques faits qui m'ont paru offrir le plus d'intérêt; je pense avec vous que si tous les médecins des départemens publiaient ainsi les observations importantes qui s'offrent à eux, et surtout celles qui ont trait aux affections les moins connues, il en résulterait un avantage notable pour la science.

SUPPRESSION ACCIDENTELLE DES RÈGLES; TUMEUR UTÉRINE; PONCTION; ISSUE DE 14 ONCES DE PUS; GUÉRISON.

OBS. I.—Cath. Ch..., ouvrière en linge, non mariée, âgée de 19 ans, fortement constituée, reçut à une époque indéterminée un coup de pied de son jeune frère à l'hypogastre. A peu près vers le même temps, elle alla laver pendant qu'elle avait ses règles; elles disparurent, et elle ne tarda pas à être prise de fortes coliques, douleurs lombaires ou de reins, bouffées de chaleur, étourdissemens, sifflemens dans les oreilles, perte d'appétit, etc. Ces accidens se compliquèrent d'une fièvre bilieuse, dont elle fut soulagée par l'usage du tartre stibié, remède dont on a dit beaucoup de mal et dont on ne dira jamais assez de bien. La malade rendit deux vers intestinaux au milieu d'une grande quantité de bile. La guérison ne fut que partielle. La fièvre bilieuse reparut et les douleurs persistèrent dans le côté droit, les cuisses et les jambes, douleurs profondes et qui semblaient affecter les os. Deux époques menstruelles passèrent, et les règles ne reparurent pas; elles étaient remplacées par un écoulement blanc fort abondant et un peu fétide.

On avait déjà employé inutilement tous les moyens usités en pareille circonstance. Les douleurs allaient en augmentant et la malade se désolait; elle perdait sa fraîcheur et son embonpoint. Le 1er janvier 1833, elle fut prise d'une attaque de nerfs si violente, que quatre personnes ne pouvaient pas la tenir. On vint vite me chercher; je fis une saignée au bras de deux livres, qui n'eut d'autre effet que de modérer l'intensité des douleurs. Quelques doses de remèdes emménagogues furent prescrites et n'eurent aucun résultat. L'hypogastre était douloureux à la pression; perte d'appétit; amaigrissement considérable; malaises continuels, etc. Nouveaux signes de pléthore bilieuse; nouvelle administration de l'émétique, qui ne fit rendre que peu de bile et soulagea peu la malade. Un bain général fut prescrit et ne put pas être supporté. Je me disposais à pratiquer une saignée du pied, lorsqu'un examen attentif du ventre me fit découvrir une tumeur à l'hypogastre, qui par son volume me rappela exactement le volume de l'utérus à cinq mois de grossesse. Ma surprise ne fut pas médiocre; il y avait précisement cinq mois que cette fille n'avait pas vu ses règles. Comme d'ailleurs tous les moyens employés jusqu'alors pour les rappeler avaient échoué complètement, frappé de ces singulières coïncidences, je crus à un état de grossesse que je me trouvais presque honteux d'avoir si long-temps méconnue. Rassuré désormais sur l'état de la malade, je l'encourageai à la patience, et fis part de mes soupçons à la sœur aînée, qui s'en moqua. Je les communiquai à la malade, qui les repoussa avec un accent de conviction et un sourire ironique qui me jetèrent dans un grand embarras; mais qui, en revanche, m'autorisèrent à faire un examen local.

A peine eus-je introduit l'extrémité de l'index dans le vagin, qu'il fut arrêté par une tumeur lisse, dure, tendue, très-douloureuse à la pression, tumeur autour de laquelle le fond du vagin formait un cul-de-sac circulaire. Le col utérin était effacé et caché derrière les os pubis. Tout soupçon de grossesse disparut à l'instant de mon esprit. Interrogée de nouveau, la malade m'apprit que depuis plusieurs jours elle urinait souvent, et peu à la fois; qu'elle n'allait que très-difficilement à la selle, et qu'elle avait presque toujours envie d'y aller; qu'elle ne pouvait pas recevoir de lavemens; qu'elle avait souvent des fourmillemens dans les membres inférieurs; tous accidens produits par la pression de la tumeur sur la vessie, le rectum et les nerfs sciatiques. La matrice était donc le siége du mal.

Que contenait-elle? Était-ce un solide, un liquide ou un gaz? Elle était trop dure pour contenir un gaz, et d'ailleurs ces cas sont fort rares. Était-ce un solide, comme un de ces polypes fibreux que j'ai vu si souvent extirper à mon illustre maître Dupuytren? Non; car dans cette hypothèse l'orifice utérin aurait été dilaté et il ne l'était pas. Tout me portait à croire que c'était un liquide. Quelle espèce de liquide? *Selon toute vraisemblance, c'était le sang accumulé des menstrues.* Quel obstacle pouvait le retenir dans l'utérus? Dans tous les cas, il n'y avait qu'un parti à prendre: il fallait lui donner une issue. Temporiser en pareille circonstance, c'eût été exposer la malade à des accidens mortels. Après l'avoir placée sur un lit comme pour l'opération de la taille, sans autre guide que l'index gauche, je conduisis l'extrémité d'un stylet en argent jusqu'à l'orifice du museau de tanche, que j'essayai, mais en vain, de lui faire franchir. J'allais me servir du bistouri, lorsque la mère et la sœur, épouvantées de l'opération et des cris de Catherine, me forcèrent de l'abandonner, et certes, je ne me retirai point sans beaucoup de regret. Outre que tout était disposé pour l'opération, je savais à quels dangers un retard de quelques heures la laissait exposée. La matrice, distendue au-delà des bornes de son extensibilité naturelle, pouvait se rompre dans la vessie, le ventre ou le rectum; de là des gangrènes inflammatoires, ou fistules, rapidement mortelles. Heureusement aucun de ces accidens n'arriva. En revanche, l'urine, arrêtée à son passage sous les pubis par la pression toujours croissante de la tumeur, s'accumula dans la vessie, et le lendemain matin, la mère tout éplorée vint me redemander pour sa fille, qui n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures au moins, et qui était mourante. J'accourus et trouvai la malade dans l'état suivant: Bouche sèche; haleine fétide; figure pâle, défaite, plombée; attaques de nerfs à chaque instant; cris aigus; deux tumeurs: une en avant, formée par la vessie; l'autre, en arrière, par l'utérus. La malade fut replacée comme la veille. 1° Je passai une sonde dans la vessie, non sans efforts, et j'en fis couler deux livres d'urine; 2° le spéculum de M. Jobert ayant été introduit et ses deux valves fixées au degré d'écartement convenable, j'inclinai fortement vers l'anus son extrémité antérieure, afin de ramener dans l'aire de son extrémité postérieure l'orifice utérin qui, comme je l'ai déjà dit, était caché derrière les pubis. Cela étant fait sans beaucoup de difficulté, pendant que la mère et la sœur m'éclairaient en silence, j'enfonçai un bistouri droit sur l'orifice utérin; je poussai et un jet de liquide vint réaliser toutes mes espérances. Ce n'était pas du sang, mais bien du pus épais, jaune, inodore, semblable à de la crème; il en sortit 14 onces. Toutes les douleurs disparurent à l'instant. Il serait superflu, et d'ailleurs fort difficile, de peindre le bonheur de cette pauvre fille. Le lendemain, elle eut quelques frissons, des sueurs et quelques coliques qui se dissipèrent; ses forces ne tardèrent pas à se rétablir. Cependant l'écoulement était toujours le même. Je fus appelé le 26 mars, et je fus frappé de l'odeur spermatique de la malade. Je la touchai de nouveau et sentis l'utérus encore volumineux et douloureux. Les règles reparurent le 4 août. Elles ne sont point reparues depuis. Aujourd'hui, 15 novembre 1834, Catherine a un écoulement blanc toujours abondant et un peu fétide; elle est d'ailleurs fraiche, grasse et ne se plaint que de quelques douleurs lombaires avec palpitations, étouffemens, étourdissemens et autres effets de la suppression persistante des menstrues.

Comment expliquer la formation de ce pus dans la cavité utérine? Y a-t-il eu inflammation dans la cavité utérine avec exhalation de pus, ou bien est-ce au centre du sang ramassé que s'est développée l'inflammation, laquelle a été suivie de suppuration, à peu près comme il arrive dans les cas de phlébite? Cette dernière manière de voir nous paraît la meilleure, ou plutôt la seule plausible. Aujourd'hui, 8 janvier 1835, la malade est fraiche et douée de beaucoup d'embonpoint. Plus d'écoulement blanc. Elle n'a vu qu'une seule fois ses menstrues depuis l'opération.

5 mai. La malade est bien réglée.

PLAIE PAR ARME A FEU DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; SORTIE DE SOIXANTE FRAGMENS D'OS, DE DENTS OU DE PLOMB; GUÉRISON.

OBS. II. — Les journaux ont retenti de l'événement affreux qui arriva, le 12 septembre 1833, dans le village du Pont-Rompu, à deux lieues de Limoges. M. D... aimait mademoiselle Julie Th..., et voulait se marier avec elle; il paraît même qu'ils avaient contracté secrètement un engagement réciproque d'union. Un rival, M. V..., se présente et demande la main de Julie Th...; les parens la lui promettent. D... en est instruit. Dès ce moment, révolution complète dans son caractère et ses habitudes; il fuit le travail, devient sombre, rêveur, recherché dans sa toilette, il passe des jours entiers à la chasse; fait à plusieurs reprises des reproches et même des menaces à Julie Th... La veille du jour des noces arrive. D..., selon son habitude, sort armé de son fusil; il va droit au logis de son rival, qui était allé à la foire; il l'attend plusieurs heures, et ne le voyant pas venir rentre au Pont-Rompu à cinq heures du soir. M. Th... père revenait à cheval de la même foire. D... l'aborde, l'apostrophe en termes violens, le renverse de cheval d'un coup de fusil tiré à 7 pieds à peu près de distance, et court sur le fils Th..., qui travaillait dans une grange voisine du lieu. Celui-ci le voyant venir, se cache derrière un des battans de la porte et saisit le canon du fusil. Pendant la lutte qui s'engage entre les deux, le fils Th... fait partir le second coup, qui lui était destiné. L'alarme était déjà dans tout le village. Le meurtrier, sans perdre de temps, recharge son fusil tout en courant vers le pré où était Julie; il franchit la haie derrière elle, la tue d'un seul coup malgré ses supplications et se brûle la cervelle avec l'autre.

A la même époque, le fils du préfet du département termina ses jours de la même manière. Un jeune homme de Solignac se brûla également la cervelle par désespoir d'amour, après avoir inutilement cherché celle qu'il aimait pour la tuer. Nous omettons plusieurs autres faits semblables; ils se multiplièrent tellement à cette époque désastreuse, qu'on serait presque tenté de croire avec quelques auteurs que la monomanie du suicide peut revêtir le caractère épidémique.

Revenons à M. Th...: il était blessé à la figure. J'arrivai auprès de lui à onze heures du soir. Mon confrère Barny, qui m'avait précédé avec le procureur du roi, avait déjà pansé le malade. J'attendis au lendemain pour prendre connaissance des désordres.

13 septembre. Le coup de feu avait atteint la joue droite un peu obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors. Le fusil contenait au moins quatre petites balles ou chevrotines; trois avaient passé en dehors de la joue de M. Th. sans l'atteindre, et avaient enlevé une pièce trilobée du bord de son chapeau. La quatrième balle, ou plutôt sa moitié, sortit plus tard (8 novembre) de la plaie. Peut-être y en avait-il cinq. Peu importe d'ailleurs le nombre des projectiles. Voici leurs ravages: Plaie d'entrée d'un pouce de diamètre en tous sens, à bords noirs, contus, déchirés, située entre la lèvre inférieure et le menton, à un demi-pouce à droite en dehors de la symphyse; fracture comminutive de toute l'épaisseur de l'os maxillaire en ce point; broiement des six dernières dents de ce côté; déchirure du ptérigoïdien interne, des fibres les plus internes du masseter; fracture comminutive de la branche ascendante du même os; plaie verticale au milieu de la joue de 2 pouces et demi de hauteur sur 1 pouce de largeur; deux autres petites plaies entre l'angle de la mâchoire et l'apophyse mastoïde. Ces trois plaies déchirées ont-elles été produites par la sortie de quelques projectiles ou de quelques fragmens d'os? Ajoutons à cela une contusion d'un pied carré à peu près, causée par la violente projection de l'air sur la face et le cou; la pâleur de la face dans les points où la poudre ne l'avait pas noircie; un déplacement en dedans de la branche horizontale de la mâchoire, etc., et nous aurons une idée de l'état morbide local. Le malade avait eu d'ailleurs une hémorrhagie abondante. D'après la direction de la plaie, on pouvait appréhender quelque lésion à l'artère carotide externe. Les pulsations de la temporale nous rassurèrent à cet égard. Pouls faible (110 puls.); la nuit avait été agitée. Mon confrère avait appliqué trois épingles à la plaie de la joue, deux à l'ouverture d'entrée, et achevé le pansement avec un linge enduit de cérat et quelques bandes contentives. (Gargarisme détersif; diète; repos et silence.)

14. Même état.

16. 94 puls.; fragment intermédiaire très-mobile; odeur gangréneuse annonçant le travail d'élimination des corps étrangers; toute la face et le cou sont j-unes (effet de la con usion produite par le coup de feu); joue très tuméfiée, très-douloureuse; mines rouges; soif vive; salivation abondante. Nuit moins agitée. (Douze sangsues à la joue; cataplasme; diète; silence absolu; gargarisme; pansement à plat.)

21. 89 puls. On enlève les deux épingles placées à l'ouverture d'entrée, qui s'est déjà beaucoup rétrécie. L'expulsion des escarres et des esquilles osseuses commença à se faire; toujours même odeur de gangrène; suppuration abondante; apparition des bourgeons charnus dans le trajet de la plaie, qui est partout hérissé de pointes osseuses; fragment intermédiaire mobile; d'ailleurs appétit; peau naturelle; un peu de sommeil. (On ajoute un peu de chlorure de soude aux pansemens; bouillon de poulet en lavement; injections d'eau d'orge; cataplasme sur la joue.)

23. 75 puls. Les deux épingles placées à la joue divisèrent les parties molles. Suppuration abondante et fétide; sortie d'esquilles et d'escarres; état général et local satisfaisant. (Bouillon gras; lait coupé; crème de riz.)

26. 70 puls. On sent une partie de la face extérieure de la branche horizontale dénudée. Quant au fragment intermédiaire constitué par la branche horizontale de l'os maxillaire, il est toujours mobile, ce qui dépend des mouvemens que la malade lui imprime pour répondre aux questions d'une foule d'importuns.

2 octobre. Voyant que, malgré toutes nos recommandations, le malade s'obstinait à parler, nous lui appliquâmes un petit bandage improvisé et consistant en une coiffe qui couvrait exactement le cuir chevelu et une mentonnière qui était attachée à la coiffe du côté sain, et qui de l'autre côté portait deux liens qu'on faisait passer dans deux boucles attachées à la même coiffe et du côté opposé, liens qui servaient à graduer l'action de l'appareil. Ce bandage agissait en portant les fragmens en haut et en arrière, c'est-à-dire dans le sens d'une résultante dirigée du menton à l'occiput. On avait à peine besoin de l'enlever pour panser la malade, parce que la plaie principale se trouvait dans l'intervalle que les deux liens laissaient entre eux. Les plaies faisaient d'ailleurs des progrès rapides vers la cicatrisation. Plusieurs esquilles étaient sorties. Le malade se lavait et mangeait.

5 et 8. Issue de débris de plomb et d'os, précédée d'un gonflement subit et local qui disparaissait aussitôt que les corps étrangers étaient dehors.

15. Il ne reste qu'une fistule à la joue; les deux petites plaies sont devenues fistuleuses. Abcès à l'angle de la mâchoire. (Cataplasmes; gargarisme; silence; nourriture et pansement à plat comme à l'ordinaire.)

19. L'abcès s'est ouvert dans la bouche. Autre abcès au dessus de l'os hyoïde.

28. La continuité semble s'être établie entre les fragmens; la mâchoire se remue en masse; les bourgeons charnus ont à peu près comblé tous les vides, et l'on ne sent plus la surface dénudée que nous avons signalée; elle a disparu sans doute par absorption.

Apparition de plusieurs autres abcès dont l'ouverture a été suivie de l'expulsion de quelques esquilles. D'ailleurs amélioration marquée dans l'état local et général.

8 novembre. Sortie d'une moitié de balle.

15. Les trois fistules persistent encore.

26. Le malade boit et mange comme à l'ordinaire.

18 mars. Guérison avec une légère tuméfaction de la joue et quelques douleurs qui la parcourent de temps en temps.

Dans le courant des six mois compris entre l'événement et la guérison, il est sorti, ou par la bouche, ou par les plaies, ou par des abcès, soixante morceaux d'os, ou de plomb, ou de dents. Parmi les esquilles osseuses, il y en a d'un pouce de longueur sur un demi-pouce de largeur et quelques lignes d'épaisseur; plusieurs contiennent du tissu spongieux. Le plus souvent leur sortie était précédée d'une congestion locale fort douloureuse, qui cessait après leur expulsion.

Les débris de plomb rendus par les plaies constituent un fait fort ordinaire qu'il est bon cependant de rappeler à ceux qui ne croient pas à la possibilité de division des balles dans leur trajet. On peut aussi les renvoyer à l'examen d'une niche placée sous le parvis de l'Hôtel-Dieu de Paris.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR OSTÉO-FIBREUSE SITUÉE AU CÔTÉ GAUCHE DU COU SUR L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE; GUÉRISON.

Obs. III.—Barand, âgé de 28 ans, portait au col et dans le triangle circonscrit par le larynx, le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche et la branche horizontale de la mâchoire, une tumeur du volume d'un œuf, dure, incompressible partout, excepté sur un point, indolore, soulevée par les pulsations de l'artère carotide primitive, et mobile sous ces tegumens jusqu'à un certain degré; car si on voulait la porter en haut, elle était bientôt arrêtée par un prolongement qui semblait partir du voisinage du corps thyroïde. Elle avait paru sans cause connue à l'âge de cinq ans, et n avait cessé de faire des progrès que vers dix ou douze ans. Elle ne gênait pas le malade; elle lui déplaisait par sa difformité. Nous l'engageâmes à s'en faire débarrasser, il y consentit. L'opération fut faite le 4 décembre, en présence de M. Scipion Mourgue, préfet du département, de M. l'inspecteur de la Maison centrale, et de plusieurs autres personnes. Nous étions assistés de M. Bardinet, jeune élève en médecine, plein d'intelligence.

La barbe étant préalablement rasée, une incision ovalaire fut faite aux tégumens, et la portion de peau circonscrite enlevée. Une veine fut ouverte et liée immédiatement, pour éviter la terrible catastrophe qui a surpris quelques-uns de nos grands opérateurs. Le bistouri chemina it lentement pour éviter la lésion des organes importans disséminés sur son passage, tels que nerfs pneumo-gastrique et hypo-glosse, artères carotides primitive, interne et externe, etc. Tout à coup un jet de sang fort abondant nous inonde la figure. On crut avoir ouvert la carotide primitive; ce n'était que la maxillaire externe, qui fut liée sur-le-champ. On continua la dissection de la tumeur lentement; et pour ne pas nous exposer à ouvrir le tronc carotidien qui battait entre nos doigts, nous plaçâmes l'index gauche entre la tumeur et le vaisseau, pendant qu'avec la main droite armée d'un bistouri convexe, nous achevâmes sur notre index la section des parties molles. Il ne restait plus qu'à couper le prolongement dont nous avons parlé: il partait du corps thyroïde. Nous fûmes obligés d'en enlever une partie. Quelques petites artères qui alimentent cette glande furent divisées et liées.

L'opération était achevée; elle avait duré sept minutes. Dix ou douze onces de sang s'étaient écoulées; on épongea la plaie. Le tronc carotidien était à nu; re dont il fut facile de se convaincre par le toucher; la tumeur reposait immédiatement sur lui. Les ligatures furent portées à l'angle inférieur de la plaie; on appliqua trois aiguilles à suture. Le reste du pansement comme à l'ordinaire. On donna un peu d'eau de vie au malade, qui se sentait faible. (Diète.)

Six heures après l'opération, point d'accident; pouls un peu élevé; les mouvemens du larynx et du pharynx nécessités par l'acte de la déglutition, sont un peu douloureux.

5. Point ou très-peu de fièvre. (Soupe au lait matin et soir.) 6, 7, va très-bien; 8, levée de l'appareil: peu de suppuration; plaie en très-bon état. 10, on ôte les trois épingles. La moitié supérieure de la plaie est réunie. 11, 12, tout va bien. La première ligature tombe le 19 (quinzième jour), et la seconde le 28 (vingtunième jour. 29, sorti guéri, vingt cinq jours après l'opération.

DESCRIPTION DE LA TUMEUR.

Cette tumeur, qui ne tenait au corps thyroïde que par des prolongemens fibreux (sans continuité de tissu), était irrégulièrement sphéroïdale, un peu aplatie à sa face postérieure qui reposait sur l'artère carotide primitive. Elle était formée, en allant de dehors en dedans: 1° d'une enveloppe fibreuse très-dense qui contenait dans son épaisseur plusieurs noyaux disséminés d'une matière rouge-noirâtre, molle, pulpeuse, rappelant assez bien la matière de quelques fongus; 2° d'une seconde enveloppe beaucoup plus solide que la première, épaisse de six lignes en quelques points, et formée de tissu osseux et cartilagineux. Le tissu cartilagineux était disposé en deux couches, l'une externe, l'autre interne, entre lesquelles s'était développé le tissu osseux; 3° d'une matière puriforme, inodore, semblable à de la crème par sa couleur, sa densité et son homogénéité. Cette tumeur n'avait jamais été le siége d'aucun élancement, d'aucune douleur; aurait-elle plus tard subi une dégénération cancéreuse? Nous ne le pensons point.

Si nous nous sommes empressés de lier la veine qui avait été ouverte dès le commencement de l'opération, c'était pour prévenir l'absorption de l'air par ce vaisseau, accident dont on connaît les funestes résultats.

On a dû remarquer que la chute des ligatures s'est fait long-temps attendre: elle a lieu ordinairement du dix-neuvième au vingtième jour. Il est vrai qu'il est difficile d'assigner un terme précis à cette opération: il varie suivant l'âge, suivant la nature de la ligature, suivant son degré de constriction, etc.

Le sang nous a beaucoup incommodés pendant toute la durée de l'opération. Ne serait-il pas possible et même avantageux, dans certains cas, de placer la région où l'on veut opérer, sous un filet d'eau qui balayerait le sang à mesure qu'il sortirait, et dont la transparence ne nuirait en rien à la marche du bistouri?

EXTIRPATION PARTIELLE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR GAUCHE POUR UN CAS DE FONGUS.

Obs. IV.—Simon Jonterie, âgé de 5 ans et demi, fortement constitué, fut pris, sans cause connue, vers la fin de septembre 1833, de vives douleurs dans les dents de la moitié gauche de l'os maxillaire supérieur; la mère lui examina la bouche et n'y vit rien. La joue devint rouge, enflée, douloureuse. On y appliqua des cataplasmes émolliens. Au bout de quelques jours la mère vit paraître sur les gencives des *vessies* qui se déchirèrent et livrèrent passage à du sang et du pus. Les deux incisives gauches tombèrent et furent suivies peu à peu de l'expulsion de quelques fragmens osseux nécrosés. Comme le mal ne faisait qu'augmenter malgré les soins que la mère donnait à son enfant depuis trois mois, elle le conduisit à l'hôpital, où il fut soumis, pendant quatre mois, à un traitement anti-scrophuleux qui fut sans résultat. Une fistule se forma à la réunion de la joue avec la paupière inférieure, fistule qui livrait passage à du sang, du pus et de la lymphe. Enfin la mère me la conduisit dans les premiers jours du mois de juillet, et voici quel était son état: Le mal datait de neuf mois à peu près; joue gauche enflée et s'élevant par une pente insensible au niveau du nez, qui, de ce côté, ressemblait à un nez de mouton; fistule au-dessous de la paupière inférieure; en parcourant du doigt la voûte palatine, on sentait dans sa moitié gauche quelques points où son peu de résistance semblait annoncer une prochaine perforation; les deux incisives gauches n'existaient plus; la canine était sur la point de tomber avec le fragment de l'arcade alvéolaire où elle était implantée; la première molaire était très-mobile. Derrière la lèvre supérieure était un tissu facile à reconnaître à sa mollesse, sa teinte rosée, sa promptitude à saigner sous la moindre pression; l'enfant était très-sujet à des épistaxis qui semblaient affecter le côté gauche de préférence à l'autre; les fosses nasales étaient libres. Simon était jeune, robuste, issu de parens sains; le mal pouvait être assez facilement limité; l'opération fut faite le 17 juillet, à 10 heures du matin. J'avais pour aides MM. Laporte et Bardinet, élèves de l'hôpital. Simon fut placé sur une chaise surmontée d'un chauffe-pieds destiné à l'exhaus-

ser, les mains liées derrière le dos et attachées à la chaise ; chacun des deux pieds assujéti à l'un des montans antérieurs du meuble. Une serviette fut passée en travers sur les aines pour maintenir le bassin immobile, ramenée derrière le corps et fixée à la chaise. A la faveur de ce mode de déligation nous n'avions qu'à nous occuper de la tête ; aussi n'avons-nous employé qu'un aide pour maîtriser les mouvemens de l'enfant. Simon ainsi attaché, loin de l'appareil dont l'étalage eût pu l'effrayer, fut porté devant une croisée bien exposé au jour. Nous avions d'abord l'intention de tailler aux dépens de la joue un cône dont le sommet eût abouti à la commissure des lèvres, de relever ce cône et de le disséquer jusqu'à la base située au-dessous de l'orbite. C'est même suivant ce plan que nous avons commencé l'opération.

La joue fut divisée depuis l'os de la pommette jusqu'à la commissure des lèvres inclusivement par un coup de bistouri dirigé de dedans en dehors. Les deux bouts de la coronaire labiale et de la maxillaire externe, qui fournissaient beaucoup de sang, furent liés sur-le-champ. Une rétraction considérable des tissus nous donna à comprendre que cette première incision modifiée serait suffisante. En effet nous l'inclinâmes jusqu'à la fistule, de manière à circonscrire un lambeau convexe en dehors qui fut disséqué et relevé sur le nez. Toute la face antérieure de l'os maxillaire était à peu près à nu. Alors avec le ciseau et le marteau portés successivement au point de réunion des deux os maxillaires, entre la dernière et l'avant-dernière molaire, sous le plancher de l'orbite qui fut ébranlé, sur l'apophyse montante de l'os maxillaire gauche, nous enlevâmes au moins les deux tiers de l'os. Trois dents étaient contenues dans l'arcade dentaire. Après avoir bien épongé la cavité et reconnu qu'il n'existait plus de mal, je cautérisai deux fois toute sa surface au fer rougi à blanc, je rapprochai les bords de la plaie par les aiguilles, je fis la suture entortillée et terminai le pansement suivant les règles de l'art. La cavité improvisée pouvait bien contenir un œuf de poule.

Il était temps d'en finir. L'opération avait duré 18 minutes, et le petit malade, épuisé par la perte de près d'une livre et demie de sang, était pâle, froid, et sur le point de tomber en défaillance. On ne sera point surpris de l'abondance de cette hémorrhagie, si l'on songe à l'énorme vascolarité des tissus chez les sujets de cet âge, vascularité qui vraisemblablement avait été augmentée par le mal même. On donna un verre d'eau rougie au patient pour ranimer ses forces, et on le mit au lit, où il s'endormit une demi-heure après l'opération d'un sommeil qui dura près de quatre heures. Une perte de substance fut faite, bien entendu, à la voûte palatine ; c'est par là que s'écoulèrent le pus, le sang, etc. (Diète ; eau sucrée pour gargarisme ; on éloigna de lui tout ce qui aurait pu l'engager à parler.)

Sept heures du soir. Point d'accidens ; pouls un peu élevé.

18 juillet. Peu de sommeil ; peu de fièvre ; état fort satisfaisant. (Eau sucrée et un peu de biscuit.)

19. Peu de sommeil. L'appareil s'étant dérangé, nous visitâmes la plaie, dont une solide adhérence réunissait déjà les bords, qui néanmoins suppuraient un peu. Les épingles supérieure et inférieure furent ôtées ; odeur légèrement aromatique ; figure tuméfiée ; sommeil ; quelques sueurs nocturnes ; la fièvre traumatique se maintient dans de justes bornes. L'enfant est gai. (Un peu de nourriture avec son gargarisme.)

20. Eruption miliaire sur la moitié gauche de la figure ; le tiers supérieur de la plaie est déjà cicatrisé ; odeur gangréneuse provenant de la chute et de la décomposition des escarres. Tout va bien. (Un peu plus de nourriture.)

22. Suppuration louable ; on appliqua une seconde aiguille à la commissure des lèvres.

23. Chute des ligatures (septième jour) ; disparition de l'éruption ; sommeil ; appétit ; évacuations normales ; la perte de substance faite à la voûte palatine se rétrécit chaque jour.

25. Chute des aiguilles restantes ; la fistule persiste ; l'enfant devient très-indocile et parle toujours ; l'aiguille placée à la commissure des lèvres a coupé les parties molles. Tout va bien d'ailleurs.

28. L'on a rafraîchi les deux bords de la plaie à la commissure des lèvres et replacé une nouvelle aiguille. L'enfant se lève.

1er août. L'aiguille a de nouveau coupé les parties molles. Nous en avons replacé deux ou trois autres avec des bandelettes, et toujours avec le même insuccès ; en sorte qu'il reste à l'enfant une petite fente d'une ligne d'étendue au coin de la bouche, petite difformité qui n'est pas visible. La cicatrice était complète à l'extérieur ; la narine gauche fournissait un peu de pus, et il ne restait à l'intérieur de la bouche qu'une petite cavité capable de loger une grosse amande.

4. La guérison avance.

12. La fistule est tarie.

17. L'enfant sortit guéri un mois après l'opération. La cavité du sinus était à peu près comblée.

5 mai. La guérison s'est maintenue ; aucun signe de récidive.

La chute précoce des ligatures, l'abondance de l'hémorrhagie, la rapidité de la guérison, tout s'explique par l'âge du sujet, âge où tous les phénomènes de la vie végétative s'accomplissent avec une grande énergie.

Si nous avons évité la lésion du canal de Sténon, en revanche nous avons été obligés de pénétrer dans les fosses nasales, et d'ouvrir le canal nasal en brisant l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur gauche. Nous avons même appréhendé pendant un temps que la fistule dont nous avons parlé ne se convertît en fistule lacrymale. Heureusement les larmes ont repris leur cours accoutumé.

J'ai revu l'enfant il n'y a pas long-temps : il ne lui reste plus qu'une cicatrice lisse et parfaitement linéaire ; tout fait espérer que la guérison sera durable.

Qu'on ne nous demande pas de détails d'anatomie pathologique sur la tumeur ; on sait que la plupart de ces tumeurs se réduisent en bouillie dans le courant de l'opération ; c'est ce qui est arrivé à celle-là.

Nous omettons de parler de quelques autres faits chirurgicaux peu importans. Nous avons fait l'extirpation d'une petite loupe siégeant à la face antérieure du thorax, opéré quelques kystes des paupières par l'incision et la cautérisation. Nous avons encore eu à traiter un enfant dont le bras et l'avant-bras droits avaient été horriblement abîmés par une presse mécanique : la plaie avait près de dix pouces d'étendue en longueur, et cinq dans son plus grand diamètre transversal. Les vaisseaux n'avaient pas été endommagés. Comme dans le premier cas nous avons tenu le membre dans un appareil à extension pour prévenir une flexion formée par la rétraction de la cicatrice, et nous avons eu soin de lui imprimer de temps en temps des mouvemens pour empêcher les articulations de s'ankyloser.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Coup d'œil sur l'ensemble systématique de la médecine judiciaire considérée dans ses rapports avec la médecine pratique ; par H. Kuhnholtz, bibliothécaire et agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol in-8° de 125 pages.

Cette brochure est la reproduction de la thèse composée par l'auteur à l'occasion du dernier concours pour la chaire de médecine légale qui vient de se terminer à Montpellier. La question qu'il devait traiter était vaste ; il s'agissait d'exposer l'ensemble systématique des connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'étude, à l'enseignement et à la pratique de la médecine légale. Cependant M. Kühnholtz a adopté une marche différente de celle que la rédaction de la question soumise au concours lui indiquait. Avant d'entreprendre la solution de cette question, il entre dans quelques généralités qui ne manquent pas d'intérêt sur la médecine légale et spécialement sur ses rapports avec la médecine pratique.

Le but que se propose l'auteur dans ces considérations générales, c'est de démontrer que la médecine légale offre encore aujourd'hui des branches entièrement distinctes qui réclament une attention spéciale des hommes spéciaux, et dont la confusion a été l'un des principaux obstacles à l'avancement de la science. Malgré les progrès faits sous ce rapport depuis quelques années par la séparation de la chimie générale et de la toxicologie d'avec la médecine légale, il reste cependant encore beaucoup à faire.

S'il est injuste d'exiger qu'un médecin soit aussi fort en fait de législation qu'un jurisconsulte, il serait tout aussi peu raisonnable de vouloir qu'un jurisconsulte ou un avocat connussent autant de médecine qu'un docteur. L'hygiène, la pathologie, et la physiologie de la médecine légale, sont des parties assez distinctes pour pouvoir faire le sujet d'études particulières.

L'auteur termine par l'exposé de ce qu'il appelle l'ensemble systématique de la médecine judiciaire considérée dans ses rapports avec la médecine politique. Ne pouvant le suivre dans le long tableau qu'il présente ici, nous nous contenterons de signaler les bases sur lesquelles repose sa classification.

Toutes les questions qui portent le caractère médico-judiciaire qu'il signale dans le corps de sa brochure, peuvent, d'après M. Kuhnholtz, être rapportées à trois principaux ordres, suivant qu'elles sont des violations du contrat social, du contrat de mariage, ou des lois protectrices de l'enfance. Au premier ordre appartiennent les maladies simulées ou dissimulées, le suicide, les blessures faites à autrui, l'homicide, les attentats à la morale publique, et les causes d'exemption. Le second ordre renferme les attentats à la morale, dans leurs rapports avec les droits et les obligations qui résultent du contrat de mariage, et toutes les questions relatives à l'impuissance, à la stérilité, à l'hermaphrodisme. Enfin le troisième ordre comprend les questions relatives à l'avortement, à l'infanticide et à quelques autres points moins importans.

Nous ne nous livrerons pas à l'examen critique d'un projet de classification proposé d'une manière aussi sommaire ; nous n'examinerons même pas si les trois chefs principaux sur lesquels elle repose, et que nous venons de faire connaître, ne rentrent pas quelquefois l'un dans l'autre : il nous suffit d'avoir fait ressortir quelques-unes des judicieuses réflexions générales qui précèdent cet exposé.

Topographie médicale de la Teste-de-Buch, département de la Gironde, par L.-A. Lalesque, D.-M. P., médecin attaché à la compagnie de colonisation des landes de Bordeaux. In-8° de 68 pages.

S'il est important pour le médecin d'acquérir par des études approfondies toutes les connaissances nécessaires à la pratique de son art avant de s'y livrer, il ne l'est peut-être pas moins pour lui d'étudier le caractère des maladies qui règnent habituellement dans la localité où il doit l'exercer, surtout lorsque cette localité se trouve dans des circonstances particulières qui peuvent imprimer aux maladies une physionomie toute spéciale. Cette étude, que l'on ne peut faire dans les grandes villes où sont ordinairement les écoles, et même que les professeurs négligent trop souvent de recommander aux élèves, est donc indispensable dans une contrée telle que les Landes, dont la topographie offre des caractères tout-à-fait spéciaux. Aussi la Gazette médicale accueille les recherches de ce genre avec une faveur d'autant plus marquée, qu'elles sont plus susceptibles d'intéresser le plus grand nombre des lecteurs. Le mémoire de M. Lalesque, fait avec conscience et écrit avec clarté, aura encore une utilité de plus que la plupart des autres écrits du même genre; car les immenses travaux qui se préparent dans ce pays, doivent, d'ici à une époque, il faut l'espérer, peu éloignée, changer entièrement son aspect, et alors ce mémoire permettra d'établir entre l'état hygiénique où il se trouve aujourd'hui et celui que les changemens proposés doivent amener, une comparaison qui pourra jeter quelque jour sur plus d'un point d'hygiène publique.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description des pays qui environnent la Teste-de-Buch, ni dans l'énumération des maladies particulières à cette contrée, et qui y revêtent des caractères spéciaux; il nous suffit de dire que l'on trouve dans sa brochure cette défiance des théories et des idées arrêtées qui caractérise le vrai praticien, et qui en recommande la lecture à tous les hommes qui prennent quelqu'intérêt à l'étude générale de la médecine et à ceux qui sont appelés à pratiquer dans des lieux placés dans des circonstances analogues à celles où se trouvent les landes de Bordeaux.

Coup d'œil sur la médecine envisagée sous le point de vue pathologique; par T. Auber, D.-M. P.

M. Auber était décidé à courir les chances du concours pour l'agrégation, quand des circonstances puissantes sont venues le forcer d'y renoncer. Il a cru cependant devoir se justifier auprès des juges du concours; et en cherchant les moyens d'y parvenir, l'idée de l'ouvrage que nous annonçons ici s'est présentée à son esprit.

Le titre seul indique que cette brochure est peu susceptible d'analyse; des considérations générales sur la médecine et sur ceux qui la pratiquent, sur divers états morbides et sur les causes qui les déterminent, et enfin l'application de ces généralités à l'étude spécialement du croup, de la syphilis et de la fièvre intermittente, sont les principaux objets sur lesquels l'auteur appelle l'attention. Dire que nous y avons trouvé l'expression d'une saine doctrine, une critique judicieuse et quelquefois piquante, et une confiance raisonnée dans les efforts que fait la nature pour se débarrasser des principes morbifiques qui causent la plupart des maladies, c'est faire connaître la manière de l'auteur, et recommander la lecture de son opuscule aux médecins qui ont apprécié toute l'étendue et la difficulté de notre art.

VARIÉTÉS.

Congrès médical à Nantes.

La société de médecine de Nantes avait demandé par la voie des journaux, aux sociétés avec lesquelles elle correspond, de lui fournir des documens sur le traitement simple et rationnel dans la syphilis, et sur les avantages et les inconvéniens du mercure. Elle vient de convoquer tous les médecins de la ville de Nantes à se réunir pour discuter les points les plus importans de doctrine sur la syphilis. Un grand nombre de médecins des autres villes du royaume ont été également invités à se rendre à cette sorte de congrès médical. M. Devergie aîné, auteur de la *Clinique de la maladie syphilitique*, est parti de Paris pour prendre part à cette discussion.

La première séance a eu lieu le 1er juillet et a été employée à former le bureau. M. Maréchal, président de la société de médecine de Nantes, à qui appartient l'idée de cette réunion, a été élu président. M. Palois, doyen d'âge et président de la société académique de Nantes, a été nommé vice-président. MM. Sallion, Leborgne, Thiébaut et Guénier secrétaires.

Nous rendrons compte du résultat de ces séances.

Choléra.

—Il paraît qu'en dépit de toutes les précautions sanitaires, le Piémont n'échappera pas au choléra-morbus. Des lettres arrivées de Nice à Marseille, annoncent que la population de cette ville se trouvait dans une grande consternation par suite de la mort subite de trois forçats, que l'on attribuait au choléra.

Toulon, 2 juillet.— Le bulletin du 2 constate une amélioration sensible, et cependant une brume épaisse et froide a pesé sur la ville et la campagne pendant toute la nuit du 1er au 2, et jusqu'à midi l'action du soleil a été impuissante à la dissondre.

Les personnes aisées de la ville, cédant à une vaine terreur, s'enfuient sans songer qu'elles laissent des malheureux à secourir.

Le nombre des cas, du 1er au 2 juillet, a été de 24, et celui des décès de 10.

Du 2 au 3 juillet, le nombre de cas a été de 47, et celui des décès de 16.

Fréjus, le 30 juin 1835. — Une personne venant de Toulon est arrivée à Saint-Raphaël vendredi dernier; dans la nuit du samedi au dimanche, elle a éprouvé des vomissemens, des coliques et des crampes dans tous ses membres, et s'est vue, dans peu d'instans, dans un état qui a causé de vives inquiétudes à sa famille. Trois médecins ont été appelés, et tous ont déclaré reconnaître les symptômes du choléra.

Le cordon sanitaire a été rétabli au pont du Var par les autorités sardes. Néanmoins on assure qu'il y a plusieurs cas de choléra au bagne de Villefranche.

(*Toulonnais.*)

—Les essais sur l'emploi du muriate de baryte à haute dose dans le traitement des tumeurs blanches et de diverses affections scrophuleuses, se poursuivent à l'hôpital de la Pitié sur un grand nombre de malades. Nous pouvons déjà signaler une amélioration notable chez la plupart de ces sujets, et un changement en bien dans leur constitution.

Ce qui a surtout frappé d'étonnement les nombreux élèves qui se pressent à cette clinique, c'est l'innocuité du muriate de baryte sur les voies digestives; deux malades seulement, aux premières doses, ont éprouvé quelques nausées, qui se sont dissipées dès le lendemain sans avoir suspendu le médicament. Quelques malades en prennent déjà 48 grains dans les vingt-quatre heures; on sait que M. Pirondi a porté cette dose jusqu'à 2 gros. Un effet non moins singulier a lieu sur la circulation. Dès les premières doses, le pouls est tombé d'un grand nombre de pulsations; chez un malade, il est même descendu à 25 puls. par minute; depuis il s'est un peu relevé, et paraît fixe entre 35 et 40 puls.; terme moyen, il s'arrête entre 50 à 55 puls. par minute. Déjà M. Lisfranc a signalé l'importance que cette propriété nouvelle du muriate de baryte lui pourrait donner dans le traitement des maladies du cœur. Nous reviendrons sur ce sujet quand les observations seront complètes.

—**Mémoire sur le traitement curatif du choléra épidémique**, écrit en espagnol et publié à Barcelonne en 1834, par Parkin, chirurgien, membre du collége royal de chirurgie de Londres, et au service de l'honorable compagnie des Indes-Orientales; traduit en français par M. F. Dunal, docteur-médecin, doyen de la Faculté des sciences. Brochure in-8°, 2 fr.

A Montpellier, Louis Castel, Grande-Rue. A Paris, chez Deville-Cavellin, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 10.

—**Sur le traitement des fractures de la clavicule**, par Matthias Mayor, docteur en médecine à Lausanne. Brochure in-8°, 1 25.

—**De la conduite à tenir dans les cas de fractures douteuses du col du fémur**, par Matthias Mayor, docteur en médecine à Lausanne. Brochure in-8°, 1 fr. 25.

—**De l'emploi du tartre stibié à haute dose** dans le traitement des maladies en général, dans celui du rhumatisme et de la pneumonie en particulier; par M. Lepelletier de la Sarthe, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie royale de médecine. In 8° de 232 pag., 3 fr. 50.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, n° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

SUR LES NÉVRALGIES DE L'URÈTRE ET DU COL DE LA VESSIE; mémoire lu à l'Académie des sciences, le 6 juillet 1835, par M. CIVIALE, D.-M. P., chirurgien de l'hôpital Necker, etc.

Parmi les plus fréquentes maladies des organes génito-urinaires, il en est quelques-unes que l'irrégularité de leur marche, la variabilité des phénomènes qu'elles déterminent, et la difficulté, souvent même l'impossibilité de les distinguer d'autres états morbides de la vessie qui provoquent des symptômes analogues, ont contribué à faire négliger, jusqu'à ce jour, par les praticiens. Je les appelle *névralgies du col de la vessie* ou *de l'urètre*, sans attacher d'ailleurs aucune importance à ce nom par lequel je veux seulement désigner des groupes de symptômes quelquefois fort graves, dont les tissus organiques n'offrent rien qui puisse expliquer la manifestation. Ayant eu fréquemment occasion de les observer, je vais tenter de remplir la lacune qui existe à cet égard dans les ouvrages de chirurgie.

Les causes de ces maladies sont rarement appréciables. La plupart du temps on les observe chez des personnes dont le système nerveux a été surexcité par des excès vénériens ou par des affections morales vives; chez celles surtout qui ont déjà été atteintes de névralgies dans d'autres parties du corps. Les irritations prolongées de l'urètre ou du col de la vessie, les rétrécissemens commençans, la constipation habituelle, les maladies du rectum et de la matrice, en favorisent le développement; mais ce ne sont là que des circonstances favorables à leur production, et en présence desquelles elles ne se déclarent pas toujours, tandis qu'on les observe souvent chez des malades qui paraissent exempts de ces causes prédisposantes.

Les signes d'une névralgie de l'urètre sont, en général, si vagues et si variables, qu'on est obligé de recourir à des moyens indirects pour établir le diagnostic. En effet, les sensations que le malade éprouve, et le trouble qui a lieu dans l'excrétion de l'urine, peuvent dépendre également d'une pierre vésicale, d'une lésion organique de la prostate, du corps ou du col de la vessie, d'une paralysie incomplète de ce viscère, d'un rétrécissement de l'urètre, etc. Cependant la mobilité remarquable des symptômes est propre à mettre sur la voie; on se guide d'après la marche irrégulière et en quelque sorte intermittente des accidens qui surviennent, cessent, reparaissent, augmentent, diminuent sans cause appréciable et d'une manière plus prompte que dans toute autre affection. C'est au point même que les premiers désordres passent, pour ainsi dire, inaperçus, et ne fixent l'attention des malades qu'à leur troisième

Feuilleton.

ÉLOQUENCE MÉDICALE. — ÉLOGE DE CHAUSSIER, PAR M. PARISET.

L'éloge académique est bien certainement la plus terrible invention de la littérature classique: il a dû figurer en tête des nombreux chefs d'accusation allégués par le goût moderne contre le goût ancien. Les plus zélés partisans des vieilles pratiques littéraires, ceux-là même qui ont lutté jusqu'à la mort pour la tragédie en cinq actes en vers alexandrins, pour l'épître, pour l'ode pindarique et pour l'apologue, ont reculé devant la responsabilité de l'éloge. Ils l'ont abandonné à sa destinée. Ce genre, honni par-dessus tous les autres genres, désavoué de tous, bafoué, proscrit, n'est pourtant pas mort; il est même possible qu'il ne mourra jamais tant qu'il y aura des Académies. Les genres sont très-vivaces, et les réformateurs du jour ont cru un peu trop légèrement pouvoir les effacer de leur code littéraire. On ne raie pas comme cela d'un trait de plume des lois écrites et suivies depuis trois mille ans. Les genres, *horresco referens*, sont indestructibles. Lamartine a fait des épîtres, Victor Hugo des odes, Sainte-Beuve des sonnets; ils se louent réciproquement dans leurs préfaces, et la seule différence entre leurs *éloges* et le véritable éloge classique, c'est qu'ils n'attendent pas d'être morts pour se décerner l'immortalité. Quand le chantre d'Elvire, comme dirait M. Pariset, mourra, un académicien viendra *jeter des fleurs* sur sa tombe, les mêmes qui avaient servi pour son prédécesseur; il sera loué dans les formes; le mérite de ses élégies, de ses odes et autres *poésies fugitives* (car, en définitive, les *Méditations* et les *Harmonies* ne sont pas autre chose) sera apprécié suivant toutes les règles. C'est là un sort un peu dur, mais il est inévitable.

Je prétends conclure de tout ceci, et de bien d'autres choses que j'omets, premièrement, que M. Pariset a encore le droit d'écrire des éloges, puisque ce droit est de sa nature imprescriptible. J'ai personnellement à me reprocher d'avoir, dans d'autres circonstances, traité un peu trop irrespectueusement cette matière, qui est fort grave, comme de nouvelles réflexions m'en ont convaincu; mais il n'est jamais trop tard pour faire amende honorable de ses erreurs. Je prétends prouver en outre que l'éloge académique est une nécessité sociale, et qu'une Académie ne saurait non plus se passer de panégyrique et de panégyristes que de président et de secrétaires. Enfin, je dirai que cette nécessité une fois admise, il est heureux pour l'Académie royale de médecine d'avoir trouvé un homme d'esprit pour une aussi sotte besogne.

ou quatrième apparition. Au début il y a de longs intervalles de bien-être. Ce n'est que par accès qu'on voit d'abord se manifester les besoins fréquens d'uriner, les difficultés et les douleurs pour y satisfaire. Bientôt il s'y joint un prurit incommode, avec sensation d'ardeur, le long du canal et notamment à l'extrémité de la verge, d'où il se propage au pubis, aux aines, au sacrum, et jusque dans la région des reins. L'urine est presque toujours dans l'état naturel. En général ces accidens ne durent point assez pour réagir sur la santé générale; ils disparaissent, et le malade rentre dans ses conditions habituelles.

On ne peut rien préciser quant à la fréquence, à la durée et à l'ordre de ces accès : il y en a qui sont réguliers, et jusqu'à un certain point périodiques; j'en ai vu qui revenaient tous les huit jours, et d'autres qui se renouvelaient tous les jours. J'ai traité un malade chez lequel ils se déclaraient en se mettant à table; j'en ai un, en ce moment, chez lequel ils reviennent tous les jours à quatre heures. En général ils sont d'autant plus rapprochés et plus longs que la maladie est plus ancienne.

Lorsqu'ils affectent le type quotidien, c'est ordinairement le soir, la nuit, ou au moment de la digestion qu'ils ont lieu. Le défaut d'occupation et de distraction, tout ce qui peut exalter la sensibilité, et surtout la crainte de ne pouvoir uriner quand le besoin s'en fera sentir, contribuent à les provoquer. Moins la vessie contient d'urine, plus on a de peine à la rendre, et plus les souffrances sont vives; presque jamais on n'observe de fièvre, malgré la violence ou l'opiniâtreté des douleurs, et quoique le sujet dépérisse souvent d'une manière sensible.

Dans quelques circonstances que le malade se trouve placé, les névralgies de l'urètre ont une marche progressive, mais variable, en raison des complications qui peuvent exister d'avance, et de celles qui ne manquent jamais de survenir avec le temps. Ainsi, en faisant abstraction ici des modifications que la coexistence de rétrécissemens organiques, d'une lésion de la prostate, d'un calcul vésical, en un mot, d'une affection quelconque des organes génito-urinaires, peut apporter à leurs caractères, si on les considère dans l'état primitif de simplicité absolue, il est certain que leurs accès deviennent proportionnellement plus longs, plus forts et plus rapprochés, à mesure que des complications se manifestent par le seul fait de leur propre durée. A l'état nerveux, c'est-à-dire aux symptômes qui ne peuvent être rapportés à aucune lésion organique appréciable, se joignent alors les signes d'un catarrhe ou de toute autre altération profonde de la vessie ou de la prostate. Lorsque la maladie locale a fait de grands progrès, les fonctions du rectum sont atteintes les premières, et la santé générale s'en ressent. Au milieu d'un tel désordre, il devient presque toujours impossible de reconnaître sur-le-champ une névralgie primitive de l'urètre, à moins que les malades ne retracent avec plus de précision qu'ils n'ont l'habitude de le faire, l'histoire du début et des progrès de leur affection. Presque toujours ils se bornent à des renseignemens vagues, et cependant ils n'appellent guère le médecin que lorsque les accidens ont acquis un haut degré d'intensité. Or, à cette époque, il n'y a point absence complète des maladies avec lesquelles la névralgie urétrale pourrait être confondue. Quoi qu'il en soit, la certitude qu'il n'existe ni rétrécissement organique de l'urètre, ni lésion de la prostate, ni calcul dans la vessie, réduit la question à une grande simplicité. En pareil cas, il est difficile, avec un peu d'attention, de se méprendre sur la vraie nature des accidens, d'autant plus que, s'il y a des complications, leur gravité n'est jamais proportionnée à celle des symptômes. D'ailleurs, il importe de tenir compte des circonstances que j'ai indiquées et qui concourent à la production des névralgies.

C'est par des explorations locales qu'on procède aux recherches nécessaires pour constater l'état névralgique de l'urètre et du col de la vessie. L'effet produit par ces explorations mérite surtout de fixer l'attention des praticiens; car elles contribuent à améliorer plus souvent qu'à exaspérer la maladie. A cet égard, il est un point sur lequel je veux insister, parce qu'il est fécond en erreurs qu'on doit moins attribuer à l'art qu'à ceux qui l'exercent. Ici comme dans les spasmes, les personnes peu accoutumées à pratiquer le cathétérisme rencontrent souvent de la difficulté pour faire franchir aux bougies et aux sondes le point précisément où siégent les névralgies. L'instrument s'arrête en cet endroit; le malade se plaint d'éprouver des douleurs vives, et l'on admet avec trop de facilité qu'il existe là un rétrécissement. Les cas de cette nature sont, je le répète, bien plus nombreux qu'on ne le pense, et beaucoup de moyens curatifs, accrédités contre les rétrécissemens de l'urètre, ne doivent qu'à cette circonstance la renommée dont ils jouissent. Les jeunes praticiens ne sauraient donc trop s'exercer au cathétérisme et à l'application de divers moyens d'exploration de l'urètre que l'art possède aujourd'hui. L'habileté, en ce genre, est d'autant plus nécessaire qu'on rencontre souvent des difficultés imprévues. En effet, quels que soient les moyens explorateurs qu'on emploie, et avec quelque soin qu'on procède dans ces cas compliqués, le diagnostic devient obscur, principalement lorsqu'au lieu de se borner à modifier les fonctions des organes génito-urinaires, les névralgies réagissent encore sur d'autres organes, ainsi que je l'ai observé plus d'une fois.

Il est certains cas néanmoins dans lesquels tous les moyens d'investigation deviennent inapplicables. On trouve des malades dont la prostate et la vessie sont atteintes d'altérations graves, accompagnées d'une telle irritabilité de l'urètre, que la présence de tout instrument est insupportable. On parvient rarement à découvrir si ces altérations ont précédé la névralgie du col vésical, ou si elles en sont le résultat. Il est vrai qu'on n'a aucun intérêt à le savoir, à moins qu'il n'y ait possibilité de supprimer la cause des désordres; mais on n'aurait d'espoir à cet égard qu'autant qu'il s'agirait d'un calcul. J'en ai vu un assez grand nombre d'exemples. Quand il s'agit d'un catarrhe vésical très-avancé, avec altération profonde des parois du viscère, lésion grave de son col, tumeurs carcinomateuses, etc., les ressources de l'art sont presque toujours impuissantes; parvînt-on même à introduire et laisser séjourner des sondes ou des bougies dans l'urètre, ce qui est rarement possible. Dans tous les cas où la susceptibilité morbide du canal est symptomatique d'une lésion organique profonde, les moyens d'exploration sont fort douloureux et aggravent toujours les accidens.

A leur début, les névralgies de l'urètre sont en général peu graves. On les guérit par un traitement facile et presque toujours efficace, à la connaissance duquel j'ai été conduit par les effets de l'application de la lithotritie. En effet, quand un malade, attaqué de la pierre, présente tous les signes d'une irritation excessive au moment de l'opération, on serait tenté de croire que des manœuvres plus ou moins douloureuses aggraveront les accidens. Cependant je les ai vus plus d'une fois diminuer, et même cesser presque complètement. Ces exemples multipliés m'ont fait penser que les lesions du col de la vessie et de l'urètre pourraient être combattues avec avantage par des moyens propres à

Un collègue meurt; la compagnie à laquelle il appartenait lui doit un souvenir; elle charge son secrétaire de parler une heure ou deux sur le défunt, et d'en dire tout le bien possible. Cette marche me paraît éminemment logique. On dit à ce propos, ne louez pas pour louer; soyez historien et non panégyriste, parlez de la science et non de l'homme, et autres belles choses semblables: mais, messieurs, l'histoire, j'entends la véritable histoire, est fort brutale. A ce compte, quatre fois sur six, et je dis peu, le tableau historique serait une bien triste peinture. Bien plus, grâce à la pente naturelle de l'esprit humain, la satire ne tarderait pas à remplacer l'éloge, et cet abus serait pire que le premier. Pour empêcher le scandale de la satire, il a donc fallu prescrire l'éloge. On a dit au secrétaire: Tu loueras, et le secrétaire loue; et c'est très-bien. A l'Académie française, qui est l'Académie-modèle, et par son antiquité et par son inutilité, on loue même les vivans. A chaque nouvelle réception, le récipiendaire, après qu'il a loué son prédécesseur, est loué lui même par un de ses collègues, auquel il renvoie à son tour l'éloge. Cet encensement réciproque occupe ordinairement toute une séance. Le public rit: c'est son droit; mais les académiciens seraient bien sots d'agir autrement: leur existence comme corps dépend de ces cérémonies. Qui voudrait être académicien, s'il ne se procurait par là un moyen infaillible d'acquérir une gloire authentique et constatée par procès-verbal? C'est de la comédie! Hélas! oui; et partout où il y a une assemblée d'hommes, il se joue une comédie. Mais derrière la comédie, il y a toujours plus ou moins de réalité; il y a une réalité même dans l'institution de l'éloge académique et la voici.

Cette réalité, c'est son utilité historique. L'histoire littéraire et scientifique se compose, comme toute autre, de faits. Les écrivains et les savans en sont les auteurs; les écrits et les découvertes, les évenemens. Les faiseurs d'éloges sont pour ainsi dire les gazetiers et les pourvoyeurs de cette histoire. Ils en ramassent les élémens grain à grain comme la fourmi; ils sont tenus par état d'en rechercher les particularités les plus minutieuses, les traits les plus fugitifs. Sous le fatras déclamatoire et académique, qui est la condition du genre, il y a des faits, L'histoire littéraire n'a pas de sources plus précieuses. Les éloges de Pelisson, de Fontenelle, de Vicq-d'Azyr, de Cuvier, de Desgenettes, etc., épargnent bien de la besogne aux futurs historiens.

L'exemple des panégyristes que je viens de citer prouve en outre qu'on peut être homme d'esprit et même grand homme, et écrire des éloges; fait certain, quoiqu'il ait l'air d'un paradoxe. En voilà plus qu'il n'en faut pour justifier M. Pariset, qui peut, à juste titre, passer pour un des plus infatigables panégyristes connus, et le plus méritant de tous les secrétaires d'Académie.

Je dois, quoiqu'à regret, car la matière est riche, mettre fin à ces préliminaires et en venir au sujet principal de cet article, *l'éloge de Chaussier*, prononcé par M. Pariset dans la séance annuelle et publique de l'Académie de médecine, le 7 juillet 1835.

Le discours sur Chaussier n'est pas un jugement, mais un éloge, c'est-à-dire un mensonge; mais un mensonge officiel, et partant innocent; car il ne trompe ni ne veut sérieusement tromper personne. J'ai toujours admiré cet artifice merveilleux de l'éloquence panégyriste qui concilie si bien les devoirs de l'orateur avec ceux de la vérité. L'orateur peut et doit louer des sottises notoires, sans passer pour un sot; il peut et doit mentir, suivant les besoins de sa cause, sans

opérer une perturbation de la sensibilité, et l'événement a justifié mes prévisions. Je vais exposer en peu de mots la manière dont je procède dans les différens cas.

Le diagnostic une fois bien établi, les indications se réduisent :

1° A diminuer, par le contact d'un corps étranger, la sensibilité exaltée et viciée de l'urètre;

2° A produire une perturbation passagère de la fonction, et à rompre, par des sensations fortes, une habitude invétérée de souffrance;

3° A déplacer l'irritation.

Il suffit quelquefois de remplir la première indication pour faire cesser les accidens. On sait, depuis long temps, qu'une sonde ou une bougie introduite et laissée quelque temps dans l'urètre le rend presque insensible. J'ai utilisé cette donnée pour la guérison des névralgies urétrales.

Introduire une bougie molle, de moyenne grosseur, la laisser en place pendant cinq à dix minutes, la retirer, la réintroduire le lendemain et les jours suivans, jusqu'à ce qu'elle passe presque sans douleur; enfin la changer et en prendre une plus grosse, si cela devient nécessaire; telle est la manière d'atteindre la première partie du but qu'on se propose. Dix ou douze introductions, faites tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'irritabilité du sujet, suffisent en général, même quand la maladie est ancienne; car lorsqu'elle est récente et peu avancée, le traitement exige bien moins de temps. Dans tous les cas on remarque une diminution notable et progressive des symptômes. L'usage des bougies ne doit être suspendu que quand elles passent sans produire de sensation pénible. Il est toujours bon d'employer vers la fin celles qui ont deux lignes et demie à trois lignes de diamètre; car elles font découvrir des rétrécissement commençans de l'urètre, que celles d'un plus petit volume n'indiquent point.

Si ce moyen ne suffit pas, on produit une perturbation plus forte par le frottement qui résulte de l'introduction d'un cathéter, ou d'un instrument lithotriteur. J'ai vu un grand nombre de malades chez lesquels on avait débuté par l'emploi de ce moyen, dans l'unique vue de reconnaître s'il existait ou non une pierre, guérir de leur névralgie par le seul fait de l'ébranlement qui en résultait.

Quand la maladie est plus opiniâtre encore, et surtout que l'affection urétrale s'accompagne d'atonie de la vessie, les injections dans cette dernière d'eau pure, dont on abaisse progressivement la température, contribuent beaucoup à la guérison. Les irrigations sont un moyen plus puissant encore, dont j'ai obtenu les plus heureux résultats dans des cas même qui paraissaient désespérés.

Ne parvient-on point à atteindre la maladie dans le lieu qu'elle occupe, il reste la ressource de chercher à la déplacer. J'ai eu recours aux révulsifs dans beaucoup de névralgies urétrales, et souvent avec succès. Mais ce n'est pas exclusivement sur le canal intestinal qu'il faut agir, comme on le fait d'ordinaire; c'est sur les tégumens de la région hypogastrique et du périnée. Des douches froides, lorsque rien ne s'oppose à leur emploi, produisent fréquemment les meilleurs effets. Si une révulsion plus puissante devient nécessaire, on provoque des éruptions sur l'hypogastre au moyen de la pommade stibiée, dont on renouvelle les applications, après que les boutons sont secs, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat désiré.

On ne doit pas négliger non plus d'autres moyens qui peuvent contribuer aussi à la guérison; un des plus importans consiste à régulariser les évacuations alvines. J'ai guéri plusieurs malades en les délivrant d'une constipation opiniâtre. Il n'est pas moins essentiel de diminuer l'âcreté de l'urine, lorsqu'elle est peu abondante et fortement colorée. Les bains, les lavemens émolliens, les boissons abondantes, diurétiques, alcalines, et un régime doux, sont donc mis en usage, selon les modifications exigées par chaque cas individuel.

Tels sont les moyens dont l'expérience m'a constaté l'efficacité dans les névralgies de l'urètre. On en a proposé d'autres qui ont réussi quelquefois, mais qui ne sauraient être conseillés à titre de méthode générale. Ainsi l'application des caustiques, les injections forcées, la ligature de la verge près du gland, pour s'opposer à la sortie de l'urine, ont été employées avec succès. On pourrait y recourir dans les cas où un traitement méthodique et plus doux échouerait. Ces moyens produisent une perturbation plus forte, et plusieurs fois je me suis bien trouvé d'employer quelques-uns d'eux; notamment les caustiques, dont les applications légères mais un peu étendues, sont celles qui réussissent le mieux.

C'est surtout dans les névralgies invétérées qu'il faut varier les moyens et insister long-temps sur leur emploi. Les propriétés vitales ont presque toujours reçu une atteinte profonde, et ce n'est qu'à la longue qu'on parvient à réparer les désordres, et à rétablir l'équilibre. Il y a même des cas où tout traitement paraît inutile. L'amélioration qu'on obtient est passagère, courte et imparfaite; l'urètre ne s'accoutume point à la présence de la bougie. Dans ces cas opiniâtres, il faut recourir à une méthode fortement perturbatrice, aux purgatifs répétés, aux cautères, et même aux sétons, dans le voisinage du point malade. J'ai vu des malades, découragés de ce qu'ils n'obtenaient point de soulagement durable, renoncer à tout traitement, et néanmoins guérir ensuite d'eux-mêmes, au moment où ils s'y attendaient le moins, et quand ils ne faisaient rien qui fût capable d'amener ce résultat.

Au lieu d'envisager les symptômes nerveux de l'urètre et du col de la vessie seulement comme affection idiopathique et indépendante de toute autre antérieure, si on les considère comme complications des diverses maladies auxquelles les organes génito-urinaires sont exposés, on apprécie mieux encore la nécessité d'en approfondir l'étude.

Ainsi, les symptômes, la marche et les accidens des rétrécissemens organiques de l'urètre, des lésions de la prostate, de l'affection calculeuse, du catarrhe vésical, en un mot, de toutes les maladies dans lesquelles le spasme et la névralgie peuvent se manifester, varient beaucoup, suivant que l'état nerveux est plus ou moins intense. La connaissance des signes de cet état, la possibilité de l'isoler des autres états morbides, d'en restreindre et d'en détruire l'action, au moins d'une manière temporaire, mettent le praticien à même d'établir un diagnostic plus rigoureux et de diriger le traitement avec plus de certitude.

Dans le catarrhe vésical, par exemple, qui est si souvent compliqué de spasme ou de névralgie de l'urètre, il suffit quelquefois de détruire l'état nerveux pour modifier l'affection catarrhale, en diminuer l'intensité, et pour favoriser l'action des moyens curatifs.

Dans les rétrécissemens organiques de l'urètre, en écartant l'influence du spasme et de la névralgie, on diminue la gravité des accidens et on met le malade à l'abri des dangers de la rétention d'urine.

Dans le traitement de l'affection calculeuse, je suis parvenu, de la même manière, à atténuer les effets de la maladie et à rendre possible et même très-supportable, une opération que l'état nerveux de l'urètre et

---

ces er d'être honnête homme. Quand Bossuet le fuuèbre l'a pu, qui ne le pourrait pas?

Quant à la vérité elle s'en tire toujours saine et sauve. Cette propriété de l'éloge académique est d'autant plus admirable que s'il fallait véritablement prendre les choses au sérieux, nous ne saurions plus que faire des grands hommes, tant le nombre en serait grand. M. Pariset, à lui seul, en a canonisé quelques douzaines en assez peu d'années, et parmi les médecins seulement. Mais ce n'est pas lui qui est coupable, c'est le genre. L'heureux mortel, sujet du panégyrique, devient naturellement le centre autour duquel tourne tout l'univers scientifique; tout y aboutit, et tout en part. Ce point de vue est donné, l'orateur ne peut pas en sortir. Son affaire à lui c'est d'être éloquent, et comme la grande éloquence ne se développe que dans les grands sujets, il élève et grandit le sien autant que les richesses du vocabulaire laudatif le permettent. Le discours fini, tout rentre dans l'ordre; la gloire du grand homme s'éteint en même temps que la voix de l'orateur, et le héros et le panégyrique retournent tranquillement à leur place. Le héros va absorber son individualité dans l'immense foule des noms obscurs; le panégyrique est déposé au bureau des renseignemens.

Il ne s'agit ici ni de M. Pariset ni de Chaussier. Ce sont des généralités. Quant au discours dont il s'agit, il a été applaudi comme les précédens, et par les mêmes raisons. On y a trouvé un langage pur, noble, élégant; des idées ingénieuses, spirituellement exprimées; des détails biographiques piquans, enfin tout ce que le talent et le goût peuvent ajouter d'intérêt littéraire à l'insipidité radicale d'un éloge académique. Je plains sincèrement M. Pariset de dépenser à ce travail ingrat et difficile tant d'intelligence et de talent.

Quant à Chaussier, le discours de M. Pariset ne changera rien à sa réputation. Ce n'était ni un grand esprit, ni un génie. Ses travaux n'ont point eu l'importance philosophique que leur attribue M. Pariset. Chaussier était un esprit juste, solide, méthodique, exact et pratique. Il a fait beaucoup de choses utiles, mais rien de véritablement grand. Parmi ses travaux, le plus vanté a été son invention des tableaux synoptiques pour l'enseignement de la médecine. M. Paris ta écrit à ce sujet quelques pages pleines de sens et d'une sagacité philosophique bien remarquable. Nous les citerons.

« Chaussier, dit-il, dut en effet sentir de bonne heure tous les vices des anciennes démonstrations anatomiques. C'est qu'à l'exception des onomatopées qui ont leur type dans la nature, les autres signes attachés aux choses par nos idées, sont fabriqués aux règles au mo n appareites. Après l'invention faite au hasard de quelques mots primitifs, les mots dérivés sont bien tirés de la matière ou de la forme et de l'usage, ou de la couleur, ou de la distinction des objets; d'où l'on voit que les objets sont moins désignés par eux-mêmes que par leurs accidens; et que dans la création des langues, l'esprit agit sans vue ou change de vue d'un objet à l'autre. Dans le principe, la langue d'une science fait partie du langage ordinaire, et participe à tout ce qu'il a de fortuit. Plus tard, les mots se multiplient avec les idées, la langue scientifique se sépare du tronc commun, toute teinte de sa barbarie originelle. Mais quand les signes dont elle se compose ont été consacrés par un long usage, toute réforme, si elle est radicale et complète, échouera devant l'habitude. Substituer à un système de signes anciens et définis, quoique arbitraires, mais reçus et familiers, un système entier de signes nouveaux et non moins arbitraires, c'est jeter de la confusion dans l'esprit sans y mettre une idée

du col de la vessie faisait considérer comme devant être fort douloureuse ou impraticable.

Il en est de même d'autres maladies des organes génito-urinaires. La possibilité de les dégager de l'état nerveux fait qu'elles deviennent plus simples et plus faciles à guérir. J'en excepte toutefois les lésions organiques profondes du col de la vessie ; car l'état nerveux qu'elles développe résiste à tous les moyens curatifs qu'on met en usage pour le dissiper. En pareil cas, il ne reste guère au praticien que le triste rôle d'observer les douleurs et les angoisses toujours croissantes auxquelles le malade est condamné pendant des années entières, jusqu'à ce que le trouble général des fonctions finisse par le faire succomber.

En résumé, la névralgie du col de la vessie et de l'urètre est un état morbide particulier qu'on a peu étudié jusqu'à ce jour.

Cette affection est souvent idiopathique et indépendante de toute lésion organique appréciable.

Elle est quelquefois symptomatique, et complique diverses affections des organes génito-urinaires.

Ses caractères essentiels sont tirés de la mobilité, de l'irrégularité de ses symptômes, de sa marche, de sa terminaison ; au début, elle est presque toujours intermittente, avec des intervalles plus ou moins longs de bien-être.

Dans son état de simplicité, elle est peu grave ; elle ne le devient réellement que par les lésions organiques qui lui succèdent ou l'accompagnent.

Son traitement est basé sur une indication fondamentale et qui consiste à rétablir l'équilibre de la sensibilité. Deux ordres de moyens sont employés pour atteindre ce but : les uns agissent sur le lieu même en émoussant la sensibilité exaltée de l'organe ; les autres, appliqués sur un point plus ou moins éloigné, produisent une perturbation dérivative, en appelant et en distribuant pour ainsi dire la sensibilité sur un autre système d'organes. L'emploi de ces divers moyens peut être varié ou combiné suivant les complications ou la nature des accidens qui se présentent.

THÉRAPEUTIQUE.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR LE CHOLÉRA-MORBUS AU MEXIQUE EN 1833, ET SUR L'EMPLOI DU GUACO; par M. Ed. de CHANIAC, officier de santé de la marine royale.

Vers la fin du mois juin 1833, une épouvantable épidémie de choléra se déclara à Mexico. Le nombre des décès monta jusqu'à quinze cents par jour. Dans le courant d'août, on comptait quinze mille personnes victimes de ce fléau.

C'est dans ces circonstances défavorables que le brick l'*Adonis* mit sous voiles de la Havane pour se rendre au Mexique. A son départ de la Havane, quelques cas de fièvre jaune s'étaient montrés, mais les ravages du choléra étaient considérables. Un grand nombre de personnes se réfugiaient dans l'intérieur de l'île et à Matangas, qui, située sur la côte Nord, à quinze lieues de la Havane, jouissait de l'heureux privilége d'être exempte de l'épidémie. C'est ainsi que plusieurs domestiques du savant naturaliste anglais, sir W. Mac Leay ont succombé, que lui-même a été gravement malade et que peu de jours ont suffi pour rendre solitaires et désertes les huit maisons qui avoisinaient la sienne à Guanabacoa, lieu de sa résidence.

Le 11 août, le brick l'*Adonis* mouilla sur la rade de la Vera-Cruz, à trois milles de la ville, près de la petite île de Los-Sacrificias. Consigné en quarantaine à son arrivée, il ne lui fut permis de communiquer avec la terre que le 27. Depuis quatre jours le choléra s'était manifesté dans la ville. Les cas étaient peu nombreux (douze à quinze décès par jour). Notons ici que l'invasion n'avait lieu que le soir ou pendant la nuit. Mais le nombre des malades s'accrut rapidement ; dans la nuit du 6 septembre, il monta à trois cents. Le 18, sur six mille personnes formant la population de la Vera-Cruz, dix-huit cents avaient déjà succombé.

Nous devons dire que toutes les précautions qu'exigeaient notre séjour au sein d'une épidémie aussi meurtrière n'ont pas été prises, et que droit n'a pas été fait aux réclamations qu'on avait fait entendre. Sur notre demande, les hommes, il est vrai, portaient leur chemise de laine et le pantalon de drap pendant la nuit, le faux-pont était briqué à sec ; des fumigations de chlore ont été par nous fréquemment répétées ; mais quelle nécessité y avait-il que les marins, qui faisaient le service des embarcations, allassent errer dans la ville, lorsque le canot attendait au quai ; dans un moment surtout où la chaleur portait ces hommes à boire des liqueurs fortes, et où l'état d'infection de la ville les mettait en contact avec des individus qui pouvaient être malades ? Qui empêchait qu'on ne les fît tenir sur leurs avirons ? Le brick *La Badine* que nous relevions avait cependant donné ce sage exemple.

L'on ne tarda pas à ressentir à bord les tristes effets de cette négligence, et, le 4 septembre, fut atteint du choléra le malade qui fait le sujet de notre première observation. Le 6 au matin, l'*Adonis* mit sous voiles pour essayer de se soustraire à la maladie, mais déjà il n'était plus temps. Le 5 s'était manifesté le second cas. Le troisième eut lieu le 8. Nous ne comptons point ici plusieurs hommes qui furent atteints de cholérine, le peu de gravité de leur maladie n'ayant point mis leur existence en danger. Le 15, nous revînmes au mouillage ; le choléra avait perdu de son intensité dans la ville ; enfin le 18 nous appareillâmes pour effectuer notre retour en France ; depuis aucun cas ne s'est manifesté à bord.

Parmi les moyens divers employés tour à tour pour combattre le choléra, faisons connaître ici celui qui compte le plus de succès incontestables, et que ses effets presque miraculeux et qui ont constamment suivi son administration, pourraient faire considérer comme un véritable spécifique contre cette maladie.

C'est le guaco, plante équinoxiale, espèce de liane, de la famille des synanthérées, tribu des corymbifères, section des eupatoriées, voisine de l'aya-pana. On rencontre cette plante dans la province de Santa-Fé et au Brésil. Elle recherche les lieux humides et l'abri des arbres de haute futaie, à l'entour desquels elle se plaît à grimper.

Guaco est le nom sous lequel les Indiens ou naturels du Mexique désignent cette plante, qu'ils emploient depuis un temps immémorial dans le traitement de la rage et d'une foule de maladies qu'il serait trop long d'énumérer ici. Mais c'est surtout comme spécifique de la morsure

de plus ; c'est le fatiguer et l'appauvrir ; car les synonymies se multipliant par la facilité d'en faire, la science des choses est à la longue étouffée sous celle des mots. Une régénération de cette nature ne peut être que partielle... Chaussier comprit que, comme il n'existe dans l organisation que des objets et des rapports, la perfection de la langue serait de rappeler les uns par les autres, et de leur donner ainsi dans la mémoire l'arrangement qu'ils ont dans la nature...» Il ajoute avec vérité que cette idée était surtout applicable au système moteur composé d'un double appareil de leviers et de cordes correspondantes. Enfin il le loue d'avoir su maintenir cette innovation dans de justes limites.

« Chaussier, continue M. Pariset, a composé des tables semblables sur divers points généraux et particuliers de la médecine... Une de ces tables représente l'une à côté de l'autre, au nombre de dix, quelques unes des nosologies qui, de 1732 à 1803, ont paru dans le monde médical, et qui, en se multipliant comme les synonymies, et presque aussi gratuitement, n'ont guère servi qu'à montrer pour chacune que toutes les autres étaient superflues, ce qui n'a établi l'utilité d aucune. Non que l ordre ne soit une des nécessités de notre esprit, nécessité invincible qui le porte à unir ou à séparer les êtres par des rapports d'analogie ou de différence ; mais les rapports qu'ont entre elles les maladies sont si complexes, que la même maladie peut appartenir à plusieurs espèces, à plusieurs genres ; le même genre à plusieurs ordres, ainsi de suite, jusqu'aux classes ; et comme toute classe repose sur un rapport, on voit que l'esprit peut à souhait choisir pour base de méthode tel rapport ou tel autre, et construire ainsi des suites de nosologies vraies et fausses tout ensemble, qui, à certains égards s'excluent, et à certains autres se concilient : d'où l'on conclurait qu'on ne peut absolument en admettre ou en rejeter aucune, qu'il est nécessaire de suppléer à chacune par toutes ; et qu'il faut, ce qui revient au même, faire exister dans son entendement tout ce lacis de rapports, comme il existe dans la nature, comme il existait dans la tête du grand Hippocrate. Une remarque propre à justifier mes paroles, c'est qu'il est telle nosologie qui ne comprend que quarante-un genres seulement, et telle autre cinq cent soixante. Ici donc on a trop divisé ; ou là trop peu ; confusion ou répétition ; et des deux parts analyse mal faite. »

M. Pariset, dans ces très-remarquables passages, n'a posé rien moins que le problème fondamental de la pathologie comme science. Seulement, s'il était vrai que toute classification eût sa base dans un rapport, il serait à jamais impossible d'en établir une, et c'est aussi sa conclusion. Mais il n'a pas remarqué que le premier rapport suppose des termes fixes et invariables, ou, en d'autres termes, des unités. Ce n'est que par la découverte de ces unités pathologiques que la médecine pourra se constituer philosophiquement. C'est cette unité que recherchent les systématiques ; mais jusqu'ici elle leur a échappé. On n'a obtenu que des unités artificielles, produits de l'art et non de la nature. Cette découverte est-elle possible ? Elle est, je pense, au-dessus de la science humaine. M. Pariset ne s'explique point à cet égard ; mais l'ensemble de ses réflexions nous porte à croire qu'il sera t volontiers de notre avis.

des serpens vénimeux qu'elle jouit chez eux d'un grand crédit. Un célèbre botaniste espagnol, Mutis, je crois, avait publié qu'à l'état de dessication, cette liane perdait ses propriétés, ce qui la fit tomber en désuétude jusque dans ces derniers temps, où, conduit par la similitude qui existe entre les accidens auxquels donne lieu la morsure des serpens et ceux du choléra, tels que crampes, trismus, symptômes tétaniques, refroidissement général, etc., le docteur Chabert eut l'heureuse idée de le conseiller dans cette affreuse maladie, et un succès complet couronna cet essai. Déjà il l'avait employé dans la fièvre jaune où elle avait donné lieu aux plus heureux effets. Chaque jour a depuis confirmé les avantages qu'offrait son emploi.

Sans considérer ici quels sont ses principes constitutifs, nous nous bornerons à parler de son mode d'action, et nous dirons que doué d'une grande puissance de réaction, le guaco n'a jamais tardé à l'amener; que cet agent porte une action spéciale sur le cœur et le système circulatoire dont il active les fonctions; que de l'aveu des médecins qui l'ont employé, tous les malades soumis à son usage dès le début de la maladie ont été sauvés; et que parmi ceux chez lesquels le choléra était parvenu à un certain degré avant qu'on eût pu l'administrer, le plus grand nombre a échappé, toutes les fois qu'une réaction franche et entière a eu lieu, c'est-à-dire lorsqu'aux accidens constitutifs du choléra succédait la diminution, puis enfin la disparition complète des crampes, et qu'une chaleur douce et humide faisait place à ces sueurs visqueuses et au froid glacial, qui trop souvent enlèvent les malades. Cependant, malgré les avantages marqués et incontestables qu'on retire journellement de ce puissant moyen, il n'a point été possible encore de le faire adopter des médecins espagnols, tant sur certains hommes le préjugé a d'empire.

Parmi les cas singuliers qu'a présenté le passage du choléra au Mexique, nous noterons celui du général Velasquez, gouverneur-général de la province de Vera-Cruz, qui, attaqué de l'épidémie, se mit à l'usage absolu du guaco, et ne tarda pas à se trouver bientôt hors de tout danger. Nous ne passerons pas non plus sous silence celui d'une femme enceinte, lequel nous a été rapporté par un médecin canadien, qui lui avait donné ses soins. La malade dont il est ici question était parvenue au terme de sa grossesse; déjà le travail de la parturition avait commencé, quand elle fut surprise tout à coup par les symptômes d'un choléra fort aigu. Le travail de l'enfantement s'arrêta aussitôt; quelques doses de guaco furent administrées; les symptômes cholériques disparurent et le travail continua. A cinq reprises différentes le choléra se montra; chaque fois il fut combattu avec succès par le même moyen. Enfin l'accouchement s'acheva, et la femme se trouva délivrée tout à la fois de son enfant et du choléra.

Nous devons beaucoup à M. le docteur Chabert, médecin français, au service du gouvernement mexicain, pour tous les détails et renseignemens qu'il a bien voulu nous communiquer. C'est à sa complaisance que nous devons d'avoir pu visiter l'hôpital San-Sébastien, dont nous parlons ci-après; c'est lui encore qui nous a communiqué la note sur le mode d'administration du guaco, que l'on trouvera plus bas.

L'hôpital de San-Sébastien à la Vera-Cruz, est celui où été reçu le plus grand nombre de cholériques; c'est aussi l'endroit où la mortalité a été la plus grande; et cela ne doit pas seulement être attribué à la maladie, mais il faut aussi faire la part du manque de soins et de l'insalubrité. En effet, les salles étaient situées au rez-de-chaussée, endroit toujours plus ou moins humide. Les lits des malades n'étaient composés que d'une simple toile sur un châssis, que ne garnissait aucun matelas. Un drap de lit en coton et une maigre couverture de laine, toujours trop petite et insuffisante pour recouvrir le malade, complétaient son coucbage. Ajoutez le peu de soins, l'état de malpropreté, l'insouciance, l'incurie et le petit nombre d'infirmiers; toutes ces causes réunies doivent compter pour beaucoup dans les décès nombreux qui ont pesé sur cet établissement.

Durant la période algide, instant où le cholérique a le plus besoin d'être tenu chaudement et d'être bien couvert, afin de coocourir, avec l'aide des agens pharmaceutiques, à amener une réaction convenable, le plus souvent, ou le malade se découvrait, sans avoir personne auprès de lui pour ramener ses couvertures; ou bien encore, les couvertures étaient à terre, et le cholérique, alors entièrement nu, se trouvait dans cet état exposé aux variations atmosphériques, si fréquentes dans ce pays. Il est résulté de là, que le nombre des morts a été bien moins considérable parmi les particuliers que dans les hôpitaux; les premiers ayant des moyens de se faire traiter et des soins dont les seconds se trouvaient entièrement dénues.

Nous ne devons pas oublier non plus de signaler l'indifférence condamnable avec laquelle l'autorité a considéré le choléra et le peu de soins qu'elle a pris pour l'assainissement de la ville; comme par exemple, de ne pas faire enlever les boues et eaux croupissantes qui encombraient les égouts et dont regorgeaient tous les ruisseaux. Des détonations nombreuses et fréquentes ont été faites chaque soir, il est vrai, alors que la maladie exerçait ses plus grands ravages. Certes, ce moyen d'assainissement peut-être bon, mais il doit être coordonné avec d'autres soins, lesquels n'ont pas été pris, et les sommes dépensées dans l'achat des poudres, auraient été bien mieux employées à procurer des couvertures aux malades.

Disons, en terminant, quelques mots sur la topographie de la Vera-Cruz; située dans un terrain plat, aride et sablonneux; entourée à l'ouest d'immenses marécages et de dunes de sable entre lesquelles vient croupir l'eau qui résulte des pluies abondantes, qui y sont, pour ainsi dire, journalières, et qui réduites en vapeur par le soleil ardent du jour, retombent en miasmes délétères sur la ville, par l'effet de la fraîcheur des nuits. Ajoutons encore les brusques et fréquentes variations atmosphériques sous un climat brûlant. La température variait de 25° à 30° R.; la moyenne était de 27°. Tout cela forme autant de chances favorables au développement du caractère épidémique. Les vents régnans étaient nord et sud-est.

NOTE SUR LE MODE DE PRÉPARATION ET D'ADMINISTRATION DU GUACO; communiquée par M. le docteur CHABERT, médecin de l'hôpital militaire de Mexico.

Dans les cas simples une petite tasse de décoction de guaco chaude, toutes les demi heures, jusqu'à obtenir une sueur générale et une bonne chaleur à la peau. Soutenir cette chaleur pendant plusieurs jours, retirant peu à peu le guaco. Pour la soif, donner la décoction avec les deux tiers ou la moitié d'eau.

Dans les cas graves, choléra algide, refroidissement, perte de pouls, etc., faire un mélange avec une cuillerée de teinture alcoolique et six ou huit cuillerées d'eau, et tous les quarts d'heure alterner une cuillerée de cette mixture avec une petite tasse de la décoction. Le pouls relevé, la chaleur revenue, la transpiration établie, supprimer l'eau alcoolisée et continuer la décoction en retardant les époques.

Dans le plus grand nombre des cas, après la cessation des symptômes cholériques, il y a douleur épigastrique, soif ardente; dans ce cas, la décoction affaiblie avec moitié ou deux tiers d'eau, fera cesser les signes d'irritation, la douleur et la soif.

Lorsque la décoction n'est pas supportée par l'estomac, la donner en lavement.

Les saignées générales et locales, les moyens extérieurs, comme avec les autres moyens de guérison.

Avec le guaco il ne doit être employé à l'intérieur aucun autre moyen.

Pour la décoction : deux gros de la tige et demi-gros de feuilles pour une bouteille et demie d'eau, réduite à une bouteille.

J'ajouterai à ces données que la décoction en est amère, que cette tisane a besoin de bouillir plusieurs heures, et que le même bois sert deux fois; que la teinture de guaco se prépare comme toutes les autres teintures alcooliques par infusion, et que la couleur en est verte.

OBS. I. — Le nommé Magne (Jacques), matelot de troisième classe, âgé de 25 ans, tempérament lymphatico-nerveux, adonné aux boissons alcooliques, était atteint de diarrhée depuis deux jours, lorsque le 4 septembre au matin, il mangea un poisson qui était gâté. A quatre heures de l'après-midi je fus averti, et trouvai cet homme en proie à de violentes coliques et à des vomissemens fréquens; il se plaignit en outre de fortes douleurs de tête et de crampes aux mollets et aux bras. Son corps était glacé et baigné d'une sueur visqueuse. Des selles abondantes avaient lieu à chaque instant; le pouls était petit et faible.

Le malade est enveloppé de couvertures de laine à nu; infusion de fleurs de tilleul chaude à prendre par quarts de verre de quart d'heure en quart d'heure; un demi lavement opiacé.

Le mal va en augmentant. A dix heures du soir, les extrémités sont glacées; le cou, la poitrine froids; une sueur visqueuse les couvre; la peau est froide et flétrie; un cercle noirâtre entoure les yeux, qui paraissent enfoncés au fond de l'orbite. La figure est profondément altérée; le malade très-abattu. Il se plaint d'une céphalalgie violente, de crampes aux mollets et aux mains; il s'agite dans son lit, exécute des mouvemens désordonnés. La soif est vive; la langue froide, humide, recouverte d'un enduit blanchâtre. Les boissons, soit qu'on les donne froides ou chaudes, sont aussitôt rejetées par le vomissement, qui continue sans interruption et est de nature cholérique. La respiration est courte et suspirieuse; les battemens du cœur à peine sensibles et ses contractions douloureuses; selles crémeuses et très-fréquentes; pouls insensible.

On continue l'usage des couvertures de laine sur la peau; infusion chaude de fleurs de camomille par quart de verre toutes les dix minutes; frictions avec de la flanelle sèche sur les régions précordiales et thoraciques; tous les quarts d'heure un quart de lavement émollient avec addition de laudanum, 10 gouttes.

A deux heures, dans la nuit, le pouls se relève un peu, en même temps que les vomissemens deviennent moins rapprochés entre eux. Les crampes sont aussi moins fortes; mais à trois heures les vomissemens reparaissent avec plus de violence que jamais. Le malade rejette ses boissons aussitôt qu'il les a prises. On es-

vaie d'y ajouter quelques gouttes d'éther, mais il est rendu aussitôt. La limonade est la boisson que l'estomac supporte le mieux; il appète aussi l'eau froide pure.

Le 5 au matin, la soif est toujours très-vive; la langue un peu sèche; le malade se plaint de douleurs épigastriques; les crampes continuent; la peau est moins froide: le pouls insensible.

Continuer l'usage des couvertures de laine; décoction de guaco chaude par quart de verre d'quart d'heure en quart d'heure; toutes les quatre heures, un quart de lavement opiacé.

La chaleur commence à renaître; les crampes diminuent; les pulsations du cœur se font mieux sentir; la respiration est plus libre; les vomissemens et les selles moins fréquens. La douleur épigastrique augmente.

Quinze sangsues sont placées à l'épigastre. A leur chute, les piqûres sont recouvertes d'un large cataplasme émollient, qui est souvent renouvelé. La douleur diminue; mais la céphalalgie augmente vers le soir; des vertiges surviennent; la pupille est dilatée. Les réponses sont lentes; il y a de la tendance à l'assoupissement; la figure se colore fortement; la peau est chaude et halitueuse; la langue sèche, fendillée, recouverte d'un enduit verdâtre; la soif vive; l'abdomen un peu tendu et douloureux à la pression; le pouls fréquent.

(Un vésicatoire à la nuque; sinapismes sur le cou-de-pied; compresses d'oxicrat sur le front; limonade végétale alternée avec une décoction froide de guaco coupée; deux quarts de lavement opiacé.)

Dans la nuit, l'engorgement cérébral diminue; il y a moins de somnolence; pouls toujours fréquent et peu développé.

Le 6 au matin, les selles et vomissemens cholériques sont plus rares; les crampes ont totalement disparu. Le malade est éveillé; la céphalalgie moins forte; la douleur épigastrique n'existe plus; mais la langue conserve toujours un enduit verdâtre; elle est sèche. Quelques gouttes d'urine épaisse et rougeâtre sont rendues par le malade, qui n'a pas uriné depuis l'invasion du choléra; la peau présente une chaleur douce; le pouls est toujours fréquent et un peu plus développé.

(Continuer l'usage de la décoction de guaco, alternée avec la limonade; un quart de lavement.)

Le soir, la congestion paraît de nouveau vouloir menacer le cerveau; le pouls devient fort et frequent; la céphalalgie augmente; il existe de l'assoupissement; le malade a trois selles et vomit deux fois.

(Saignée du bras de 8 onces; compresses d'oxicrat sur le front; deux vésicatoires aux mollets; même boisson.)

Le 7, la nuit est assez bonne; la céphalalgie et l'assoupissement diminuent; la langue est humide et verdâtre. Il y a quatre selles cholériques, mais pas de vomissemens. Les urines ont repris leur cours naturel.

(Décoction de guaco étendue; deux quarts de lavement opiacés.)

Le 8, le mieux est très-marqué; les selles et vomissemens ont disparu; il n'existe plus qu'une grande faiblesse; le malade est tourmenté par une faim très-vive. Le soir, la céphalalgie qui survient et le pouls qui augmente obligent de recourir à une nouvelle saignée du bras, qui est pratiquée en conséquence. On continue le guaco.

Le 9, l'état du malade permet de lui donner du bouillon. Dès ce moment, il se trouve en pleine convalescence et reprend son service quelques jours après.

Obs. II. — Le nommé Vigo (Jean-Pierre), quartier-maître de manœuvre, âgé de 30 ans, tempérament sanguin, adonné aux boissons alcooliques, était depuis deux jours atteint de diarrhée crémeuse, qui le forçait à aller jusqu'à dix fois à la selle dans les vingt-quatre heures, lorsque le 5 septembre il se présenta à la visite.

Voici quels étaient les symptômes qu'il présentait: Céphalalgie frontale; langue large, humide et recouverte d'un enduit blanchâtre; soif vive; abdomen un peu tendu; borborygmes; douleurs abdominales augmentant par la pression; selles crémeuses fréquentes, s'accompagnant de coliques et de tranchées; pouls petit et fréquent; chaleur de la peau peu prononcée.

Tisane de riz alternée avec une décoction de guaco chaude, par quart de verre chaque demi-heure; couvertures de laine sur la peau; un lavement avec addition de laudanum, 10 gouttes, tous les quatre heures.

A midi, la figure du malade, naturellement très-colorée, devient froide et pâle, les yeux enfoncés et entourés d'un cercle noirâtre; les extrémités sont froides; la poitrine, le cou, couverts d'une sueur visqueuse; des crampes se font sentir aux mollets; le pouls est petit et à peine sensible; la langue froide, humide, et présentant le même enduit muqueux; soif ardente; respiration courte et gênée; la douleur abdominale est augmentée; selles toujours fréquentes; nausées sans vomissemens.

Décoction de guaco chaude tous les quarts d'heure; quart de lavement avec amidon et addition de 10 gouttes de laudanum toutes les quatre heures.

A la quatrième prise de guaco, le pouls se relève, les battemens du cœur sont plus distincts, la peau est tiède et humide, les selles sont toujours fréquentes.

Le 6 au matin, la réaction est complète, la peau chaude et halitueuse, le pouls faible et fréquent; plus de crampes, mais des vomissemens cholériques surviennent et s'accompagnent d'une douleur épigastrique très-vive. L'enduit de la langue a pris une couleur verdâtre; soif ardente; les selles ont diminué; le malade, qui n'avait pas uriné depuis deux jours, rend quelques gouttes d'urine.

Alterner la tisane de riz avec la décoction chaude de guaco, par quart de verre; couvertures de laine sur la peau; un quart de lavement opiacé toutes les quatre heures; huit sangsues à l'épigastre; cataplasme émollient.

Le 7, la nuit est assez bonne, mais les vomissemens deviennent plus fréquens vers le matin, et fatiguent beaucoup le malade. Tous les liquides qu'on lui fait prendre, même par cuillerée, sont aussitôt rejetés. La limonade, le guaco, la potion de Rivière, les potions éthérées, rien ne peut être gardé. La soif est ardente. Vers le soir la peau se refroidit; le pouls devient faible et petit; la voix est faible; anxiété inexprimable; les urines se sont arrêtées.

La décoction de guaco est administrée en lavement.

Dans la nuit, la chaleur, accompagnée d'une transpiration très-abondante, a lieu; les vomissemens ont un peu diminué d'intensité; pas de selles.

Le 8, une douleur très-vive se fait sentir à l'épigastre; elle est un peu diminuée par l'application de deux ventouses scarifiées et de fomentations émollientes. Vers le soir, les nausées et vomissemens qui surviennent ne laissent aucun repos au malade. Faiblesse extrême; céphalalgie très-intense; pouls faible.

Deux vésicatoires aux mollets; manuluves sinapisés; décoction de guaco, alternée avec la limonade.

Le 9, les vomissemens continuent; la céphalalgie est augmentée; le pouls fréquent et plus développé.

On pratique une saignée du bras de 6 onces; la céphalalgie diminue ainsi que les vomissemens; la nuit est assez bonne et les urines reparaissent.

Décoction de guaco alternée avec la limonade.

Le 10, soif un peu moins vive; plus de selles ni de vomissemens, mais il reste au malade une grande faiblesse. Il conserve aussi un peu d'insomnie. Après quelques jours de convalescence, il se trouve en pleine guérison.

Obs. III. — Le nommé Durand (Jean-André), quartier-maître de manœuvres, âgé de 28 ans, tempérament lymphatico-bilieux, atteint depuis cinq jours de diarrhée crémeuse, se décide, le 8 septembre, à se présenter à nous. Les symptômes qu'il présente sont les suivans:

Face décolorée et amaigrie; yeux enfoncés, entourés d'un cercle noirâtre; voix faible; langue couverte d'un enduit muqueux, blanchâtre; soif vive; selles fréquentes; pouls faible et lent. Le malade n'éprouve aucune douleur.

Tisane de riz alternée avec décoction de guaco chaude; couvertures de laine sur la peau; six sangsues à l'épigastre; cataplasme émollient; deux quarts de lavement opiacé.

A deux heures de l'après-midi les extrémités se refroidissent; le cou, la poitrine se recouvrent d'une sueur glacée; le malade s'agite dans son lit; il ressent des crampes aux mollets; nausées suivies de vomissemens cholériques fréquens; légère douleur abdominale; respiration courte et gênée; peau froide; pouls insensible; selles fréquentes.

Prescription *ut suprà.*

Le soir, la chaleur reparaît; le pouls se relève; les douleurs abdominales augmentent.

Quinze sangsues *loco dolenti*; fomentations émollientes.

Le 9, dans la nuit, les vomissemens sont moins fréquens; les selles ont diminué; sueurs abondantes; le matin la langue est rouge à sa pointe et couverte d'un enduit verdâtre à son centre; vomissemens rares; douleur abdominale diminuée par l'application des sangsues; pouls faible et fréquent; quatre selles crémeuses.

Décoction de guaco étendue. Deux quarts de lavement opiacé.

Le 10, dans la nuit, il y a encore un plusieurs vomissemens et trois selles cholériques; le matin, céphalalgie intense; pupille dilatée; somnolence; langue sèche, couverte d'un enduit verdâtre; pouls lent et un peu plus développé.

Compresses d'oxicrat sur le front; deux vésicatoires aux mollets; décoction de guaco froide, alternée avec la limonade.

Le soir la céphalalgie est diminuée, le malade plus éveillé; il pleure au souvenir de sa famille, et paraît s'affecter beaucoup de son état. Les urines, qui n'avaient pas paru depuis l'invasion du choléra, se rencontrent, mais en petite quantité; un lombric est rendu par le vomissement.

Décoction de guaco chaude.

Le 11, la nuit est assez satisfaisante; le malade a encore quelques vomissemens qui lui font rendre un second lombric; pas de selles cholériques; pouls peu fréquent et assez développé.

Le 12, la soif est moins vive; la langue humide et blanchâtre; les douleurs nulles; il ne reste au malade qu'une grande faiblesse, de l'insomnie et un peu d'altération dans la voix; il entre en convalescence.

CHOLÉRINE.

Obs. — Le nommé Soaillrn, artilleur de marine, âgé de 29 ans, d'un tempérament athlétique est, pris depuis deux jours de diarrhée crémeuse qui le fait aller à la selle jusqu'à trente fois dans les 24 heures. Le 11 septembre, il se présente avec les symptômes suivans:

Yeux enfoncés et entourés d'un cercle noir; extrémités froides; sueurs visqueuses sur le cou et la poitrine; pouls petit et faible; langue presque froide, recouverte d'un enduit blanchâtre; soif vive; nausées; vomissemens de nature cholérique; selles crémeuses très-fréquentes, s'accompagnant de tranchées.

Décoction de guaco chaude, alternée avec la teinture de guaco par quart de verre tous les quarts d'heure; quart de lavement opiacé avec addition d'amidon toutes les quatre heures.

Deux heures après l'administration du guaco, le refroidissement disparaît; la peau devient chaude et halitueuse, et une transpiration abondante s'établit; les vomissemens ont cessé le soir, et les selles sont beaucoup moins fréquentes.

Le 12, la langue est toujours blanche, la soif très-vive; plus de nausées ni de vomissemens; six selles cholériques dans la nuit.

Décoction de guaco coupée avec moitié d'eau; deux quarts de lavement *ad usum.*

Le 13, les urines, qui depuis le 11 n'avaient pas coulé, ont reparu. Pendant la nuit le mieux se prononce davantage; la soif est moins vive; le pouls fréquent et plus développé; les selles continuent à aller en diminuant progressivement.

Prescription *ut suprà.*

Le 14, le malade entre en convalescence; guérison.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JUILLET.

M. Moi adresse une lettre en espagnol sur *l'action à distance de l'homme sur l'homme* par l'intermédiaire de l'éther mis en mouvement par l'action du cerveau. C'est, à ce qu'il nous semble, moins un développement des idées de Descartes, comme l'annonce l'auteur, qu'une reproduction sous une forme un peu différente de celles qu'avait émises Mesmer à son arrivée à Paris, et avant la découverte tout accidentelle du somnambulisme déterminé par les pratiques des magnétiseurs, découverte qui amena bientôt la suppression du baquet, et fit oublier la première théorie.

DESCRIPTION ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA CORNEILLE, CONSIDÉRÉE COMME TYPE DE LA CLASSE DES OISEAUX.

M. Isidore Geoffroy fait en son nom et celui de MM. Duméril et de Blainville, un rapport sur la partie zoologique de ce travail, présenté par M. Jacquemin.

Ce mémoire, fort étendu et accompagné de nombreuses figures de grandeur naturelle, toutes dessinées par M. Jacquemin, embrasse, dit le rapporteur, deux sujets essentiellement distincts et dont on aperçoit même difficilement la liaison. A la description des diverses pièces du squelette de la corneille se trouvent ajoutées des considérations physiologiques et anatomiques d'une telle généralité qu'elles embrassent quelquefois, non-seulement toute la série ornithologique, mais l'embranchement entier des vertébrés. Ainsi l'auteur traite de l'influence exercée sur les animaux, et plus spécialement sur les oiseaux, par les divers agens physiques avec lesquels ils sont en rapport; puis il passe à l'examen ou plutôt à l'exposition de quelques-unes des idées émises récemment par M. Carus, sur la détermination, où, comme disent les Allemands sur la signification des diverses pièces du squelette, et par M. Oken sur la composition vertébrale de la tête osseuse. De ces deux parties, l'une descriptive, l'autre spéculative, la première seule est discutée par les commissaires, et c'est sur elle que portent les conclusions du rapport; l'autre ayant été imprimée, ne pourrait être, dans tous les cas, que l'objet d'un rapport verbal.

M. Jacquemin part, dans son travail, de cette remarque juste, mais faite bien long-temps avant lui, que les classifications généralement admises reposent sur un nombre trop limité de caractères, et sur des caractères qui même, dans beaucoup de cas, ne nous peuvent rien faire préjuger sur ce qu'il y a de plus remarquable dans les habitudes de l'oiseau. Cependant plusieurs naturalistes, et notamment deux des commissaires, M. de Blainville d'abord, puis M. Isidore Geoffroy, ont fait entrer dans la détermination, outre les caractères tirés des modifications des pattes et du bec, d'autres caractères non moins importans pour la classification naturelle. C'est dans le but de s'associer à ces efforts et dans l'espoir d'en compléter les résultats que M. Jacquemin a entrepris son travail.

L'anatomie descriptive, poursuit le rapporteur, n'est plus comme elle l'était à la fin du siècle dernier, l'anatomie tout entière. Il ne suffit plus de recueillir les faits tels que les donne l'observation immédiate; après la description vient la comparaison, puis la généralisation. Dans cette nouvelle direction de la science que Bichat a le premier suivie, le raisonnement a pris une importance qu'il n'avait jamais eue, mais l'observation pure n'a rien perdu de la sienne; car une comparaison féconde, une généralisation heureuse supposent une connaissance préliminaire et la connaissance détaillée précise et approfondie des faits.

M. Jacquemin a donc été parfaitement fondé à croire qu'il rendrait à la zoologie et à l'anatomie comparée un service important, si, en étudiant dans tous ses détails et avec un soin scrupuleux l'organisation externe et interne d'un oiseau, il en donnait une description qui devînt comme un terme de comparaison pour les ornithologistes, et leur permît en indiquant, soit les différences, soit les analogies que présenterait avec ce type chaque partie de l'animal qu'ils considéreraient, d'en donner à peu de frais et en peu de mots une connaissance assez complète. M. Jacquemin, comme on le voit, ne se proposait rien moins que de faire pour un oiseau, pour la corneille, ce que dans les derniers temps M. Bojanus a fait pour l'émyde européenne, et M. Strauss pour le hanneton commun.

La partie ostéologique est tout ce travail la seule que M. Jacquemin ait encore rendue publique; le mémoire qui en traite, écrit en allemand, est très-étendu et forme presque un volume. Après quelques généralités sur la symétrie du squelette, sur la légèreté, la dureté de ses pièces et leurs mouvemens principaux, et leur rapport avec les muscles, l'auteur passe successivement en revue les divers os dans un ordre qui diffère peu de l'ordre adopté dans les ouvrages élémentaires; les noms qu'il a adoptés sont aussi ceux qu'on trouve le plus généralement employés, et il les a empruntés tantôt à la nomenclature de M. Cuvier, tantôt à celle de Meckel. Quant à la correspondance des pièces du squelette de l'oiseau avec celles du squelette de l'homme et des mammifères, il s'abstient souvent de la donner, surtout dans les cas où les analogies sont obscures; lorsqu'il la donne, c'est ordinairement d'après M. Cuvier ou d'après M. Meckel, quelquefois d'après lui-même, et dans ce cas, il n'est pas toujours heureux dans ses déterminations.

Les descriptions sont en général exactes; cependant elles laissent parfois à désirer sous le rapport de la précision et de la clarté; les relations des parties molles avec les os sont presque entièrement omises, et c'est une lacune fâcheuse que l'auteur devra s'efforcer de remplir en continuant son travail.

Quoique le genre corbeau soit, par une rencontre regrettable pour M. Jacquemin, un des types sur lesquels plusieurs auteurs, et par exemple, M. Tiedemann dans son excellente anatomie des oiseaux, ont le plus porté leur attention et donné le plus d'observations; quoique le squelette, chez les oiseaux en général, comme chez les mammifères, ait été beaucoup plus souvent étudié que les parties molles, le mérite de M. Jacquemin ne se borne pas à avoir rassemblé dans son ouvrage et revu ce qu'on savait avant lui. Décrivant successivement chaque pièce avec plus de soin qu'on ne l'avait encore fait, il ne pouvait manquer d'apercevoir un grand nombre de détails: les uns vus avant lui, mais négligés, les autres inobservés. Il en a été ainsi surtout des parties dont la petitesse ou la disposition rend l'étude difficile, par exemple des os de l'oreille et de la région auriculaire. Mais ce que l'auteur a étudié et décrit avec le plus de soin, c'est tout ce qui a rapport aux trous aérifères des os, trous depuis si long-temps connus, mais sur lesquels il reste tant à apprendre. M. Jacquemin a depuis étendu ses recherches sur ce sujet à plusieurs autres oiseaux, et il en a fait l'objet d'un mémoire particulier présenté, il y a quelques semaines, à l'Académie, mais renvoyé à une commission distincte.

Le mémoire de M. Jacquemin contient encore un travail que n'indiquait nullement le titre. C'est un examen comparatif de l'état de l'ossification aux divers âges du poulet et du jeune canard, avant et après l'explosion, et du geai à quatre époques de son jeune âge. Les observations de l'auteur sont nombreuses, mais les résultats en sont exprimés avec une brièveté qui les prive d'une grande partie de l'intérêt qu'elles pourraient offrir; il est à désirer que l'auteur donne plus de développement à cette partie. Sa description ostéologique de la corneille pourrait aussi être améliorée sous plusieurs rapports; ce travail gagnera beaucoup en intérêt quand l'auteur y aura introduit plus de méthode et de clarté, et éliminé ou du moins séparé nettement des considérations générales qui, hors de place, ne peuvent que jeter de la confusion dans l'esprit du lecteur.

Tel qu'il est néanmoins, ce mémoire, plein de recherches laborieuses et souvent délicates, nous semble mériter les encouragemens de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

NOUVEAU CARBURE D'HYDROGÈNE ET NOUVELLE SÉRIE DE COMBINAISONS ÉTHÉRÉES.

M. Dumas lit, en son nom et celui de M. Péligot, une note sur ce sujet. Peu de temps auparavant, les mêmes auteurs dans leur mémoire sur le méthylène et l'esprit de bois avaient établi l'existence d'un nouvel alcool; ainsi, aujourd'hui, on connaît deux carbures d'hydrogène, C_4H_4, et C_8H_8, capables de former chacun deux hydrates, et un grand nombre de combinaisons éthérées; on sait qu'il en existe une troisième qui a pour formule $C_{16}H_{16}$, mais on n'a point examiné les composés qu'il peut produire; enfin, ce qui achève de prouver la régularité de la série formée par ces carbures d'hydrogène isomérique, le nouveau carbure découvert par MM. Dumas et Péligot a pour formule $C_{64}H_{64}$.

Ainsi voilà quatre carbures d'hydrogène qui sont identiques par la composition, mais dans lesquels la condensation des atomes se trouve exactement comme les nombres 1, 2, 4 et 16.

Le nouveau carbure d'hydrogène s'obtient en distillant l'éthal avec de l'acide phosphorique vitreux ou anhydre. C'est un liquide incolore, huileux, bouillant vers 260° cent.; on peut le distiller sur du potassium. L'analyse de ce produit se confond avec celle du méthylène et de l'hydrogène bicarboné; mais sa formule se représente par $C_{64}H_{64}$.

Il résulte évidemment de la préparation même de ce corps et de l'analyse de l'éthal, que cette dernière substance doit se représenter par $C_{64}H_{64}$, H_4O_2, c'est-à-dire des volumes égaux du nouveau carbure d'hydrogène et d'eau. Distillé avec l'acide phosphorique l'éthal perd son eau et le carbure devient libre.

L'éthal est donc un nouvel alcool; et comme l'éthal se produit pendant la saponification du blanc de baleine, ou *sperma-ceti*, les auteurs donnent le nom de *cetène* à l'hydrogène carboné dont il vient d'être parlé, et l'éthal devient ainsi un bihydrate de cetène.

Quand on distille un mélange d'éthal et de perchlorure de phosphore, on obtient un produit liquide huileux, bouillant à 320° cent. environ, et brûlant avec une flamme verte sur les bords. C'est du chlorhydrate de cétène qui donne à l'analyse exactement $C_{64}H_{64}Ch_2H_2$. C'est un composé à volumes égaux de cétène et d'acide chlorhydrique, exactement semblable aux composés correspondans de méthylène et de l'alcool.

En distillant l'éthal avec de l'iodure de phosphore, on obtient de l'iodhydrate de cétène.

En mettant l'éthal en contact avec de l'acide sulfurique concentré, il se forme de l'acide sulfocétique qui se prend en masse.

Le sulfocétate de potasse ressemble beaucoup à un savon: il cristallise très-bien dans l'alcool, et est formé de $C_{64}H_{64}SO_3+KO,SO_3+H_2O$.

Cette formule est exactement semblable à celle du sulfovinate de potasse.

Enfin le blanc de baleine lui-même est un composé défini formé d'un atome d'acide oléique, d'un atome d'acide margarique, de trois atomes de cétène, et de trois atomes d'eau.

Ces faits, disent les auteurs, suffisent pour établir la théorie du cétène et de ses diverses combinaisons. Ils prouvent jusqu'à la dernière évidence que le blanc de baleine est un corps analogue aux éthers, l'éthal un composé semblable à l'alcool ou à l'esprit de bois.

La saponification du blanc de baleine se passe donc de la même manière que la décomposition des éthers composés par la potasse.

L'analogie entre les corps gras et les éthers, signalée par M. Chevreul et par M. Dumas, se trouve ainsi vérifiée en ce qui concerne le blanc de baleine.

Il est à remarquer que les divers carbures d'hydrogène isomériques ci-dessus mentionnés, forment des composés d'autant plus stables que leur poids atomique est plus faible; le cétène est donc celui dont les combinaisons paraissent le moins stables.

Au contraire, plus le poids atomique du carbure s'élève, plus le point d'ébullition du carbure lui-même ou de ses composés se trouve élevé.

MÉMOIRE CONCERNANT L'INVENTION D'UN LIT DE MINE OU D'UN APPAREIL DE SAUVETAGE POUR LES OUVRIERS MINEURS BLESSÉS OU ASPHYXIÉS DANS LEURS TRAVAUX SOUTERRAINS; par M. le docteur VALAT, de Montpellier.

L'auteur commence par rappeler que, jusqu'à présent, on n'a d'autre moyen pour amener à la surface du sol les mineurs qui, par suite de quelque éboulement ou explosion dans l'intérieur des galeries, ont éprouvé, soit des contusions, soit des fractures, que de les remonter dans la benne, et que, par suite de ce mode grossier de transport, il y a, dans ce dernier cas, souvent chevauchement des os, ce qui complique d'une manière très-fâcheuse la blessure.

Le 11 décembre dernier, ayant été témoin de la peine excessive que l'on eut

pour transporter chez eux deux malheureux mutilés à mort dans une galerie à charbon, M. Valat s'ingénia à inventer son lit de mine. Il démontre, par ce fait extrêmement intéressant, combien la méthode actuelle de retirer les blessés de la mine est *sauvage*, et il accumule de nombreux faits, tous très-graves et qu'il puise successivement dans les houillères de Decise, du Creusot, de Lonchamp, d'Epinai, de Saint-Etienne, de Blanzy (où il est attaché actuellement comme médecin), et de plusieurs autres exploitations de houille riveraines du canal du Centre, sur les versans de la Loire et de la Méditerranée.

«L'étonnement redouble, lorsqu'on réfléchit qu'au cheval malade ou blessé dans la mine, on donne un bon filet de sangle bien doux, bien élastique, peu ou point cahotant, pour le remonter ; tandis qu'à l'homme, la *tonne!* la *tonne*, où il se trouve chargé, tassé, empilé, ni plus ni moins comme du fossile.»

Le problème que je me suis proposé ici, dit l'auteur, relativement à la médecine chirurgicale, à l'art des mines et à la mécanique tout à la fois, est celui-ci : Un mineur étant blessé ou asphyxié dans une galerie, dans un puits, quelque étroits qu'on les pratique, trouver une méthode, un procédé pour l'enlever et le transporter sur-le-champ du lieu souterrain de son accident jusque chez lui, sans danger, ni douleur, ni autre inconvénient, et sans le déranger non plus dès qu'il aura été pansé et placé dans la machine de transport.

L'appareil destiné à remédier à ces mouvemens, devait remplir plusieurs conditions : 1° d'être facilement maniable, de manière à ce que le blessé y étant une fois déposé, on pût l'amener commodément du point de la galerie où a lieu l'accident, jusqu'à la partie inférieure du puits ; 2° de pouvoir prendre alors une position plus ou moins verticale pour se prêter à l'étroitesse de ces conduits, sans qu'il en résulte pour le malade aucun froissement ou aucune pression sur la partie blessée.

L'appareil est une sorte de benne légèrement concave de bas en haut et de droite à gauche, et présentant au milieu de la paroi postérieure, du côté interne, une petite tablette saillante de quatre pouces, et qui fait siége lorsque le malade se trouve dans une position approchant de la verticale ; au reste, le malade est d'ailleurs maintenu contre cette paroi par des sangles fixées en arrière et qui viennent se croiser au-devant de la poitrine, du bassin et des cuisses. Si la fracture est à une des jambes, le fond de la boîte, composé de deux parties mobiles et indépendantes l'une de l'autre, s'ajuste de manière à ce que la bonne jambe ait seule un point d'appui.

Le malade étant une fois placé et attaché sur le fond de la caisse qui est garnie d'un mince matelas, les côtés qu'on avait abaissés pour le faire entrer en le soulevant aussi peu que possible, se relèvent, se fixent avec des crochets, et la boîte entière peut être transportée horizontalement dans les galeries, soit au moyen de poignées de cuir, soit au moyen de deux bras qui se transforment à volonté en pieds, si l'on est obligé de faire halte dans quelque lieu boueux ou traversé par un ruisseau.

Une fois qu'on est parvenu au puits, la benne est détachée, et à sa place on accroche l'appareil au moyen de quatre chaînes dont deux sont fixées à son extrémité supérieure, et deux à sa partie moyenne. Si le puits est étroit, la boîte monte presque verticalement ; s'il est large, on lui donne une position plus ou moins horizontale, en raccourcissant les chaînes de la partie moyenne. Une fois hors du puits, l'appareil se transforme en civière, et le malade est porté directement au lieu où il doit rester jusqu'à guérison. La manière dont il est fixé dans la boîte, permet de le porter, sans trop augmenter ses douleurs, le long des escaliers souvent étroits et incommodes par lesquels il doit souvent passer avant d'arriver à son lit. Pour l'y déposer, l'appareil s'ouvre, et ce dernier déplacement offre encore moins de difficultés que s'il avait fallu le soulever à bras.

L'auteur compare ici son appareil de sauvetage pour les mineurs aux *ambulances volantes* que M. Larrey a inventées pour nos armées.

Il fait observer que son appareil peut servir non-seulement dans les mines de houille, mais encore dans presque toutes les exploitations souterraines, et pour presque toutes les classes d'ouvriers *géotechniciens*, dont le nombre ne s'élève pas à moins de 40. De plus, il fait voir que le lit de mine peut aussi bien servir, dans les cas d'incendie ou d'inondation, à aller chercher des malades ou blessés alités, et cernés par le feu ou par l'eau. Pour ces motifs, son appareil pourrait et devrait faire partie du matériel des établissemens de secours contre l'incendie et les inondations.

MM. Cordier, Breschet et Navier examineront l'appareil proposé par M. Valat, et en feront l'objet d'un rapport à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JUILLET.—PRÉSIDENCE DE M. LISFRANC.

AMBULANCE A LA MÉTIDJA.

M. de Vialat fait part de l'établissement à Métidja, à 12 lieues d'Alger, au-delà de notre poste le plus avancé, d'une ambulance destinée aux Arabes malades des tribus de la plaine et des montagnes de l'Atlas. Cette construction est l'ouvrage de quelques Français. Le correspondant insiste sur l'importance de ce moyen de civilisation pour cette précieuse colonie. Un prospectus orné d'un plan indique MM. Pasturin, avoué, rue de Grammont, n. 12, et Huillier, notaire, rue du Mail, n. 13, pour recevoir les souscriptions de ceux qui s'associeraient à cette œuvre philantropique.

L'ensemble et les conclusions de cette lettre sont adoptés, et on la renvoie au comité de publication.

M. Lisfranc annonce la mort de MM. Jacquemin et Bardin. M. Fleury a également succombé à l'épidémie cholérique de Toulon. (Rumeur sourde et prolongée.)

M. Kéraudren lit la dernière lettre qu'écrivait encore récemment ce praticien honorable, sur l'état sanitaire de la ville, qui, dit M. Kéraudren, doit s'attendre à voir diminuer l'intensité de ce fléau, les deux tiers des habitans s'étant expatriés.

L'ordre du jour appelle la discussion des deux dernières conclusions (c'est-à-dire de la onzième et de la douzième) du rapport de M. Ferrus sur le *régime des maisons centrales de détention*. Nous les reproduirons avec l'analyse du rapport.

RAPPORT SUR LE PROCÉDÉ DÉCOUVERT ET PROPOSÉ PAR M. GANNAL, CHIMISTE, POUR LA CONSERVATION DES CADAVRES.—M. Breschet, rapporteur.

L'anatomie est la vraie base de toutes les connaissances médicales ; l'importance de son étude est incontestable ; la faciliter et obvier à son insalubrité, tel est le problème que prétend avoir résolu M. Gannal.

Déjà deux commissions ont été formées dans l'Académie des sciences pour examiner ce procédé : l'une, le considérant comme utile à l'étude des sciences qui s'occupent de la composition des corps organiques animaux, l'autre, comme un moyen de rendre moins insalubre un art ou une profession, un prix ayant été fondé dans ce but par M. Monthyon.

Aristote, auquel Philippe de Macédoine laissait toutes facilités pour ses études zoologiques, ne dit rien, et Galien fort peu de chose des procédés taxidermiques. Cuvier, en examinant les progrès des sciences naturelles, indique, comme l'une des causes les plus manifestes de ces progrès, la découverte de l'alcool dans son application à la conservation des tissus animaux. Réaumur n'avait aucune donnée à cet égard ; son cabinet était rempli d'oiseaux écorchés, suspendus par un fil, attachés au bec. C'est donc vraiment parmi nous qu'ont pris naissance les moyens de conservation pour la zootomie.

Mais il s'agit de faire ensuite que ces moyens soient peu dispendieux, d'un transport facile, et sous un petit volume pour les recherches lointaines. Peron, dans son voyage aux terres australes, au commencement de ce siècle, déplorait encore à cet égard l'embarras des zootomistes.

L'alcool est trop cher, surtout dans les villes ; il n'est bon que pour les corps d'un petit volume ; il est difficile à transporter dans les voyages ; sa vaporisation est rapide, surtout dans les régions équatoriales ; il dissout les résines nécessaires pour fermer les bocaux qui renferment les pièces anatomiques. Si on l'unit à des acides, il ramollit les os, détruit les couleurs des tissus, oxide promptement les instrumens de dissection. De même, s'il contient de l'arsenic en dissolution, du sublimé corrosif et plusieurs autres sels métalliques.

L'essence de térébenthine ne peut servir que pour de petites pièces ; elle est aussi peu supportable, altère plusieurs tissus et devient épaisse et trouble.

Les huiles ne peuvent conserver que certains poissons ; leur prix est d'ailleurs trop élevé, et on n'en a pas partout.

Les sirops qu'on a proposés pour conserver le cerveau, la moelle spinale, sont trop dispendieux en grand ; ils ne pénètrent pas les tissus, et déposent à la surface des cristaux ou une matière visqueuse qui dénature les couleurs ; ils fermentent, surtout dans les pays chauds.

La créosote, conseillée pour la conservation des nerfs et de l'encéphale, est aussi d'un prix trop élevé. On ne connaît pas, du reste, par expérience, son action sur les tissus en général.

Le sel marin (hydrochlorate de soude), employé seul et en solution, est depuis long-temps connu ; mais son insuffisance ne peut être contestée. Dans un journal anglais (1818), on proposa de remplacer l'alcool par le muriate de soude pur et solide ; ce moyen fut jugé inadmissible.

Les chlorures d'oxide de calcium, de sodium, de potassium, ont été recommandés ; mais ils ne peuvent convenir pour conserver des pièces un peu épaisses, encore moins pour des animaux entiers.

Le vin, joint à une dissolution nitreuse de mercure, ne peut convenir en grand.

Les acides attaquent et les tissus et les instrumens.

Les solutions aqueuses ou alcooliques des sels de mercure, la solution arsénicale, sont dangereuses par leurs émanations et le contact continuel ; elles resserrent les tissus, les durcissent, altèrent leurs couleurs et détériorent les instrumens de dissection.

L'acide pyroligneux et l'acide acétique, le vinaigre, attaquent aussi les tissus organiques, les corrodent, s'emparent des principes terreux des os, qu'ils rendent flexibles, transparens, et couvrent les parties molles d'une couche gluante qui cache leur structure et les fibres.

L'alun, le nitrate de potasse en solution aqueuse, ont été employés par les anatomistes ; les charcutiers ont aussi employé le nitre du commerce (salpêtre) pour conserver les tissus charnus et leur donner une couleur d'un rouge vif.

Maintenant le procédé de M. Gannal consiste en une solution dans l'eau des trois sels qu'on n'avait employés qu'isolément dans les laboratoires, savoir : le nitre, le sel commun et l'alun, dans des proportions données.

Ainsi, au mois de mars, deux cadavres, placés dans une cuve, ont été immergés d'un liquide composé de sulfate acide d'aluminium et de potasse, de chlorure de sodium (de chaque, 2 parties) et de nitrate de potasse (une partie).

L'eau qui les tenait en dissolution donnait 15° à l'aréomètre ; car, suivant M. Gannal, la liqueur devait marquer de 7 à 8° pendant l'hiver, et de 12 à 15° pendant l'été.

Laissés au milieu des débris et de la putréfaction dans l'un des pavillons de l'école pratique, ces cadavres, au bout de deux mois, n'avaient pas changé d'aspect à l'extérieur ; les tissus et les organes internes étaient bien conservés et pouvaient servir aux démonstrations anatomiques.

D'autres expériences ont été tentées.

Des injections ont été faites dans le système artériel avec ce liquide, comparativement avec d'autres injections, au moyen des matières grasses ordinaires ; puis une de ces dernières a été faite sur le même sujet qui avait reçu la première, et après deux mois ce sujet était très-bien conservé, n'exhalait aucune odeur fétide, et pouvait servir aux dissections.

Exposé à l'air et aux émanations putrides des amphithéâtres, un cadavre, retiré de ce liquide, est encore resté quinze jours sans que la putréfaction s'en soit sensiblement emparée (c'était cependant à une époque de l'année où des cadavres, même frais, n'auraient jamais passé, sans se putréfier, un pareil laps de temps) ; les muscles étaient desséchés ; les tissus que le liquide n'avait pas touchés, ou qu'on n'avait pas découverts, étaient dans un état qui permettait l'étude des organes.

Toutefois, les tissus immédiatement en contact perdent, avec ce moyen, leurs couleurs naturelles ; mais pas le moindre changement ne s'opère aux organes profonds. Aucun emphysème n'existait dans le tissu cellulaire, et cependant il y avait moins de résistance dans les fibres que chez un sujet mort depuis vingt-

quatre ou quarante-huit heures. Aucune scarification n'avait cependant été faite pour que le fluide pénétrât les organes; et le cerveau, par exemple, après deux mois, pouvait encore servir à des démonstrations anatomiques.

Mais combien de temps peut se prolonger cette conservation? A quelle température peut-elle résister? Quelles sont les dépenses qu'elle nécessite? Enfin, peut-elle être faite en grand et appliquée aux études anatomiques des écoles en toute saison? Peut-elle être employée dans les voyages de long cours, dans les pays chauds, pour rapporter des échantillons zoologiques de grande dimension, etc.?

Le peu de volume des substances salines et l'eau de mer qui peut les dissoudre, sont des circonstances très-favorables.

La commission pense donc que ces expériences devraient se multiplier, se prolonger; qu'on devrait les varier sur un certain nombre de sujets et d'animaux; et c'est pour cela qu'en attirant sur celles déjà entreprises l'attention de l'Académie et l'intérêt de l'autorité, elle propose d'indemniser l'auteur des dépenses qu'il a déjà faites, de le mettre à même de continuer son expérimentation, sans préjudice des récompenses qu'il mériterait s'il obtenait un succès réel et bien constaté.

M. Ollivier remarque que dans les moyens énumérés il n'a pas vu figurer le deuto-hydrochlorate d'étain dont parle la *Chimie médicale*; cependant ses résultats sont très avantageux.

M. Breschet. Je n'ai indiqué que les principaux; d'ailleurs, je crois que celui-ci n'est applicable qu'aux corps d'un petit volume.

M. Ollivier remarque aussi que Glauber avait déjà depuis long-temps proposé de semblables moyens de conservation des chairs mortes.

M. Breschet. C'est la combinaison de plusieurs moyens déjà essayés qui caractérise l'essai de M. Gannal; les fonds manquaient pour continuer des expériences dont personne ne contestera l'importance; nous venons donc en demander.

M. Piorry rappelle qu'un nombre des moyens de ce genre est la privation absolue d'air à l'aide de bandelettes vernies roulées. (On rit.)

M. Breschet. On n'a demandé à l'Académie son avis que sur ce moyen spécial.

M. Guéneau de Mussy. Parmi les applications de ce procédé, s'il réussit, on a oublié son importance en médecine légale pour prolonger convenablement l'examen des tissus.

M. de Lens. Il est deux buts bien distincts: ou la conservation absolue, ou celle rapprogriée seulement aux dissections; le premier est la momification, le second la conservation de l'aspect et presque des propriétés physiques des tissus. Or, sous le premier point de vue, le rapport ne pouvait et ne devait pas tout énumérer; sous le second, la liqueur propo ée satisferait à toutes les exigences. Il termine en rappelant qu'on a aussi proposé une solution arsénicale (acide arsénieux dissous dans l'eau).

Breschet. C'est connu; mais ce moyen noircit les tissus et les durcit; les émanations, d'ailleurs, sont dangereuses, et les scalpels sont attaqués au point de ne plus pouvoir couper.

M. Marc. Il faut généralement exclure les substances vénéneuses de ces usages. Il appuie l'importance des expériences commencées pour la médecine légale et l'application utile qu'en pourrait faire, à la Morgue, la commission de salubrité. Il pense, comme M. Breschet, que ce n'est pas en médecine légale qu'il faut employer l'arsenic, qui joue lui-même le premier rôle dans les tissus analysés. (Aux voix! La clôture!)

M. Double s'y oppose. Il faut, dit-il, constater la durée de l'action du liquide proposé dans les contrées méridionales, et se servir des fonds spéciaux qui existent, sans attendre le secours du ministère.

M. Breschet. Il n'y a pas de fonds suffisans; s'il y en avait, nous commencerions alors le mode d'agir de toutes les liqueurs conservatrices.

M. Mérat, trésorier, déclare que les fonds manquent.

M. Double. Il existe des sommes spéciales et annuelles; la pénurie est une fin de non-recevoir qui devrait être usée.

M. Mérat soutient qu'on ne le sait qu'après la preuve et non par anticipation. (Nouveaux cris: Aux voix! la clôture!)

M. Breschet insiste pour qu'on obtienne des fonds d'indemnité; puis d'autres pour continuer les expériences...

M. Ferrus. Dans des cas de démence, de paralysie avec ulcération du gros intestin, la putréfaction est très-rapide. Eh bien! j'ai obtenu des améliorations réelles et sans inconvéniens par des lavemens faits avec le liquide de M. Gannal, étendu de pareille quantité d'eau.

M. Breschet insiste pour qu'une somme soit affectée d'abord à continuer les expériences, puis ensuite pour indemniser M. Gannal.

M. Lisfranc met cette proposition aux voix; elle est adoptée.

Les membres sortent en foule; c'est avec peine que M. le président obtient un peu de silence.

M. Mérat fait un rapport sur le conchage de *zostera maritima*, proposé par MM. d'Etreilli et Dammien. Nous en donnerons l'analyse dans notre prochain numéro.

PIÈCES PATHOLOGIQUES PRÉSENTÉES.

M. Baron présente le cadavre d'un enfant chez lequel existait une atrésie ou imperforation de l'anus.

M. Lisfranc communique à l'Académie les faits suivans.

1° *Cicatrices vicieuses.* Un homme avait reçu un coup de sabre dans la paume de la main: une cicatrice vicieuse avait presque appliqué l'une contre l'autre les éminences thénar et hypothénar. M. Lisfranc a pratiqué sur cette cicatrice trois incisions parallèles à l'axe de la main, sans intéresser l'aponévrose palmaire. Un appareil convenable placé sur la face dorsale du membre, a maintenus écartés les bords de la solution de continuité. Une cicatrice nouvelle s'est formée, assez large pour que la main ait pu conserver toutes ses dimensions et la liberté entière de tous ses mouvemens. Le malade est guéri depuis deux mois. M. Lisfranc ajoute que dans l'état actuel de la science il est utile de prouver par des observations qu'on a donné trop d'extension aux travaux de M. Delpech, auxquels d'ailleurs il accorde un juste tribut d'éloges.

2° *Cancer de la paupière inférieure.* Une femme portait sur la paupière inférieure un cancer qui s'étendait de l'une à l'autre commissure, et qui occupait la moitié inférieure du diamètre vertical de cette paupière. M. Lisfranc enleva la maladie à l'aide de deux incisions semi-lunaires. La plaie s'étendait jusqu'au muscle orbiculaire des paupières, demeuré intact.

On conseille dans ce cas de réparer la déperdition de substance avec des tissus pris sur les parties voisines, afin d'empêcher l'ectropion qu'on croit inévitable. Comme chez l'homme que M. Lisfranc a présenté récemment à l'Académie, et qui offrait même un cas beaucoup plus grave, ce chirurgien a maintenu la paupière relevée à l'aide d'un emplâtre agglutinatif, d'une compresse fenêtrée enduite de cérat, d'un tampon de charpie qui s'élevait à un pouce au-dessus du niveau de la base de l'orbite; des compresses ont été mises par-dessus, et le bandage appelé monocle a servi à assujétir toutes les pièces d'appareil. La cicatrice est achevée depuis un mois; la paupière n'est nullement renversée. Ainsi ont été évitées pour la seconde fois, à l'hôpital de la Pitié, les douleurs et la difformité résultant d'une seconde opération.

3° M. Lisfranc montre guéri le malade, sur lequel il a mis en usage un procédé nouveau pour réparer la lèvre supérieure. On dirait que cet homme a été soumis à une simple opération de bec de lièvre, tant la difformité est peu appréciable.

4° M. Lisfranc présente une pièce d'anatomie pathologique fournie par le malade chez lequel il avait vidé complètement la fosse zygomatique, en enlevant une tumeur fibreuse située dans cette région et sur la fosse temporale.

Depuis le jour de l'opération, abstraction faite d'un peu de fièvre traumatique, il n'était survenu aucun accident.

Le 4 juillet, vingt-quatre jours après l'ablation de la tumeur, le malade avait repris de l'appétit et une partie de sa gaîté naturelle; la cicatrisation était partout achevée, à l'exception de deux points très-limités qui fournissaient encore un peu de suppuration. Le vide existant entre la peau et la fosse zygomatique, commençait à se combler; tout enfin semblait présager une prochaine guérison, lorsque tout à coup le malade devint sombre, taciturne, et présenta un peu de surdité. Toutefois il ne survint aucun symptôme de contraction ni de paralysie; il n'y avait pas la moindre douleur à la tête.

Le 7, à huit heures du soir, le malade est pris de vomissemens; bientôt après il tombe dans un assoupissement profond, et le lendemain, à cinq heures du matin, il succombe sans qu'il se soit manifesté aucun symptôme de contracture ni de convulsions.

On constate que la fosse zygomatique a été vidée des parties molles qu'elle contenait; on trouve les méninges recouvrant la face supérieure du cerveau, fortement injectées. A sa base, ce viscère est tapissé par de fausses membranes, et recouvert d'une exsudation séro-albumineuse très-apparente. La partie antérieure de son lobe moyen, complètement ramollie, a fourni une assez grande quantité de pus; elle est adhérente à la fosse latérale moyenne de la base du crâne. Une coupe pratiquée sur les os concourant à la formation de cette région, fait voir qu'ils sont ramollis et notablement hypertrophiés. En soulevant la dure-mère qui en est détachée vers cet endroit, on les trouve érodés et baignés par un pus verdâtre et extrêmement fétide. Des bourgeons charnus s'étaient déjà formés dans la fosse zygomatique, et de ce côté les os du crâne avaient conservé leur couleur et leur consistance ordinaires à la hauteur d'une ligne.

D'après ces faits, il paraît évident qu'avant l'opération le cerveau était affecté d'une maladie chronique latente.

Séance levée à 5 heures.

— Nous donnons ici une l'analyse étendue du mémoire lu par M. Amussat dans la séance publique annuelle.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES, suivies de quelques considérations sur l'importance des vivi-sections pour former des chirurgiens opérateurs; par M. Amussat, membre de l'Académie.

L'auteur établit d'abord, en commençant son mémoire, que les inductions tirées des expériences faites sur les animaux sont raisonnables et fondées; il ne prétend pas qu'il y ait similitude complète, mais il y a tant d'analogies, et la ressemblance entre ce qui se passe sur l'homme et ce qu'on obtient sur les animaux est si grande, qu'on peut s'y fier. A l'appui de cette assertion, il cite l'opération de la ligature des artères, il en analyse tous les phénomènes, et il fait voir que dans les deux cas la nature procède presque de la même manière pour obturer complètement les vaisseaux.

Après avoir justifié les expérimentateurs des sacrifices qui leur sont imposés par la nature de leurs recherches, après avoir montré que c'est à des recherches semblables qu'on doit les progrès récents et si rapides de la physiologie, et des connaissances plus positives sur les hémorrhagies traumatiques, il arrive à l'objet principal de son mémoire, qu'il a divisé en trois parties.

1° Caractères des hémorrhagies traumatiques à l'extérieur et à l'intérieur;

2° Secours à donner aux blessés;

3° Quelques considérations sur l'importance de l'expérimentation pour former promptement des chirurgiens opérateurs.

M. Amussat distingue trois espèces d'hémorrhagies traumatiques:

1° Artérielles,

2° Veineuses,

3° Artérielles et veineuses en même temps.

Pour l'hémorrhagie artérielle, le seul caractère véritable est la cou-

leur rouge écarlate du sang ; mais beaucoup de circonstances peuvent faire varier cette couleur : les maladies et l'obscurité, par exemple. La projection saccadée est bien moins marquée qu'on ne se le figure communément ; et le jet de sang, lorsqu'il rencontre quelque obstacle, ressemble beaucoup à celui d'une veine, à la couleur près. La compression bien faite au-dessus et au-dessous de la plaie tarit ordinairement l'hémorrhagie ; elle continue d'avoir lieu si une autre artère est blessée au fond de la plaie, ou bien si une collatérale s'abouche très-près de l'endroit où l'artère a été divisée. Dans ces deux derniers cas, la compression directe peut seule s'opposer à tout écoulement de sang.

Il ne dit que quelques mots sur les hémorrhagies veineuses, dont les caractères sont bien connus.

Quant aux caractères de l'hémorrhagie artérielle et veineuse, résultat de la blessure de ces deux vaisseaux au fond d'une plaie étroite, M. Amussat pense qu'elle mérite de fixer particulièrement l'attention. Dans ce cas, les phénomènes de l'hémorrhagie artérielle apparaissent seuls d'abord ; bientôt le jet est moins rouge, et, lorsqu'il s'affaiblit, on le voit évidemment composé de stries rouges et noires. Le sang sorti de la blessure est nuancé des mêmes couleurs, et permet d'affirmer qu'une artère et une veine ont été blessées en même temps. Si l'on comprime du côté du cœur, le sang devient peu à peu tout-à-fait noir ; si c'est la veine qu'on comprime du côté des capillaires, les stries noires disparaissent bientôt, et le jet de sang devient d'un rouge sans mélange.

Lorsque cette hémorrhagie double a lieu dans une grande plaie des parties molles, elle est facile à reconnaître.

Après avoir décrit les caractères de l'hémorrhagie qui suit l'amputation, et ajouté que le jet de sang fourni par la veine principale est quelquefois si fort et si continu qu'on peut le confondre (si on ne prend pas garde à la couleur) avec celui de l'artère ; après avoir exposé les phénomènes curieux que l'on observe après l'arrachement d'un membre, il présente à l'assemblée une planche sur laquelle on a représenté aussi fidèlement que possible les phénomènes des différentes espèces d'hémorrhagies à l'extérieur.

Arrivant aux hémorrhagies à l'intérieur, M. Amussat indique plusieurs caractères qu'on n'avait point encore observés et qu'il a découverts tout récemment. Il en est un plus important que les autres, et qui permet d'arriver directement et sûrement sur le point blessé du vaisseau ; il se rencontre dans les circonstances suivantes. Lorsqu'une artère est blessée et que l'ouverture de la plaie est trop étroite pour donner issue à tout le sang qui s'en échappe, le liquide s'infiltre dans les mailles du tissu cellulaire ambiant, soulève la peau et forme une tumeur plus ou moins volumineuse (*anévrisme faux primitif*) ; le sang continue à s'écouler à travers cette tumeur par un canal qui s'étend de la blessure de l'artère à la peau. C'est ce canal qui avait échappé jusqu'ici à tous les expérimentateurs. M. Amussat le décrit de la manière suivante : il est ordinairement situé au centre de la tumeur ; il se reconnaît à un petit cercle noirâtre rempli par un caillot rouge ; ce caillot, qui s'étend de la plaie externe à la blessure de l'artère, est mobile, isolé de la masse de sang qui l'entoure, et peut facilement être enlevé avec des pinces. Il se produit, soit par l'application sur la tumeur d'eau froide souvent renouvelée, soit en fermant l'ouverture de la peau avec une épingle et un fil, comme font les vétérinaires après la saignée du cou, soit enfin en plaçant les doigts sur les extrémités des vaisseaux qui donnent du sang. Pour le découvrir, il suffit de disséquer la peau qui recouvre la tumeur et d'en enlever une tranche horizontale assez mince ; on aperçoit pour l'ordinaire, au centre de la tumeur et rarement sur le côté, un point rouge circonscrit par un cercle brun noirâtre ; c'est l'orifice du conduit qui mène directement ou obliquement à la blessure des vaisseaux. Si on incise ce conduit et si on lave ses parois en y injectant de l'eau pour les rendre distinctes, on voit qu'elles sont formées par des brides circulaires de tissu cellulaire, entre les lames duquel le sang se trouve infiltré. Les phénomènes sont les mêmes, à la couleur près, après la blessure d'une veine, et surtout après la blessure d'une veine et d'une artère. Lorsqu'à travers cette masse de sang on est arrivé aux vaisseaux blessés, on les reconnaît à un petit caillot brun foncé, presque noir, mamelonné, qui bouche leur extrémité ; l'artère surtout se fait remarquer par ses pulsations, qui sont isochrones aux battemens du cœur. Ici, M. Amussat dépose sur le bureau une autre planche représentant les divers phénomènes qu'il vient d'énumérer sur les caillots.

Des faits qui précèdent, il tire les inductions pratiques suivantes :

Le premier fait, c'est qu'en fermant l'ouverture de la peau, on obture le canal de nouvelle formation, par lequel l'hémorrhagie a eu lieu.

Le deuxième fait, qui résulte de l'existence du conduit au centre d'une tumeur sanguine, c'est qu'en suivant ce conduit on arrive sûrement à la blessure du vaisseau.

Le troisième fait, c'est qu'un caillot de couleur brune foncée, presque noir et mamelonné, indique sûrement le vaisseau blessé.

Après avoir tiré ces inductions pratiques, M. Amussat indique les secours les plus efficaces à donner dans les divers cas d'hémorrhagie traumatique dont il a parlé ; il fait voir les avantages qui résultent de sa découverte et la facilité qu'elle donne aux opérateurs pour administrer sûrement les secours définitifs. Il cite à l'appui de cette assertion une observation de M. Valentine Mott, chirurgien distingué des Etats-Unis, qui lui a avoué de bonne foi que dans un cas de blessure de l'artère brachiale par une lancette, il a rencontré un passage conduisant à la plaie de l'artère ; mais qu'il ne se doutait pas alors qu'il y eût un canal dans ces sortes de tumeurs, et qu'après les expériences dont M. Amussat l'avait rendu témoin, il s'expliquait parfaitement ce qu'il avait d'abord cru devoir attribuer au hasard.

Il dit un mot, en passant, des accidens qui résultent de l'introduction spontanée de l'air dans les veines voisines du cœur. Il a reconnu que ce fluide peut pénétrer même par des ouvertures très-petites, ce qui lui fait supposer que la saignée de la jugulaire n'est point sans danger. Il déclare que, dans le cas où la saignée de la jugulaire ou de la temporale est indiquée, il donnerait la préférence à cette dernière, ou bien il ferait saigner très-haut et en exerçant une compression continue au-dessous de l'ouverture de la veine. C'est sans doute à cette compression qu'est due l'absence d'un pareil accident dans la saignée du cou.

Comme moyen de remédier à cet accident formidable, il indique la compression saccadée de la poitrine et du ventre, ou bien l'aspiration de l'air avec un tube et la bouche, ou avec une seringue et une sonde flexible, comme l'a déjà indiqué M. Magendie. On doit aussi avoir soin de fermer l'ouverture de la veine avec le bout du doigt dans les intervalles de compression ou d'aspiration. M. Amussat a sauvé plusieurs animaux par ce moyen, et ceux sur lesquels il a négligé cette précaution sont morts.

Revenant alors aux hémorrhagies relativement aux procédés employés pendant et après les opérations, M. Amussat fait remarquer que les deux méthodes maintenant mises en pratique pour arrêter les hémorrhagies, ont été, dès leur origine, également repoussées. La ligature, *dont il plut à Dieu de m'adviser*, a dit A. Paré, pour remplacer la cautérisation des vaisseaux avec le fer rouge, fut en butte aux diatribes les plus passionnées ; cependant elle a triomphé. La torsion à son tour a déjà subi les plus violentes attaques ; mais quelques esprits dépourvus de préjugés ont adopté cette précieuse innovation qui s'introduit, lentement il est vrai, mais qui pénètre enfin dans la pratique, soit par conviction, soit par nécessité. Un exemple de ce dernier cas, cité par un chirurgien militaire de la Corse, prouve victorieusement en faveur du nouveau procédé dans les cas pressans et dangereux. (Voyez *Lancette française* du 16 juin 1834.)

Après avoir ainsi rappelé toutes les difficultés qu'on éprouve pour faire admettre les innovations même les plus utiles, M. Amussat avance que celui qui n'a pas encore maîtrisé une hémorrhagie grave, celle qui suit une amputation, par exemple, est comme un militaire qui n'a pas encore été au feu. Pour s'en convaincre, il suffit de voir opérer pour la première fois un jeune chirurgien, même sur les animaux. Je le suppose, dit M. Amussat, instruit, plein de sang-froid et de résolution ; malgré ces qualités indispensables, s'il vient à pratiquer une opération majeure, tout son corps est agité, son visage est rouge, ses yeux animés, il est couvert de sueur, il tremble, il est malhabile. Mais attendez qu'il se soit rendu maître de trois ou quatre hémorrhagies, ou qu'il ait pratiqué trois ou quatre opérations graves sur les animaux vivans, alors il n'est plus le même ; il est préparé à tout événement ; ces opérations qu'il n'a faites que sur les animaux, lui auront donné autant d'habileté, autant d'aplomb que s'il eût opéré le même nombre de fois sur l'homme.

Après avoir fait tout ce qu'on peut faire dans les manœuvres opératoires ordinaires, M. Amussat voudrait compléter les études chirurgicales par les vivisections et la pratique des opérations les plus importantes de la chirurgie, sur les animaux vivans ; ainsi l'on devrait s'exercer à faire le trépan, la cataracte, les hernies, les sutures, les fractures (1), les plaies d'armes à feu, et surtout à tarir les hémorrhagies.

(1) Contrairement à l'opinion généralement reçue, M. Amussat prétend, d'après ses expériences sur le cadavre et les animaux vivans, que le signe le plus certain des *fractures*, et le plus facile à obtenir sans inconvéniens, est la *déviation* des os fracturés, et non la *crépitation*.

Toutes ces opérations sont indispensables, dit M. Amussat, et elles peuvent être faites sans sacrifier nécessairement l'animal.

M. Amussat termine en disant qu'en résumé, son but a été d'établir qu'à l'époque actuelle la physiologie et la chirurgie expérimentale sont aussi indispensables, comme branches de l'enseignement pratique, que l'anatomie pathologique, dans tous les pays où l'on professe la chirurgie, non-seulement pour instruire sûrement et promptement, mais par-dessus tout pour former des chirurgiens habiles avant même qu'ils aient opéré sur l'homme.

CONGRÈS MÉDICAL DE NANTES.

DISCUSSIONS SUR LA SYPHILIS.

Séance du 2 juillet.

M. Devergie félicite la section de médecine sur la détermination qu'elle a prise de provoquer l'examen des questions relatives à la syphilis. La demande faite aux sociétés savantes de matériaux sur le traitement de cette maladie a fait sensation parmi les médecins qui s'occupent des progrès de la science, et l'initiative prise par la société médicale de Nantes a déjà d'heureux résultats, puisque celles de Poitiers, d'Angers et de Bordeaux viennent d'entamer également de semblables délibérations sur le même objet, c'est-à-dire l'examen des avantages du traitement simple et rationnel dans la syphilis, comparé aux avantages ou aux inconvéniens du traitement mercuriel.

M. Devergie saisit cette occasion pour protester contre une opinion qui lui a été attribuée dans quelques journaux. On a dit qu'il avait entièrement renoncé aux préparations mercurielles, tandis qu'il s'est borné à en restreindre l'usage, et qu'il a cherché à spécifier nettement les cas qui en réclament l'emploi.

M. Leborgne lit un mémoire qui peut être considéré comme une réfutation des opinions des syphiliographes modernes. En voici la substance :

1° Il rejette comme cause d'accidens syphilitiques réels le libertinage, l'abus du coït, la malpropreté, la prostitution; malgré les assertions des anciens et des modernes, il ne reconnait pour véritable cause que le virus ou principe contagieux. En parlant de l'inoculation il cite l'histoire des trois élèves de Paris qui en 1823 s'inoculèrent la syphilis, et dont l'un se suicida de désespoir, au rapport de la *Revue médicale*.

2° Les antiphlogistiques ne guérissent que la forme extérieure de la maladie, et le mercure ou les sudorifiques seuls procurent la cure radicale.

3° Les statistiques publiées par les médecins militaires sont douteuses et incomplètes, puisqu'il y a des récidives fréquentes, comme l'ont annoncé à l'Académie de médecine MM. Lepelletier du Mans, Lisfranc et Girardin.

4° Il y a des symptômes non vénériens et des syphilitiques. Les premiers seuls sont guéris par le traitement simple, et les seconds réclament les préparations mercurielles.

5° Toutes les blennorrhagies doivent être combattues par le mercure, puisqu'on ne peut reconnaître les virulences de celles qui ne le sont pas, et par la crainte d'accidens consécutifs.

6° Le mercure seul administré peut nuire; mais il a cela de commun avec les autres médicamens énergiques. La nouvelle doctrine a donc tort de rejeter si souvent sur l'action du mercure des lésions réellement syphilitiques, et de ne pas reconnaître une efficacité réelle aux préparations mercurielles.

M. Devergie. C'est d'abord à tort qu'on adresse à la méthode rationnelle le reproche de ne guérir que des symptômes non syphilitiques. Pour être conséquent, il aurait fallu établir les signes propres à distinguer les accidens non vénériens de ceux qu'on désigne comme syphilitiques; ce qui n'a pu encore être fait depuis qu'on écrit sur la syphilis, malgré les efforts nombreux des auteurs de tous les temps.

Quant à la cause de cette maladie, tout en admettant les opinions des auteurs des dixième, onzième et douzième siècles sur l'influence de la débauche, des excès, de la prostitution, etc., je reconnais un principe contagieux existant long-temps avant le quinzième siècle. En effet, on retrouve dans les auteurs hébreux, grecs, latins, arabes et autres, tous les symptômes syphilitiques, et jusqu'aux mêmes dénominations.

J'ai rejeté le mot *virus* pour ne me servir que de l'expression *principe contagieux*. Le langage médical me paraît l'exiger, puisque la définition du mot virus indique un principe se reproduisant *toujours identique*, n'importe les circonstances, les sujets, etc.; tandis qu'il n'en est pas toujours ainsi dans les phénomènes que présente la syphilis.

On a souvent cité comme contraire à la méthode nouvelle le fait des trois étudians en médecine encore rappelé par M. Lisfranc. J'ai déjà eu occasion de discuter les détails de ce fait, et il est demeuré prouvé que le malheureux qui s'est tué n'a point été poussé à cet acte de désespoir par le développement d'accidens graves, mais bien par la manie du suicide.

Quant aux assertions de M. Lepelletier du Mans sur les récidives après le traitement simple, M. Cullerier les a suffisamment réfutées en établissant ce fait, que, quelle que soit la méthode employée, il existe toujours un certain nombre de récidives. M. Girardin avait aussi annoncé qu'à Strasbourg les rechutes étaient tellement nombreuses, que M. Kayser trouvant la méthode simple insuffisante et nuisible, mais ne voulant pas revenir au mercure, employait l'iode. J'ai reçu, Messieurs, une lettre de M. Kayser, qui témoigne son étonnement de voir les faits aussi étrangement rapportés, et qui, au contraire, s'applaudit des succès constans qu'il obtient depuis qu'il a renoncé à la méthode mercurielle. (M. Devergie donne lecture de cette lettre.) Il faut noter, Messieurs, qu'à mesure qu'on abandonne la méthode mercurielle générale, on voit successivement diminuer la cohorte des accidens consécutifs graves et difficiles à guérir. Certes nous sommes loin de rejeter le mercure du traitement de la syphilis; nous le reconnaissons comme un des plus puissans modificateurs de l'économie; mais non point comme un spécifique essentiel, nécessaire, inévitable. Déjà, du reste, avant nous, Chaussier, Delpech et autres avaient révoqué en doute cette action spécifique du mercure.

Relativement à la statistique publiée par les syphiliographes militaires, M. Devergie fait voir l'impossibilité de les récuser, et ajoute que les chirurgiens de divers hôpitaux civils de France et de l'étranger ont également publié des états qui rivalisent en exactitude et en nombre avec ceux des hôpitaux militaires.

A l'ancienne théorie du virus on a substitué la théorie des sympathies, pour expliquer la répétition des accidens sympathiques dans les organes éloignés du lieu primitivement attaqué. M. Devergie déclare qu'il ne veut pas agiter ce problème; cette manière d'envisager le développement des accidens secondaires, rend compte d'un certain nombre de faits; mais le temps seul et de nouvelles observations pourront résoudre la difficulté. Mais il insiste pour qu'on n'oublie pas que dans le plus grand nombre des cas la syphilis, dans ses développemens successifs, suit la même marche que les scrophules et attaque les mêmes organes.

M. Leborgne a dit que le plus souvent les blessures chez les syphilisés prennent le caractère d'ulcères vénériens. C'est au contraire dans des cas rares qu'on rencontre cette dégénérescence, chez des sujets faibles, languissans. J'en ai cité plusieurs exemples. L'abus de l'emploi du mercure a singulièrement nui à sa réputation, sans doute; mais c'est une raison pour n'en pas abuser. Le mercure est le plus souvent inutile et même nuisible dans la plupart des accidens primitifs; et la raison qui fait employer les adoucissans dans les maladies inflammatoires, doit faire rejeter le mercure, puisqu'il est évidemment excitant au plus haut degré. M. Devergie s'appuie sur Morgagni et d'autres auteurs, et conclut par dire que, puisque l'action du mercure ne prévient pas les récidives, et exaspère souvent les symptômes, rien ne justifie son emploi dans le traitement des affections primitives. Plus tard il s'expliquera sur l'usage qu'on peut en faire dans les accidens secondaires. Il relate les avantages obtenus dans les principales capitales de l'Europe par la méthode simple et rationnelle, et donne pour preuve plus concluante les travaux du comité sanitaire de Stockolm, d'où il résulte qu'en 1822, sur cent rechutes après le traitement mercuriel, cinquante-quatre étaient atteints de maladies des os, tandis qu'en 1827 on n'en comptait plus que cinq à six sur cent.

C'est par erreur qu'un chirurgien distingué a avancé qu'en Angleterre on avait abandonné le traitement simple pour revenir au traitement mercuriel. Excepté à Edimbourg, où, depuis 1816, M. Thompson traite par la méthode simple, jamais à Londres on ne l'avait mise en usage, excepté quelques praticiens. M. Devergie rappelle à ce sujet le voyage que M. Baumès de Lyon vient de faire en Angleterre, et établit le parallèle entre Edimbourg et Londres, où les affections secondaires et dégénérées sont nombreuses, d'un aspect dégoûtant et difficiles à guérir, tandis qu'elles sont plus rares et moins graves dans la première de ces villes.

Enfin, pour achever de démontrer l'avantage de la méthode simple et nouvelle sur l'ancienne, M. Devergie trace le tableau comparatif des salles des vénériens du Val-de-Grâce et des hôpitaux civils avant 1829 et depuis, et il finit en se plaignant de la légèreté avec laquelle on a jugé en France les nouveaux travaux sur la syphilis, sans chercher à constater les faits, sans prendre la peine de visiter les établissemens où les méthodes nouvelles sont mises en usage. Les étrangers ont montré plus d'empressement à cet égard.

M. Leborgne. J'ignorais les détails publiés par M. Devergie sur le fait des trois étudians qui s'étaient inoculé la syphilis. Mais ceci ne fait rien au fond de la question. Je persiste dans mon opinion sur l'emploi du mercure; et les recherches faites et les succès obtenus dans un grand hôpital de Londres, par le docteur Johnson, sont conformes à ce que l'expérience m'a appris à cet égard. Je citerai donc, en les adoptant complétement, les conclusions du travail du docteur Johnson.

1° Les ulcères vraiment syphilitiques traités sans mercure, occasionent promptement des accidens secondaires.

2° Ces symptômes secondaires traités sans mercure deviennent très-opiniâtres.

3° Ces ulcères cèdent avec facilité à l'usage modéré du mercure.

4° Quelques ulcères n'exigent que peu et d'autres point de mercure.

5° Enfin le mercure bien administré est indispensable pour guérir la vérole.

Je conviens avec vous qu'il n'y a pas de caractère bien certain pour reconnaître les accidens syphilitiques et non syphilitiques; mais est-il bien logique de prendre texte de cette confusion pour considérer tous les symptômes comme non virulens, et les traiter tous par la méthode antiphlogistique, dont au reste les mécomptes dans un grand nombre de cas prouveraient assez l'insuffisance?

M. Devergie. Si la méthode simple et rationnelle ne guérit pas dans tous les cas, elle a cela de commun avec toutes les méthodes et dans toutes les maladies. La réprobation du mercure n'a point été l'effet d'un système préconçu; et si on l'a répudié en grande partie, c'est que sous son action il se produisait des accidens graves et dangereux qui étaient alors syphilitico-mercuriels. C'est donc pour éviter ces maladies dégénérées, et parce qu'il a été reconnu que le mercure n'était point un spécifique, qu'on l'a rejeté comme *agent nécessaire, indispensable*, et qu'on n'y a plus recours que comme à tout autre remède propre à déterminer telle modification exigée par l'état actuel de l'économie. Quant à la distinction des cas où le mercure trouve une application utile, c'est un point important de la discussion que j'aborderai plus tard, en essayant de prouver qu'il y a beaucoup de maladies secondaires regardées à tort comme syphilitiques.

M. Palois, doyen d'âge des médecins de Nantes, prend la parole et développe successivement les idées suivantes :

Les recherches sur l'origine de la syphilis ne sont plus d'utilité absolue, et si son antiquité est contestée, au moins est-il certain qu'elle existait avant le 15e siècle. Il en cite pour preuve les arrêts du Parlement de Paris antérieurs à cette époque.

La syphilis envahit les tissus muqueux, cutané, ganglionnaire, fibreux et osseux.

Les maladies des organes génitaux doivent être classées en vénériennes et non vénériennes; mais les signes distinctifs en sont difficiles et incertains.

Le traitement simple ne peut convenir que pour les accidens non syphilitiques; il faut un traitement spécial pour les accidens transmissibles.

La Syphilis est héréditaire et ne peut se développer spontanément.

Les affections secondaires guéries peuvent se montrer de nouveau long-temps après.

Si la syphilis est transmissible, elle est constitutionnelle.

Les sympathies sont insuffisantes pour expliquer les accidens consécutifs de la syphilis.

M. Palois rejette toute indication tirée de l'analogie et du traitement de la variole pour admettre le traitement rationnel dans la syphilis. Le mercure à doses modérées est le moyen le plus efficace; il ne faut pas s'inquiéter de son mode d'action. Il guérit la syphilis comme le quinquina guérit la fièvre. L'orateur admet la guérison de la syphilis sans mercure, mais dans les cas exceptionnels; cependant il importe d'en multiplier l'application. Il parle avec éloge de l'emploi de cette méthode et de ses succès dans la syphilis qui résiste au mercure; et il termine en déclarant que l'orage suscité contre les préparations mercurielles ressemblera à ceux élevés contre l'antimoine et le quinquina.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉPONSE DE M. MAYOR, DE LAUSANNE, A M. MIRAULT, D'ANGERS.

Lausanne, 1er juillet 1835.

Monsieur le rédacteur,

Toute cause bonne ou mauvaise peut être attaquée et défendue, et jamais les argumens n'ont manqué en pareil cas. Aussi je ne suis nullement surpris des réclamations de M. Mirault d'Angers, dans votre feuille du 27 juin dernier, tout comme il ne doit pas lui paraître trop étrange que j'aie critiqué quelques-unes de ses propositions. Nous sommes l'un et l'autre dans notre droit, et à nos risques et périls, en face du public médical.

Pour mon compte, je ne regrette point d'avoir provoqué ce petit orage, parce que le sujet en vaut bien la peine, que la discussion ne l'avait pas encore éclairé et que ce début ne peut tarder d'être jugé. Les praticiens appelés à prononcer entre M. Mirault et moi glisseront, j'en suis certain, sur la forme peut-être un peu rude de l'un et sur la susceptibilité de l'autre, et, ne s'inquiétant que du fond, résumeront probablement en ces termes les questions qui s'y rapportent :

1° Dans les cas qui nécessitent l'ablation totale ou partielle de la langue, quels sont ceux où il convient de faire usage de la ligature?

2° Si les essais sur le cadavre et le vivant tendent à démontrer qu'on peut, par la bouche seule, porter la ligature jusqu'à la base de la langue, y a-t-il cependant des cas où il vaut mieux se frayer une voie artificielle au moyen d'une incision pratiquée derrière le menton?

3° Si l'incision du frein était jugée convenable pour faciliter le placement du lien, et s'il en résultait une hémorrhagie, celle-ci ne cesserait-elle pas sur-le-champ par le fait même de la constriction de l'organe?

4° Si une ou quelques érignes étaient momentanément réclamées pour fixer mieux la langue, déterminer bien les limites du mal et diriger sûrement le fil constricteur, faudrait-il y renoncer par la crainte d'occasioner par là un *véritable supplice au malade*?

5° Ce fil étant placé convenablement, doit-on le faire agir avec lenteur ou bien est-il préférable de le serrer vigoureusement afin d'obtenir, le plus tôt possible, la modification des parties à retrancher?

6 Cette constriction pure et simple est-elle suffisante, et quelles sont les circonstances qui peuvent réclamer la ligature *préalable* ou *simultanée* des artères linguales?

Vous jugerez, monsieur, combien, en présence de ces questions, doivent paraître mesquines, pour ne pas dire plus, toutes celles qui peuvent se rattacher à des personnalités, à l'amour-propre blessé, aux petites colères, etc. C'est si bien cela, que je désignerais volontiers M. Mirault lui-même pour donner la solution de ces questions, telles que je viens de les poser; et que je serais fort tranquille sur le jugement qu'il voudrait bien prononcer.

Aussi serais-je presque tenté de terminer ici cette lettre et de ne point relever certaines expressions qui sont échappées à la plume de M. le chirurgien d'Angers. Je dirai seulement que le besoin de progrès a seul pu m'engager à réfuter des assertions qui, chez un homme comme M. Mirault, peuvent avoir du retentissement et les plus graves conséquences; que je l'ai cité *bien textuellement* et qu'à moins de faire une seconde édition de son mémoire, il aurait toujours pu m'accuser de l'avoir *tronqué*; que nous sommes bien loin de ces temps où l'on jurait sur l'infaillibilité des hommes et des corps savans; que l'Académie de médecine est, à mes yeux, ainsi que je me suis empressé de le reconnaître, *digne de fixer l'attention du monde médical tout entier*; que je ne comprends pas ce qu'a voulu dire M. Mirault contre les aiguilles (je n'en ai que faire dans l'opération qui nous occupe, et lui seul y a recours); que si mon procédé n'est pas encore généralement employé, il est du moins mentionné et recommandé, fort en détail, dans l'excellente Médecine opératoire de M. Velpeau, ainsi que dans une thèse de M. Perret de Lyon. (Paris, Didot jeune, 1829.) Nous voyons qu'un des plus habiles opérateurs du siècle, M. Gensoul, l'a mis plusieurs fois en usage; que M. Malgaigne, dans son intéressant manuel, ne laisse rien à désirer sur ce sujet, et qu'il en est fait mention aussi dans quelques auteurs allemands. Enfin je soupçonne fort que l'attaque de M. Mirault va le mettre encore mieux en réputation, et que cet opérateur lui-même lui donnera de beaucoup la préférence sur le procédé qu'il a improvisé, et que nous ne devrions qu'à ses propres inspirations, si déjà M. J. Cloquet ne l'eût mis en usage avant lui. Mais en voilà assez et trop sans doute.

Je n'en compte pas moins sur votre complaisance pour l'insertion de cette lettre dans votre prochaine feuille; et si je vous prie de la reproduire au plus tôt, c'est afin de ne pas interrompre trop long-temps la discussion sur une matière qu'il importe d'apprécier mieux, et dont il est temps de fixer bien les vrais principes.

Agréez, etc.

M. MAYOR, docteur.

P. S. Si au lieu des simples doigts pour opérer la ligature en masse, on veut avoir recours au tourniquet, on en trouvera de différens numéros et de bien simples chez M. Charrière, rue de l'École-de-Médecine. C'est à peu près celui de Graefe; mais au lieu d'une crémaillière, c'est une vis de pression qui arrête le cylindre. On pourra voir également chez ce même fabricant mon nouveau compas d'épaisseur pour mesurer les saillies et les tumeurs dans tous leurs sens. Il est à trois branches, dont une droite est placée entre les deux latérales qui sont légèrement recourbées à leurs extrémités. Celles-ci s'ouvrent, en s'écartant, tandis que l'autre glisse entre deux pour indiquer le degré d'élévation ou de saillie dont on veut avoir la mesure exacte.

Il me tarde, monsieur, de vous envoyer des observations sur quelques fractures. L'une entre autres, concernera un individu *avec une fracture compliquée de chaque jambe*, qu'on a conduit, sans aucun inconvénient, à l'hôpital, en lui faisant faire, le surlendemain de l'accident, 10 lieues dans un jour sur un petit char. Il va sans dire que ces avantages ont été obtenus au moyen de la planchette et de la suspension

SUR LES INJECTIONS DANS L'OREILLE POUR EXTRAIRE LES CORPS ÉTRANGERS, par M. Matthias MAYOR, docteur à Lausanne.

Il y a au moins trente ans qu'occupé à extraire, du conduit auditif, des masses durcies de cérumen, le célèbre professeur Jurine, qui m'honorait de son amitié, me conseilla de me contenter des injections simples. Je réussis en effet très-rapidement et sans occasioner de douleur. Dès lors, et chaque fois que j'ai eu à faire sortir un corps étranger de ce canal, je me suis toujours servi du même moyen et avec un égal succès. Ainsi, que le corps appartienne au règne animal, végétal ou minéral; qu'il soit gros ou petit, situé plus ou moins profondément, libre ou *enclavé* entre les parois du conduit de l'oreille, et que celles-ci soient irritées et tuméfiées, je me sers uniquement des injections *tièdes*, et j'arrive toujours à mon but. Ce qu'il y a de bien singulier dans cette pratique, c'est qu'il faut que ces injections soient *forcées*, c'est-à-dire poussées avec effort et quelque brusquerie. Aussi a-t-on de la peine à se rendre bien raison de l'effet produit; car il semble que le choc du liquide contre le corps *de dehors en dedans* devrait le pousser toujours plus en avant au lieu de l'amener en sens contraire. On est contraint d'admettre que le choc ébranle le *bouchon*, que le liquide finit par se faire jour par derrière, et que par un mouvement *de reflux*, il le chasse devant lui. Quoi qu'il en soit, le fait est certain et très-facile à constater. Il suffira d'introduire dans l'oreille des corps quelconques, plus ou moins gros, et de faire agir fortement la seringue. On peut ainsi expérimenter avec un tampon de coton ou de charpie, un morceau d'éponge imprégnée de substances agglutinatives, d'emplâtres, etc., qu'on poussera fortement dans le canal, et qu'on attaquera ensuite en lançant contre des flots réitérés de liquide.

Je n'ai jamais agi qu'avec le jet *saccadé* d'une simple seringue, et j'ignore si l'on obtiendrait les mêmes résultats avec celui *non interrompu* d'une pompe. La question est bien facile à résoudre; mais je n'ai pas le temps de faire des essais comparatifs de l'une et de l'autre méthode. Il en vaut pourtant la peine. Il est assez inutile que je vienne avec des observations, pour appuyer mon dire, puisque chacun peut à l'instant vérifier ce que je viens d'avancer. Je ne citerai que le cas

d'une enfant du célèbre M. Cottu, actuellement à Lausanne. Elle avait poussé un gros grain de corail dans l'oreille, et toutes les tentatives qu'on avait faites d'abord pour le faire sortir, n'aboutirent qu'à l'enfoncer toujours plus avant: Je fus mandé, et au premier jet que je lançai, le corail jaillit aussitôt. Il n'en sera sans doute pas toujours de même pour *tous* les objets acculés vers la membrane du tympan. Celui de cette jeune personne était lisse et ne remplissait pas exactement le canal; voilà pourquoi il a été entraîné si vite par le flot tourbillonnant. Mais il n'aurait pas moins cédé plus tard à l'action puissante du flux et du reflux écumeux, s'il avait été adhérent et plus volumineux.

Paris, ce 8 juin 1835.

JUSTIFICATION MÉDICALE DU CYANURE DE POTASSIUM; par M. MUNARET, D.-M. à Châtillon-de-Michaille.

Monsieur le rédacteur,

A propos d'une note sur la préparation du cyanure d'or, par M. O. Figuier de Montpellier, insérée dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (mois d'août 1834), M. Boudet publia, dans la livraison suivante du même journal, un article concernant la préparation du cyanure de potassium pour l'usage médical.

Dans cet article, M. Boudet désirait seulement qu'au cyanure de potassium sec, on substituât pour l'usage médical le cyanure de potassium fondu, et cela autant pour garantir cette délicate substance de toute atteinte de l'humidité, qui lui est si pernicieuse, que pour rendre sa préparation plus identique et le produit plus pur.

Ce même article de M. Boudet contenait une observation de M. Tronrée, de Caen, pour prouver, ajoutait-il, la différence qui existe entre le cyanure de potassium sec ou humide, et à quels dangers cette différence peut exposer. Or, voici le résumé fidèle de cette observation.

Un homme *qu'on disait* être atteint d'une névralgie du tronc, prit, durant sa maladie, cinq lavemens cyanurés. Aucun de ces lavemens ne donna le même résultat. Le cyanure fut tour à tour humide et sec; les lavemens furent tantôt froids, tantôt chauds; enfin, après un lavement avec le cyanure parfaitement sec (notez bien cette circonstance), il y eut réveil des symptômes convulsifs, qui déjà s'étaient manifestés à plusieurs reprises; et le malade expira.

Quand M. Boudet signale les dangers qui peuvent résulter de l'administration du cyanure détérioré, il a raison; mais quand M. Boudet veut conclure avec l'autorité d'une observation si peu précise, on pourrait lui dire que l'on n'admet plus dans le raisonnement philosophique médical, *post hoc, ergo propter hoc.* D'ailleurs, ce sophisme fût-il admissible, il détruirait ce qu'il veut prouver, puisque le dernier lavement contenait du cyanure de potassium bien sec.

Jusqu'alors, Monsieur le rédacteur, j'en fus quitte pour la peur, car le cyanure de potassium n'était pas ostensiblement menacé de destitution; M. Boudet proposait une simple modification: j'y acquiesçai de bon cœur, car c'était au bénéfice de la substance, de l'agent thérapeutique.

Mais, dans le numéro d'octobre, le même journal a produit une dernière note sur le cyanure de potassium, par M. Boutigny, d'Evreux, qui, pour un petit flacon de cyanure qui s'est détérioré dans son armoire, *déclare que tous les cyanures doivent probablement subir le même sort, et que ce fait-là, s'il ne s'abuse, motive suffisamment le désir qu'il a de voir bannir ce médicament de nos pharmacies.* En vérité je suis tenté de croire que MM. les pharmaciens se complaisent à faire et à défaire trop aisément la réputation des agens thérapeutiques. Aux faits je vais opposer des faits; je serai court.

D'après une facture que je viens de consulter pour l'exactitude des dates, j'ai reçu, de la maison Blétrise aîné et comp., de Lyon, deux onces de cyanure de potassium, à la date du 17 février 1832. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, je suis heureux de vous apprendre que ce médicament m'a réussi généralement, dans plus de soixante-dix cas de quatre affections diverses; ce qui veut dire d'abord qu'il m'a fallu rigoureusement ouvrir le flacon qui le renfermait, au moins autant de fois. Eh bien! si M. Boutigny le désire, je m'empresserai de lui adresser ce flacon, pour le convaincre par ses propres yeux que le cyanure de potassium qu'il contient depuis plus de deux ans et demi, n'est pas réduit comme le sien, dont il ne s'est servi que quelques fois, *en une sorte de bouillie noirâtre*; qu'il est toujours blanc, toujours floconneux, faiblement adhérent aux parois du vase, et dégageant une odeur d'amandes amères aussi faible que dès l'abord de sa réception.

Je vais plus loin, car j'affirme que, malgré cette altération chimique bien légère à la vérité, je l'ai employé et je l'emploie journellement sous toutes les formes usitées, externes et internes, et cependant jamais le moindre accident n'a attristé ma pratique.

C'est l'occasion, Monsieur le rédacteur, de vous communiquer quand et comment j'administre ce précieux agent encore si peu connu par le commun des praticiens, et qui déjà rencontre des *Guy-Patin* pour le persécuter.

Je l'ai avantageusement employé pour calmer l'*asthme convulsif*, et surtout pour supprimer les quintes de *toux nerveuse*. Dans ces deux premières affections, j'ai recours à la potion suivante:

Prenez: Cyanure de potassium sec, de 1 à 4 grains.
Infusion de violette, 3 onces.
Sirop de gomme, 1 once.

A prendre par cuillerée à bouche de deux heures en deux heures pour un adulte.

Plusieurs fois j'ai vidé cette potion durant un reste de nuit, quand ma veille trop prolongée provoquait chez moi des quintes de toux purement nerveuses. Le lendemain j'étais sûrement guéri. Ma femme a éprouvé le même soulagement, mais elle prenait la potion à doses moins rapprochées.

Il faudrait un mémoire, un long mémoire pour vous transcrire toutes les guérisons bien circonstanciées que je dois à cette *potion cyanurée*.

La lotion suivante a calmé sous mes yeux, et plusieurs fois, des névralgies céphaliques, des migraines.

Prenez: Eau froide, 6 onces.
Cyanure de potassium sec, 12 grains.

Agitez, imbibez des compresses fines pour couvrir la région douloureuse.

La même lotion m'a réussi quelquefois pour apaiser des *prurigo* très-opiniâtres.

Je dois observer qu'il faut soigneusement boucher la potion comme la lotion, et les renouveler souvent.

M. Magendie conseille d'employer le cyanure de potassium dans huit fois son volume d'eau distillée, ce qui constitue un hydrocyanate de potasse. Pour mon compte, je l'ai toujours employé à l'état sec, parce que cette solution de M. Magendie ne doit être qu'extemporanée, vû sa prompte décomposition, et que l'expérience m'a prouvé qu'on le préserve plus long-temps de ce grand inconvénient en le conservant dans son état primitif.

Vous voyez, Monsieur le rédacteur, que je dépasse beaucoup les doses telles que les a formulées d'abord M. Magendie. Je cours grand risque de passer pour un empoisonneur et même pour un empoisonné, car il y a loin d'un quart de grain à quatre grains dans le même véhicule.

J'engage tous mes confrères à vérifier dans leur pratique les résultats que j'avance: leur importance mérite leur attention; et alors j'espère que M. Boutigny d'Evreux reconnaîtra que son *bannissement* était par trop sévère, pour ne pas dire injuste; car si l'on vouait aussi légèrement à la même peine toute substance médicamenteuse qui se détériore, MM. les pharmaciens se repentiraient bientôt d'une semblable sentence. Alors, comme Sydenham le voulait, chaque praticien pourrait loger sa pharmacie dans le pommeau de sa canne. *Di talem avertite malum!*

Agréez, etc.

MUNARET.

Châtillon de Michaille, 16 novembre 1834.

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HERMAPHRODISME; par M. DANY, D.-M., chirurgien-aide-major à l'hôpital militaire de Toulon.

Badré naquit en 1806, à Mézières, de parens peu fortunés. Les personnes chargées de faire constater sa naissance furent induites en erreur par la disposition de ses organes génitaux, et le nouveau-né, considéré comme appartenant au sexe féminin, reçut le nom de *Joséphine*. Cet enfant passa les seize premières années de son existence dans la vie domestique, auprès de ses parens, où il se livra aux diverses occupations du ménage. A cette époque, il fut employé dans une manufacture de coton, où se trouvaient plusieurs jeunes filles dont il partagea les travaux et les jeux. Deux années s'écoulèrent dans cet état de choses. Badré, dont les penchans et les goûts se trouvaient parfaitement en harmonie avec la nature des obligations qu'il avait à remplir, était loin de se douter que le temps amènerait bientôt un changement notable dans sa position et le forcerait à jouer un nouveau rôle. En effet, l'âge, en développant les organes, fit bientôt apparaî-

tre sur la lèvre supérieure et le menton un duvet qui, léger d'abord, ne tarda pas à prendre une certaine consistance. Le jeune Badré avait déjà remarqué, en folâtrant avec ses compagnes, qu'elles n'offraient point les caractères qu'il observait chez lui, et s'examinant avec une nouvelle attention, il se confirma dans l'idée qu'on avait commis une erreur à son égard. Honteux de paraître au milieu de femmes sous un costume qui contrastait singulièrement avec les signes prononcés de la virilité, il prit la résolution de changer de vêtemens et de se rendre à Paris sous le nom de *Joseph Badré*. Ce projet, à peine conçu, fut mis aussitôt à exécution. Arrivé dans la capitale, Badré obtint de l'emploi dans un établissement semblable à celui où il avait passé les premières années de sa jeunesse. Au bout de dix-huit mois, il fut atteint d'une affection cutanée qui le força à solliciter son admission à l'Hôtel-Dieu. Dupuytren, à qui cet individu fut présenté, examina ses organes génitaux avec beaucoup d'attention, et fit insérer à ce sujet une note très-succincte dans un journal de médecine.

Badré, après sa sortie de l'hôpital, fut attaché, en qualité de commissionnaire, au secrétariat de la Faculté de médecine. Mais, soit inconstance, soit inaptitude à remplir les devoirs de ce nouvel emploi, il abandonna la capitale pour faire partie d'un détachement de volontaires parisiens qui avait reçu l'ordre de se rendre à Toulon. A son arrivée dans cette ville, il a bien voulu se soumettre à notre examen; voici quel en a été le résultat. Taille de 5 pieds 2 pouces environ, la tête peu volumineuse, des cheveux châtains-bruns, une barbe noire assez forte recouvrant seulement le menton et la lèvre supérieure, le larynx assez saillant, la voix forte, les épaules élevées, le tronc légèrement courbé en avant, la poitrine étroite, des mamelles nullement développées, un bassin n'offrant point l'évasement, l'amplitude et les contours arrondis qui caractérisent celui de la femme; la peau d'un teint pâle; toutes les parties du corps dépourvues de poils, à l'exception des organes génitaux; le système musculaire très-peu prononcé, quoique le sujet n'offre pas d'embonpoint. Tels sont les caractères physiques que Badré a offerts à notre observation.

Passant ensuite en revue les organes génitaux, nous avons observé l'éminence sus-pubienne moins arrondie qu'elle ne l'est ordinairement chez la femme, couverte de poils longs et peu nombreux. Immédiatement au-dessous était le point de réunion ou la commissure antérieure de deux lèvres, dont nous parlerons bientôt. Trois ou quatre lignes plus bas, on voyait un corps péniforme, long de trois pouces, et offrant environ un pouce et demi de circonférence. Ce corps, arrondi dans ses trois quarts antérieurs, aplati et légèrement concave dans son quart postérieur, était terminé par un gland imparfait, dont une partie était recouverte en avant seulement par un prépuce mobile. En arrière, on observait la terminaison d'un sillon large et peu profond, qui occupait toute l'étendue de l'organe, et qui n'était autre chose que la trace du canal de l'urètre. Ce corps, dans sa position ordinaire, cachait en grande partie une fente bornée latéralement par deux lèvres épaisses et larges qui prenaient naissance à trois lignes au-dessus de la racine du pénis, et allaient se réunir à dix ou douze lignes au-devant de l'anus. Elles ne renfermaient aucun corps qui pût faire soupçonner l'existence des testicules. Leur face externe était garnie de quelques poils, tandis que l'interne, tapissée par une membrane fine, de couleur rosée, offrait vers le milieu un repli assez saillant représentant parfaitement les nymphes; en écartant les grandes lèvres, on apercevait le fond d'une cavité ovalaire qui permettait à peine l'introduction de l'extrémité d'un doigt. La paroi supérieure de cette cavité offrait la terminaison de la cannelure que nous avons remarquée à la face postérieure du pénis, et le méat urinaire dans lequel nous avons introduit une sonde d'un calibre assez fort.

Aussitôt après notre examen, Badré n'attendit pas que nous lui fissions les questions qui déjà lui avaient été adressées par plusieurs médecins; il nous affirma qu'il éprouvait souvent des désirs vénériens, qu'il avait la faculté de les satisfaire, et que pendant l'acte de la copulation il laissait échapper du fluide spermatique. Il nous raconta à ce sujet une foule d'anecdotes qui ne nous permirent pas d'élever le moindre doute sur ce qu'il avançait. Le hasard nous fit découvrir dans l'hôpital militaire un de ses anciens camarades qui, ayant vécu près de deux ans avec lui, nous apprit que Badré mettait dans l'exécution de ses travaux une lenteur et une nonchalance remarquables; qu'il joignait à des forces physiques peu prononcées une grande propension au repos; qu'il préférait les boissons douces et les alimens de même nature aux spiritueux et à toutes les substances excitantes. Il nous fut dit encore qu'il était passionné pour les femmes et qu'il se livrait fréquemment au coït.

Le détachement auquel Badré appartenait était sur le point de partir pour l'Afrique, lorsque celui-ci fut atteint subitement d'une affection de poitrine à laquelle il succomba. Cet accident imprévu nous permit de faire les recherches qui devaient dissiper toutes nos incertitudes. C'est dans l'abdomen que se dirigèrent nos investigations. Après avoir enlevé la masse intestinale, nous examinâmes d'abord les régions lombaires; celles du côté droit renfermaient un testicule dont la situation, le volume et la structure offraient des particularités qui méritent d'être connues. Dans les premiers temps de la vie intra-utérine, les testicules sont en rapport avec l'extrémité inférieure des reins, dont ils ne sont séparés que par un repli du péritoine, quelques lames de tissu cellulaire, et la masse de graisse qui enveloppe ordinairement ces organes sécréteurs de l'urine. A mesure que l'embryon se développe, les testicules descendent et se rapprochent de l'anneau inguinal qu'ils traversent dans le courant du septième mois. L'organe que nous avons découvert était situé plus haut qu'il ne l'est ordinairement chez le fœtus; il correspondait à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la face externe du rein. Semblable, sous le rapport du volume, à ceux des fœtus qui ont six mois d'existence, il avait environ cinq ou six lignes de longueur sur trois de largeur, et deux d'épaisseur. Sa tunique propre, la seule dont il était recouvert, avait l'aspect brillant et offrait une couleur blanchâtre. Elle adhérait très-faiblement par sa surface intérieure à la substance propre du testicule. Cette substance, molle, de couleur brune, résultait de la réunion d'une quantité considérable de petits canaux unis par du tissu cellulaire. Nous n'avons pu découvrir les conduits excréteurs qui traversent la tunique albuginée vers la partie supérieure de la glande ni l'épididyme à la formation duquel ces canaux vont concourir. Vers la partie supérieure de son bord interne, le testicule recevait deux artères d'un fort petit calibre, qui lui étaient fournies par l'artère rénale; quelques veines partaient du même point; tous ces vaisseaux étaient renfermés dans une gaîne celluleuse. A la partie inférieure du testicule prenait naissance le canal déférent dont la situation et le calibre n'offraient rien de remarquable; il se trouvait en rapport inférieurement avec la vésicule séminale droite, qui, au lieu d'être faiblement unie à la vessie, y adhérait d'une manière tellement intime, qu'il fallait inciser une portion de la tunique externe de cette poche membraneuse pour l'en détacher. Le canal éjaculateur et la glande prostate n'ont offert aucune trace de leur existence; il en était de même du petit cordon sur lequel sont placés l'épididyme et le canal déférent, et auquel Hunter a donné le nom de *gouvernail du testicule*.

Nos recherches ont été infructueuses pour découvrir le testicule gauche, la vésicule séminale et le canal éjaculateur du même côté. Le canal déférent existait seul, libre et flottant dans sa partie supérieure, et adhérent fortement par son extrémité inférieure à la paroi postérieure de la vessie.

Cette conformation vicieuse des organes générateurs, loin de justifier les faits qui nous avaient été communiqués par Badré lui-même, ne laisse aucun doute sur son impuissance. Un sentiment de vanité ou le désir d'inspirer plus d'intérêt l'avait peut-être déterminé à affirmer qu'il possédait tous les attributs que l'homme a reçus de la nature; mais les preuves matérielles sont là pour dissiper toute incertitude à cet égard. Badré pouvait bien, à la vérité, se livrer à l'acte de la copulation, puisque son pénis, quoique dépourvu de canal, était bien conformé et par conséquent susceptible d'érection; mais le testicule unique que nous avons rencontré n'était point organisé de manière à sécréter le fluide spermatique, et en supposant même que cela fût, la disposition de la vésicule séminale qui se terminait en cul-de-sac inférieurement et l'absence des canaux éjaculateurs rendaient impossible l'émission de ce fluide.

Cette observation soulève naturellement des questions intéressantes que n'ont point encore résolues les nombreux travaux de nos contemporains. Il s'agirait de savoir si les divers organes que nous n'avons pu trouver dans la cavité abdominale n'ont jamais été formés, ou si, ayant existé réellement dans les premiers mois de la vie intra-utérine, l'absorption interstitielle les a fait disparaître dès qu'ils ont cessé de se développer. Nous nous rangerions volontiers de la première opinion, qui paraît offrir une plus grande somme de probabilités; car, quoiqu'il soit démontré par l'expérience que des organes parfaitement développés disparaissent sans laisser la moindre trace de leur existence, il n'est pas présumable qu'un pareil phénomène s'observe à l'égard de canaux dont les parois offrent une certaine épaisseur. La dernière hypothèse est admise par les physiologistes qui prétendent que le produit immédiat de la conception renferme les rudimens primitifs de tous les organes, et que les êtres qui offrent les caractères de l'androgynie appartiennent à l'un ou à l'autre sexe. Cette opinion, adoptée dans les temps où l'histoire de l'hermaphrodisme renfermait à peine quelques faits isolés, ne peut être partagée aujourd'hui par les hommes qui ne sont point demeurés étrangers aux progrès de la science. Des faits divers attestent qu'il est des êtres monstrueux qui réunissent les attributs

des deux sexes, et d'autres chez lesquels on n'observe aucun caractère distinctif; c'est ce qui a fait dire à Blumenbach, à Meckel, à Geoffroy-Saint-Hilaire, que les deux sexes offrent, dans leur état primitif, une seule et même forme, et que les progrès seuls de l'accroissement développent les caractères propres a chacun d'eux. Kielmeyer avait déjà dit que les organisations n'étaient que des modifications d'une seule et même nature; c'est sur ce principe que repose la première loi de l'embryogénie, savoir, que l'organisation du fœtus humain s'effectue par le passage successif d'une structure simple à une plus compliquée, en parcourant tous les degrés qui sont en rapport avec ceux de l'échelle animale. Si, pendant le cours de la vie intra-utérine, un ou plusieurs organes de l'économie se trouvent privés, sous l'influence d'une cause quelconque, des materiaux nécessaires à leur accroissement, loin de subir les transformations successives auxquelles ils étaient destinés, ces organes demeurent dans un état plus ou moins incomplet d'imperfection, suivant l'époque de la vie pendant laquelle les élémens nutritifs ont été soustraits. Ainsi donc les monstruosités, loin d'être, comme on l'a prétendu, des écarts inexplicables de la nature, sont des anomalies connues produites par un retardement de développement.

Tel est aussi le fait relatif au sujet dont nous venons de rapporter l'histoire. Le testicule qui a été observé, loin d'avoir participé aux transformations successives qui caractérisent l'organisation humaine, paraît avoir cessé de se développer vers le sixième mois de la vie intra-utérine. Ce phénomène ne reconnaît d'autre cause que l'insuffisance de calibre des deux artères qui se distribuaient dans l'organe. Ces vaisseaux, chargés de transporter les matériaux nécessaire. à sa nutrition et à son développement, pouvaient à peine y entretenir la vie. Il en est de même du scrotum qui, ayant subi la même influence, n'est point parvenu au terme de son organisation; car, au lieu de se réunir pour former le canal de l'urètre à l'époque où la nature établit la distinction des sexes, il a conservé sa forme primitive et offert l'anomalie que nous avons observée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

QUELS SONT LES RÉSULTATS DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE ET DU RHUMATISME? Par LEPELLETIER, de la Sarthe. Paris, 1835. In-4° de 224 pag.

Telle est la question que le sort a donnée à M. Lepelletier comme sujet de thèse, dans le concours pour l'aggrégation en médecine, et qu'il a traitée d'une manière assez complète pour donner à son travail plus d'intérêt que n'en inspirent d'ordinaire les ouvrages de ce genre, dont l'indication est due au hasard, et qui, rédigés dans l'espace de trois jours, ne peuvent reproduire que très-imparfaitement les opinions et l'érudition de l'auteur lui-même. Cependant la question, soumise au jugement de M. Lepelletier, a été tant de fois depuis dix ans l'objet de discussions plus ou moins vives parmi nous, que c'est l'une de celles que les candidats devaient s'attendre le plus à voir sortir de l'urne; car elle donnait en outre aux juges la facilité de juger d'emblée la direction des études médicales de celui à qui elle serait échue, et l'étendue de son observation personnelle, et sa manière d'interpréter les faits.

Cette dissertation est divisée en trois parties : la première, simplement historique, contient les opinions des différens auteurs qui se sont occupés de l'emploi de cette médication, et dont le nombre s'élève ici à 24, et pourrait même être porté encore bien plus loin. Ces opinions sont présentées avec beaucoup de clarté et de précision; mais peut-être le lecteur en aurait-il mieux saisi les rapports et les différences si elles eussent été groupées suivant leur connexité, au lieu d'être rapportées par ordre chronologique.

La seconde partie est consacrée à l'énumération des faits pathologiques, et occupe nécessairement la plus grande partie du volume. Expériences sur les animaux, expériences sur l'homme. Ces dernières sont, comme on le pense, bien nombreuses; on y trouve une collection importante de faits et que l'on chercherait vainement ailleurs. L'auteur a puisé à toutes les sources, et les matériaux qu'elles lui ont fournis sont exposés avec ordre et de manière à ce que l'on soit pour ainsi dire forcé d'en tirer des conclusions. Ainsi, les cas de succès sont mis en regard des cas d'insuccès, suivant que la pneumonie a été traitée par les saignées et l'émétique, et par l'émétique sans la saignée. Il en est de même pour le rhumatisme. Les faits, tous empruntés aux auteurs ou aux diverses publications récentes, y sont rapportés avec des détails tellement minutieux qu'il est inutile ensuite d'avoir recours aux originaux. Une collection cependant à laquelle M. Lepelletier n'a pu emprunter qu'un petit nombre de faits, et qui contient sons ce rapport des richesses presque incalculables, c'est celle des thèses de la Faculté de Paris, où une foule de jeunes gens ont consigné des faits sur le sujet qui nous occupe, recueillis le plus souvent sans préoccupation, et uniquement dans le but de montrer à leurs juges qu'ils s'étaient exercés dans le champ de l'observation; mais qui par cela même sont plus propres à éclairer les questions les plus en discussion aujourd'hui. Quatre-vingts faits sont rapportés dans la seconde partie, et parmi eux un grand nombre ont été empruntés à la collection de la GAZETTE MÉDICALE.

Dans la troisième partie, l'auteur examine les effets de l'emploi du tartre stibié à haute dose sur l'organisme, et ici comme précédemment, il se pose plutôt comme historien qu'il ne formule ses propres opinions. Cependant, après avoir exposé les effets qu'on attribue à cette médication sur les appareils digestif, respiratoire, circulatoire, etc., et qui paraissent ressortir des faits réunis dans la partie précédente, il est amené à adopter que l'émétique à haute dose peut agir, non-seulement comme dérivatif, ce qui n'est en question pour personne, mais encore par une action spéciale et qui semble liée *à la tolérance gastro-intestinale*; mais cette action spéciale, dit M. Lepelletier, n'est pas celle d'un agent sédatif direct, celle d'un véritable antiphlogistique agissant à la manière de l'opium ou d'une application émolliente. De quelle manière agit donc le tartre stibié, si ce n'est ni par dérivation, ni par une sédation directe? C'est ce que l'auteur ne nous apprend pas.

Dans l'état actuel de la science sur la question proposée par les juges du concours, deux points importans sont en discussion. L'émétique a haute dose est-il toléré lorsqu'il est administré dans le cours des maladies inflammatoires? La diminution des accidens inflammatoires doit-elle être attribuée à la dérivation qu'exerce cet agent thérapeutique sur le canal digestif, ou se lierait-elle à sa tolérance? Les faits recueillis et comparés avec art par M. Lepelletier répondent suffisamment, ainsi que nous venons de le voir, à ces deux questions, pour donner à son travail une importance supérieure à celle qu'ont ordinairement les ouvrages composés dans des circonstances analogues. Nous devons dire encore qu'outre les questions inhérentes à son sujet, M. Lepelletier a jeté, et comme en passant, sur le génie particulier de quelques affections, sur l'influence des constitutions médicales et sur la nécessité de les étudier, des considérations générales qui indiquent un esprit d'un ordre élevé et une bonne direction dans les études.

TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES, par A. BONNET, D.-M. Paris, 1835. Un vol. in-8° de 420 pag.

Si de nos jours on écrit peu sur les fièvres intermittentes, ce n'est pas tant parce que, à une époque peu éloignée de nous, on a beaucoup écrit sur ce sujet, que parce que c'est la partie de la pathologie qu'il est le plus difficile de traiter d'une manière un peu neuve. Prenons telle autre maladie, le rhumatisme, la goutte, la fièvre typhoïde, etc., auxquelles on n'oppose qu'un traitement rationnel; eh bien! il sera toujours possible en vantant de nouvelles découvertes, soit sur la nature, soit sur le siége de la maladie, de présenter un traitement encore plus rationnel que ceux usités jusqu'ici, et d'en imposer ainsi pendant quelque temps, jusqu'à ce qu'une expérience sévère ait démontré que le nouveau traitement n'était ni plus rationnel ni plus efficace que tous les autres; mais il n'en est pas de même pour la fièvre intermittente: qui pourrait espérer de remplacer, dans le traitement de ces fièvres, le quinquina, cette espèce d'écueil contre lequel viennent heurter tous les systèmes? Or, à notre époque, toute d'application, tant qu'on n'aura pas une nouvelle médication à proposer à la place de celle qui compte tant de succès, ou quelque découverte d'une haute importance à annoncer, que pourrait-on écrire sur les fièvres intermittentes? De là, à notre avis, le petit nombre d'écrits publiés depuis quelques années sur ce sujet.

Ces difficultés, l'auteur de l'ouvrage que nous annonçons ici paraît les avoir bien appréciées, et il ne s'est point dissimulé la pesanteur de la tâche qu'il entreprenait; mais sans prétendre donner la solution complète de toutes les questions difficiles que soulève l'étude des fièvres intermittentes, et qui, bien que se rattachant presque uniquement à la partie théorique de la science, n'en méritent cependant pas moins de fixer l'attention du médecin, M. Bonnet espère avoir trouvé la solution de quelques-unes de ces difficultés; et les recherches qu'il pu-

blie à ce sujet sont jetées dans un grand cadre qui contient à peu près tout ce que l'on sait sur les fièvres intermittentes. Parmi les points qui l'ont le plus spécialement occupé, ceux auxquels il attache le plus d'importance, sont l'identité des fièvres intermittentes et des fièvres continues, et ensuite la nature et le siége de ces maladies.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ces discussions; il nous faudrait énumérer toutes les raisons qu'il apporte ici à l'appui de son opinion, et, dans les cas où nous ne serions pas convaincus, les combattre une à une, ce qui dépasserait les limites que nous nous sommes imposées. Au reste, partout dans ces discussions l'auteur a fait preuve d'érudition, d'une bonne logique et de vastes connaissances pratiques. Peut-être cependant n'a-t-il pas constamment examiné le sujet dont il s'occupait dans toute son étendue. Ainsi, à l'occasion de l'identité des fièvres intermittentes et des fièvres continues, identité qui est rejetée par la plupart des médecins, et que nous-mêmes nous sommes loin d'admettre, peut-être pourrait-on lui reprocher de s'être borné presque exclusivement à réfuter les opinions du docteur Bailly. L'ouvrage du docteur Bailly, auquel nous nous plaisons à rendre ici justice, est certainement le plus remarquable qui ait été publié jusqu'ici sur la fièvre intermittente. De long-temps on ne pourra écrire quelques pages sur ce sujet sans emprunter des matériaux à son *Traité des fièvres intermittentes*; mais peut-être M. Bonnet a-t-il exagéré l'importance de ce travail. D'ailleurs, depuis dix ans qu'il a été publié, on a fait bien des recherches, parmi lesquelles nous citerons spécialement celles de MM. Louis, Chomel et Genest sur les fièvres continues, qui pour nous ont tranché d'une manière négative cette question d'identité, et auxquelles M. Bonnet ne nous paraît pas avoir accordé toute l'importance qu'elles méritent. Il suffit, par exemple, de mettre en regard quelques pages du traité de M. Bailly et des *Leçons cliniques sur la fièvre typhoïde*, pour reconnaître combien sont différentes les lésions que l'on rencontre chez les sujets qui ont succombé à ces deux maladies.

Le siége des fièvres intermittentes, sur lequel déjà tant de discussions ont été élevées, serait, d'après M. Bonnet, dans le cœur, et ces maladies consisteraient, lorsqu'elles sont à l'état simple, tantôt dans une irritation qui n'occuperait que ce viscère, tantôt dans une irritation simultanée du cœur et de ses dépendances. Cette opinion se rapproche assez de celle émise dernièrement par M. Bouillaud; mais déjà M. Bonnet l'avait publiée dès 1830. L'auteur entre à l'occasion de cette discussion sur le siége et la nature de la maladie, dans des développemens qu'on lira avec intérêt dans l'ouvrage lui-même; nous en dirons autant des pages où il traite de la cause de l'intermittence, de la périodicité des accès et de l'action des causes, qu'il ne borne pas seulement, comme le font la plupart des auteurs, aux miasmes marécageux. L'article du traitement est amplement traité, et se termine par un formulaire où sont réunies la plupart des prescriptions qui ont été en honneur, et le sont encore, dans le traitement des fièvres intermittentes.

Enfin, nous terminerons cette notice en rappelant que le travail de M. Bonnet est un traité complet des fièvres intermittentes, dont toutes les parties sont traitées avec autant d'étendue qu'on peut le désirer; qu'il expose assez bien l'état actuel de la science sur ce sujet important, et qu'il nous offre une bonne monographie de la fièvre intermittente.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA.

— Saint-Chamas, où le choléra paraissait prêt à s'éteindre, a vu, dans la journée du 2 juillet, deux cas et deux décès; un autre cas a été signalé le 3, mais on n'annonce pas de nouveaux décès.

— Une lettre de Toulon, 6 juillet, transmet les informations suivantes:

« Je vous disais, il y a quelques jours, que le choléra faisait assez de ravages dans notre ville. Hélas! ce n'était rien, ou du moins c'était peu de chose; mais, depuis avant-hier, la violence de cet horrible fléau est au-dessus de toute expression, et la consternation est partout. Nos rues sont désertes, les magasins sont fermés. Je ne crois pas exagérer en vous disant que Toulon ne compte pas 10,000 habitans en ce moment, et cependant sa population ordinaire est de 35,000 ames environ.

La ville et la campagne ont été couvertes pendant quatre jours par un épais brouillard; on n'en avait jamais vu ici dans cette saison: il s'est dissipé hier, et, en ce moment, le temps est à l'orage.

Tous les menuisiers et les charpentiers qui se trouvent en ville ont été requis pour confectionner des cercueils; leurs ateliers sont constamment encombrés de personnes qui se disputent ces objets.

Les rues sont parcourues par de nombreux porteurs qui ramassent les personnes atteintes et les transportent dans les divers hospices. Les atteintes du choléra sont si violentes que celui qui en est atteint dans la rue tombe à l'instant même.

D'après le bulletin que l'autorité a fait afficher aujourd'hui à midi, le nombre des cas, depuis hier à la même heure, aurait été de 73 et celui des décès de 70.

— Voici les détails, en date du 7, que donne de son côté la *Gazette du Midi*:

« Nos rues sont désertes; les magasins fermés. Les menuisiers qui n'ont pas quitté la ville ne peuvent suffire à fabriquer les cercueils; les parens ou amis des morts doivent mettre eux-mêmes la main à l'œuvre, trop heureux s'ils en étaient quittes pour quelques coups de marteau ou de scie; mais ils sont obligés souvent de faire le coup de poing pour ne pas se voir enlever de force le triste ouvrage qu'ils ont payé dix fois sa valeur. Les prêtres ne peuvent suffire aux convois funèbres, et là encore les parens et les amis doivent transporter les dépouilles mortelles de leurs amis et de leurs proches, et creuser les fosses de leurs propres mains pour ne pas laisser ces restes chéris à l'abandon.

Le préfet maritime a été obligé de mettre à la disposition de la mairie un nombre de condamnés suffisant pour creuser des tranchées; et, de son côté, le général a autorisé des militaires à travailler pour la confection des caisses en bois, par suite de plaintes qui s'élevaient à cause du manque de caisses pour les décédés, et à cause du séjour dans le cimetière de plusieurs cadavres qui ne pouvaient être enterrés.

Le nombre des cas nouveaux, dans les journées du 5, du 6 et du 7, a été de 62, 73 et 79, et celui des décès de 54, 70 et 71. Le nombre total de cas depuis l'invasion est de 446, et celui des décès de 289.

La désertion est effrayante et complète. Vous ne me croirez pas peut-être, et cependant l'opinion générale est qu'il ne reste pas plus de six mille ames dans la ville. »

On écrit de Marseille, 8 juillet:

L'affluence des Toulonnais qui se réfugient à Marseille est immense. Les voitures publiques sont retenues des semaines entières à l'avance, et un grand nombre de fuyards arrivent à pied dans le dénuement le plus complet.

Le bruit s'est répandu que deux personnes de Toulon ont été atteintes du choléra dès leur arrivée à Marseille.

Du reste, rien n'indique jusqu'à présent que le choléra doive revenir à Marseille, et ce qui prouverait bien plutôt que nous n'avons plus à craindre ses ravages, c'est que plusieurs cholérines, probablement dues à l'influence épidémique des pays circonvoisins, ont été guéries par les remèdes les plus simples.

— Il y a eu 61 nouveaux cas de choléra à Toulon le 9 juillet. Le nombre des décès s'est élevé, le même jour, à 67.

— Le choléra s'est déclaré à Villeneuve, arrondissement d'Avignon.

— Sur la demande de M. le ministre du commerce et des travaux publics, l'Académie royale de médecine vient de nommer une commission composée de MM. Cornac, Boulay et Manry, pour examiner une nouvelle source d'eau sulfureuse découverte récemment à Enghien, par M. le docteur Bouland, directeur de l'établissement des bains. Cette source, beaucoup plus abondante que les anciennes, paraît devoir donner un grand développement à l'établissement d'Enghien. Elle produit à elle seule assez d'eau en 24 heures pour 209 bains, et l'eau paraît jouir de propriétés plus actives que celles des premières sources. Cette découverte prépare de nouveaux et puissans moyens de guérir ou aux nombreux malades qui étaient obligés jusqu'ici d'aller chercher les eaux sulfureuses dans les Pyrénées.

— *Rapport et discussions à l'Académie royale de médecine, sur la taille et la lithotritie*, suivis de lettres sur le même sujet, par MM. Delmas, Souberbielle, Rochoux, Civiale, Velpeau. In-8° de 194 pages. 3 fr. 50 c. A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

— *Traité clinique des maladies du cœur*, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe, par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 2 forts volumes in-8° avec deux planches gravées. 15 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 13 bis.

— *Traité élémentaire d'anatomie comparée*, suivi de recherches d'anatomie philosophique ou transcendante sur les parties primaires du système nerveux et du squelette intérieur et extérieur, et accompagné d'un atlas de 31 pl. in 4° gravées par C.-G. Carus, conseiller et médecin du roi de Saxe, etc.; traduit de l'allemand sur la seconde édition, et précédé d'une esquisse historique et bibliographique sur l'anatomie comparée, par A.-J. L. Jourdan, membre de l'Académie royale de médecine. Cet ouvrage se compose de 3 forts volumes in-8° et d'un atlas de 31 pl. grand in-4° gravées. Prix 24 fr. A Paris, à la librairie de J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 30. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 25 JUILLET 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU DEUTOXIDE DE MERCURE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES AVEC ALTÉRATION DES HUMEURS, ET NOTAMMENT DANS CELUI DES FIÈVRES TYPHOÏDES, par M. Archambault-Reverdy, secrétaire-général de la société médicale de Tours (1).

En intitulant ainsi l'article que je me propose de consacrer à l'emploi du deutoxide de mercure dans le traitement des affections putrides, j'ai pour but d'indiquer clairement les doctrines que j'y veux professer. Croyant depuis long-temps à l'altération primitive du sang dans une foule de maladies et notamment dans la fièvre typhoïde, j'ai dû chercher à découvrir un moyen capable d'annihiler les propriétés délétères que ce fluide peut contracter par son mélange avec certains miasmes, produits des décompositions morbifères qui se font autour de nous.

Est-il un praticien aujourd'hui qui hésite à attribuer la fétidité des exerétions qui s'opèrent pendant la durée des affections putrides, et surtout la teinte noire qu'offrent les différens tissus plus spécialement atteints, à une altération quelconque du sang? Il n'est plus possible en effet de rejeter cette conséquence, maintenant que les expériences de Rossi ont prouvé que ce liquide, chez les sujets affectés de fièvres graves, avait des caractères électriques différens de ceux qui sont propres au sang dans l'état normal; et que l'analyse chimique a mis hors de doute les changemens notables qu'on découvre dans la composition de ce liquide, soit dans la proportion, soit dans le changement de nature des élémens qui le constituent. Cette différence d'agrégation moléculaire, toujours remarquée dans le sang des malades atteints d'une affection putride, qu'elle soit due à des affinités chimiques nouvelles, opérées en lui par l'addition de certains miasmes fermentescibles, ou bien à un affaiblissement des forces vitales, qui, faisant pencher la balance du côté des lois physiques, n'opposent plus qu'une barrière insuffisante au mouvement intestin qui tend incessamment à le décomposer; pour nous, l'indication à remplir n'en est pas moins évidente; car, dans l'une comme dans l'autre de ces suppositions, nous ne devons avoir qu'un but, c'est d'empêcher cette *dissociation* des parties constituantes du sang. Qu'on y arrive en neutralisant le toxique qui en altère la composition, ou bien en resserrant les liens qui, dans l'état normal, rendent ses molécules plus ou moins réfractaires aux lois qui régissent la matière inorganique, toujours est-il qu'en agissant d'abord sur le sang, on

(1) Nous empruntons cet excellent travail au *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, l'une des publications périodiques qui concourent le mieux à propager dans les départemens les saines doctrines médicales.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Vous avez vu, mon cher confrère, annoncer dans tous les journaux que la Faculte de médecine venait de demander officiellement au ministre de l'instruction publique le rétablissement de la chaire d'histoire de la médecine et de bibliographie medicale, supprimée par l'ordonnance illégale du 24 novembre 1822. Le fait n'est pas entièrement faux, il est seulement un peu exagéré. Il est vrai qu'une demande a été faite et qu'elle a été signée d'un bon nombre de professeurs, mais elle n'a pas été faite par la Faculte ni en son nom. C'est une simple pétition individuelle dans laquelle les professeurs signataires ne figurent également que comme individus; elle n'a pas ete redigée et formulee, mais seulement apostillée par eux. Cette pièce n'a donc aucun caractère officiel. Je ne sais même pas jusqu'à quel point une demande de ce genre aurait été régulière. En fait, la Faculté n'est pour rien en ceci.

Quoique purement individuelle, cette demande, hâtons-nous de le dire, n'en est pas moins fort raisonnable, et nous devons remercier ceux qui, par une raison ou par une autre, ont pris l'initiative. Nous ne doutons pas, en effet, que cette chaire ne fût une institution très-utile dans l'ecole de Paris. Seulement nous avons, pour l'approuver, des raisons différentes de celles qu'on a mises en avant et sur lesquelles nous desirons appeler votre attention. Les partisans de cette institution se fondent principalement sur la necessité des etudes historiques en général pour le progrès des sciences. Ils disent très-bien que la medecine n'est pas née d'hier, que la connaissance des travaux des siecles qui nous ont précédés est une préparation indispensable à nos propres recherches; que négliger l'histoire, c'est se priver volontairement de l'expérience du passé, ou plutôt même renoncer implicitement à l'autorite de l'experience, puisque toute expérience, la nôtre comme celle de nos pères, est du domaine de l'histoire; et ils en concluent que rien ne serait plus profitable pour la jeunesse médicale, qu'un cours spécial de l'histoire de l'art.

Je ne prétends pas contester la justesse de ces remarques générales touchant l'utilité de l'histoire; je conviens en outre que la chaire en question serait utile et profitable; seulement il me semble que cette utilite ne consiste pas seulement dans les connaissances historiques que les élèves pourraient recevoir immediatement de cet enseignement. Les résultats directs et immédiats de cette chaire seraient en effet d'une très-petite importance et à peine perceptibles. Il est même très-probable que ce cours serait fort peu suivi, à moins que le hasard ou le con-

cherche à conserver à ce liquide les propriétés qui le rendent apte à l'entretien de la vie.

Comme l'oxide rouge de mercure nous paraît de nature à remplir convenablement cette indication capitale, nous le proposons avec confiance, parce qu'il nous semble propre, si non à arrêter indéfiniment, au moins à retarder bien sensiblement les mouvemens de décomposition vitale et de recomposition chimique qui peuvent se développer en lui.

Ces explications données, il ne me reste plus qu'à indiquer comment je suis arrivé à connaître l'efficacité de l'oxide rouge de mercure, dans le traitement des affections typhoïdes; et d'abord je m'empresse de déclarer que l'honneur de la découverte revient de droit à *Valli*. C'est ce savant médecin qui a conçu le premier l'idée d'empêcher la *décomposition des humeurs* par l'emploi du deutoxide de mercure. Je rapporte ici sans commentaire la pensée de cet illustre expérimentateur. Cette propriété anti-putride d'une substance jusqu'alors écartée avec soin de la liste des médicamens intérieurs, lui avait été dévoilée par les résultats constans d'une foule d'expériences tentées avec le dessein d'enrayer la fermentation septique, soit dans des liquides contenant en dissolution une grande quantité de substances très-putrescibles de leur nature, soit dans des viandes exposées à l'action putrifiante d'un air chaud et humide!

Qui n'a pas entendu parler des bouillons gras du docteur *Valli*, liquides toujours si faciles à décomposer, et que cependant il gardait des mois entiers, purs et de très-bon goût, sous une température de 30 degrés, et dans l'atmosphère mal saine de *Mantoue*, foyer permanent d'infection? Pour arriver à ce résultat bien extraordinaire, il n'avait besoin cependant que d'ajouter une certaine quantité d'oxide rouge de mercure au bouillon dont il voulait empêcher la putréfaction.

C'est pourtant à cette conservation si futile en apparence, que nous devons l'importante découverte que nous faisons connaître en ce moment. Devenu médecin militaire, *Valli* ne pouvait pas manquer de rencontrer l'occasion d'appliquer son correctif au traitement des accidens putrides, qui compliquent ordinairement d'une manière si grave le cours des affections typhoïdes. En 1804, quelques cas isolés de fièvres adynamiques s'étant présentés à son observation, il s'empressa de leur opposer le deutoxide de mercure, et en obtint des résultats on ne peut pas plus satisfaisans. Dans cet état de choses, il attendait avec une sorte d'impatience excusable le moment où il pourrait enfin l'appliquer à un grand nombre de malades à la fois: il s'offrit à lui dans le printemps de 1806. A cette époque, le corps français stationné en *Istrie* ayant été atteint par une épidémie de fièvre typhoïde des plus graves, la confiance qu'on avait dans ses talens le fit appeler à la direction de l'hopital de *Capo-d'Istria*. Avant son arrivée, un praticien fort distingué avait fait de vains efforts pour arrêter les progrès du mal; rien n'avait réussi. Valli eût la gloire d'en triompher. En quelques jours tout changea de face, et la maladie fut domptée. Pour réussir en cette circonstance difficile, il n'employa cependant que deux remèdes nouveaux: le moxa et l'oxide rouge de mercure.

L'épidémie de *Capo-d'Istria* était une fièvre typhoïde avec prédominance des symptômes adynamiques ou putrides. La langue, chez le plus grand nombre des malades, était brune et sèche; les levres noires et fendillées; les dents fuligineuses; le pouls petit et irrégulier; la faiblesse extrême; les vésicatoires, appliqués en grand nombre, offraient tous des plaies profondes, recouvertes d'une production pseudo-membraneuse brunâtre, très-épaisse; le ventre était tendu et ballonné; les déjections noires et poisseuses.

Valli appliquait le moxa à la région de l'estomac, dans l'intention de relever les forces digestives profondément altérées; il donnait l'oxide rouge de mercure à l'intérieur pour s'opposer aux progrès de l'altération du sang, et l'appliquait à l'extérieur pour borner l'étendue des escarres gangréneuses. Sous l'influence de ce nouveau traitement, on vit bientôt les forces se relever, la langue rougir et s'humecter, les plaies des vésicatoires se déterger, les selles perdre de leur fétidité, et l'affection morbide essentielle ainsi débarrassée des symptômes putrides qui la compliquaient d'une manière si fâcheuse, marcher comme une fièvre rémittente ordinaire, vers une terminaison qu'on pouvait hâter très-sensiblement, en administrant le quinquina à doses élevées.

Deux-cent trente malades furent soumis à cette médication: 188 guérirent, 42 succombèrent, la plupart à des fièvres qui étaient trop avancées dans leur cours, lorsque Valli en prit la direction, pour qu'il fût possible d'obtenir une terminaison favorable. Je tiens de cet observateur, plein de bonne foi et de franchise, que constamment il arrêta les progrès des accidens adynamiques, en donnant l'oxide rouge de mercure. Dans les cas mêmes où la maladie ne fut pas vaincue, à cause du grand développement qu'avaient acquis les symptômes cérébraux, il n'en put pas moins constater, d'une manière certaine, l'influence salutaire de son correctif sur la marche des phénomènes adynamiques. Ainsi, tout en ne guérissant pas, l'oxide rouge de mercure n'en sauvait pas moins les malades des progrès d'une décomposition anticipée.

En 1807, Valli se trouvant à l'hôpital militaire de Trévise, eut une nouvelle occasion de constater les propriétés anti-putrides du deutoxide de mercure, dans une épidémie de fièvre typhoïde. Un succès non moins remarquable couronna ses efforts; car sur 108 malades soumis à son emploi, 90 guérirent, 18 succombèrent.

Entraîné par des succès aussi positifs, Valli conçut l'idée bien funeste d'essayer l'oxide rouge de mercure contre les symptômes adynamiques qui se rencontrent dans la fièvre jaune. N'ayant pu étudier le typhus ictérode de Livourne, il se décida à aller en Amérique. Retenu en Italie par les devoirs de sa profession, il ne put effectuer son fatal projet qu'en 1812. Tout le monde connaît le déplorable résultat. Valli est mort sans avoir pu mettre la main à l'œuvre, et la tombe a englouti, avec ce grand philantrope, le beau travail qu'il se proposait de publier sur l'oxide rouge de mercure, après en avoir de nouveau constaté les propriétés sous le ciel brûlant des Antilles.

Pour que la découverte ne soit pas entièrement perdue, et que de nouveaux expérimentateurs puissent à leur tour entrer dans la route ouverte par Valli, je crois devoir reproduire ici les opinions de ce médecin célèbre. Peut-être aurais-je dû les publier aussitôt que ma pratique particulière m'en eût confirmé la solidité; mais, je le dis sans détour, long-temps j'ai été retenu par la crainte de ne pas être entendu, surtout à l'époque où la médecine physiologique dominant tous les esprits, n'aurait pas manqué de frapper de ridicule les idées de *putrescence*, *d'altération primitive* des humeurs sur lesquelles Valli s'était appuyé pour mettre en crédit l'emploi du deutoxide de mercure. Maintenant que le charme sous lequel cette doctrine nous a tenus pendant quinze ans est en grande partie dissipé, et que l'humorisme a repris dans bien des têtes, près du solidisme, une place qu'il n'aurait pas dû perdre, je dois, pour l'acquit de ma conscience médicale, publier ce

---

cours ne nous fissent trouver pour professeur quelque talent supérieur assez brillant et assez original pour donner un grand éclat littéraire ou philosophique à ses leçons. L'érudition toute seule, c'est-à-dire la connaissance des textes grecs, latins et arabes, et une bonne mémoire bibliographique, ne suffisent point. Quelque érudit que fût ce professeur, il ne le serait pas beaucoup plus que Sprengel, et les neuf volumes de l'historien allemand remplaceront toujours très-avantageusement un cours d'histoire qui ne serait qu'historique et bibliographique. Les faits innombrables, compliqués, minutieux dont se compose l'histoire littéraire et bibliographique d'une science comme la médecine, sont d'ailleurs très-peu propres à fixer l'attention des élèves d'une manière soutenue, et tout enseignement qui s'adresse surtout à la mémoire, est de sa nature peu intéressant et peu profitable. Les livres sont une ressource bien plus sûre, bien plus commode, plus féconde, et partant préférable. L'intérêt d'un cours semblable, réduit à la seule érudition bibliographique, serait donc à peu près nul, et son influence immédiate comme enseignement, plus que problématique. Il ne pourrait, je le répète, être relevé que par une éloquence éclatante ou par une haute critique philosophique. Entre les mains d'un homme qui, à l'intelligence des doctrines, réunirait de solides connaissances pratiques et un esprit philosophique assez fort pour faire servir l'histoire du passé à celle du présent, mettant en présence tous les systèmes, toutes les idées, toutes les opinions, en agitant les problèmes éternels de la science médicale, et en rapprochant toutes les solutions qui en ont été successivement données, en ôtant aux erreurs modernes ce faux prestige de nouveauté qui les protége, et en montrant que, dans notre art, les vérités comme les erreurs sont d'une date assez ancienne; entre les mains de ce philosophe, dis-je, ce cours pourrait acquérir un intérêt général et actuel, et influer directement sur l'esprit de la jeunesse ainsi que sur la marche de la science. Mais ce philosophe, où est-il? Il ne faut pas raisonner sur une pareille hypothèse, ni juger ce cours sur ce qu'il pourrait être, mais sur ce qu'il sera et doit être le plus communément. Or, dans ces conditions normales, ce cours sera ce que le titre de son programme indique, un cours d'histoire et de bibliographie médicales plus ou moins savant, mais presque infailliblement ennuyeux, et d'un intérêt très-secondaire pour la presque universalité des élèves.

On peut remarquer en effet que, dans la Faculté de Paris, les cours théoriques sont peu suivis, tandis que les cours pratiques le sont beaucoup. La raison en est que, pour les matières qui sont le sujet des premiers, tels que la physiologie, la pathologie générale, etc., les livres suffisent, au lieu que pour les seconds, comme la chimie, l'anatomie, la clinique, il faut des maîtres.

Vous voyez donc que nous ne comptons pas beaucoup sur les résultats immédiats et directs de la chaire historique. Et sur ce point nous pensons que les partisans de cette institution se trompent sur sa véritable portée et son utilité réelle. Nous considérons cette utilité et cette portée sous un point de vue plus général.

Dans un enseignement à vastes proportions comme celui de l'université de Paris, l'absence d'une chaire historique de médecine est une véritable lacune. Cette chaire doit être établie à la Faculté de médecine, par la même raison qu'il existe à la Faculté des lettres des chaires d'arabe, de persan, de sanskrit, de chinois, de mantchou. On a déclamé contre ces chaires sous prétexte que ce sont des superfluités, des sinécures, des institutions parfaitement inutiles, puisque l'auditoire des professeurs ne se compose que de trois à quatre élèves, et qu'il est même tel cours indéfiniment suspendu par la mort ou l'absence d'un seul auditeur. Ces raisonnemens sont parfaits et inspirés par la sagesse même; mais ils ne prou-

que j'ai vu faire et ce que j'ai fait pour la constatation des propriétés médicamenteuses de cette substance énergique. C'est à dessein que je dis énergique, puisque cette épithète va me donner l'occasion de m'expliquer sur les prétendus dangers de son administration intérieure.

La première fois que je fis prendre l'oxide rouge de mercure, il me fallut l'autorité imposante de Valli pour surmonter les craintes qui assiégeaient mon esprit effrayé d'une semblable témérité. Donner en effet à l'intérieur un irritant aussi actif! Qu'on se rassure, l'expérience est là pour démontrer que, moins énergique dans son action première que le deuto-chlorure de mercure, il peut être ingéré à la dose d'un à deux grains toutes les deux heures, sans avoir à craindre aucun accident; car je ne qualifie pas ainsi les légères coliques, les nausées, et quelquefois les vomiturutions qui se montrent dans les premiers instans de son administration; encore moins les selles noires et poisseuses qu'il détermine fort souvent, et qui sont une conséquence de son action primitivement stimulante sur les voies digestives. Mais son efficacité ne se borne pas là : c'est surtout comme neutralisante des miasmes putrides que se décèle son action conservatrice des tissus vivans. C'est l'obtention de ce résultat qu'on doit surtout avoir en vue en l'administrant à l'intérieur. Les selles fétides qu'il occasionne bien souvent ne sont pas aussi sans résultat sur la curation du mal; toujours j'ai vu une amélioration notable les suivre immédiatement et déposer en leur faveur. Voyons maintenant jusqu'à quel point il a rempli entre mes mains les indications que je le suppose capable d'accomplir.

Mes premières observations datent de fort loin; car c'est dans l'hiver de 1809 que, pour la première fois, j'ai opposé le deutoxide de mercure aux progrès si sensibles de l'altération du sang dans les fièvres typhoïdes. Je soumis à cette époque 161 malades à l'emploi de ce médicament : 132 guérirent, 29 succombèrent par suite de l'intensité des phénomènes ataxiques. C'est dans l'hôpital de Trieste que ces observations ont été recueillies. Voici les principaux symptômes de l'épidémie de fièvre typhoïde que j'eus alors à traiter.

Chez tous les malades on rencontrait une stupeur plus ou moins prononcée; le pouls était petit et irrégulier; la face pâle et décomposée, les yeux ternes, l'air hébété; langue sèche et brune, lèvres noires et fendillées; dents fuligineuses; peau sèche et brûlante; ventre tendu et ballonné; déjections noires et fétides; prostration extrême des forces; décubitus dorsal; escarre gangréneuse au coccyx. Quant au délire, à la carphologie, et surtout à la mussitation, ces signes probables d'une vive irritation de l'encéphale, ou n'existaient pas, ou avaient fort peu d'intensité, au moins dans les cas où l'ox de rouge de mercure était administré : leur développement, et surtout leur prépondérance sur les symptômes de putridité étaient même des motifs suffisans pour me faire recourir de préférence à l'emploi des nervins et des diffusibles.

Pour savoir à quoi m'en tenir sur l'efficacité du deutoxide de mercure contre cette espèce de fièvre typhoïde, je l'administrais seul et le faisais prendre en pilules. Le malade buvait seulement de la limonade tartarique ou sulfurique. Dans quelques cas graves par leur typhoïdité, je joignis pourtant à son usage l'emploi des sinapismes et celui du musc, du camphre et de la valériane, dans la crainte de sacrifier la vie d'un malade à la fortune d'un médicament. Ainsi que je l'ai déjà fait observer, l'effet immédiat de l'oxide rouge était quelquefois d'exciter des nausées, des vomituritions, de légères coliques, et des selles plus ou moins fétides. Mais après l'emploi des premières doses, toute excitation cessait, et le médicament n'agissait plus que d'une manière insensible.

Je dois dire pourtant ici, et pour rendre hommage à la vérité, que, dans cinq ou six cas, je lui ai vu produire des salivations assez abondantes et assez difficiles à arrêter. Cette irritation locale s'est montrée sur des malades qui étaient constipés, et dont les glandes du cou avaient des dispositions à l'engorgement : mais ces salivations, loin d'être défavorables, amendaient presque toujours l'intensité de la maladie.

Sous l'action du deutoxide de mercure, ordinairement je voyais, du troisième au quatrième jour, la langue rougir et s'humecter; les lèvres se dépouiller de l'enduit noirâtre qui les recouvrait; les dents cesser d'être fuligineuses; les selles perdre de leur fétidité; les escarres gangréneuses se déterger; le pouls se relever; la pâleur de la face se dissiper; les yeux alors recouvraient leur éclat; la stupeur s'évanouissait, et une amélioration générale se montrait, sans qu'aucune crise, autre pourtant que quelques selles noires et poisseuses, fût venue donner la solution de ce problème pathologique.

Dans le cours de 1810 et 1811, je trouvai dans les hôpitaux militaires, où je fus successivement appelé, d'assez fréquentes occasions d'employer le deutoxide de mercure, et de me confirmer de plus en plus dans l'opinion que Valli avait eu une bien heureuse idée, en introduisant ce médicament dans la thérapeutique des affections putrides.

Rendu à la pratique civile, je n'en perdis pas pour cela le désir de m'éclairer de plus en plus sur l'opportunité de l'oxide rouge de mercure dans le traitement des maladies typhoïdes, ainsi que dans celui des affections gangréneuses; car Valli ne s'était pas borné à l'employer contre les progrès de l'altération du sang dans les fièvres adynamiques. Je connaissais aussi les succès qu'il en avait obtenus dans le traitement des pustules malignes, dans celui des gangrènes séniles et des bubons avec dégénérescence gangréneuse, qui s'étaient offerts à son observation depuis la découverte de ce correctif. Mes essais aussi ont eu pour objet la curation de la plupart de ces maladies. Si je n'en parle pas ici, c'est parce que je veux, simplifiant mon travail, n'arrêter l'attention que sur un seul sujet, sujet assez grave, d'ailleurs, pour lui donner quelque importance.

L'année 1813 ne m'ayant offert que quelques cas isolés de fièvre typhoïde, j'employai fort rarement le deutoxide de mercure. Mais en 1814 et lors que le typhus eut envahi tout le nord de la France, les occasions se présentèrent en grand nombre. A Amboise où je pratiquais alors, je pus soumettre, dans l'espace de quatre mois, 52 malades au traitement par l'oxide rouge de mercure; 38 guérirent, 14 succombèrent. Comme j'ai conservé les observations détaillées de ces différens malades, je vais choisir parmi les faits recueillis à cette époque, quatre des plus capables de donner une idée précise, et des indications que je parvenais à remplir avec ce médicament, et des effets qu'on est en droit d'attendre de son administration.

Obs. I.—Appelé, dans le mois de juin 1814, pour donner des soins à la femme d'un cloutier, nommé Lebeaupin, âgée de 57 ans, et malade depuis six jours d'une fièvre typhoïde grave, voici l'état dans lequel je la trouvai :

Stupeur très prononcée; face pâle; yeux ternis; langue brunâtre et sèche; lèvres noires et fendillées; dents fuligineuses; haleine fétide; respiration courte et précipitée; pouls petit et irrégulier; ventre tendu et ballonné; prostration extrême des forces; délire; décubitus dorsal; la malade avait eu dans la matinée plusieurs garderobes d'une extrême fétidité.

---

vent rien. La connaissance du mantchou est sans doute la plus inutile des choses inutiles, mais le sanskrit ne l'est pas moins, et le chinois tout autant; étendez encore cette exclusion, car vous en avez le droit, à l'arabe, au persan, à l'hébreu, et de proche en proche vous arriverez à supprimer toute la littérature orientale. Quant aux gens qui feraient volontiers ce sacrifice, nous n'avons rien à leur répondre, mais vous ni aucun de nos lecteurs, n'êtes dans ces dispositions réformatrices. Toutes les hautes études littéraires sont, dans ce sens étroit, des superfluités; mais ces superfluités, véritable luxe de l'esprit et de la civilisation, sont une nécessité pour toute nation qui prétend figurer avec quelque honneur sur la scène du monde. Il ne serait pas d'ailleurs difficile de prouver que ces choses, si inutiles en apparence, sont susceptibles, dans une foule de cas, d'applications positives et pratiques. Quand nous avons conquis Alger, par exemple, on a eu occasion d'expérimenter que l'étude des langues orientales n'était pas chose si futile, et que le collège de France pouvait rendre quelques services au pays, aussi bien que l'école des arts et métiers.

La chaire de médecine historique est donc utile au même titre que les chaires de langue et autres semblables de haute instruction; elle a sa place nécessaire dans le grand cadre de l'enseignement universitaire; elle ne sera guère plus fréquentée, et ne formera guère plus d'historiens et d'érudits que les autres ne fournissent d'orientalistes et de philologues; mais elle aura par son existence seule une action permanente, non sur l'esprit de tous, mais sur celui de quelques-uns, et cela suffit au but de son institution, qui est ou doit être de raviver et de soutenir le goût des études historiques médicales. La chaire instituée deviendra un objet de noble ambition. C'est une carrière de plus ouverte à la jeune génération, et plusieurs s'y jetteront. C'est là en effet le premier et le plus assuré résultat de ces institutions, de créer une spécialité et d'ouvrir des études qui sans elles n'auraient jamais été entreprises ni suivies. S'il n'y avait pas de chaires de langues de l'Asie, qui songerait à consacrer sa vie entière à des travaux improductifs, pénibles, et le plus souvent condamnés à une éternelle obscurité? La chaire d'histoire de la médecine participe un peu tout à la fois de l'inutilité pratique et de l'utilité spéculative des chaires de langues; on peut l'attaquer et la défendre à peu près par les mêmes motifs. Pour nous, son opportunité ne fait pas même question. Outre les avantages généraux dont nous venons de parler, elle aura pour résultat de mettre dans la direction un peu trop technique et trop matérielle de l'école médicale de Paris, un élément littéraire et spéculatif qui lui manque; elle ne cessera pas sans doute de conserver son caractère expérimental et pratique qui la distingue depuis près d'un siècle; mais serait-elle bien à plaindre si elle joignait à ce positif scientifique quelques rayons de cette belle culture littéraire dont brillent les universités d'Italie et d'Allemagne, et son ancienne rivale l'école de Montpellier?

Nous vous abandonnons ces remarques, qui, tout imparfaites qu'elles soient, suffisent pour vous faire connaître notre opinion sur ce sujet intéressant. Ayez la bonté d'y ajouter les développemens qui y manquent.

Jusqu'à présent le ministre n'a pas répondu à la pétition; mais il y répondra certainement, car la demande, pour n'être pas positivement officielle, a cependant un caractère tout-à-fait sérieux. On peut présumer même qu'elle n'aurait pas été appuyée du suffrage des professeurs, si on n'avait eu l'assurance que le gouvernement était disposé à l'accueillir favorablement. On croit que, sans s'expliquer péremptoirement, le ministre se contentera d'ajourner la décision jusqu'à la discussion du projet de loi générale sur l'organisation médicale. A cette époque,

Je ne pouvais pas hésiter ici à donner le deutoxide de mercure. Je le prescrivis, à la dose d'un grain toutes les deux heures, dans des pilules composées de deutoxide, 1 grain; poudre de guimauve, 3 grains; sirop de sucre, q. s.; limonade citrique pour boisson.

Deuxième jour du traitement, état à peu près le même. La malade a eu quelques nausées, de petites coliques et trois garderobes noires et fétides.

Troisième jour. moins de stupeur; la langue est humectée; les lèvres commencent à se dépouiller de l'enduit brunâtre qui les recouvrait; l'haleine est moins fétide; le pouls moins faible, moins irrégulier. (Deux garderobes.)

Quatrième jour, amélioration sensible; facies beaucoup meilleur; ventre moins tendu et moins douloureux; plusieurs selles bilieuses et sans fétidité. La malade peut se coucher sur les côtés. Augmentation de la dose du deutoxide de mercure; elle est portée à 1 grain et demi toutes les deux heures.

Cinquième et sixième jours, état de plus en plus satisfaisant. La langue est nettoyée; les lèvres sont vermeilles; le ventre n'est plus ni tendu ni douloureux; la peau est humide; les forces sont relevées; le cerveau est libre, seulement le pouls est irrégulier; fièvre le soir.

Septième et huitième jours, marche rapide vers la convalescence.

Le neuvième jour, on suspend l'usage des pilules, et afin d'arrêter les redoublemens fébriles du soir, on donne le quinquina en décoction.

Obs. II. — A la fin de septembre 1814, je visitai la femme d'un charpentier nommé Lemaître, âgée de 39 ans, et malade depuis cinq jours d'une fièvre typhoïde extrêmement grave. A ma première visite, je constatai l'état suivant :

Stupeur très-prononcée; face pâle; yeux ternes; air hébété; langue rouge et sèche; lèvres fendillées; vive douleur de tête; agitation extrême; mouvemens convulsifs des membres, surtout des supérieurs; pouls petit et accéléré; ventre tendu et douloureux à la plus légère pression; constipation opiniâtre; peau sèche et brûlante. Je prescrivis des boissons adoucissantes, des lavemens émolliens et des sinapismes aux jambes.

Le second jour. les accidens, bien loin de diminuer, ont acquis une nouvelle intensité; le délire, la carphologie sont très-prononcés; l'agitation est extrême; pouls petit et irrégulier; langue brune et sèche; lèvres et dents fuligineuses; fétidité de l'haleine; ventre tendu et douloureux. Une selle noire et poisseuse.

En présence des progrès qu'avait faits la *putridité*, je crus pouvoir donner l'oxide rouge de mercure, malgré l'intensité des phénomènes ataxiques. En conséquence, il fut prescrit à la dose d'un grain toutes les deux heures. Je joignis à son usage l'emploi d'une boisson légèrement stimulante. Afin de débarrasser l'encéphale, je fis poser des sinapismes aux cuisses.

Le troisième jour, état à peu près le même, quelques coliques et deux garderobes.

Le quatrième jour, persistance des accidens, point de garderobe. On porte la dose du deutoxide de mercure à un grain et demi toutes les deux heures

Le cinquième jour, les symptômes ataxiques ont toujours la même intensité. Seulement la langue est humectée; les lèvres ne sont plus noires; le ventre n'est plus aussi tendu ni aussi douloureux. Le facies est moins mauvais; l'haleine moins fétide; trois garderobes.

Le sixième jour, état aussi inquiétant.

Le septième et surtout le huitième jour, aggravation sensible. Les symptômes ataxiques ont pris une intensité vraiment alarmante, délire et mussitation continuels; carphologie; on ne contient qu'avec beaucoup de peine la malade dans son lit; et cependant la langue, les lèvres, sont dépouillées de l'enduit noirâtre qui les encroûtait; le ventre est moins tendu; les garderobes moins noires; toutes les excrétions, en un mot, sont moins fétides, et la malade est plus mal. Suspension du deutoxide de mercure. Croyant devoir agir sur le cerveau, je prescris le musc et le camphre à hautes doses, et fais appliquer de nouveaux sinapismes aux cuisses. Tentatives inutiles. La malade succombe le onzième jour du traitement, seizième de la maladie

Obs. III. — Au mois de mai 1814, je vis un sieur Fourneau, âgé de 63 ans, atteint depuis dix jours d'une fièvre typhoïde avec prédominance des accidens adynamiques. Il y avait bien un peu de stupeur, mais point de délire. La langue était brune et sèche; les lèvres noires et fendillées; les dents fuligineuses; le ventre tendu et douloureux; les selles fétides et noires; peau sèche et brûlante; prostration des forces; escarre gangréneuse au coccyx de la largeur d'une pièce de six francs. C'était le cas ou jamais de donner l'oxide rouge de mercure; aussi je m'empressai d'en prescrire l'usage à la dose d'un grain et demi toutes les deux heures. Je fis panser l'escarre avec une pommade où entrait le même médicament.

Dès le troisième jour de ce traitement, l'amélioration était sensible; l'altération putride qui était manifeste, surtout dans les produits des différentes sécrétions, paraissait moins intense et enrayée dans sa marche toujours envahissante jusqu'à ce moment.

Du quatrième au cinquième jour, la langue se dépouilla; le pouls reprit de la consistance et de la régularité; le ventre n'est plus aussi tendu; les selles assez nombreuses qu'a Fourneau ne sont ni noires ni fétides; la plaie coccygienne aussi marche vers une prompte cicatrisation.

Le dixième jour, le malade entre en convalescence.

Je ne multiplierai pas ici ces citations, dans la double crainte de fatiguer l'attention de mes lecteurs, et de donner trop d'étendue à mon travail; et afin même de l'abréger le plus possible, je ne rapporterai aucun des faits nombreux recueillis depuis 1815 jusqu'à cette époque, et qui tous n'attesteraient pas moins bien l'efficacité du deutoxide de mercure contre l'altération du sang. En m'exprimant ainsi, je ne veux pas dire pour cela que j'ai guéri tous les les malades à qui je l'ai fait prendre. Il a échoué bien des fois entre mes mains; si c'est échouer que de ne pas empêcher de mourir le malade, après avoir rempli l'indication pour laquelle on l'employait. Mais la conséquence que je veux en tirer est que, dans tous les cas où je m'en suis servi, il a presque constamment ralenti le mouvement de décomposition putride auquel je l'adressais; mouvement sensible à mes yeux, non-seulement par l'état des excrétions de plus en plus noires et fétides, mais encore par la cadavérisation successive des tissus les plus profondément atteints. Ordinairement j'ai vu, sous son influence, la langue se dépouiller et s'humecter; les selles perdre leur couleur brune et leur odeur fétide; le pouls se relever; le ventre diminuer de volume; les plaies des vésicatoires et les escarres gangréneuses marcher vers une prompte cicatrisation. Malgré le désir que j'ai d'être court, je ne puis passer sous silence l'avantage fort remarquable que m'a fait obtenir le deutoxide de mercure, dans une variole confluente du plus mauvais caractère.

Obs. IV. — Dans le mois de novembre dernier, je fus appelé rue de la Poissonnerie, n° 32, pour donner des soins à une demoiselle R..., atteinte d'une variole confluente, avec état adynamique. Voici ce que j'observai à ma première visite.

Tout le corps (et notamment la face) était recouvert d'une foule de pustules aplaties et brunes; l'haleine était fétide; la respiration gênée; la voix éteinte; pouls petit et irrégulier; langue noirâtre et sèche; lèvres et dents fuligineuses; ventre tendu et douloureux à la plus légère pression; prostration extrême des forces; délire; assoupissement très prononcé. Ce qui me frappa surtout, ce fut l'odeur infecte que répandait au loin le liquide brunâtre qui sortait des pustules à demi déchirées. Je fis mettre des sinapismes aux cuisses, et donnai le quinquina à hautes doses.

Le second jour de ce traitement, les accidens avaient encore plus d'intensité; tout le corps n'était plus qu'une vaste plaie d'un brun-noirâtre, répandant une odeur caractéristique de la décomposition putride.

Dans ce danger extrême, j'eus recours au deutoxide de mercure. Je l'administrai à la dose d'un grain et demi toutes les deux heures. Pour étancher la soif inextinguible qui tourmentait la malade, je donnai de la limonade citrique. Aucun autre médicament ne fut prescrit.

Pendant les trente six premières heures de ce traitement l'amélioration fut peu sensible; la malade eut cinq garderobes noires et poisseuses, et toujours pre-

dit on, plusieurs nouvelles chaires devant être instituées, celle de l'*histoire de la médecine* serait comprise dans le projet. En somme, tout porte à croire que les vœux des signataires et du public médical seront satisfaits, du moins pour cet objet.

A propos de cette chaire, il convient de vous dire quelques mots sur celle dont Dupuytren a voulu en mourant doter l'enseignement. Une ordonnance royale du 20 juillet en décrète l'institution, conformément à la volonté du testateur, sur un rapport du ministre de l'instruction publique. Tout en rendant hommage aux généreuses intentions de Dupuytren, on peut regretter qu'il ait attaché tant d'importance à l'anatomie pathologique; cette étude, pour avoir une véritable utilité, ne peut guère être isolée de la pathologie générale. L'institution d'une nouvelle clinique aurait peut-être mieux servi les besoins de l'enseignement médical.

Je ne sais si je dois vous entretenir du choléra-morbus de province. Les feuilles publiques ont dû vous tenir au courant de sa marche. Une observation, que l'ensemble des faits permet peut être déjà de faire, c'est que l'épidémie a été en général plus meurtrière dans les provinces du midi que dans celles du nord. Si les chiffres donnés successivement par les journaux des départemens sont exacts, la mortalité aurait été à Toulon de plus des deux tiers des malades, et le nombre des malades, proportionnellement à la population, d'une fois ou deux fois plus considérable que dans les autres villes de France. La ville d'Aix, qui n'a pas plus de 20,000 âmes, a eu, dans la journée du 20, 67 malades et 31 morts. A quoi attribuer cette intensité de la maladie dans ces contrées? on en accusera tout les vents, la chaleur, la malpropreté; ici la pluie, là la secheresse, ailleurs un brouillard; mais toutes ces explications, comme vous savez, n'expliquent rien. On prononce tous ces mots là comme celui de nerfs, quand on veut donner au malade une réponse qui le satisfasse quoique parfaitement inintelligible. Une cause un peu moins vague et plus appréciable peut être, c'est l'état moral de ces populations. La sensibilité physique et l'imagination des méridionaux ont été fort exagérées par la poésie; les âmes et les corps n'y sont pas entièrement composés de feu; mais il est certain qu'il y a à cet égard, entre la France du midi et celle du nord, des différences très-observables. Ainsi les chirurgiens provençaux qui assistent à Paris à des opérations, sont tout étonnés du sang-froid et de la tranquillité des patiens, accoutumés qu'ils sont aux cris, aux convulsions, aux larmes et à tous les signes de la plus violente perturbation chez les opérés méridionaux. Dans ces contrées on sent la douleur et le plaisir avec une extrême vivacité; on cherche l'une avec fureur, on redoute l'autre à l'excès. La terreur de la mort y est d'autant plus grande que la vie y est plus énergique; de là les qualités et les défauts de ces peuples. Les approches du choléra avaient déjà frappé les imaginations d'une terreur profonde avant qu'il éclatât; tous les esprits étaient tournés vers l'idée de l'émigration; on ne songeait nulle part à résister, mais à fuir, et cette disposition morale était déjà une cause essentiellement débilitante. Une circonstance particulière dans ces pays voisins de la Méditerranée, le souvenir des anciennes pestes et notamment de celle de 1720 qui dépeupla la Provence, contribuait à augmenter le découragement. Ce souvenir, conservé par la tradition, a toujours préoccupé vivement non-seulement le peuple, mais encore l'administration des villes. C'est à ces faits moraux qu'il faut peut-être attribuer les grands ravages du choléra. Le découragement, la terreur, ont d'abord été les puissantes causes prédisposantes; et les conséquences ultérieures de la peur, je veux dire, l'émigration en masse, a aggravé encore la situation. Les médecins eux-mêmes, avouons-le,

cédées de quelques petites coliques ; mais dès le troisième jour l'état de la langue était meilleur ; la couleur des pustules n'était plus aussi brune ; le liquide qui en découlait avait beaucoup perdu de sa fétidité ; le ventre était moins tendu ; les selles bilieuses ; facies meilleur ; peau légèrement humectée par une douce transpiration. L'état des forces était aussi plus satisfaisant ; le pouls moins irrégulier.

Le quatrième jour, amélioration beaucoup plus sensible ; la langue est complétement dépouillée et humide ; les lèvres et les dents ne sont plus fuligineuses ; l'haleine a perdu toute sa fétidité ; les pustules sèchent rapidement ; leur couleur n'est ni noire ni brune, mais de ce jaune opaque qui caractérise les croûtes d'une variole ordinaire.

Le dixième jour, entrée en convalescence.

Peut-on révoquer en doute ici les bons effets du deutoxide de mercure ? Sans son action conservatrice des solides et des fluides, où se serait arrêtée la décomposition putride, manifestée déjà par des produits qui ne laissaient aucun doute sur la nature de la cause qui les développait ?

Tels sont les faits sur lesquels je m'appuie pour proposer le deutoxide de mercure contre l'altération du sang, dans les maladies où les excrétions et l'aspect des tissus indiquent positivement l'existence d'un mouvement intestin qui tend à le décomposer.

Je n'entreprendrai pas de prouver ici cette altération primitive du sang contre laquelle je viens de proposer le deutoxide de mercure. Mais comment agit-il ? Est-ce en relevant l'énergie des forces vitales, si visiblement affaiblies dans les fièvres typhoïdes, qu'il s'oppose à la décomposition des fluides ? ou bien est-ce en neutralisant les qualités toxiques des corps étrangers qui sont mélangés avec le sang, qu'il parvient à mettre des bornes à l'empoisonnement miasmatique, opéré par cette addition morbifère ? Comme l'appréciation rigoureuse de son action immédiate, si difficile d'ailleurs à sortir du champ des hypothèses, n'ajouterait rien à son efficacité, je ne l'entreprendrai pas pour le moment.

Dans le doute où je laisse sur sa manière d'agir, les solidistes comme les humoristes pourront également l'employer. Les premiers, en raison de l'action primitivement irritante que l'oxide rouge développe sur les voies digestives, s'en serviront peut-être comme d'un stimulant propre à resserrer les liens de la vie, et à maintenir sous sa dépendance des fluides prêts à céder à des affinités chimiques qui en changeraient totalement la nature. Les seconds, convaincus que la cause des accidens est primitivement dans les humeurs, dont l'altération de plus en plus marquée a besoin de recevoir des bornes, l'emploieront comme un correctif de leur état anormal ; et si les uns ainsi que les autres arrivent au but, c'est-à-dire, à la révivification des fluides, il importe peu de savoir comment s'est opérée la chose ; l'essentiel est qu'elle se soit faite pour le plus grand bien des malades.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR DIVERS POINTS DE PATHOLOGIE ET DE PRATIQUE, par le docteur W. HENDERSON.

Parmi les sujets dont s'occupe l'auteur dans cette communication, trois seulement nous paraissent devoir être indiqués ici.

Péricardite rhumatisme.

Sous le titre de péricardite il rapporte une observation d'une maladie du cœur avec hypertrophie, dilatation et péricardite, survenue dans des circonstances assez notables pour que nous les indiquions en peu de mots. La femme qui fait le sujet de cette observation avait eu une affection rhumatismale d'une telle gravité qu'elle en avait presque complétement perdu l'usage des membres ; elle se termina cependant par un état de malaise et de fortes palpitations qui cessa aussi, mais laissa la malade sujette à une dyspnée et à de fortes palpitations, toutes les fois qu'elle prenait de l'exercice, montait un escalier. Un an après, les mêmes symptômes de maladie du cœur reparurent avec la même intensité et cédèrent aux saignées et aux vésicatoires. Au bout d'un an encore, retour des symptômes indiquant l'hypertrophie du cœur, qui disparurent, revinrent plusieurs fois encore, et à la fin entraînèrent la mort de la malade. A l'autopsie on trouva l'hypertrophie du cœur avec dilatation de ses cavités et adhérence d'une partie du péricarde.

L'auteur rapporte cette maladie à la métastase du rhumatisme sur l'organe central de la circulation, et à cette occasion il fait la réflexion suivante, que nous transcrivons ici. « C'est une chose remarquable, quoique l'observation en ait déjà été faite, que toutes les fois que le cœur a été compromis dans le cours d'une affection rhumatismale, cette maladie cesse, dans les attaques suivantes, de se porter sur des organes sans importance, et d'ordinaire choisit le cœur de préférence. »

Maladies de la valvule mitrale.

Il n'y a que peu de temps encore qu'on soutenait parmi nous que le bruit de soufflet était constamment un indice d'une altération des orifices du cœur. Aujourd'hui on a abandonné cette idée trop exclusive, et contre laquelle s'élevaient une foule de faits. L'observation rapportée ici conduit à la même conclusion ; car c'est l'histoire d'un sujet chez lequel on a trouvé l'orifice de la valvule mitrale rétrécie au point d'avoir moins de quatre lignes d'étendue, et cependant chez lequel on n'avait observé pendant la vie ni bruit de soufflet, ni bruit de râpe. Le cœur offrait une dilatation avec hypertrophie considérable ; cinq à six onces de sérosité étaient en outre dans le péricarde. L'auteur croit que la présence de la sérosité dans le péricarde peut suffire pour expliquer l'absence du signe ordinaire du rétrécissement des orifices du cœur, et il dit avoir déjà fait ailleurs la même remarque.

Emploi de la strychnine dans le traitement de l'amaurose.

L'auteur pense qu'il y a un moyen d'éviter les inconvéniens et même le danger qu'entraîne l'emploi de la strychnine, et qui en ont fait abandonner l'usage dans une foule de cas où l'on pourrait en obtenir d'heureux effets. Ce moyen c'est, pour les maladies des yeux, d'appliquer la strychnine à la surface même de l'œil. Voici la formule qu'il a adoptée pour cette modification de l'emploi de cette substance énergique :

Prenez :	Strychnine,	2 grains.
	Acide acétique étendu,	1 drachme.
	Eau distillée,	1 once.

ont eu peut-être quelque tort ; car la plupart n'ont pas hésité à conseiller la fuite. Mais comment une population entière peut-elle fuir ? quelques riches peuvent prendre la poste et se transporter à 200 lieues du foyer épidémique, mais la masse ne le peut pas. Conseiller la fuite, c'est donc organiser une déroute quand il s'agit d'une bataille, et s'attendre à un désastre plus grand que celui qu'on voulait éviter. C'est ce qui est arrivé à Toulon : la population qui n'a pu fuir, livrée au désespoir, a été plus que décimée dans la ville ; la masse des fuyards agglomérés dans les villages voisins, épars et rangés sur les grandes routes, sans secours, sans ressources, sous un soleil de 30 degrés, a été atteinte à son tour et horriblement ravagée par le fléau. Tels sont les résultats inévitables du désordre ; et ce désordre affligeant aurait pu être évité. Si la peur et les mauvais exemples sont contagieux, il en est de même du courage et des bons exemples. Dans ce pays, tout se fait par entraînement. Si les autorités et les classes élevées avaient, dès le début, montré de la fermeté, exhorté, encouragé le peuple, et fait preuve d'un dévouement actif, il est probable que cette désorganisation morale aurait été contenue, et qu'on aurait moins de malheurs à déplorer. Si le choléra s'étend en Italie, comme cela paraît inévitable, on verra le désastre de Toulon se reproduire sur une plus grande échelle, du moins nous le craignons. Déjà on annonce une émigration générale à Gênes.

Il y a trois manières de se conduire avec le choléra, la peste, et les fléaux de ce genre : se défendre avec ordre, avec sang-froid, avec prudence, et lutter courageusement ; c'est ce qu'on a fait généralement dans les provinces du nord de la France, et en Angleterre, et en Prusse : souffrir et mourir en silence sans fuir ni combattre, et attendre dans un calme stupide la fin de l'orage, c'est le système oriental et espagnol ; fuir au hasard et crier : *sauve qui peut*, c'est ce qu'on a vu à Toulon et aux Etats-Unis, ce qu'on verra peut-être en Italie. De ces trois systèmes de conduite, le premier est le meilleur, le dernier le pire ; le premier est celui de l'intelligence, du courage, de la science, des lumières, de la civilisation ; il est en même temps, comme c'est dans l'ordre, le plus utile et le plus honorable pour la nature humaine ; le second est celui de l'insensibilité, de l'ignorance, de la barbarie, il est dangereux et abrutissant. Le troisième est celui de la peur, de l'égoïsme, de l'aveuglement ; il est dégradant dans son principe et mortel dans ses effets.

En voilà assez pour aujourd'hui, mon cher confrère ; je comptais vous entretenir quelques instans d'un nouveau procès de responsabilité médicale, dans lequel les tribunaux normands ont derechef fait preuve d'une rare science chirurgicale ; comme c'est l'usage établi à présent, on a jugé le prétendu délinquant, sans vouloir consulter un jury médical dont il requérait lui-même l'intervention ; mais les détails en seraient trop longs à raconter, et sans les détails vous comprendriez mal l'affaire. Nous pourrons au reste y revenir.

— Nous rappelons aux auteurs qui voudraient concourir pour le *prix Monthyon* de la Faculté de médecine, que les mémoires doivent être déposés au secrétariat avant le 2 août prochain.

On verse une ou deux fois par jour quelques gouttes de cette solution sur l'œil malade, et l'on augmente la force de la solution avec la durée du traitement.

Employée de cette manière, la strychnine paraît aussi efficace qu'appliquée par la méthode endermique, et en outre elle n'a pas les mêmes inconvéniens. C'est surtout dans les cas où la vue n'est altérée que d'un seul côté que cette méthode paraît avoir eu du succès entre les mains de M. Henderson. Il dit aussi en avoir retiré d'heureux effets dans les cas où il y a à la surface de l'œil une tache ou un albugo qui intercepte les rayons lumineux. Dans un cas d'amaurose fort ancienne d'un seul œil avec une tache sur le milieu de la cornée de couleur verte, et qui, placée sur le champ de la vision, altérait singulièrement la forme des objets, une faible solution de strychnine, employée seulement pendant quinze jours, a beaucoup diminué le foncé de la couleur et l'étendue de la tache, en même temps que la forme des objets que le malade voyait encore lui semblait beaucoup moins altérée. Cependant cette maladie existait depuis bien des années, et aussitôt qu'on cessa l'usage du collyre, l'amélioration qui avait été obtenue disparut.

OBSERVATIONS PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, par F. SCOTT, D.-M.

Divers sujets sont encore traités dans cette communication, et de manière surtout à ne pouvoir être représentés par l'analyse. Nous ne les indiquerons donc que sommairement.

1° *De quelques variétés de céphalalgie intermittente.* Sous ce titre, l'auteur rapporte un petit nombre d'observations qui prouvent que ces céphalalgies se lient quelquefois à une affection rhumatismale existant précédemment, et que dans ces cas on peut employer avec beaucoup d'avantage les préparations d'antimoine et le sulfate de quinine.

2° *Des émotions morales comme cause et comme moyen de guérison de la maladie.* Quatre observations d'affection convulsive, d'inflammation des membranes cérébrales et de chorée amenées par des émotions morales, et une autre d'épilepsie guérie par la même cause, sont rapportées sans réflexion, et, bien qu'assez importantes en elles-mêmes, ne peuvent être analysées ici.

REMARQUES SUR LA CONGESTION ATONIQUE DU CERVEAU; par le docteur WADE, médecin du dispensaire général de Westminster.

On attribue ordinairement la congestion du cerveau à l'une des trois causes suivantes, ou l'augmentation de l'impulsion du cœur, comme dans l'hypertrophie des ventricules de cet organe; ou la diminution de son impulsion comme dans la dilatation de ses cavités; ou enfin à un état de pléthore générale. M. Wade admet encore une troisième cause de congestion et dont les principaux phénomènes lui paraissent dépendre de l'état de faiblesse des vaisseaux et des nerfs de cet organe. Il la désigne sous le dénomination de congestion atonique du cerveau.

Les symptômes qu'il présente comme les plus saillans de cette congestion sont une douleur sourde et un sentiment de pesanteur dans la tête ou les malades croient sentir quelque chose se briser. Il y a quelquefois de la stupeur, des étourdissemens surtout lorsqu'on baisse la tête ou qu'on se penche en avant. Il passe un léger nuage devant les yeux. Il y a des bruits dans les oreilles; une sensation de froid dans un des hémisphères seulement ou même des deux côtés; la figure est pâle, les pupilles sont très-dilatées et presque immobiles; il y a un accablement général. Dans les cas les plus graves la prostration est considérable, surtout dans les extrémités inférieures dont une est ordinairement plus faible que l'autre. Quelquefois même il y a hémiplégie, mais elle est rarement complète. La peau offre souvent une teinte jaunâtre; les pieds sont froids, le pouls toujours faible et ordinairement petit et accéléré, varie de 80 à 130. Il y a de la constipation et de l'anorexie. Cette forme de la congestion complique quelquefois l'anémie.

Les causes de cette maladie sont très-variées, ce sont toutes les circonstances qui peuvent amener la débilitation du sujet: tels qu'une mauvaise alimentation, des travaux de tête excessifs, les hémorrhagies, certains miasmes atmosphériques, la privation du soleil et du grand air pendant long-temps, les excès vénériens, etc. Toutes ces causes paraissent diminuer l'énergie du cerveau et ralentir la circulation cérébrale d'où résulte une pléthore veineuse.

L'auteur croit pouvoir conclure de la nature des causes qui déterminent cette forme de la congestion et des moyens qui la font disparaître que c'est surtout à l'atonie et à la diminution de l'action du cerveau.

A l'autopsie on trouve ordinairement les veines et les sinus du cerveau remplis de sang noir, un peu de sang épanché entre la pie-mère et l'arachnoïde, et quelquefois dans les ventricules.

Le traitement conseillé par M. Wade consiste spécialement dans l'emploi du calorique et des stimulans. Il applique le calorique au moyen du moxa qu'il considère comme très-propre à exciter la sensibilité du cerveau et à réveiller l'action du système vasculaire et absorbant. Il a adopté pour l'application du moxa la méthode conseillée par Boyle dans son ouvrage sur les contractions des articulations. Il le met à l'aide d'un tuyau qui lui permet de régler le degré de la chaleur qu'il veut déterminer suivant les sensations qu'éprouve le malade. Lorsque la maladie existe depuis long-temps il faut employer ce moyen avec une grande persévérance. Il dit avoir employé pendant plus d'une année deux ou deux cas, laissant graduellement de plus longs intervalles entre ses applications.

Il prescrit en outre de temps en temps un léger laxatif quelquefois une demi-drachme à une drachme de carbonate de fer trois fois par jour.

Le régime doit-être aussi nourrissant que l'état des organes digestifs pourra le permettre, et il recommande à ses malades de prendre un ou deux verres de vin après leur dîner suivant la méthode anglaise.

Cette courte anlyse du travail de M. Wade, suffira pour faire comprendre quels sont à peu près les cas auxquels peut convenir le nom qu'il donne à cette forme de la congestion cérébrale, et les moyens qu'il lui oppose. Cependant comme ces idées sont, nous dirions presque diamétralement opposées à celles qui sont généralement admises par les médecins français, et que nous pensons qu'elles peuvent-être très-utiles dans quelques cas, nous rapporterons l'une des observations qu'il a citées à l'appui de son mémoire.

OBS. — M. Onwhym, âgé de 20 ans, me consulte le 12 décembre 1831; il se plaint d'un sentiment de pesanteur à la tête, d'étourdissement et d'un état de stupeur qui reviennent quelquefois et augmentent lorsqu'il baisse la tête ou l'incline en avant. Il ne peut fixer son attention pendant plus d'une minute ou deux sur le même sujet; il a continuellement les pieds froids et est sujet à de fréquentes attaques de palpitations; le pouls est petit, faible et bat 76 fois par minute; les pupilles sont très-dilatées et restent presque sans mouvement sous l'influence d'une vive lumière. La langue est nette; il y a un peu de constipation. Deux moxas sont appliqués sur la tête; mais la chaleur n'est pas sentie au-delà de la peau.

Le 14 décembre, deux nouveaux moxas sont appliqués; les tégumens paraissent plus sensibles; la tête est moins lourde et les pupilles plus mobiles.

Le 15, le malade se plaint surtout d'étourdissemens; la chaleur pénètre plus avant, et la tête est presque complétement débarrassée. Le lendemain, le malade peut baisser la tête sans éprouver d'étourdissemens. On continue à appliquer les moxas chaque jour, jusqu'à ce que tous les symptômes de la maladie aient disparu. Le jeune malade part pour la campagne, n'éprouvant plus que de légers étourdissemens lor qu'il s'est livré à un trop fort exercice ou lorsqu'il a eu les pieds mouillés. J'ai appris qu'il a éprouvé depuis, quelques atteintes des symptômes graves pour lesquels je l'avais traité, mais que maintenant il jouit d'une parfaite santé.

OBS. II. — T. Davenish, âgé de 28 ans, me consulta le 4 juillet 1832. Depuis son enfance, il était sujet à de fréquentes attaques de céphalalgie. Il y a dix ans, il eut une fièvre, à la suite de laquelle il conserva une faiblesse paralytique générale; il marche avec des béquilles, et les mouvemens de l'extrémité inférieure du côté gauche sont plus embarrassés que ceux du côté droit. Lorsqu'il veut imprimer un mouvement à ses bras ou à ses mains, qu'il ne peut cependant porter jusqu'à sa bouche, il y éprouve un léger tremblement. Il se plaint beaucoup d'une forte douleur de tête avec pesanteur, et quelquefois même avec des élancemens très-aigus, et éprouve aussi des étourdissemens, surtout lorsqu'il regarde en haut, et un obscurcissement de la vue. Le pouls est à 120, petit et faible. On lui a souvent appliqué des ventouses, des vésicatoires et des sangsues, mais sans soulagement.

L'application de deux moxas sur la tête fait aussitôt tomber le pouls de 120 à 100, en même temps qu'il prend plus de force.

Le 5 juillet, deux nouveaux moxas sont appliqués, et le pouls, qui était à 104, tombe à 92. Pendant trois mois, on appliqua ainsi le moxa de temps en temps, et à la fin de ce temps il ne conservait plus ni céphalalgie ni étourdissemens, mais la paralysie des membres était restée la même. Je l'ai revu depuis, et il m'a dit qu'il n'avait éprouvé depuis la fin de son traitement ni douleur de tête ni étourdissemens.

Nous aurions voulu trouver dans le mémoire que nous venons d'analyser de plus amples détails sur les moxas dont se sert le docteur Wade, et sur la manière de les employer; mais il est très-probable que ces moxas sont beaucoup plus petits et qu'ils pénètrent moins profondément que ceux dont se servent communément les chirurgiens français pour activer leur combustion; l'auteur a le soin de les faire tremper dans une dissolution de nitrate de potasse et de les sécher ensuite. Quoi qu'il en soit, les observations qu'il rapporte démontrent qu'il ne suffit pas, comme on le croit trop communément, de tirer du sang dans les affections cérébrales. Il n'y a pas de doute pour nous que la saignée employée dans les cas signalés par le docteur Wade n'eût été suivie d'un soulagement immédiat, mais nous croyons aussi que ce dernier aurait été bientôt suivi d'un retour des mêmes symptômes, mais plus intenses et plus opiniâtres.

II. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

RECHERCHES SUR L'HYPERTROPHIE ET L'ATROPHIE DU CERVEAU, ainsi que sur le traitement du ramollissement de cet organe; par le docteur SIMS, médecin de l'infirmerie de Sainte-Marylebone.

Le mémoire du docteur Sims est divisé en trois parties, ainsi que l'indique le titre. Dans la première, consacrée à l'étude de l'hypertrophie, après avoir jeté un coup d'œil historique sur les travaux publiés sur cette partie de la pathologie, et avoir montré combien elle est restée en arrière, il donne la description détaillée des altérations morbides observées par lui dans quinze cas d'hypertrophie cérébrale, dans lesquels la mort fut amenée par différentes maladies et aux âges les plus variés, depuis l'enfance jusqu'à la décrépitude. Dans plusieurs cas, l'hypertrophie n'était que partielle, et était bornée ou à l'un des deux hémisphères, ou à certaines parties de la base, comme le corps strié, les couches optiques, etc.; mais dans douze cas elle était générale.

L'auteur, après avoir rapporté chaque cas avec détail, et l'avoir fait suivre de quelques réflexions pathologiques, arrive à la question du diagnostic de cette altération; et pour déterminer s'il est possible d'arriver chez le vivant à reconnaître si le cerveau est hypertrophié ou non, il présente deux tableaux, dont le premier offre le poids du cerveau chez 253 sujets, dont il a constaté et indiqué, dans des colonnes distinctes, le sexe, l'âge, la cause de la mort et les conditions pathologiques du cerveau, et chez lesquels on a trouvé des désordres ou altérations de diverses espèces. Le second tableau présente le poids de chacun des quatorze cerveaux que l'auteur a considérés comme étant dans un état d'intégrité parfaite, et dont les sujets sont morts à des âges différens, depuis 11 ans jusqu'à 69, de diverses maladies, mais non d'affections cérébrales.

M. Sims conclut du premier tableau qui, d'après les faits nombreux sur lesquels il repose, présente un document statistique d'une grande importance: 1° que la pesanteur moyenne du cerveau va en augmentant graduellement depuis 1 an jusqu'à 20; 2° qu'entre 20 et 30 ans, il y a une légère diminution dans cette pesanteur moyenne; 3° qu'ensuite elle va en augmentant et arrive à un maximum entre 40 et 50 ans; 4° qu'après 50 ans, le cerveau diminue graduellement de poids.

Le second tableau est destiné à démontrer que le cerveau à l'état sain offre peu de différence dans les mêmes conditions d'âge, de sexe, etc, le plus léger des quatorze cerveaux sains (hommes et femmes) pesant deux livres dix onces, et le plus lourd deux livres quinze onces. Enfin il présente une troisième série de seize cas dans lesquels le cerveau présentait une pesanteur anormale sans que cependant on pût le considérer comme étant hypertrophié. Les sujets appartenaient aux deux sexes, étaient d'âges différens et avaient succombé à des maladies différentes.

M. Sims passe ensuite à *l'atrophie du cerveau*, et après être entré dans d'assez longs détails sur les caractères anatomiques de l'atrophie générale ou partielle, comme la diminution du volume, du poids et de la forme arrondie de cet organe, son resserrement, l'épanchement séreux intersticiel, la flaccidité de la substance, l'absorption de la substance grise, l'épaississement du crâne, etc., il rapporte fort au long une observation où le cerveau lui a paru avoir éprouvé une diminution notable de volume, soit dans toute son étendue, soit seulement en quelques points en particulier, et il termine cette partie de son mémoire par une série de conclusions dont nous allons reproduire les plus importantes.

1° L'hypertrophie cérébrale se lie constamment à des attaques d'apoplexie, et quand une légère congestion sanguine ou un épanchement de sang, même très-peu abondant, s'opèrent dans un cerveau hypertrophié, ils déterminent des phénomènes extrêmement graves et même la mort.

2° Une maladie organique des viscères thoraciques très-étendue peut déterminer le développement de l'hypertrophie du cerveau.

3° La mort subite est quelquefois le résultat d'une apoplexie simple causée par un développement extraordinaire du cerveau.

4° L'hypertrophie du cerveau se termine souvent par le ramollissement inflammatoire, soit aigu, soit chronique, de cet organe.

5° Dans l'atrophie du cerveau, l'espace laissé libre par la diminution de la masse cérébrale est rempli, soit par un épanchement séreux, soit par un dépôt de matière osseuse à la surface de la table interne des os du crâne.

Le ramollissement du cerveau est-il susceptible de guérir? Telle est a question sur laquelle les pathologistes sont divisés, quoique cependant penchant plutôt pour une réponse négative que vers la possibilité de la guérison. M. Sims pense au contraire que cette maladie est susceptible de s'arrêter, de rétrograder et même de se terminer par la guérison. Voici quels sont selon lui les caractères anatomiques auxquels on peut reconnaître qu'un ramollissement cérébral marche vers la guérison. Le ramollissement rouge peut être considéré comme guéri ou au moins comme en voie de guérison lorsqu'on trouve dans la substance grise un dépôt de couleur brune coïncidant avec l'atrophie de la partie. Quant au ramollissement blanc, il se manifeste par de petites cavités à parois très-nettes dans la substance blanche, et quelquefois dans la substance grise voisine, et plus particulièrement dans les corps striés et par de nombreuses cavités, tapissées de membranes séreuses et remplie d'un fluide séreux. Il considère encore comme étant un retour du ramollissement blanc vers l'état normal, cette condition du cerveau dans laquelle il ressemble assez à du pain frais ou à du fromage à la crême et où l'on trouve de petites masses d'induration dans la substance blanche, ou même cette substance complétement indurée. Il rapporte ensuite neuf cas terminés par la mort et suivis de l'autopsie, recueillis chez des sujets de divers âges et de sexes différens, chez lesquels il a constaté la suspension ou la guérison du ramollissement cérébral; et il démontre par la comparaison de ces différens cas qu'en même temps que le ramollissement s'effaçait pour faire place à une condition plus rapprochée de l'état normal, on observait chez le sujet un changement correspondant dans la marche des phénomènes morbides et spécialement de la paralysie.

DES RAPPORTS DE L'APOPLEXIE ET DE LA PARALYSIE AVEC LES MALADIES ORGANIQUES DU COEUR, par le docteur HOPE.

Les recherches des pathologistes modernes ont complétement démontré qu'il existe souvent des rapports de causalité entre l'apoplexie cérébrale et l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Cependant M. Hope croit que cette influence se rencontre encore beaucoup plus fréquemment que ne le croient non-seulement la plupart des médecins, mais même ceux qui se sont le plus occupés de cette étude. Pénétré de cette idée, il résolut de faire sur ce sujet des recherches spéciales, que sa position médicale (médecin de l'infirmerie de Saint-Mary-le-Bone) a singulièrement favorisées.

Du 12 décembre 1832 à la même époque 1834, 42 malades, morts à la suite d'attaques d'apoplexie, ont été ouverts à l'infirmerie de St.-Mary-le-Bone, et voici les résultats fournis par l'examen néeroscopique. Sur ces 42 sujets, 4 sont morts d'apoplexie et 2 d'épilepsie, au-dessous de 40 ans; 9 sont morts d'apoplexie et 1 d'épilepsie, entre 40 et 50 ans; 6 sont morts d'apoplexie de 50 ans à 60; 7 de 60 à 70; 11. de 70 à 80; 1 de 80 à 90 ans et 1 de 90 ans à 100.

Il résulterait donc de ce tableau, dit M. Hope, que les époques de la vie où l'apoplexie est le plus fréquente, sont de 40 à 50 ans, et de 70 à 80.

Il examine ensuite dans quelles proportions ces sujets ont présenté en même temps l'hypertrophie du cœur. Dans douze cas sur 42, le cœur était parfaitement sain; dans les trente autres il était altéré; ce qui, en prenant tous les âges collectivement, établit que l'affection du cœur existait chez cinq apoplectiques sur sept.

Recherchant ensuite les époques de la vie où l'hypertrophie du cœur a le plus fréquemment compliqué l'apoplexie mortelle, il trouve qu'au-dessus de 40 ans le cœur n'était malade que dans deux cas sur sept; entre 40 et 50, il l'était huit fois sur neuf, augmentation remarquable; entre 50 et 60 il ne l'était plus que quatre fois sur six; entre 60 et 70, la proportion était encore moindre, le cœur n'était hypertrophié que trois fois sur sept; et au contraire, de 70 à 80, il l'était dix fois sur onze. Il semblerait donc, d'après ces résultats, que les époques de la vie où l'apoplexie mortelle est le plus fréquente, sont aussi celles où elle est le plus souvent compliquée d'hypertrophie du cœur, c'est-à-dire de 40 à 50, et ensuite de 70 à 80.

Si la moyenne du nombre des sujets mâles apoplectiques qui avaient une hypertrophie du cœur, est, pour tous les âges pris ensemble, de 6 sur 7, elle devient beaucoup plus forte si on se borne aux âges de 40 à 50 ans, et de 70 à 80; car alors, au lieu de cinq sur sept sujets, c'est neuf sur dix.

Une autre considération importante, c'est que, sur les dix cas observés de 70 à 80 ans, il y avait ossification des valvules d'un sujet, tandis que cette même altération était rare entre 40 et 50 ans, et que l'hypertrophie ou l'altération du tissu musculaire était beaucoup plus fréquente. On peut donc conclure de ce dernier résultat et d'une manière générale, que c'est l'altération musculaire du cœur qui cause l'apoplexie à la première époque de la vie où elle est le plus fréquente,

et que pendant la seconde période, c'est surtout l'ossification des valvules qui paraît la cause prédomioante.

M. Hope va encore plus loin, et se demande pourquoi l'altération du tissu musculaire du cœur occasione si souvent une apoplexie mortelle entre les âges de 40 et de 5n ans. L'histoire de ces altérations, dit-il, nous fournit une explication satisfaisante. Cette maladie n'arrive que lentement, au moins le plus souvent, à une terminaison funeste; elle commence ordinairement d'une manière insidieuse, et ne s'avance que lentement; elle subsiste souvent pendant dix ou vingt ans avant d'amener un résultat funeste; et comme c'est habituellement de l'âge de 25 à 40 ans que la cause de cette affection du tissu musculaire commence à agir, et qu'elle est activée par une foule de circonstances que nous n'avons pas besoin de rappeler avec l'auteur, nous ne devons pas être surpris que les germes de destruction semés pendant cette période portent leurs fruits pendant la période suivante, c'est-à-dire de 40 à 5n ans.

Passant ensuite à l'examen de la même question pour l'âge de 70 ans à 80, il se demande pourquoi à cette époque de la vie l'ossification du cœur détermine si fréquemment des attaques d'apoplexie funestes. M. Hope répond que ce n'est que vers l'âge de 6n ans que la tendance à l'ossification, qui caractérise l'âge avancé, commence à exercer une influence active. De 60 à 70 ans, elle fait des progrès en silence, et c'est après cet âge, c'est-à dire entre 70 et 80, qu'elle produit ses funestes effets; effets qui, sans aucun doute, sont aidés de l'affaiblissement général des forces de la circulation qu'entraîne la décadence de toute l'économie.

Un certain nombre de cerveaux de ces 42 sujets offraient plusieurs caillots apoplectiques en voie d'absorption, et qui correspondaient avec le nombre et les époques des attaques d'apoplexie ou de paralysie qui avaient précédé la dernière. Dans un de ces cas, on ne trouva pas moins de trois caillots, et deux cavités qui correspondaient avec cinq attaques d'apoplexie que le malade avait éprouvées pendant les huit dernières années de son existence.

Les faits que nous venons de signaler sont déjà fort importans par eux-mêmes et par la liaison qu'ils établissent, d'une manière plus évidente qu'elle ne l'avait encore été, entre de simples résultats d'anatomie pathologique et la succession naturelle des divers phénomènes morbides; mais M. Hope croit que leur connaissance aura encore de plus une utilité réelle sous le rapport pratique, et que leur connaissance pourra contribuer à diminuer la mortalité de cette funeste maladie. A une époque peu éloignée de nous, et où les maladies n'étaient reconnues que dans leur dernière période, on ne pouvait mettre le cerveau à l'abri de leur funeste influence; bien plus même, le mode de traitement qui était adopté était souvent le plus funeste que l'on pût conseiller. Par exemple, une personne douée d'une constitution que l'on appelle apoplectique, mais atteinte en même temps d'une hypertrophie du cœur ignorée, se plaignant de céphalalgie, de plénitude de la tête, de bruits dans les oreilles, recevait le conseil de se livrer à un fort exercice, et le résultat était une attaque d'apoplexie. Un autre malade, atteint d'hypertrophie du cœur également ignorée, était sujet aux palpitations avec flatulence et acidité de l'estomac. On attribuait cet état à la dyspepsie; on lui conseillait l'exercice en plein air, et il ne tardait pas à éprouver une attaque d'apoplexie.

Un autre malade est languissant, affaibli, fatigué par le moindre exercice, et ne présente cependant aucun phénomène morbide très-tranché, comme on le voit souvent chez les femmes affectées de dilatation. On raille la malade sur son indolence; elle n'a besoin que de mouvement, d'exercice; elle essaie d'en prendre, et le cerveau ne tarde pas à éprouver les funestes effets de la distension de ses vaisseaux sanguins.

Il est donc raisonnable d'attendre de la connaissance des faits que nous venons de signaler, dit M. Hope, une diminution de la mortalité produite par l'apoplexie. Cette diminution sera surtout sensible pour les cas de cette maladie qui arrivent avant l'âge de 5n ans, puisque l'hypertrophie du cœur est l'une des maladies de cet organe qu'il est le plus facile d'arrêter. La diminution de la mortalité depuis l'âge de 70 ans jusqu'à 8n sera beaucoup moindre, parce que l'art ne possède aucun moyen de faire disparaître l'ossification. Cependant, même dans ces cas, on pourra, à l'aide de précautions convenables, diminuer considérablement la disposition à l'apoplexie et faire que la vie de l'individu qui est menacé de cette funeste maladie arrive cependant jusqu'à son terme normal.

OBSERVATION DE FRACTURE INCOMPLÈTE DES OS DE L'AVANT-BRAS, par George GULLIVER, membre du collége royal des chirurgiens, etc.

OBS. — Un enfant, nommé Cocburn, âgé d'environ 10 ans, jouissant d'une bonne santé, fit une chute dans les rochers de Bermude, et le poids du corps porta sur l'avant-bras. Il me fut amené presque immédiatement après; les deux os de l'avant-bras étaient courbés à angle obtus, la concavité de la courbure se présentant un peu au-dessous du milieu des muscles fléchisseurs. On apercevait en ce point un peu d'ecchymose; et l'on pouvait sentir une légère fissure transversale sur le radius, mais l'on ne découvrait sur le cubitus aucune solution de continuité. Il n'y avait aucune crépitation; et les fragmens du radius n'exécutaient aucun mouvement latéral l'un sur l'autre. La difformité fut corrigée en partie par l'emploi d'une force modérée et soutenue; mais pour rendre complétement aux os leur direction naturelle, il eût fallu recourir à un degré de violence qui aurait pu rendre la lésion plus grave et exposer à des suites fâcheuses.

On mit donc le membre dans des attelles et on exerça une pression constante, à l'aide de laquelle l'avant-bras fut ramené dans l'espace d'un mois à sa forme naturelle, bien que je me fusse aperçu que l'enfant enlevait de temps en temps son appareil, pour aller se baigner et nager avec ses camarades; exercice auquel il réussissait très-bien, malgré la courbure considérable que gardait encore le membre.

Environ six ou sept semaines après l'accident, un cal protubérant se montra à la face antérieure des deux os, vis-à-vis le lieu de la lésion qu'ils avaient soufferte.

Cette observation paraît être un exemple d'une fracture transversale bornée à une partie de la circonférence du radius, avec flexion de la portion de l'os restée intacte, et flexion du cylindre entier du cubitus. Plusieurs chirurgiens dont l'opinion fait autorité ont nié la possibilité de ce genre de lésion dans la diaphyse des os longs. « Quelle que soit, dit Boyer, la direction suivant laquelle un os est fracturé, la division s'étend toujours dans toute son épaisseur et il est entièrement séparé en deux parties; ainsi la distinction des fractures en complètes et en incomplètes, admise par plusieurs auteurs, n'est point fondée, puisque les os sont toujours entièrement cassés et qu'il n'arrive jamais que leur continuité soit conservée en partie. »

J'ai vu, dit M. Gulliver, une fracture incomplète du bassin chez un enfant, produite par le passage d'une roue de voiture. Dans le musée du collége des chirurgiens à Edimbourg, on conserve une rotule qui offre une fissure transversale sur sa face articulaire, sans aucune trace de fracture correspondante à sa surface externe; on ignore comment cette lésion est arrivée. Au reste, les fractures incomplètes des os plats sont assez connues pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en multiplier les exemples. Mais je présume que cette sorte de fracture doit être fort rare dans la diaphyse des os longs; car dans les nombreuses collections anatomiques que j'ai examinées, je n'en ai rencontré qu'un cas unique. Dans le Musée du collége du roi est une pièce trouvée sur un jeune sujet, présentant une fracture étendue transversalement dans une partie seulement de la circonférence du cubitus, et de là se prolongeant dans un espace de quelques pouces dans une direction longitudinale.

Le docteur Otto de Breslau nous apprend qu'il a vu une fracture incomplète des os des deux avant-bras chez un enfant de six ans; et bien que je ne sache pas que des cas de cette nature aient été publiés par des chirurgiens anglais, il paraît que cette sorte de lésion chez de jeunes sujets n'a point échappé à l'observation de M. Liston. Chaussier a donné l'histoire d'une fracture incomplète des côtes et du radius chez un adulte; et il est probable que les côtes et le radius des deux enfans dont Cheselden a rapporté la dissection dans son livre d'anatomie, étaient un autre exemple d'une semblable fracture.

DESCRIPTION D'UN ENTOZOAIRE MICROSCOPIQUE INFESTANT LES MUSCLES DU CORPS HUMAIN; MÉMOIRE LU A LA SOCIÉTÉ ZOOLOGIQUE par M. OWEN.

Bien que le travail de M. Owen ne touche que d'assez loin aux questions d'application pratiques qui nous préoccupent spécialement, toutefois la découverte d'un nouvel animal parasite dans le corps humain est assez importante pour que nous en donnions une histoire détaillée.

On connaît plus de quinze espèces différentes de parasites internes qui habitent le corps humain; mais aucun n'a été découvert avec des proportions si ténues et en nombre aussi considérable que celui dont il va être question. Plus d'une fois M. Wormald, démonstrateur d'anatomie à l'hôpital St-Barthélemy, avait remarqué que les muscles de certains cadavres étaient remplis de petites taches blanchâtres. M. Paget, étudiant au même hôpital, ayant rencontré cette disposition sur le cadavre d'un Italien, âgé de 45 ans, il pensa que ces taches étaient produites par la présence de petits entozoaires; et cette idée ayant été trouvée bien fondée, des portions de muscles furent mises à la disposition de M. Owen, qui fit sur elles les observations suivantes.

Avec une lentille d'un pouce de foyer, il reconnut que les taches blanches étaient des kistes de forme elliptique, ayant les extrémités en général amincies, allongées et plus opaques que le corps ou la portion intermédiaire du kyste, qui était suffisamment transparente pour permettre de voir un petit ver roulé sur lui-même et contenu dans l'intérieur. En séparant les faisceaux musculaires, on trouva que ces kystes adhéraient au tissu cullulaire ambiant par toute leur surface externe, d'une manière un peu lâche par leur portion renflée, mais plus fortement par leurs extrémités allongées. Mesurés au micromètre, ils offraient un 50e de pouce de diamètre longitudinal, et un 100e de pouce de diamètre transversal; quelques-uns étaient un peu plus volumineux; d'autres n'avaient que moitié de ces proportions. Ils étaient généralement disposés en rangées simples, parallèles aux fibres musculaires, à des intervalles qui variaient d'une demi-ligne à une ligne; mais quelquefois un gros kyste et un petit paraissaient attachés l'un à l'autre par une de leurs extrémités, et l'on en voyait même qui se recouvraient légèrement l'un à l'autre.

Une mince portion de muscle ayant été desséchée et placée dans du baume du Canada entre une lame de verre et une lame de talc, les kystes devinrent plus transparens et permirent d'examiner le ver intérieur d'une manière plus complète. Sous une lentille d'un demi-pouce de foyer, ce ver semblait occuper un espace circonscrit de forme plus allongée et plus régulièrement elliptique que le kyste extérieur, comme s'il eût été renfermé dans un petit kyste contenu lui-même dans le premier; il n'occupait pas plus d'un tiers de la cavité du kyste. Quelques-uns de ces kystes contenaient deux vers distincts; et M. Farr, qui a examiné ce sujet avec une grande attention, a montré le dessin d'un de ces kystes renfermant trois vers distincts, tous d'un volume à peu près égal. Dans quelques cas la terminaison d'une des extrémités du kyste a été trouvée dilatée, transparente, comme si une portion d'un grand kyste était prête à s'en séparer par un procédé de *gemmation*; et ces petits kystes non séparés étaient de différens volumes, et comme à des degrés différens de développement. M. Owen pense toutefois que cette disposition peut s'expliquer sans qu'il soit besoin d'admettre une vitalité indépendante pour chacun des kystes adhérens. Les parois des kystes sont composées de lamelles de tissu cellulaire condensées et serrées; mais quelquefois elles sont durcies par la déposition de quelques sels terreux, en sorte qu'elle résistent au scalpel, et qu'elles donnent au doigt qui les écrase la sensation de petit gravier sablonneux.

Si l'on retire le ver de l'intérieur du kyste, ce qui, à raison de la petitesse des objets, n'est pas sans quelque difficulté, on le trouve ordinairement enroulé et formant deux tours ou deux tours et demie de spirale. Si on le mesure après l'avoir étendu, il offre de 1/25 à 1/30 de pouce de longueur, et de 1/700 à 1/800 de pouce de diamètre; il faut donc pour cet examen être muni d'un très-fort microscope. Il est arrondi et filiforme, terminé d'une manière obtuse à ses deux extrémités, qui n'ont pas le même volume; d'un côté le ver va en diminuant d'une manière conique dans un cinquième de sa longueur, de l'autre il garde un diamètre uniforme jusqu'à son extrémité. Comme c'est à cette grosse extrémité seulement que M. Owen a pu distinguer un indice d'un orifice, il la regarde comme la tête. Mais cet orifice s'est présenté si constamment dans un grand nombre d'individus qu'il a examinés dans toutes leurs variétés, qu'il n'hésite point à assigner comme caractère de cette grosse extrémité un orifice linéaire transverse, qui serait la bouche de l'animal.

Le ver récemment extrait, observé à l'aide de l'instrument de Wollaston, avant que l'évaporation de l'humidité qui l'entoure eût affecté son tégument, présente une enveloppe externe lisse, transparente, contenant une fine substance glanduleuse et molle qui est le parenchyme. On n'a pu découvrir aucun indice d'un canal alimentaire, ni d'un orifice à la petite extrémité, non plus que des ovaires et des autres organes que présente l'organisation compliquée des *filaires*, des *ascarides*, et des entozoaires *nématoïdes*. Le corps de ce ver est d'ailleurs extrêmement fragile, et lorsqu'on l'a déroulé, il a une grande tendance à reprendre son premier état.

Par tous ces caractères, ce serait donc un nouvel ordre dans la classe des entozoaires, et ses caractères génériques seraient les suivans :

TRICHINA. — *Animal pellucidum, filiforme, teres, posticè attenuatum; ore lineari, ano discreto nullo, tubo intestinali genitalibusque inconspicuis.* (In vesicâ externâ cellulosâ, elasticâ, plerumque solitarium.)

TRICHINA SPIRALIS. — *Trich. minutissima, spiraliter, rarò flexuosè, incurva; capite obtuso, collo nullo, caudâ attenuatâ obtusâ.* (*Vesicâ externâ ellipticâ, extremitatibus plerumque attenuatis, elongatis.*)

Quinze jours après l'examen de ce premier sujet, un second individu affecté d'une manière semblable, fut apporté à la salle de dissection de l'hôpital St-Barthélemy; et M. Paget, qui avait le premier découvert ces parasites sur l'Italien, communiqua quelques notes sur les symptômes offerts par les deux malades pendant la vie. D'après ces notes, il parait que tous deux sont morts après une maladie longue et débilitante qui avait produit une émaciation considérable, sans s'accompagner toutefois d'aucune éruption cutanée, ni de faiblesse musculaire plus remarquable que celle qu'aurait probablement déterminée l'affection qui a causé la mort. Cette occurrence de deux cas du même genre dans le même amphithéâtre, dans un si court espace de temps, la certitude que de semblables apparences ont été remarquées assez souvent sur les muscles de sujets disséqués dans le même établissement, donnent l'espoir fondé que d'ici à peu de temps on aura recueilli un nombre suffisant d'observations pour éclairer l'histoire de cette curieuse maladie. On peut en rapprocher l'observation publiée par la MEDICAL GAZETTE du 2 février 1835, concernant de petits cysticerques rencontrés dans les muscles d'un sujet mort à l'hôpital Guy, et dont le développement ne peut être rapporté qu'à une même cause. Dans deux de ces cas l'émaciation s'accompagnait d'ulcérations externes et dans le troisième d'ulcérations internes; mais on n'a pu saisir de rapports entre la présence des vers et aucun des symptômes de la maladie.

Une portion de muscle arrivée à un état de putréfaction commençante, ayant été plongée durant trois jours dans l'alcool, les vers extraits alors de leurs kystes exécutèrent des mouvemens faibles, mais suffisans pour ne laisser aucun doute, et qui consistaient dans le resserrement et le relâchement des tours de spirale; et des mouvemens semblables, mais plus faibles, furent aussi observés sur quelques individus examinés quinze jours après la mort du sujet qui les avait fournis.

M. Owen agite longuement la question de l'orifice du kyste, et après avoir comparé sa structure et ses connexions avec celles de diverses productions plus ou moins analogues, il arrive à cette conclusion : que le kyste est accidentel, étranger à l'animalcule qui y est contenu, et composé du tissu cellulaire de l'organe infesté, altéré d'une manière morbide par l'irritation qu'y détermine la présence du ver.

Un nouvel exemple de la présence de ces animalcules se trouve dans un des numéros suivans du même journal.

OBSERVATION SUR LE TRICHINA SPIRALIS, par Henry Wood, de Bristol.

Au mois d'octobre 1834, en faisant l'autopsie d'un homme de 22 ans, robuste, mort à l'infirmerie de Bristol, je rencontrai un état des muscles ressemblant sous beaucoup de rapports à celui qu'a décrit M. Owen. Les *trichinas* étaient logés dans le tissu cellulaire interfasciculaire des grands muscles, et principalement dans ceux de la poitrine et de l'épaule; ils étaient très-apparens dans le grand pectoral et le deltoïde, moins dans ceux du bras, et ils devenaient de moins en moins nombreux dans ceux des jambes; les muscles fessiers ne furent point examinés. Les muscles dont les fibres sont plus fines et d'un tissu plus serrés, comme ceux du cou et des espaces intercostaux, n'en présentaient aucune trace.

Mais les circonstances qui différaient le plus, dans ce cas, de celles qu'a notées M. Owen, portaient sur les symptômes éprouvés pendant la vie, et sous ce rapport ne manquent pas d'une certaine importance. Voici l'histoire de ce malade.

OBS. — James Dunn, âgé de 22 ans, entra à l'infirmerie de Bristol le 29 septembre 1834, pour une violente attaque de rhumatisme aigu. La douleur et la sensibilité des membres et du tronc étaient si fortes, qu'il ne pouvait se soutenir lui-même. Il fut apporté à l'infirmerie sur le dos de son père. C'était un homme robuste, taillé en athlète; et avant sa maladie actuelle, ses parens assurèrent qu'il avait toujours joui d'une bonne santé et d'une entière vigueur. Ils racontèrent également que, quinze jours avant son entrée, il avait offert des signes d'indisposition qu'on avait attribués à un refroidissement; la douleur des membres s'était rapidement accrue; il avait été fort tourmenté par la toux et la dyspnée; et depuis six jours il avait été obligé de garder le lit.

Le traitement prescrit à l'infirmerie consista en une saignée de seize onces répétée quatre fois durant les sept jours qu'il passa à l'hôpital; et chaque fois le sang indiquait une inflammation intense. On lui administra aussi le mercure, qui le soulagea, mais légèrement. Dès les premiers jours de son entrée, on avait trouvé le cœur très-embarrassé; l'affection de cet organe ne fit que s'accroître chaque jour, et il succomba le 6 octobre.

L'autopsie vérifia le diagnostic : on trouva une pneumonie au premier degré, une péricardite d'une grande étendue, et les muscles dans l'état qui a été décrit. Il n'y avait ni éruption à la surface du corps, ni ulcération dans les intestins.

Il résulte de cette observation que la présence des trichinas n'est point nécessairement liée à une émaciation générale, ni à un séjour au lit, ni enfin à une maladie chronique, puisque le sujet offrait des circonstances tout opposées. Les caractères des entozoaires étaient bien d'ailleurs

les mêmes que ceux que M. Owen a signalés. M. Wood pense qu'il serait intéressant de constater si, dans les cas cités par M. Owen, il n'y aurait pas eu quelque symptôme de rhumatisme ou d'une inflammation quelconque du tissu musculaire.

III. THE LANCET.

OBSERVATION D'UN CAS DE LÉTHARGIE OU COMA SOMNOLENTEUR, traité avec succès par le docteur Fosbrok.

Les cas de léthargie sont si rares, que plusieurs praticiens ont même cru pouvoir mettre en doute la réalité de cette maladie, et ont attribué les phénomènes que l'on a décrits sous ce nom, soit à l'imposture, soit à un état d'excitation de l'imagination produit uniquement par des causes morales et même quelquefois par la volonté propre du sujet. Quoi qu'il en soit de ces explications dans quelques cas, l'observation suivante appartient évidemment à un autre ordre de faits, d'après l'âge et le caractère de simplicité de la jeune fille qui en est le sujet.

Obs. — J'appris qu'Elisa Mullow, âgée de 14 ans, domestique, tombait souvent dans un état de léthargie profond, même au milieu du jour, et qui se prolongeait souvent pendant soixante heures. Avant de tomber dans ce sommeil profond, comme lorsqu'elle en était sortie, elle se livrait à ses occupations habituelles sans éprouver aucun signe de dérangement de ses facultés intellectuelles. Elle était pâle, portait fréquemment la main à son nez, avait le ventre un peu plus gros et la respiration fétide courte. Un médecin qui avait été consulté pour elle lui avait fait appliquer plusieurs fois des sangsues à la tête, mais sans opérer aucun changement dans son état.

Le docteur Fosbrok pensant que cet état pouvait dépendre de la présence d'un vice dans le tube digestif, lui prescrivit le remède de M. Peschier contre le tœnia. la teinture éthérée de fougère mâle, et il crut ensuite trouver un peu d'amélioration. Les accès devinrent moins longs, et ne durèrent plus que 24 ou 36 heures. Pendant un de ces accès on lui donna une affusion d'eau froide qui fit son effet; une autre fois on lui mit des alimens dans la bouche, qu'elle avala sans ouvrir les yeux.

Après cela elle prit cinq à six jours de suite le sulfate de zinc à la dose d'un gros dans une infusion de thé. La première dose détermina des vomissemens considérables, et à la suite de l'une de ces crises, elle dormit pendant deux jours et une nuit. Cependant les accès disparurent, et la santé de la malade se rétablit après qu'elle eut rejeté, par les vomissemens, une grande quantité de sang, qui fit cesser la douleur qu'elle éprouvait dans l'estomac et le côté droit.

Cette observation manque d'un grand nombre de détails qui seraient nécessaires pour qu'elle fût complète. Cependant un correspondant de la *Lancette* nous envoie une autre observation qui offre, avec celle-ci, beaucoup d'analogie, mais qui en diffère en ce que les accès ne venaient qu'à des époques très-éloignées, et en ce que le sujet était une jeune fille pléthorique chez laquelle la menstruation n'était pas régulière. Aussi suffisait-il soit d'un retour de règles, soit de l'application de quelques sangsues, pour faire cesser cet état semblable au sommeil, dans lequel elle était insensible à tous les excitans extérieurs.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 JUILLET.

CHOLÉRA.

M. Larrey annonce à l'académie qu'il vient de recevoir du ministre de la guerre l'ordre de se rendre à Toulon, à l'occasion de l'épidémie qui règne dans cette ville; il demande à l'académie qu'elle veuille lui donner des instructions, dans le cas où elle aurait besoin d'observations sur ce sujet, et prie qu'on lui désigne des remplaçans pour les diverses commissions dont il faisait partie.

ORTHOPÉDIE.

M. le docteur Humbert annonce que, se proposant de concourir pour le prix Montbyon, il vient d'arriver, amenant avec lui plusieurs sujets qu'il a guéris de luxations, soit congéniales, soit spontanées, du fémur; il mettra sous les yeux des commissaires des modèles en plâtre exécutés avant la réduction, les attestations et consultations relatives à l'état primitif, enfin le modèle des machines qu'il emploie.

Un des concurrens pour le même prix demande que la commission qui avait été nommée pour cette question, et qui l'avait fait remettre au concours, soit composée des mêmes membres que l'an passé, attendu qu'ayant eu dès lors l'occasion de voir un assez grand nombre de malades soumis aux traitemens orthopédiques, ils seront plus en état de juger de la réalité des guérisons.

FORMATION DE L'ÉTHER.

M. Guérin Vary écrit que, dans le but d'éclaircir la formation de l'éther, il a entrepris une série d'expériences sur les actions du potassium et de l'alcool anhydre, et est arrivé aux résultats suivans :

On sait que dans cette action il y a production de potasse et d'un gaz qu'on regardait généralement comme un carbure d'hydrogène, quoiqu'on ne l'eût pas encore analysé. D'après les recherches de M. Guérin, ce gaz est l'hydrogène parfaitement pur; la potasse formée est en belles lames minces, très-allongées et terminées en fer de lance; mais de plus, il se produit deux nouveaux liquides, qui n'ont aucune ressemblance avec l'éther sulfurique.

On obtient ces divers produits, soit qu'on opère dans le vide à froid, ou à l'aide d'une légère chaleur.

L'un de ces liquides est incolore, de saveur moins brûlante que l'alcool anhydre, mais d'odeur plus pénétrante. La densité à 23°.5 est 0,799. Lorsqu'on le distille dans une cornue au fond de laquelle on a mis du mercure, il se maintient en ébullition à 79°; soumis une heure à une température de 2°, il reste liquide; il brûle avec une flamme semblable à celle de l'alcool.

Trois analyses dont les résultats étaient bien concordans, ont conduit à la formule atomique $C22\ H34\ O6$, qui peut-être considérée comme trois atomes d'alcool, dont l'un a perdu un atome d'hydrogène bicarboné.

Le second liquide avait été obtenu en trop petite quantité pour permettre de faire toutes les expériences nécessaires pour le caractériser.

— M. Vallot, de Dijon, adresse quelques détails sur une espèce de teigne, dont la larve se nourrit des fleurs du *vicia cracca*, et qu'il nomme pour cette raison *Tinea craccella*. La forme singulière du manteau dont est recouvert le fourreau dans lequel la larve subit sa transformation, est la même que pour une autre teigne que Reaumur et Geoffroy ont observée sur les feuilles du chêne; mais l'insecte parfait est fort différent de celui qui a été décrit par ces deux observateurs, et M. Vallot le considère comme formant une espèce nouvelle.

Un spécimen de l'insecte est joint à la lettre, et renvoyé avec la description à l'examen de MM. Duméril, de Blainville, et Isidore Geoffroy.

SUR LA STRUCTURE DU CORDON OMBILICAL ET SUR SA CONTINUITÉ AVEC LE FOETUS.

M. Flourens lit des recherches dont le but principal est d'établir le mode de continuité du fœtus avec les gaines ou membranes enveloppantes; ses recherches ont été faites principalement sur des fœtus de pachydermes, et en particulier sur des fœtus de cochon.

Dans ces animaux, le *chorion* se borne à envelopper d'une manière générale tout le reste de l'œuf, sans se replier, sans pénétrer vers l'intérieur pour y accompagner le cordon ombilical, comme cela a lieu dans l'homme; il offre ainsi un trait d'analogie de plus avec la *membrane de la coque* des ovipares, dont il est comme on sait l'*analogue*, relativement à l'œuf des vivipares.

On peut remarquer en outre que, dans les pachydermes, l'*allantoïde* ne se continue dans le cordon ombilical que par l'*ouraque*, et que la *membrane ombilicale* ne s'y continue que par son pédicule.

De ces seuls faits, il résulte déjà que, de toutes les membranes de l'œuf, la seule qui, dans ces animaux, se continue et se prolonge de manière à former une enveloppe générale au cordon, ce sera l'amnios.

La question, réduite à ces termes, ne consisterait plus, du moins pour les animaux dont il est question, qu'à montrer comment l'amnios se continue avec les tissus propres du fœtus; car d'abord, comme il vient d'être dit, le chorion y reste extérieur et n'accompagne pas le cordon; et ensuite, pour tous les autres élémens de ce cordon, l'ouraque, la veine et les artères ombilicales, les vaisseaux omphalo-mésentériques, le pédicule de la membrane ombilicale, on sait et quelle est leur origine, et quels sont les usages et le mode de leurs connexions avec le fœtus.

Mais la question, dit M. Flourens, n'est pas à beaucoup près aussi simple: outre l'amnios, qui accompagne le cordon ombilical, et au-dessous de cet amnios, il existe en effet jusqu'à trois sortes de membranes celluleuses, et chacune d'elles a un mode de connexion particulier, chacune s'unit à un tissu distinct du fœtus.

De plus l'amnios, pris en lui-même, se compose de deux feuillets dont chacun s'unit encore à un tissu distinct du fœtus.

Les *élémens vasculaires* du cordon ombilical, sans y comprendre les gaines particulières qui entourent la veine et les artères ombilicales, composent donc jusqu'à cinq enveloppes générales superposées, les deux feuillets de l'*amnios* et les trois feuillets *sous-amniotiques* de nature celluleuse.

Il résulte, poursuit l'auteur, des pièces que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'académie, que des cinq enveloppes, le feuillet extérieur de l'*amnios* se continue avec l'*épiderme* du fœtus, le feuillet interne de l'amnios avec le derme, la *première* enveloppe celluleuse avec le *tissu cellulaire sous-cutané abdominal*, la *moyenne* avec *l'aponévrose des muscles abdominaux*, et enfin *la plus profonde* avec le *péritoine*.

Une sixième préparation montre la séparation des cinq membranes du cordon jusque dans le bout du cordon opposé à celui par lequel il tient au fœtus.

En effet, ajoute M. Flourens, de toutes ces gaines superposées au cordon, ce n'est pas seulement l'amnios qui se continue dans l'œuf proprement dit; les gaines celluleuses s'y continuent aussi, et s'interposant entre les membranes principales de cet œuf, le chorion, l'allantoïde, l'amnios, elles y forment ces membranes secondaires réticulées, indiquées plus ou moins vaguement par différens auteurs et qui unissent entre elles toutes les membranes principales.

Toutes ces recherches faites d'abord sur des fœtus de *pachydermes* ont été répétées ensuite et avec un résultat à peu près pareil sur des fœtus de ruminans et de rongeurs, et particulièrement sur de petits *veaux* et de petits *lapins*.

Quatre préparations sont relatives à ces derniers.

Ainsi donc, en se bornant aux seules espèces qui ont été indiquées, il est évident, dit M. Flourens, que le *cordon ombilical* se continue avec le fœtus, non seulement par ses élémens vasculaires, mais aussi par ses élémens membraneux. Il est évident en outre que ces élémens membraneux qui se continuent avec les tissus propres du fœtus sont multiples, et que chacun d'eux se continue avec un tissu différent, dernier fait qui explique les opinions si variées des auteurs relativement au point d'organisation et de structure intime qui nous occupe : de Harvey qui veut que tout le cordon en masse se continue avec le fœtus; de la plupart des anatomistes qui veulent que l'*amnios*, que le *chorion* se continuent avec le derme, avec l'épiderme; de M. Mondini, qui veut que l'amnios se continue

avec le *derme*, et le *chorion* avec les *muscles abdominaux*; de plusieurs autres qui veulent que l'*amnios*, que le *chorion* se continuent avec le *péritoine*, etc.

Ces résultats, dit en terminant M. Flourens, tout en résolvant bien des difficultés relatives au mode d'union du fœtus avec les parties constitutives de l'œuf, en font naître sans doute une foule d'autres sur la formation même de ces rapports et de cette union ; mais celles-ci trouveront leur solution dans un second mémoire, où se trouveront aussi les éclaircissemens particuliers pour ce qui concerne le fœtus humain.

SUR QUELQUES COMBINAISONS D'UN NOUVEL ACIDE FORMÉ D'AZOTE, DE SOUFRE, ET D'OXIGÈNE, PAR M. PELOUZE.

Quand on expose dans une éprouvette à un froid de 15° à 20° du deutoxide d'azote et une dissolution aqueuse de sulfate d'ammoniaque, en prenant les précautions convenables, on voit s'opérer l'absorption du gaz, et les deux corps en disparaissant donnent naissance à un sel nouveau.

Si on place les deux mêmes corps en présence, à la température de zéro ou même à la température ordinaire, les choses se passent tout différemment ; le deutoxide d'azote est encore à la vérité complètement détruit, mais il est remplacé par la moitié de son volume de protoxide d'azote, et au lieu d'un sel nouveau, on obtient du sulfate neutre d'ammoniaque.

Dans la première expérience, si, lorsque tout le deutoxide d'azote a été absorbé par le sulfate, on abandonne la dissolution à elle-même à la température ordinaire, le nouveau sel se détruit peu à peu, laisse dégager du protoxide d'azote pur, et la liqueur ne renferme plus que du sulfate d'ammoniaque. Le volume du nouveau gaz recueilli se trouve être précisément égal à la moitié du volume du deutoxide d'azote employé.

L'instabilité de la nouvelle substance en rendait l'examen très-difficile ; mais l'auteur a trouvé moyen d'éluder cette difficulté, en réfléchissant aux résultats qu'avait obtenus Davy dans quelques expériences sur l'absorption du gaz nitreux, par un mélange de potasse ou de soude et d'un sulfite alcalin.

Si l'on fait une dissolution concentrée de sulfite d'ammoniaque, qu'on la mêle avec cinq ou six fois son volume d'ammoniaque liquide et qu'on y fasse passer pendant plusieurs heures du deutoxide d'azote, on voit se déposer peu à peu un nombre considérable de beaux cristaux de même nature que ceux obtenus à une basse température avec le sulfite neutre d'ammoniaque. On les lave avec de l'ammoniaque préalablement refroidi, qui a l'avantage non seulement de retarder leur dissolution, mais d'en dissoudre moins que l'eau pure. Lorsque les cristaux sont desséchés, on les introduit dans un bocal bien fermé; dans cet état, ils ne s'altèrent plus. Le même procédé s'applique à la préparation des sels correspondans de potasse et de soude.

La composition de cette nouvelle classe de corps était assez clairement indiquée par l'expérience suivante :

Si l'on fait passer une forte dissolution de potasse caustique dans un tube gradué renfermant un mélange de deux volumes de deutoxide d'azote et d'un volume d'acide sulfureux, le résidu gazeux est nul après quelques heures. Si le deutoxide d'azote est à l'acide sulfureux dans un rapport plus grand que celui de 2 à 1, l'excès reste libre au-dessus de la liqueur; et si, d'un autre côté, on emploie moins de gaz nitreux que la quantité indiquée, le nouveau sel se trouve toujours mêlé de sulfite de potasse. En un mot, les deux gaz bi-oxide d'azote et acide sulfureux ne réagissent jamais que dans les proportions de 2 à 1 en volume.

Il est facile de s'assurer que le sulfate disparaît, et que le sel qui le remplace est formé par un acide nouveau. En effet, le sulfate rouge de manganèse, introduit dans le tube où la réaction s'est opérée, n'est pas décoloré. D'une autre part, la dissolution sulfurique d'indigo permet de constater par sa permanence l'absence des nitrates et des nitrites; et si, en versant un sel de baryte dans la liqueur, on recueille le précipité qui s'y forme, qu'on le lave plusieurs fois avec de l'eau de potasse, et qu'on le traite ensuite par l'acide nitrique, il s'y dissout en totalité, et l'on peut ainsi s'assurer qu'il n'y a pas eu production de sulfate.

Ces expériences, jointes à celle de l'absorption complète du deutoxide d'azote par un sulfate neutre à un froid de — 15°, ne laissent plus de doutes sur la composition de ces nouveaux sels. Deux volumes d'acide sulfureux, en réagissant sur quatre volumes d'azote et un atome d'alcali, potasse, soude ou ammoniaque, devaient produire un atome d'un acide particulier, composé de deux atomes d'azote, un atome de soufre et quatre atomes d'oxigène. Cette présomption a été vérifiée par l'analyse directe des sels.

M. Pelouze nomme cet acide *acide nitro-sulfique*, et les sels qu'il forme des *nitro-sulfates*. Le *nitro-sulfate d'ammoniaque* a présenté les propriétés suivantes. Il est blanc, d'une saveur piquante et légèrement amère, sans action sur le papier de tournesol ; il est insoluble, soit à chaud, soit à froid, dans l'alcool ; il se dissout facilement dans l'eau et s'y décompose ensuite, et d'autant plus rapidement que la température est plus élevée. L'eau retient du sulfate d'ammoniaque, tandis qu'il se dégage un gaz qui a les propriétés et la composition du protoxide d'azote. L'alcool précipite ce sel de sa dissolution aqueuse. Exposé à une température de 110° il résiste ; mais à quelques degrés au-delà il se décompose avec explosion. Projeté sur des charbons, il y brûle avec scintillation.

Tous les acides en dégagent subitement du protoxide d'azote, et le font passer à l'état de sulfate d'ammoniaque. Cette décomposition, lente avec l'acide carbonique gazeux, est rapide avec l'acide dissous dans l'eau.

Abandonné à l'air libre, le nitro-sulfate d'ammoniaque s'y décompose peu à peu, dégage du protoxide d'azote, s'effleurit et donne un résidu de sulfate d'ammoniaque pur.

Les alcalis, comme on l'a vu, augmentent la stabilité des nitro-sulfates, mais seulement jusqu'à un certain degré pour celui d'ammoniaque. Ce sel, mêlé avec de l'ammoniaque caustique concentré, se décompose encore très-visiblement, quoique avec beaucoup plus de lenteur que dans l'eau pure, et donne d'ailleurs naissance aux mêmes produits.

Cette décomposition, dit M. Pelouze, s'accorde bien avec ce qu'on observe quand on fait passer dans une cloche contenant de l'ammoniaque liquide un mélange de deux volumes de deutoxide d'azote et d'un volume d'acide sulfureux. L'absorption n'est jamais complète dans ce cas comme elle l'est avec la potasse ; on a constamment un résidu gazeux de protoxide d'azote, et si l'on obtient le nitro-sulfate d'ammoniaque à la température ordinaire par le procédé indiqué plus haut, cela tient à ce que sa production marche avec beaucoup plus de rapidité que sa décomposition. On voit par-là qu'il est possible qu'un corps puisse se former et exister pendant un temps à la température même à laquelle il se décompose.

L'excessive mobilité des élémens du nitro-sulfate d'ammoniaque et la stabilité que lui donnent les alcalis, me firent penser, poursuit l'auteur, qu'il ne serait pas impossible que ce sel présentât des phénomènes de décomposition de même ordre que ceux qu'a observés M. Thenard avec l'eau oxigénée : l'expérience me prouva qu'il en était ainsi.

Nous ne suivrons point l'auteur dans le détail des expériences à l'aide desquelles il établit cette analogie, non plus que dans l'examen qu'il fait du nitro sulfate de potasse. Il termine son mémoire en discutant la probabilité des deux hypothèses qu'on peut faire relativement à la constitution des nitro-sulfates, l'une dans laquelle on les considérerait comme formés par un acide particulier composé de deux atomes d'azote, un atome de soufre et quatre atomes d'oxigène ; l'autre qui y verrait du sulfate combiné à du protoxide d'azote, lequel jouerait dans cette circonstance un rôle analogue à celui de l'eau de cristallisation ; la première seule lui paraît admissible, et il expose les motifs qui la lui font adopter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Avant de donner la séance du 21 juillet, nous avons à rendre compte de deux rapports discutés dans les séances précédentes.

RAPPORT ADRESSÉ AU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR PAR L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE SUR LES MAISONS CENTRALES DE DÉTENTION. — M. FERRUS, rapporteur.

Nous regrettons de n'avoir pu donner en son temps l'analyse de cet important travail, et par suite tenir nos lecteurs au courant de la discussion à laquelle il a donné lieu. Ceci tient à une sorte d'incertitude qui règne encore parmi MM. les rapporteurs de l'Académie, et que le conseil d'administration, malgré toute la bonne volonté que nous nous plaisons à lui reconnaître, n'a pas osé prendre sur lui de faire cesser. L'Académie, à la demande des journaux de médecine, a bien voulu mettre à leur disposition tous les mémoires lus, tous les rapports adoptés ; elle a hésité à leur communiquer les rapports en discussion, sous prétexte qu'avant leur adoption, ils n'appartenaient qu'à leurs auteurs, comme si tout ce qui est lu en séance publique n'appartenait pas tout à la fois à l'Académie et à la publicité. Du reste, la plupart de MM. les rapporteurs ont senti l'utilité de nous faire part de leurs travaux avant la discussion même; et c'est ainsi que nous avons fait précéder de l'analyse du rapport de M. Velpeau sur la lithotritie, la brillante discussion à laquelle il a donné lieu. Nos lecteurs y ont gagné sans doute; mais qu'il nous soit permis de dire que MM. les rapporteurs et l'Académie elle-même ne peuvent qu'y gagner aussi.

Le ministre avait adressé à l'Académie, le 15 mars 1834, une série de questions auxquelles elle répondit par un rapport (V. GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 350) ; mais alors, sur dix-neuf maisons de détention, huit seulement avaient envoyé des documens ; la réponse ne pouvait donc être que très-incomplète. Elle le sera encore aujourd'hui, mais par un autre motif; c'est que — « tous les rapports sont loin d'être rédigés de manière à fournir les renseignemens demandés. » En parcourant ceux qui sont le plus complets, on trouve cependant des données assez intéressantes pour faire regretter la brièveté des autres.

M. Farnaud, à Embrun, a remarqué que parmi les prisonniers les petits coupables sont ceux qui périssent en plus grand nombre ; les grands criminels étant d'ordinaire sauvés par la force de leur constitution et par leur acclimatement dans la prison.

M. Carville, à Gaillon, dit que depuis plusieurs années la proportion des décès entre les femmes et les hommes est fort au désavantage de ceux-ci ; pour 1833, sur 385 hommes entrés aux infirmeries on en perdit 55 ; tandis que sur 214 femmes il n'en mourut que 12. Aucune cause locale n'explique cette différence ; M. Carville l'attribue à deux causes : 1° à ce que les femmes, par leurs habitudes antérieures, sont bien plus tôt accoutumées à la privation de leur liberté ; 2° à ce que les hommes se livrent presque exclusivement à des excès de boissons et de débauche. Il a observé aussi que *l'on vieillit vite en prison* ; et que des individus de 40 à 50 ans y présentent fréquemment des affections qui paraissent le partage à peu près exclusif des septuagénaires.

M. Cabart, dans la même maison, signale la grande quantité d'affections scrophuleuses, dont beaucoup sans doute viennent du dehors ; mais dont la nourriture insuffisante et l'encombrement ne favorisent que trop le développement. M. Bertrand, à Embrun, a observé que plusieurs détenus scrophuleux, dont la maladie avait résisté au traitement de la prison, ont été guéris peu de temps après avoir pu respirer l'air sain de la campagne. Une observation analogue a été faite à Bicêtre par un des membres de la commission. « Ces faits et d'autres faits analogues, dit M. le rapporteur, sont de nature à fixer l'attention du législateur sur les résultats des longues captivités pour les individus atteints de ces sortes de maladies, *dont le développement dans les prisons conduit à une mort certaine.* »

MM. de Beaumont et Tocqueville, dans leurs recherches sur le régime pénitentiaire des États-Unis, affirment que la mortalité générale dans les prisons américaines est de 1 sur 49 détenus, tandis qu'elle est de 1 sur 14 dans nos maisons centrales. La commission a reconnu que cette assertion n'a rien d'exagéré en ce qui nous concerne. Quelques maisons centrales ont donné des résultats vraiment effrayans sous ce rapport : à Melun, où l'on ne renferme que des hommes, la mortalité a été, depuis 1810 jusqu'en 1819, de 35 sur 100, c'est-à-dire de 1 sur un peu moins de 3 ; depuis 1819 jusqu'en 1829, de 1 sur 7 environ ; en 1833 elle n'a été que de 1 sur 13 5/8 ; et malgré cette amélioration si sensible et qui tient à une attention plus grande dont le régime des prisons a été l'objet, en 1833 encore la population de nos 19 maisons centrales de détention étant de 15,826 indivi-

dus, dont 11,859 hommes et 3,967 femmes, il est mort un homme sur 12 5[8], et une femme sur 18 1[4].

La différence de ce chiffre avec celui de la mortalité dans les prisons des États-Unis est telle, que la commission a pensé qu'il y avait dans le travail de MM. de Beaumont et Tocqueville quelque erreur involontaire; elle a cherché à vérifier leur assertion; mais les documens exacts manquent. Toutefois, dans un rapport sur les pénitentiaires d'Amérique publié officiellement en Angleterre par M. Crawford, on sait qu'il meurt annuellement dans la prison de Philadelphie à peu près 1 détenu sur 35; à la vérité cette prison est celle où ils sont soumis au régime le plus sévère. Et encore quelle différence prodigieuse entre cette proportion : 1 mort sur 35, et la nôtre : 1 sur 14!

M. le rapporteur examine avec le plus grand détail quelles seraient les améliorations à introduire dans le régime de ces prisons, pour y diminuer les chances de mortalité. L'Académie ayant adopté presque toutes les conclusions du rapport, nous nous bornerons à les reproduire. Une seule conclusion importante a été rejetée, elle était ainsi conçue :

« Commencer dès aujourd'hui les réformes importantes dont le régime des prisons peut être l'objet, de telle sorte que l'on arrive à procurer aux détenus une alimentation assez substantielle pour qu'il soit possible de supprimer les cantines dans les maisons de détention. »

La commission se fondait sur les abus qui résultent de l'existence de ces cantines, et surtout sur ce motif qu'elles seraient inutiles quand l'alimentation des détenus serait assez substantielle. Elle voulait donc préliminairement améliorer le régime et la condition physique des détenus, afin d'arriver à les moraliser; et la suppression des cantines, lorsqu'elle aurait été possible, lui semblait un moyen d'atteindre ce dernier but. Un grand nombre de membres ont soutenu les cantines; des abus qu'on leur attribuait, les uns sont imaginaires, les autres peuvent toujours être prévenus, et il existe à cet égard un règlement qu'il s'agit seulement d'exécuter; et elles sont surtout singulièrement utiles pour soutenir l'émulation des prisonniers, qui voient au moins dans leur travail un moyen d'améliorer leur régime ordinaire. Après une discussion très-longue et très-animée, malgré la persistance de la commission, l'Académie a rejeté cette conclusion, et s'est prononcée en conséquence pour la conservation des cantines.

Quant aux autres questions qui lui avaient été proposées, l'Académie y répond en invitant le ministre :

1° A revenir sur le règlement du 5 octobre 1831, qui dépossède les médecins et chirurgiens des maisons centrales de toute surveillance sur la santé des détenus valides, en ce qui touche aux soins de l'hygiène, c'est-à-dire au régime alimentaire, aux vêtemens, à la salubrité des ateliers et à la nature des travaux auxquels les détenus sont assujétis.

2° A créer une commission permanente de laquelle nos confrères feraient partie, et qui serait chargée de discuter toutes les questions d'utilité générale relatives aux maisons de détention.

3° A obliger les médecins et chirurgiens des maisons centrales à fournir exactement les rapports que les règlemens leur prescrivent d'envoyer chaque année; à les encourager dans ce travail, auquel il est utile de donner de la publicité, et à leur permettre de l'adresser directement à l'autorité supérieure quand ils le croiront convenable.

4° A demander que les observations médicales soient recueillies d'après une méthode uniforme, et contiennent autant que possible des réponses claires et précises aux questions que renferme la modèle joint à ce rapport par l'Académie.

5° A faire droit incessamment aux demandes qui lui sont adressées relativement aux causes d'insalubrité inhérentes à la situation ou à l'état des bâtimens dans quelque maisons centrales.

6° A ordonner que partout on applique un meilleur système à la ventilation des fosses d'aisances; que les dortoirs ne soient plus infectés par ces baquets découverts que l'on place la nuit au milieu des prisonniers, et qu'ils soient remplacés par les appareils mobiles et inodores de MM. Da cet et Payen.

7° A faire renouveler plus fréquemment le vestiaire des détenus, et à exiger des entrepreneurs qu'ils soient entretenus avec la plus grande propreté.

8° A faire chauffer en hiver les ateliers, à moins que cette pratique ne soit reconnue impossible, soit par leur défaut d'étendue, ou par la nature des travaux auxquels on s'y livre.

9° A ne permettre dans les maisons de détention que les travaux qui ne sont point décidément insalubres, et à exiger que les travaux permis soient constamment en rapport avec les forces de chaque individu.

10° A faire délivrer aux prisonniers des vivres gras deux fois par semaine, et à leur donner le même pain que celui des soldats.

11° A ordonner expressément que l'isolement complet, mais toujours associé au travail, remplace dans toutes nos maisons centrales les autres punitions quelquefois mises en usage. A vouloir que cette peine ne puisse être aggravée par la privation de lumière que dans les cas où tout autre moyen aurait été reconnu inefficace, et qu'alors le détenu reste sous la surveillance spéciale et journalière des médecins de l'établissement.

12° Enfin, à prendre toutes les mesures qui seront en son pouvoir pour établir dans nos maisons de détention le système pénitentiaire basé sur l'emprisonnement solitaire pendant la nuit, avec classement et travail en commun pendant le jour.

DE L'EMPLOI DE LA ZOSTÈRE (*zosteria maritima*) POUR LES MATELAS DE LITS; par MM. d'Etreilli et Dammien.—M. MÉRAT rapporteur.

Suivant M. le rapporteur, cette plante, qui n'a pas de pores, n'est nullement hygrométrique, elle est élastique, incorruptible par macération, imputrescible par l'urine, et facile à laver. La paille, au contraire, est froide, peu souple et devient promptement fétide. Les mousses se tassent et se brisent; le coton se durcit et s'imprègne de miasmes nuisibles. Les laines gardent encore plus les émanations délétères et se pulvérisent. Le crin se pelotonne, il se casse et devient piquant. Enfin la plume et l'édredon conservent trop la chaleur animale, ils sont trop mous, et s'imbibent des sueurs qu'ils provoquent.

Les matelas faits avec la plante en question peuvent se rebattre très-facilement et se nettoyer de même. Ils n'ont pas d'odeur, et ne coûtent pas le tiers du prix des matières qui ont servi jusqu'à présent au couchage. On les emploie en Europe et même en France. Il cite plusieurs personnes, entre autres MM. Soult, Bory, les auteurs du lit soumis à l'examen de l'Académie, etc., qui en font leur coucher habituel depuis plusieurs années, sans avoir encore eu besoin d'y faire toucher. la commission conclut donc à ce que l'Académie approuve ce procédé de couchage.

M. LODIBERT prétend que cette plante a une mauvaise odeur, une odeur marine, une odeur d'iode, qui, sans être nuisible dans l'état de santé, pourrait être dangereuse pour des malades. En vain le rapporteur soutient-il que la zostère est inodore, M. Lodibert en sonmet une poignée à tous les nez des bancs voisins; alors M. Mérat objecte que celle-là n'a pas été lavée; mais M. Lodibert répond qu'il vient d'arracher cette poignée au lit même envoyé à l'Académie. Il termine en montrant que la zostère est conductrice du calorique; il constate enfin que cette plante est hygrométrique, double motif pour être un encoucher assez froid. Il demande donc que les conclusions trop absolues du rapport soient modifiées; il veut, ainsi que M. Desgenettes, qu'on abandonne ce mode de couchage à la libre volonté de ceux auxquels il conviendrait, à ceux qui veulent du bon marché, mais sans le préconiser pour les malades.

M. MÉRAT. Il faut se borner à formuler l'innocuité des feuilles de cette plante, qui, bien préparées, n'ont pas d'odeur.

M. THILLAYE. On a aussi proposé le loin; j'en ai usé (on rit); j'ai vu qu'il était plus hygrométrique; je connais aussi pour le même usage des feuilles du *zostera maritima*, très-blanches; mais alors, si la préparation qui leur donne cette couleur n'ôte rien à leur mollesse, elle leur enlève du moins leur élasticité. Il faut donc, dit M. Tbillaye, comparer pour juger, et ajourner, pour bien faire, l'un et l'autre.

Cet avis est adopté.

SÉANCE DU 21 JUILLET.—PRÉSIDENCE DE M. LISFRANC.

M. PIORRY demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il se plaint qu'on ait mal accueilli la communication qu'il a faite au sujet d'un moyen propre à conserver des cadavres ou des portions de cadavres, qu'on voudrait disséquer plus tard. Au reste, il a commencé des expériences à ce sujet, dont il rendra compte à l'Académie; mais déjà depuis cinq jours des pièces soumises à son moyen préservatif n'ont montré aucun indice de putréfaction.

Au nombre des pièces de la correspondance officielle est un bulletin sanitaire de la marine de Toulon, du 16 juillet. Il en résulte que M. Leblanc, capitaine du vaisseau le *Scipion*, est mort du choléra, ainsi que M. Banon, deuxième pharmacien en chef. Sur 21 malades entrés la veille, 13 sont morts.

M. Larrey annonce son départ pour Toulon, et demande, par une lettre, des instructions à l'Académie.

REMÈDES SECRETS.

M. SOUBEIRAN fait, au nom de la commission, divers rapports sur des remèdes secrets, qui sont tous rejetés.

Un de ces remèdes est adressé par MM. Toulmouche et Blin, de Rennes, qui demandent un brevet d'invention et l'autorisation de la vente exclusive du benzoate de copahu, dont l'avantage serait d'offrir ce baume sans odeur et dans un grand état de concentration. La commission répond en proposant le rejet, parce que, bien que la base du remède soit connue dans ses effets, ce remède peut cependant offrir des dangers dans son emploi inconsidéré, en ce que le baume de copahu, comme tout autre médicament, ne peut être prescrit sûrement que dans des circonstances convenables, qu'un médecin peut seul apprécier; que d'ailleurs ce n'est pas une découverte, et que cette préparation n'a pas même l'avantage de présenter le baume de copahu privé de son odeur, comme le prétendent les soi-disant inventeurs.

M. CHERVIN demande si M. Toulmouche est le même que celui qui est correspondant de l'Académie.

M. LE RAPPORTEUR dit que oui; et, sur la demande de plusieurs membres, la lettre des solliciteurs de brevet d'invention est lue et paraît positive.

M. NACQUART demande alors que l'on formule des conclusions plus sévères. Il est de l'honneur de l'Académie de déclarer qu'elle a vu avec peine un de ses membres se laisser aller à une pareille démarche.

M. DOUBLE propose de renvoyer l'affaire au conseil d'administration, et de s'en tenir là.

M. NACQUART demande que le conseil tienne l'Académie au courant de ce qu'il aura fait. L'affaire est trop grave pour ne pas amener peut-être une proposition contre l'auteur.

M. ADELON pense que le retentissement de cette affaire dans les journaux peut suffire pour un homme comme M. Toulmouche.

M. DESGENETTES appuie la proposition de M. Double, et croit que M. Toulmouche viendra à résipiscence.

Le renvoi au conseil d'administration et les conclusions du rapport sont successivement adoptés avec une modification de M. Adelon, qui veut que l'on rappelle au ministre que l'Académie s'est déjà prononcée contre l'application à la médecine des brevets d'invention.

—Une autre discussion s'élève sur le rapport relatif à la demande de M. le docteur Fischer, à Paris, d'une autorisation pour annoncer par la voie des journaux un remède qu'il dit avoir découvert contre le mal de mer. Ce remède se compose d'une semence de la famille des strychnées, et d'un fruit de la famille des ménispermées, employés à doses homœopathiques.

La commission, sans vouloir se prononcer sur le mérite des médicamens proposés, considérant que la vente de tout médicament secret est interdite, propose de répondre au ministre que l'on ne peut accorder à M. Fischer l'autorisation qu'il demande.

M. ADELON pense qu'il faudrait faire des essais et demander la formule.

M. SOUBEIRAN. Nous l'avons.

M. DUPUIS. Le moyen est-il nouveau?

M. Soubeiran. Oui ; mais il ne s'agit pas de cela : il ne fallait se prononcer que sur l'autorisation demandée.

M. Bonastre dit qu'étant ordinairement très malade en mer, et devant bientôt faire un voyage, il fera l'essai du remède si on veut lui en remettre.

M. Husson. M. Fischer est libre d'annoncer son remède ; je ne conçois pas sa demande.

M. Villeneuve. Je la conçois ; car sur les affiches il mettrait « avec l'autorisation de l'Académie ».

Après une première épreuve, les conclusions sont adoptées à la majorité de 29 voix contre 17.

—M. Capuron a la parole pour lire en son nom, et au nom de M. Lisfranc, un rapport sur l'observation suivante.

ABLATION DE L'UTÉRUS DANS UN CAS DE RENVERSEMENT, PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS ; PAR LE DOCTEUR J.-G. LASSERRE, A AGEN.

Louise Réo, femme Bourbiel, à Aiguillon, âgée de 17 ans, de très petite taille, mais robuste, accoucha naturellement, après un travail très-laborieux, d'un enfant mâle, le 28 décembre. Une effrayante hémorrhagie survint aussitôt : elle provenait du renversement complet de l'utérus, provoqué par la maladresse d'une matrone qui exerça sur le cordon de trop fortes tractions avant que la matrice fût suffisamment contractée.

Au lieu de chercher à remédier à cet accident, elle fit coucher la malade toute nue sur le plancher, et fit sur son corps des affusions d'eau à moitié congelée, ce qui arrêta l'hémorrhagie ; mais depuis lors ses forces sont restées épuisées et sa vie menacée. A la première apparition des menstrues, le sang coula si abondamment qu'elle faillit succomber ; l'hémorrhagie fut cependant arrêtée par un médecin ; mais elle se renouvelait fréquemment, et surtout à l'époque des règles.

Les accidens persistèrent ainsi pendant dix-huit mois ; la malade parut alors recouvrer un peu de force ; mais une nouvelle hémorrhagie des plus graves survint, et elle faillit encore succomber. Quand elle se levait et marchait, elle sentait dans le vagin un corps qui se rapprochait de la vulve et lui causait de vives sollicitudes.

La sage-femme cause de l'accident fut consultée, et déclara que la malade était atteinte d'une chute de matrice, erreur d'autant plus grave qu'elle berçait cette malade d'une fausse sécurité, et l'exposait à un danger imminent. La sage-femme proposa comme remède unique l'usage d'un pessaire, auquel plusieurs autres succédèrent dans très-peu de temps.

Ayant été consulté en l'absence de la malade, leur insuffisance me fit demander si elle perdait du sang en grande quantité ; sur la réponse affirmative, je manifestai le désir de voir cette infortunée, persuadé que la chute de l'utérus ne donne jamais lieu à cet accident. Je soupçonnai donc l'existence d'un polype dans le vagin.

Je vis en effet la malade et la soumis au toucher ; je reconnus la présence d'une tumeur arrondie, à pédicule très-fort, entourée d'un bourrelet fourni par l'orifice externe de la matrice. Pendant cette exploration, pratiquée avec les plus grands ménagemens, il s'écoula beaucoup de sang. Le pédicule de la tumeur était cylindrique, et avait environ un pouce d'épaisseur. Il occupait exactement tout le pourtour de l'orifice utérin. C'est à ces signes que je reconnus le renversement de cet organe, dont le corps pendant dans le vagin et égalait le volume d'une forte bille de billard. Cette masse était légèrement bosselée, et présentait au toucher un sillon peu profond, qui ressemblait en quelque sorte à une gerçure.

J'acquis ainsi la certitude du renversement complet de l'utérus et l'intime conviction de l'impossibilité absolue d'en opérer la réduction. Les hémorrhagies graves et presque mortelles qu'éprouvait fréquemment la malade me convainquirent qu'elle succomberait sous peu si elle n'était promptement secourue. Dans cette ferme résolution, je me décidai, malgré le danger qui l'environnait, à pratiquer cette grave opération.

Privé d'exemple qui pût me servir de guide, et les auteurs étant muets sur ce sujet, je me livrai à mes propres ressources, et, suivant mes faibles connaissances, je combinai une méthode opératoire dont je vais succinctement donner la description.

La malade fut placée sur le bord du lit, comme dans l'accouchement laborieux qu'on doit terminer avec le forceps, et une ligature fut placée sur le col utérin, le 6 juin 1831. Elle était composée de plusieurs fils retors cirés et ne formant qu'un cordon solide. Embrassé par ce lien, le pédicule près de l'orifice de l'utérus fut, avec le serre-nœud de Desault, soumis à la compression qui devait en opérer la chute prochaine.

La pudeur de la jeune malade ne me permit pas de faire assister mes confrères à l'opération, et je n'eus pour tout aide que son mari, dont l'adresse ne peut mériter aucun éloge. La douleur fut très aiguë et m'inspira des craintes sérieuses. Une demi once de sirop diacode dans un verre d'eau, administrée en deux doses égales, à la distance d'une demi heure, calma cependant la malade. Le lendemain, 7 juin, la ligature fut de nouveau serrée ; la douleur se renouvela et fut calmée par le même remède.

Le 8, on serra de nouveau ; la douleur fut très-vive, et comme elle ne put être calmée par le même médicament, on fut obligé de relâcher la ligature pour la faire cesser.

Le 9, le nœud fut encore serré ; le remède procura du calme. Cependant une douleur commença à se faire sentir alors à la région hypogastrique, et fit craindre le développement d'une péritonite, dont les progrès sont si difficiles à arrêter, et dont les résultats sont presque toujours la mort des malades. Des lavemens émolliens souvent répétés, des fomentations, des boissons de même nature firent disparaître ces symptômes.

Le 11, cinquième jour depuis la ligature, la douleur ayant repris de l'intensité, on relâcha le lien ; le calme revint.

Le 12, on serra fortement. Aussitôt vomissemens bilieux ; mais ventre souple, non douloureux ; fièvre peu intense. Cependant la fièvre augmenta ; une douleur profonde se fit sentir à la région hypogastrique ; le pouls était petit, dur et fréquent. Des sangsues furent appliquées sur l'abdomen, et des cataplasmes émolliens. Cet état persista jusqu'au 14, huitième jour de la ligature.

Alors, vu le danger qui menaçait la malade, et pour prévenir une péritonite mortelle, occasionée par la ligature, on se détermina à en finir.

La matrice fut saisie avec des pinces à faux-germes, et entraînée hors de la vulve. Le lien avait complètement détruit les parois de cet organe, ainsi que le ligament large du côté droit. Celui du côté gauche était presque dans l'état normal.

Dans la crainte d'une hémorrhagie, on en fit la ligature avec un fil non ciré, et on retrancha d'un seul trait l'utérus. Les ligamens reprirent leur place naturelle sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang.

Le soir du même jour, les régions hypogastrique et ombilicale devinrent douloureuses au toucher, sans distension de l'abdomen ; mais, dans la nuit, cet état changea au préjudice de la malade. Le ventre prit du développement vers la région ombilicale et vers les fosses iliaques. Une douleur inquiétante décida à prescrire l'application de douze sangsues sur ces parties ; l'effet fut très-favorable. Après la chute des sangsues, cataplasme. Le bouillon gras fut d'abord interdit, et remplacé par de l'eau panée sucrée, avec addition d'eau de fleurs d'oranger. Dans l'intervalle, tisane mucilagineuse et lavemens émolliens, quatre fois le jour et quatre fois la nuit ; pas de bain. Grace à ce traitement, l'amélioration fut prompte, et le ventre cessa d'être douloureux.

La portion des ligamens et de l'orifice de l'utérus restés en place ne font éprouver aucune douleur.

Le cinquième jour de l'ablation, le pouls est naturel et le sommeil très-calme. On prescrit à la malade un bouillon gras matin et soir, dont elle se trouve très-bien.

Le septième jour, même régime : le huitième, légère soupe ; le dixième, petite côtelette.

Le onzième jour, la malade étant restée trop long temps levée, la jambe et la cuisse gauches se gonflèrent, et devinrent douloureuses au toucher. Des accidens parurent à craindre ; mais la malade dit avoir plusieurs fois éprouvé cet accident avant l'opération, et une fomentation avec la décoction de guimauve le faisait disparaître : ce moyen réussit également.

Enfin, le vingtième jour de l'ablation, trentième de la ligature, les forces étaient en grande partie revenues, et la malade pouvait, sans inconvénient, monter et descendre un escalier de quarante deux marches. Le sommeil et l'appétit étaient revenus : les digestions étaient parfaites ; la guérison était complète le 28e jour de l'opération.

M. Lasserre a revu cette femme chez lui, le 24 juillet 1832 ; elle était très-bien portante, avait recouvré ses forces, et pouvait, comme par le passé, s'occuper de ses affaires et de ses travaux domestiques, qui étaient assez pénibles, sans éprouver aucun dérangement.

Dans une conversation confidentielle, M. Lasserre lui demanda si elle éprouvait le même sentiment de volupté lorsqu'elle se livrait aux plaisirs du mariage ; elle affirma n'y trouver aucune différence. Quant au flux menstruel, elle assura qu'il n'avait pas reparu, et qu'elle n'avait éprouvé aucun des préludes qui l'annoncent ; elle n'en éprouvait du reste aucune incommodité.

M. Lasserre conclut que le sang des règles vient sans aucun doute de l'intérieur de l'utérus, puisque le vagin et l'orifice de la matrice existent encore chez cette femme, et que ses menstrues ne reparaissent point.

M. Capuron trouve que l'auteur n'a pas assez insisté sur les signes différentiels du renversement de l'utérus et du polype, et qu'il a accusé à tort les auteurs d'être muets sur la maladie dont il s'agit, et sur la conduite du chirurgien. Il serait trop long de rappeler les noms de tous ceux qui en ont parlé depuis Soranus et Moschion, jusqu'à MM. Récamier, Marjolin et Delpech.

Quant au fameux problème sur le siége véritable du flux menstruel, M. Capuron pense que la conclusion de l'auteur, qui l'attribue exclusivement au corps de l'utérus, est prématurée, puisque la malade n'a été vue qu'un an après l'opération, et que les menstrues ont pu et pourront revenir plus tard, quand le sang aura été complètement réparé. M. Capuron rappelle et discute ici les opinions des auteurs sur ce sujet.

Relativement à la préférence donnée par le chirurgien à la ligature, sauf à revenir plus tard à l'excision, et à son opinion sur la convenance de l'opération dans le cas de renversement qu'on n'a pu réduire, et sur la nécessité d'attendre que les malades soient affaiblies par des hémorrhagies répétées, parce qu'alors les accidens inflammatoires sont moins à craindre, M. Capuron les approuve complètement.

Le rapporteur, du reste, ne pense pas qu'il puisse y avoir doute sur l'enlèvement de la matrice et non d'un polype, bien que l'exposé des signes eût pu être plus complet. On ne saurait reprocher au docteur Lasserre de s'être trop hâté d'opérer, en arguant de la réduction qui eut lieu chez la femme de Delabarre, chirurgien à Bouzeville, et chez madame Boucharlate, de Saint-Domingue ; car ici l'abondance des hémorrhagies et l'imminent danger faisaient une loi d'opérer.

Les conclusions du rapport sont : le dépôt aux archives et au comité de publication ; des remercîmens à l'auteur, et l'inscription du nom de M. Lasserre sur la liste des candidats aux places de membres correspondans.

—M. le président annonce qu'une séance extraordinaire pour la lecture des mémoires arriérés aura lieu samedi 25 juillet, et qu'à cause des fêtes de juillet, la séance de mardi prochain sera renvoyée au jeudi 30.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION EN FAVEUR DE L'APPAREIL INAMOVIBLE DANS LES FRACTURES, par M. Dogny, D.-M. P., chirurgien-major au 4e régiment d'artillerie.

Obs. — Le 4 février 1835, madame Dole, la femme d'un garde d'artillerie à la direction de Rennes, âgée de 37 ans, d'une taille élevée (5 pieds 4 pouces et

demi), d'un embonpoint très-prononcé et d'une forte constitution, tomba d'une hauteur de 35 pieds. A notre arrivée auprès d'elle, M. le docteur Pichot et moi nous reconnûmes l'existence d'une fracture double de la jambe gauche à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur de ce membre. Les fragmens chevauchaient en arrière de manière à produire un raccourcissement de 2 pouces au moins, et formaient un angle à saillie postérieure qui permettait de sentir les extrémités à travers la couche épaisse des muscles gastro-cnemiens. L'appareil inamovible fut adopté, comme nous le dirons bientôt.

La même chute avait encore occasioné une contusion très forte avec épanchement de la grosseur d'un œuf de poule dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, à la région sus-orbitaire gauche. Nous craignîmes pendant quelque temps une fracture du crâne avec épanchement intérieur ou une affection de la moelle allongée. Nous ferons remarquer que la malade avait peine à mouvoir le membre pelvien non fracturé.

Madame D... éprouvait une vive douleur dans l'articulation huméro-cubitale; elle ne pouvait pas supporter le moindre mouvement dans cette partie. Nous soupçonnâmes la déchirure d'un ligament articulaire. La douleur persista long-temps; l'amaigrissement de l'avant-bras et de la main devint très remarquable; ce n'est que deux mois après l'accident que ces phénomènes disparurent entièrement.

Le lendemain, nous apprîmes que la malade sentait un poids énorme et une douleur très-vive à la région hypogastrique, et que c'était en vain qu'elle essayait de satisfaire le pressant besoin d'uriner qui la tourmentait. Ayant reconnu, en palpant le ventre, que la vessie, distendue par les urines, formait une tumeur énorme dans l'abdomen, nous sondâmes, et 2 livres d'urine sortirent non sans quelque difficulté. En effet, il fallut presser assez fortement sur l'hypogastre; car la vessie, privée de sa contractilité, n'avait plus assez de ressort pour expulser le liquide qu'elle contenait.

Trente sangsues furent appliquées autour de la contusion du front, et cinquante le furent sur l'hypogastre, où des douleurs extrêmement vives se faisaient sentir, et bientôt ces accidens cédèrent à cette médication. Nous ne parlerons donc plus que de la fracture, à la réduction de laquelle nous procédâmes tout d'abord.

Nous décidâmes d'employer l'appareil inamovible de M. le baron Larrey, appliqué, ainsi que nous l'avons vu souvent au Gros-Caillou, dont notre très-honoré maître était le chirurgien en chef; il fut appliqué aussi immédiatement que possible, car entre les bandelettes de Scultet et le membre, au niveau de la fracture, nous interposâmes des compresses longuettes enveloppant circulairement la jambe. Dès que la fracture fut réduite et la coaptation des fragmens établie, ce dont nous pûmes nous assurer par le rétablissement de la longueur du membre et par le retour des différentes parties à leurs rapports naturels, nous appliquâmes l'appareil, qui fut prolongé jusqu'à 4 pouces environ au-dessus du genou. N'ayant pas à notre disposition de petits sachets de balle d'avoine, nous y suppléâmes par des gâteaux d'étoupe interposés entre le membre et les attelles recouvertes du drap-fanon, et par ce moyen nous pûmes établir une pression uniforme sur toute la jambe. De fréquentes lotion furent faites sur tout le membre avec de l'eau et un huitième d'eau-de-vie camphrée, jusqu'au 9 février; puis elles furent remplacées par des arrosions non moins fréquentes de vinaigre fortement camphré, jusqu'à ce que le gonflement ayant cessé, et après avoir resserré l'appareil, le quinzième jour de l'accident, nous crûmes convenable d'employer le liniment composé d'acétate de plomb, de blanc d'œuf et d'eau-de-vie camphrée. Ce ne fut que le 18 mars que l'appareil fut changé, malgré le vif désir de la malade et le souci des assistans. Seulement, quand le membre ne portait pas d'aplomb, bien que nous eussions mis des planches sous le premier matelas, on remplissait les vides au moyen d'étoupe, afin qu'il reposât sur un plan aussi uni que possible. Nous mettions toujours un peu plus d'étoupe sous le mollet vers le niveau de la fracture, afin de faire opposition contre la saillie en arrière que les fragmens avaient faite, comme nous l'avons dit plus haut, et de temps en temps nous serrions les lacs pour rapprocher les attelles, que le dégonflement des parties rendait trop libres. Pendant tout ce temps, madame D... ne ressentit que rarement quelques douleurs au lieu même de la fracture; mais les tubérosités du fémur et les malléoles, tant interne qu'externe, furent assez souvent le siége de douleurs un peu vives. Le 43ᵉ jour arrivé, nous levâmes l'appareil, et nous eûmes le plaisir de trouver le membre aussi long que l'autre, et le cal parfaitement consolidé et à peine sensible au-dessus des tégumens même qui recouvrent la face interne du tibia. L'articulation fémoro tibiale fléchissait difficilement; mais au moyen d'une *ferme* volonté de notre part et de mouvemens mesurés, cette raideur disparut entièrement en quelques jours; et le 30 mars, c'est-à-dire le cinquantième jour à dater de celui de la chute, Mme D. put marcher dans sa chambre avec l'appui d'une personne placée à sa droite et d'une béquille à sa gauche. Enfin la guérison marcha avec une telle rapidité, que Mme D. descendit dans son jardin le soixante-unième jour, et put, à l'aide de ses béquilles seulement, y faire cinq à six cents pas sans ressentir de douleur. Un ordre ministériel appelant son mari à l'arsenal de Besançon, nous consentîmes à la laisser partir le 16 avril, soixante-onzième jour après l'accident. Elle ne resta à Paris que le temps nécessaire pour changer de voiture. Elle arriva à sa destination après avoir fait 188 lieues aussi bien qu'elle pouvait le désirer, et marcha sans béquilles en descendant de la diligence.

Nous pensons que ce fait est bien concluant en faveur de l'appareil inamovible; son intérêt augmente encore en considérant les autres accidens qu'avait déterminés cette chute épouvantable qui eut lieu sur un cailloutage. Nous avons soigné, d'après la même méthode et avec le même succès, un brigadier du 4ᵉ régiment d'artillerie. Depuis sa sortie de l'hôpital, ce cavalier a toujours pu faire son service tout aussi bien qu'avant son accident.

En donnant avis de résultats aussi heureux d'une méthode pleine d'avantages autant pour le médecin que pour le malade, il nous semble toutefois qu'il faut surveiller attentivement la position du membre; car il peut se faire que si, malgré la solidité de l'appareil, le plan sur lequel repose le membre vient à se déranger (ce plan est un matelas mis sur des planches épaisses et aussi longues que le lit), il peut se faire, répétons-nous, que s'il s'opère un déplacement, il sera d'autant plus grave que, méconnu pendant long-temps, il sera presque irréparable lorsqu'on viendra à lever l'appareil. C'est, à notre avis, parce que le docteur Rognetta n'a pas pris toutes ces précautions, et qu'il n'a pas surveillé l'appareil pendant son application, que les cas cités par lui ont eu des résultats aussi désavantageux. (GAZETTE MÉDICALE, nº 17, page 257, année 1834.)

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE MEDICAL PROPERTIES OF THE NATURAL ORDER OF RANUNCULACEÆ, by TURNBULL. M.-D. — Des propriétés médicales des plantes de l'ordre naturel des renonculacées, et plus spécialement de l'emploi des semences de sabadilla, de delphinium staphysagria et d'aconitum napellus, ainsi que de leurs alcaloïdes, la vératrine, la sabadilline, la delphinine et l'aconitine; par le docteur TURNBULL. — Un vol. in-8º de 172 pag. Londres, 1835.

Ce petit ouvrage est, comme ceux de la plupart des compatriotes de l'auteur, essentiellement pratique; aussi, pour l'imiter et faire connaître son travail, nous allons entrer immédiatement en matière et décrire d'abord les effets de l'emploi des semences de cévadille sur l'économie.

L'auteur dit avoir administré ces semences sous forme d'extrait et de teinture. Cette dernière est employée avec avantage comme rubéfiant dans le traitement de la paralysie et du rhumatisme chronique, et lorsqu'on en a frictionné la peau pendant plusieurs jours, elle y détermine une légère éruption. Si cette friction est pratiquée sur la région du cœur, elle diminue la fréquence et la force du pouls, et serait surtout employée avec avantage dans les cas de palpitations nerveuses.

L'extrait possède presque les mêmes propriétés que la vératrine, et est employé avec succès dans le traitement des affections névralgiques et des rhumatismes douloureux; quelquefois cette substance agit aussi comme diurétique.

L'une des causes qui a le plus nui jusqu'à ce moment à l'emploi de la vératrine dans la pratique, c'est l'énergie de son action purgative et émétique; et l'auteur, qui a publié, il y a quelques années déjà, un petit ouvrage sur cet alcaloïde, a été long temps dans cette opinion. Mais depuis il a employé la vératrine pure à l'intérieur, et un nombre considérable de fois; et il dit avoir observé que ses sels ne produisent aucun des effets qu'on lui attribue, et que, bien qu'il l'ait très-fréquemment administrée à la dose de 4 à 6 grains par vingt-quatre heures, il ne lui est arrivé que bien rarement d'obtenir des effets purgatifs très-légers. Elle occasione souvent, il est vrai, quelques nausées; mais c'est un accident qu'on peut éviter facilement, en ayant soin de n'en pas donner de trop fortes doses à la fois. M. Magendie, qui a fait des recherches sur le même sujet, dit que, portée à la dose d'un quart de grain dans le canal intestinal, la vératrine détermine promptement des évacuations alvines très-abondantes; à dose un peu plus élevée, suivant ce savant physiologiste, elle provoque des vomissemens plus ou moins violens. Quelle est la cause de la différence entre ces résultats? C'est ce qu'il est impossible de déterminer d'une manière positive; mais probablement on peut l'attribuer aux changemens qui ont été apportés depuis quelques années dans le mode de préparation de cette substance, que l'on obtenait autrefois du colchicum automnale, et qu'aujourd'hui l'on extrait des semences du veratrum sabadilla.

La forme sous laquelle M. Turnbull préfère administrer cet alcali végétal est la suivante:

Prenez: Vératrine,	2	grains.
Poudre de réglisse,	12	—
Extrait de jusquiame,	9	—

Faites douze pilules, dont le malade prendra trois par jour.

Il est quelquefois avantageux de remplacer les deux dernières substances indiquées dans cette formule par quelques grains d'extrait de rhubarbe composé. Cette prescription a paru utile à M. Turnbull dans le traitement des affections spasmodiques douloureuses, de la goutte, du rhumatisme. Dans celui de la diarrhée, où elle est extrêmement utile,

on administre une pilule après chaque selle, jusqu'à ce qu'elles soient suspendues. Après quelques doses, le malade éprouve ordinairement une sensation de chaleur dans l'estomac, qui gagne rapidement l'abdomen, la poitrine et les extrémités supérieures et inférieures, et est remplacée par un sentiment de picotement sur différentes parties du corps, et un certain degré de transpiration.

Les sels de vératrine produisent les mêmes effets que cet alcali; le sentiment de chaleur, puis de picotement, puis la transpiration à laquelle succède un état de froid; et si l'on continue leur administration, il survient quelques nausées suivies de vomissemens. Dans un très-petit nombre de cas, M. Turnbull dit avoir observé les effets diurétiques, et plus rarement encore l'action purgative; il n'a jamais vu d'effet narcotique.

C'est le tartrate de vératrine qu'il préfère, comme moins susceptible d'agir sur l'estomac. Voici la forme sous laquelle il l'administre :

Prenez :	Tartrate de vératrine,	2 grains.
	Poudre de réglisse,	12 —
	Mucilage d'acacia,	q. s.

Mêlez et faites douze pilules dont on prend une toutes les trois heures.

Cette dose suffit pour le commencement du traitement; mais ensuite on peut l'augmenter jusqu'à ce qu'elle ait été portée à un grain et demi et deux grains de sel par jour. Il sera inutile d'administrer une dose plus élevée; car en général les effets thérapeutiques de ce sel se manifestent avant qu'on l'ait gagnée. M. Turnbull préfère cette forme à la solution que conseille M. Magendie, mais qui provoque quelquefois des nausées et des vomissemens à cause de son goût détestable.

La vératrine peut être employée en frictions, unie soit à l'alcool, soit à l'axonge, dans la proposition de vingt grains et plus pour une once de ces substances. Si M. Magendie, qui le premier a conseillé l'emploi de la vératine à l'extérieur, paraît n'en pas avoir obtenu des résultats bien avantageux, M. Turnbull l'attribue à la faible dose à laquelle il l'emploie; quatre grains par once d'axonge.

Une remarque qui, si elle est exacte, nous semble fort importante, c'est que les effets médicinaux des frictions pratiquées avec la vératrine ne se manifestent qu'après que le malade a éprouvé dans la partie frictionnée un degré considérable de chaleur et de frémissement particulier. Tant que le malade n'a pas éprouvé cette sensation, on peut croire ou que la friction n'a pas été assez prolongée, ou que la vératrine employée était impure.

Lorsque les frictions ont été continuées assez long-temps, la sensation de chaleur et de battemens s'étend de la partie frictionnée à toute la surface du corps, et l'on observe les mêmes effets que de l'emploi de cette substance à l'intérieur.

L'auteur nous apprend encore qu'à la suite de ces frictions les parties sur lesquelles elles ont été pratiquées conservent une susceptibilité extraordinaire pour certains agens, et surtout pour le galvanisme et l'électricité.

Les cas dans lesquels la vératrine, appliquée à l'extérieur, a produit les effets les plus heureux, sont certaines affections nerveuses du cœur, simulant quelquefois assez bien les affections organiques des viscères, et qui se lient le plus souvent à une diathèse goutteuse ou rhumatique. Dans beaucoup de cas la force et la fréquence du pouls éprouvent une diminution considérable, et la circulation se régularise, tandis que dans d'autres c'est l'effet contraire qui est produit. Voici la formule adoptée par M. Turnbull pour la pommade de vératrine et la manière dont il l'emploie.

Prenez :	Axonge,	1 once.
	Vératrine, de 15 à 40 grains.	

Prenez-en gros comme une noix et frictionnez une, deux ou trois fois par jour sur la région du cœur, ou sur toute la partie antérieure de la poitrine.

Neuf observations de maladies du cœur où l'on ne peut méconnaître l'heureuse influence de l'application de la vératrine, sont rapportées ici avec des détails suffisans pour qu'il ne puisse rester de doute sur l'efficacité des moyens employés.

C'est surtout dans le traitement des névralgies, et du tic douloureux spécialement, que la vératrine a été employée à l'extérieur avec le plus de succès. M. Turnbull dit avoir vu l'accès, suspendu pendant la durée de la première friction, ne plus revenir ensuite. Dans d'autres cas, les accès vont en s'éloignant et diminuent d'intensité graduellement. On a remarqué que quand l'affection n'est pas bornée à un seul point, mais s'étend le long des ramifications du nerf qui en est le siége, les symptômes disparaissent beaucoup plus promptement que dans les conditions opposées. Dans les cas aussi où la maladie date depuis long-temps, l'application de la pommade fait bien cesser le paroxysme immédiatement, mais il faut mettre plus d'opiniâtreté dans le traitement pour en empêcher le retour que quand la maladie est récente. Les frictions se pratiquent dans cette maladie, sur toute l'étendue de la partie douloureuse, avec la pommade déjà indiquée, pendant quinze ou vingt minutes, ou plutôt jusqu'à ce que le malade sente le développement de cette chaleur et de ces battemens qui annoncent l'effet du médicament. Nous trouvons encore ici douze observations, dans plusieurs desquelles la vératrine a été portée à la dose de 40 grains par once d'axonge.

Le rhumatisme cède encore assez facilement à l'emploi de la vératrine à l'extérieur, lorsque la période inflammatoire est passée; car tant que les phénomènes persistent à l'état aigu avec rougeur et gonflement, on doit s'abstenir de ce moyen de traitement. Le plus souvent, une pommade dans laquelle entreront 10 grains de vératrine pour une once d'axonge sera assez forte; mais quelquefois il faudra en continuer l'usage long-temps. Neuf observations sont encore rapportées ici comme exemples du succès de ce traitement; et, en effet, nous voyons que chez plusieurs malades la douleur a disparu après un petit nombre de frictions.

La vératrine possède encore une propriété que nous n'avons pas indiquée; elle est diurétique, et M. Turnbull paraît l'avoir employée avec avantage dans quelques cas de paralysie où il n'avait pu constater aucune lésion organique.

La *delphine* n'avait point encore été, à notre connaissance au moins, employée comme médicament. Nous allons donc analyser ici tout ce qu'en dit M. Turnbull. A l'exemple de la vératrine, en l'appliquant à la muqueuse nasale, elle détermine l'éternuement et une sécrétion abondante de mucosités. A l'intérieur, on peut en administrer de 3 à 4 grains en vingt-quatre heures, et par doses d'un demi-grain, sans déterminer des vomissemens. A cette quantité cependant, elle agit quelquefois sur les intestins, mais en causant peu d'irritation. Dans la plupart des cas, elle agit comme diurétique et occasione la sécrétion d'une quantité considérable d'une urine pâle; prise à la dose de plusieurs grains, elle détermine une sensation de chaleur et de battemens sur divers points du corps, semblable à celle que produisent les frictions pratiquées avec la même substance. En général, les effets de la delphine, prise à l'intérieur, diffèrent peu de ceux de la vératrine, et ces deux substances paraissent pouvoir être employées dans les mêmes maladies. Les sels de delphine ont les mêmes propriétés que la delphine, mais ne paraissent pas mériter la préférence sur cet alcali.

Les effets de la delphine employée à l'extérieur diffèrent encore très-peu de ceux de la vératrine. Cette dernière, appliquée en frictions à l'extérieur, détermine une sensation semblable à celle qui résulterait d'une série de petites étincelles électriques reçues sur une partie du corps découverte; tandis que la delphine cause une sensation de brûlure analogue à celle qui se manifeste quelque temps après l'application d'un vésicatoire. Ces deux substances diffèrent encore par la durée de l'effet produit, qui est plus durable et plus énergique pour la delphine que pour la vératrine.

L'*aconitine* peut encore être rapprochée, pour ses propriétés médicinales, de la delphine et de la vératrine; elle s'emploie sous les mêmes formes, c'est-à-dire sous celles de pommade et de solution alcoolique, et contre les mêmes maladies. Voici la formule que M. Turnbull préfère pour l'application extérieure :

Prenez :	Aconitine,	2 grains.
	Alcool,	6 gouttes.
	Axonge,	1 once.

On ajoute quelques gouttes d'alcool pour empêcher l'aconitine de former avec l'axonge un corps d'une dureté qui empêcherait qu'on pût l'employer en frictions.

La dernière préparation dont parle l'auteur est l'extrait d'aconit ammoniacal, dont l'action lui a paru encore plus énergique que celle de l'aconitine elle-même, sans doute parce que cet extrait contient toutes les parties actives de la plante, et l'alcali végétal lui-même.

Voici la formule qu'il donne pour la pommade faite avec cet extrait :

Prenez :	Extrait d'aconit ammoniacal,	1 once.
	Axonge,	3 onces.

Nous lisons ici l'observation pleine d'intérêt d'un cas de névralgie du doigt médius de la main gauche, qui, après avoir causé des douleurs insupportables pendant quatre ans à l'homme qui en était affecté, et avoir résisté à tous les moyens que l'on opposa à cette cruelle maladie, céda complétement, dans l'espace d'un mois, au traitement par l'aconitine.

Nous terminerons ici l'analyse de l'ouvrage du docteur Turnbull, que nous avons donnée avec quelque étendue, parce que les recherches qu'il contient étant essentiellement pratiques, nous ont paru de nature à intéresser le plus grand nombre des lecteurs. D'ailleurs, les résultats obtenus par l'auteur de l'emploi des alcalis végétaux dont nous avons parlé sont assez différens de ceux énoncés, par exemple, dans la dernière édition du formulaire de M. Magendie, pour fixer vivement l'attention et avoir dû être reproduits ici aussi complétement que possible. C'est donc un service véritable que M. Turnbull a rendu à la science, en précisant mieux qu'on ne l'avait fait encore les doses auxquelles ces médicamens jusqu'ici si peu usités peuvent être administrés, et en étendant le nombre des cas où ils peuvent l'être avec avantage. Nous espérons qu'il continuera ses recherches sur les nouvelles préparations que la chimie met à notre disposition, et contribuera ainsi à augmenter le nombre encore si restreint des agens thérapeutiques vraiment efficaces.

VARIÉTÉS.

CRÉATION D'UNE CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

(Legs de M. Dupuytren.)

Le *Moniteur* du 22 juillet contient le rapport suivant :

Paris, 20 juillet 1835.

Sire,

L'enseignement dans la Faculté de médecine de Paris, successivement étendu par diverses créations de chaires, n'est pourtant pas encore, sous certains rapports, au niveau des connaissances actuelles.

L'étude de l'anatomie, par exemple, base de toute science chirurgicale, réclame d'importans développemens; et l'ordonnance que j'ai l'honneur de solliciter de Votre Majesté a pour objet d'introduire un perfectionnement de ce genre dans la Faculté de médecine de Paris.

Depuis long-temps les hommes éclairés ont senti l'insuffisance d'un enseignement anatomique ayant uniquement pour but l'étude des organes à l'état normal. Les diverses altérations de couleur, de volume, de texture, etc., que présentent ces mêmes organes à la suite des maladies dont ils sont le siége, l'anatomie pathologique en un mot, n'est point enseignée d'une manière spéciale dans la Faculté.

Frappé de l'importance de cette lacune, et pénétré de la nécessité de la combler, M. Dupuytren a voulu, en mourant, rendre ce dernier service à la science, à laquelle il a donné et dont il a reçu lui-même tant d'illustration. Par une disposition testamentaire, il a légué à la Faculté de médecine de Paris une somme de deux cent mille francs pour l'établissement d'une chaire d'anatomie pathologique; et Votre Majesté, par son ordonnance du 5 de ce mois, a autorisé l'acceptation de ce legs.

Je propose aujourd'hui à Votre Majesté d'en accomplir la pensée en instituant expressément, dans la Faculté de médecine de Paris, la chaire d'anatomie pathologique dont M. le baron Dupuytren a manifesté le vœu et fondé la donation.

C'est le but spécial du projet d'ordonnance que j'ai l'honneur de soumettre à Votre Majesté.

Je suis avec un profond respect, Sire, de Votre Majesté, le très-humble et très-obéissant serviteur et fidèle sujet.

GUIZOT.

Ordonnance du Roi.

Louis-Philippe Ier, roi des Français, à tous présens et à venir, salut.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique;

Vu la délibération du conseil royal de l'instruction publique, en date du 23 juin 1835;

Vu notre ordonnance du 5 du présent mois;

Nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

Art. Ier. Il est créé dans la Faculté de médecine de Paris une chaire d'anatomie pathologique.

Art. II. Le ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Fait à Paris, le 20 juillet 1835.

LOUIS-PHILIPPE.

Par le Roi, le ministre de l'instruction publique.

GUIZOT.

— On lit dans le *Journal général de l'instruction publique*, 12 juillet 1835 :

« Une demande a été adressée à M. le ministre de l'instruction publique pour obtenir le rétablissement de la chaire de bibliographie médicale et d'histoire de la médecine, qui a existé depuis long-temps à la Faculté de Paris. Cette chaire était occupée en dernier lieu par le savant Moreau (de la Sarthe); elle a été supprimée en même temps que la Faculté, par l'ordonnance du 21 novembre 1822. En 1830, Moreau (de la Sarthe) était mort, et l'on ne songea point à rétablir la chaire qu'il avait occupée avec tant de succès pendant plus de huit années. Nul doute cependant que si un nouveau concours était ouvert, d'autres hommes également instruits et versés dans toutes les parties de la science ne se présentent pour remplir une place si importante aux progrès des études médicales. La demande qui a été adressée à cet égard à M. le ministre de l'instruction publique est signée de tous les professeurs de la Faculté de médecine. »

Nous applaudissons à la résolution que la Faculté de médecine de Paris a prise à l'unanimité. Dans le haut enseignement de la médecine, l'absence d'une chaire de l'histoire de cette science est une des lacunes les plus capitales qui se puissent imaginer. La médecine n'est pas un champ en friche dont la culture ne date que d'hier; le séparer de tout le passé, abandonner tous les essais qui ont été tentés, renoncer à tous les fruits qui ont été produits, c'est une mauvaise doctrine, et de plus une entreprise impossible à exécuter; car l'on voit à chaque instant les hommes qui travaillent recourir aux faits, aux idées, aux observations du passé, pour donner à leurs travaux plus de généralité, de portée et de certitude. On sent donc combien il est important pour les élèves de recevoir un enseignement qui les dirige avec sûreté dans cette voie de la tradition, et qui leur fasse connaître les fautes comme les succès, les écarts comme les découvertes de ceux qui ont été nos prédécesseurs et nos maîtres. Les études y gagneront beaucoup de force et de sérieux; un tel enseignement bien dirigé tend surtout à le faire sortir des circonscriptions étroites où l'esprit de système aime à se renfermer. Il agrandit l'horizon scientifique, en portant les esprits studieux vers l'examen des mille voies qu'a déjà traversées la médecine dans les divers siècles et sous les divers climats.

Nous ne doutons pas que le ministre de l'instruction publique ne fasse droit à la demande de la Faculté de Paris. La lacune que cette Faculté signale est, on peut le dire, quelque chose de peu honorable pour l'école. N'est-il pas incroyable qu'une branche aussi importante que l'histoire de la médecine soit restée dans l'abandon et l'oubli le plus complet au sein d'une institution qui revendique l'honneur, mérité à quelques égards, d'être comptée entre les premières écoles de l'Europe?

— Le concours ouvert au bureau central pour deux places de chirurgiens, est terminé. MM. Lenoir et Malgaigne ont été nommés.

CHOLÉRA.

Le choléra dans le midi poursuit ses ravages. A Toulon, du 9 au 10, on a compté 86 cas, 72 morts; du 10 au 11, 96 cas, 95 morts; du 11 au 12, 105 cas, 82 morts. Il a paru un peu s'apaiser les jours suivans; ainsi du 12 au 13, on ne comptait que 51 nouveaux cas, 73 morts; du 13 au 14, 58 cas, 69 morts; du 14 au 15, 53 cas, 66 morts; du 15 au 16, 44 cas, 66 morts.

Au nombre des victimes, on compte M. Fleury, médecin en chef de la marine, M. Lehean, administrateur des hospices; M. Millian, lieutenant-colonel du 66e, est mort le douzième jour par suite d'une imprudence. Après avoir fait une course à cheval, ayant très-chaud, il but abondamment de la bière mélangée d'eau; quelques heures après il avait cessé de vivre.

Le 10, le tribunal de police s'étant réuni, les juges titulaires, les juges suppléans étaient tous absens; il ne restait du tribunal que le ministère public. Le 16, le conseil municipal fut convoqué, cinq conseillers seuls répondirent à l'appel; trois sont morts, les autres se sont enfuis.

En même temps le choléra a reparu à Marseille, il a fait invasion à Antibes, à Nice, à Montpellier, à Grasse, à Fréjus, et dans la plupart des villages du Var. Enfin on annonce qu'il est à bord du *Triton*, bâtiment expédié de France à Alger dans les premiers jours de ce mois.

Le midi de la France paraît donc être sous le coup d'une épidémie dont on peut d'autant moins prévoir les ravages, que presque partout la peur démoralise les populations, et fait fuir jusqu'aux autorités chargées de veiller à la sûreté et à la santé publique. Le ministre de la guerre vient d'envoyer M. Larrey à Toulon, avec une mission spéciale. (V. l'Académie des sciences.) On annonçait aussi que des médecins et des étudians s'y rendaient de Marseille et de Montpellier; il est à craindre malheureusement qu'ils ne soient promptement rappelés dans les villes qu'ils ont quittées. Il serait urgent que le gouvernement prît des mesures générales, comme cela a été fait en 1832, pour ne laisser manquer aucune population de secours. On dit que déjà plusieurs médecins de Paris se sont offerts pour remplir cette honorable et périlleuse mission.

M. Vidal de Cassis est parti pour Marseille, avec une mission du gouvernement.

— On annonce aussi que le choléra a éclaté à Gênes en Italie.

— Dans les circonstances graves où se trouve le midi de la France, nous croyons rendre un service à nos confrères en détachant des collections de la GAZETTE MÉDICALE toute la partie du journal qui, sous le titre de *Journal spécial du choléra-morbus*, recueillit tous les documens de l'histoire du choléra en 1832. Cette collection spéciale comprenant les trois derniers trimestres de 1832, est le recueil le plus complet des mémoires, rapports, discussions, essais thérapeutiques et analyses d'ouvrages publiés en France et à l'étranger sur cette redoutable épidémie. Elle forme un volume de plus de 600 pages in-4° à deux colonnes, justification de la GAZETTE MÉDICALE, équivalant à plus de 8 volumes in-8° ordinaire. Prix broché avec un titre spécial, 20 fr.

S'adresser, *franco*, au bureau de la GAZETTE MÉDICALE, rue Poissonnière, 5.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

DE LA RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS; nouvelles recherches sur la nature, les causes et le traitement prophylactique et curatif de cette infirmité; par le docteur G. Goyrand, d'Aix, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, de la Société médicale d'émulation, des Sociétés royale et académique de médecine de Marseille, etc.

Tout ce que je vais dire ne s'applique qu'à l'espèce de rétraction que Dupuytren a décrite en 1832 dans ses *Leçons cliniques* (1), et dont j'ai moi même entretenu l'Académie, l'année dernière, dans un mémoire que cette savante société a daigné accueillir favorablement (2), et non à la flexion permanente des doigts qui peut résulter d'une ankylose de leurs articulations, de cicatrices bridées à leur face palmaire, de la paralysie ou de la section de leurs muscles extenseurs, de cicatrices de plaies avec perte de substance du corps charnu des fléchisseurs, etc. Rappelons d'abord en peu de mots, d'après les leçons de Dupuytren et mes propres observations, les caractères de cette rétraction. J'exposerai ensuite les résultats de mes recherches anatomiques sur cette infirmité. Je discuterai l'opinion de Dupuytren sur sa nature, et je terminerai par l'étude de ses causes et de son traitement prophylactique et curatif.

Cette infirmité attaque de préférence les individus qui se livrent à de rudes travaux, et a une prédilection marquée pour les trois derniers doigts. L'annulaire en est plus souvent atteint que le médius et l'auriculaire; elle commence ordinairement par l'annulaire, et n'attaque les deux autres que quand elle est déjà assez avancée dans le premier. Sur une des mains que j'ai envoyées l'année dernière à l'Académie, le pouce était lui-même bridé; mais ce fait est, je crois, le seul de ce genre qui ait été observé jusqu'à présent (3). Cette infirmité présente les caractères suivans : flexion de la première phalange sur l'os métacarpien et de la seconde sur la première; la dernière ne participe presque jamais à la rétraction. Au-devant des doigts affectés, on voit des colonnes saillantes qui s'étendent de la paume de la main à la face antérieure des deuxièmes phalanges. Quand on cherche à redresser les doigts, ces colonnes se tendent fortement, et cette tension se communique ordinairement à l'aponévrose palmaire et au tendon du palmaire

(1) Leçons orales de Dupuytren, tom. 1er, premier mémoire.

(2) Mémoires de l'Académie royale de médecine, tom. III; et Gazette médicale, 1834, p. 219.

(3) Nous avons donné dans ce journal l'observation d'un individu chez lequel

Feuilleton.

EAUX MINÉRALES DE NIEDERBRONN.

M. le docteur Kuhn vient de publier une notice des plus intéressantes sur les eaux de Niederbronn, en Alsace; nous devrions dire plutôt un livre, car sa description contient près de 250 pages (1). C'est beaucoup pour la matière, mais on ne peut se plaindre pourtant de cette abondance, car l'auteur a compris si largement son sujet qu'il aurait pu facilement donner une étendue double à son opuscule. Il contient en effet d'abord le tableau topographique, historique, statistique, géologique, chimique, physique et botanique du canton de Niederbronn, et de toutes les contrées environnantes, ce qui exigeait déjà de grands développemens; la partie médicale qui vient ensuite n'est pas traitée avec moins de conscience. L'exposition des vertus des eaux est d'ordinaire fort longue dans la plupart des traités de ce genre, car il est rare que ces propriétés et vertus n'envahissent pas tout le cadre nosologique. M. Kuhn, sans partager l'enthousiasme insatiable des monographes, ne laisse pas que d'étendre beaucoup la sphère thérapeutique des sources de Niederbronn. On pourrait raisonnablement lui rabattre quelque chose, mais en somme nous devons le remercier de sa retenue et de sa modération, et lui faire quelques concessions en faveur de l'esprit de critique et d'impartialité qui règne généralement dans son livre. Cet ouvrage est d'ailleurs si remarquable sous le rapport de la forme, qu'il y aurait de la pédanterie à signaler comme des hors-d'œuvres, un certain nombre de descriptions et de détails historiques, qu'il aurait pu à la rigueur supprimer, mais que le talent de l'écrivain fait volontiers pardonner.

On peut affirmer qu'aujourd'hui les monographies de ce genre sont traitées en général sur un plan plus large qu'on ne le faisait autrefois. Les progrès des sciences physiques et naturelles, le goût toujours croissant des recherches statistiques et historiques élargissent singulièrement le cercle de toutes les spécialités médicales. Il n'y a pas de si mince sujet qui n'appelle à son aide la biographie, l'érudition, l'histoire, les chiffres statistiques, et qui ne mette à contribution toutes les sciences : tel est l'esprit du temps. M. Kuhn y a obéi; mais il l'a fait avec trop de discernement et de goût pour que cette observation devienne à son égard une critique.

Niederbronn est un bourg de 2,500 âmes, dans le département du Bas-Rhin,

(1) *Description de Niederbronn et de ses eaux minérales, à l'usage des médecins et des malades qui les fréquentent.* Chez Levrault, rue de la Harpe, 81, et à Strasbourg, même maison, rue des Juifs, 33.

grêle. La peau soulevée présente, à l'union de la paume de la main avec les doigts, des rides semi-lunaires à concavité inférieure. Cette membrane conserve ses caractères normaux, et n'adhère pas ordinairement d'une manière intime aux cordons qui la soulèvent. Les doigts affectés conservent leur nutrition normale; leurs articulations sont saines et mobiles; aucun effort ne peut étendre ces organes : on parviendrait plutôt à les briser qu'à les redresser.

Quelle est la nature de cette infirmité?

Le premier fait que j'ai observé m'a donné la solution de cette question. Au mois de novembre 1834, on apporta à l'amphithéâtre de l'hôpital d'Aix le cadavre d'un homme de 72 ans, qui était mort d'apoplexie foudroyante; il avait plusieurs doigts de chaque main affectés de rétraction. Je ne laissai point échapper cette occasion d'étudier une infirmité encore peu connue. Je constatai tous les caractères de l'infirmité qui avait été décrite par Dupuytren. La main droite présentait cette particularité, que le pouce était fixé dans une opposition incomplète, et ne pouvait pas être porté dans l'abduction. Je disséquai ensuite les mains, et je reconnus que les tendons, leurs gaînes et l'aponévrose palmaire étaient à l'état normal; que les doigts étaient bridés par des faisceaux fibreux anormaux, dont les uns arrondis, continus d'une part à l'aponévrose palmaire, s'inséraient par leur extrémité inférieure à la gaîne des tendons fléchisseurs et aux bords des pli langes; d'autres, disposés en croissaos, allaient seulement d'un point à un autre de ces bords. La plupart de ces faisceaux se fixaient par leur extrémité inférieure aux deuxièmes phalanges ou au point correspondant des gaînes des fléchisseurs. On en voyait qui, nés de l'aponévrose, émettaient dans leur trajet des expansions qui se rendaient aux premières phalanges, et venaient ensuite s'insérer aux secondes. Le pouce droit était bridé par deux faisceaux, dont l'un, fort et aplati, allait du bord externe de l'aponévrose à la partie supérieure de la gaîne du tendon du grand fléchisseur de ce doigt, et l'autre, mince et arrondi, né de ce dernier point, se continuait par son autre extrémité avec la languette de l'aponévrose palmaire qui s'insérait au côté externe de la base de la première phalange de l'index. Tous ces faisceaux, formés de fibres parallèles, étaient très-résistans, inextensibles, et avaient la blancheur et l'aspect des ligamens. Je disséquai avec grand soin ces deux mains; j'enlevai toutes les parties charnues et ne conservai que l'aponévrose palmaire, les tendons fléchisseurs dans leurs gaînes et les faisceaux fibreux anormaux, et j'envoyai ces pièces pathologiques avec un mémoire à l'Académie royale de médecine.

Quand j'eus disséqué ces mains, je me demandai si l'affection que j'avais sous les yeux était bien celle que Dupuytren avait cru être le résultat d'un raccourcissement de l'aponévrose palmaire? Un nouveau fait se présenta alors à mon observation. L'économe de l'hôpital d'Aix était atteint de cette infirmité à un très-haut degré. Les trois derniers doigts de ses deux mains étaient fortement rétractés; l'index gauche l'était aussi, mais à un faible degré. J'observai chez ce sujet, comme chez celui dont j'avais disséqué les mains, les saillies pré-digitales et la flexion des deuxièmes phalanges, caractères qui avaient été signalés par Dupuytren. En cherchant à étendre les doigts, je vis les brides palmaires presque aussi bien que je les voyais sur les mains disséquées. Je reconnus distinctement l'origine et l'insertion de la plupart de ces cordons. Je montrai à plusieurs de mes confrères et à mes élèves les mains que j'avais disséquées, et les mains aux doigts crochus de l'employé de l'hôpital; et nous reconnûmes tous, à n'en pouvoir douter, que l'infirmité de ce dernier était bien celle que Dupuytren avait décrite, et ne différait nullement de celle que j'avais disséquée. Oh! dès lors il ne me resta plus de doute, et j'exprimai ma conviction dans le travail que j'adressai à l'Académie. MM. Sanson et Breschet furent chargés par cette savante société de faire un rapport sur mon travail. Mes pièces pathologiques démontraient un fait qu'on ne pouvait révoquer en doute. Mais ces messieurs pensèrent que la lésion que je mettais sous leurs yeux n'était pas la même que celle que Dupuytren avait décrite. Suivant eux, Dupuytren avait découvert une cause de rétraction des doigts, et j'en avais découvert une autre; pour moi, je suis convaincu que les faits sur lesquels Dupuytren a établi sa doctrine et ceux que j'ai moi-même observés sont identiques, et je vais tâcher de le prouver. Pour cela, analysons les leçons du célèbre chirurgien del Hôtel-Dieu.

1° Dupuytren a disséqué deux mains affectées de rétraction permanente des doigts.

2° Il a pratiqué quelques opérations dans le but de guérir cette infirmité.

3° Il a donné, d'après les faits qu'il avait observés, une description générale.

Dupuytren trouve une première occasion de disséquer une main dont les doigts sont rétractés; voici comment il procède (1). Il enlève la peau, et reconnaît que cette membrane n'est pour rien dans la production de l'infirmité. L'aponévrose est mise à découvert, et le chirurgien s'aperçoit qu'elle est tendue, rétractée, raccourcie. De sa partie inférieure partent des espèces de cordons qui se rendent sur les côtés du doigt malade. En cherchant à étendre les doigts, Dupuytren vit clairement que l'aponévrose subissait une sorte de tension, d'où il conjectura qu'elle était pour quelque chose dans la production de la maladie. Restait à trouver le point affecté; on coupa les prolongemens que l'aponévrose envoie sur les côtés des doigts; immédiatement, la rétraction cessa; les tendons, les os, les articulations, étaient parfaitement sains.

Dans le second cas (2), on ne chercha plus à découvrir la nature de la lésion; on démontrait un fait de pathologie qu'on croyait connaître. Dupuytren avait fait dessiner d'avance la pièce pathologique. Le tendon du palmaire grêle et l'aponévrose palmaire avaient été isolés des parties voisines. Le professeur exerça, d'abord, des tractions sur les tendons fléchisseurs; il n'en résulta pas d'augmentation sensible de la rétraction; les cordes pré-digitales n'éprouvaient pas de changement appréciable. Il chercha à étendre les doigts; alors la corde se tendit fortement; mais les tendons fléchisseurs ne suivaient que médiocrement ce mouvement. Ces tendons furent ensuite coupés au-dessus du poignet, et la rétraction resta la même. Des tractions exercées sur l'aponévrose

tous les doigts étaient fléchis, dans chaque doigt *toutes les phalanges*; et la peau de la face palmaire de la main et des doigts était complètement adhérente aux parties sous-jacentes, rétractée elle-même, et transformée en une sorte de tissu inodulaire. (GAZETTE MÉDICALE, 1833, pag. 112.)

(*Note du Réd. de la* GAZ. MÉD.)

(1) Leçons orales, t. 1, p. 9.

(2) Leçons orales, t. 1, p. 528.

arrondissement de Wissembourg, à 9 lieues de Strasbourg et 26 de Metz, à 192 mètres au-dessus du niveau de la mer, au pied des montagnes des Vosges, dont la chaîne domine toute la contrée. Il est traversé par la rivière de Falkenstein. Le territoire est richement cultivé et boisé; çà et là sur les hauteurs on voit des ruines de vieux châteaux féodaux, mêlées aux usines nombreuses de l'industrie moderne. Un monographe alsacien, M. Reiner, a fait de ce pays une magnifique description pittoresque, rapportée par M. Kühn, dans laquelle tous les fantômes et souvenirs historiques du moyen âge sont évoqués. M. Kühn y ajoute lui-même la peinture plus douce, mais non moins animée, des travaux productifs de la population actuelle. Les principales fabrications sont celles du papier, du verre et du fer.

Le climat de Niederbronn est sain, l'air sec et pur. Il n'y règne aucune maladie endémique. Ces circonstances peuvent expliquer sans doute une partie des cures attribuées à la vertu des eaux.

La constitution géologique est la même que celle des Vosges. La flore de ces environs est très-riche et très-variée. M. Kühn donne l'énumération de près de deux cents espèces des moins communes.

Après l'état physique des lieux, vient l'histoire de l'établissement des eaux. Ces sources sont connues et fréquentées dès la plus haute antiquité. L'immense quantité de médailles et autres reliques romaines, trouvées à différentes époques, le prouve. Au dire des archéologues alsaciens, aucune partie de l'Alsace n'est aussi riche en antiques. Ce sont là des témoignages généraux qui ne constatent que le séjour des Romains, mais n'apprennent rien sur la ville ni sur ses eaux. Le nom de Niederbronn ne paraît dans l'histoire que vers le quatorzième siècle. C'est vers le milieu du seizième siècle que ses établissemens furent restaurés par les comtes de Hanau. Des ouvrages écrits à cette époque montrent que dès lors les bains étaient en grande renommée, et qu'on s'y servait encore des constructions des Romains. En 1592, le comte Philippe de Hanau demanda aux médecins de Strasbourg une instruction sur les propriétés physiques, chimiques et médicales des eaux de Niederbronn. En voici quelques extraits curieux, traduits de l'allemand en français.

« Noble comte, nous sommes les serviteurs très-dévoués de votre seigneurie.
» Conformément à vos désirs et à votre demande, nous nous sommes mis sans
» retard à distiller et à éprouver l'eau minérale de Niederbronn que vous nous
» aviez envoyée; mais comme les occupations nous appellent ordinairement l'un
» ou l'autre au dehors, nous n'avons pu nous réunir qu'avant hier pour conférer
» sur ces épreuves, ainsi que sur les inductions à tirer de la couleur, du goût et
» de l'odeur. Il en est résulté que l'eau en question contient du sel avec un peu
» de nitre et de soufre, et peut-être aussi avec quelques traces de fer et de vi-
» triol... Or, il résulte de là, quant aux propriétés de l'eau minérale, que celle-
» ci pourra être très-utilement employée *dans toutes sortes de maladies*, prin-
» cipalement chez les individus d'un tempérament froid et phlegmatique, et chez
» toutes les personnes sujettes aux fluxions et aux maladies engendrées par la
» pituite.
» En effet, l'eau de Niederbronn jouit de propriétés stimulantes, apéritives,
» fondantes, dessiccatives, dépuratives et toniques, et, vu le sel qu'elle tient
» en dissolution, elle fera bien meilleur usage sous forme de bains que prise à
» l'intérieur. Néanmoins elle pourra être bue par les individus d'une complexion
» froide et humide, huit jours avant qu'ils ne se mettent à l'usage des bains...
» De cette manière, elle ouvrira le ventre et tiendra lieu d'un purgatif... Em-

augmentèrent la courbure des doigts vers la paume de la main. Les doigts furent de nouveau tirés dans le sens de l'extension, la corde devint raide, tendue, et était, dit-on, exclusivement formée par l'aponévrose; celle-ci, en effet, était isolée de toutes les autres parties, et il était facile de voir qu'elle était le seul obstacle au redressement des deux derniers doigts. Enfin, on coupa les expansions digitales de l'aponévrose, et la rétraction disparut à l'instant.

On conclut de ces faits que l'affection n'était autre chose qu'une crispation, un raccourcissement de l'aponévrose palmaire. Quels so t les cordons qui, de la partie inférieure de l'aponévrose, se portent sur les côtés du doigt malade? On les a pris pour *les languettes digitales de cette aponévrose*. Mais ces languettes ne descendent pas sur les côtés des doigts, c'est aux parties latérales de la base de la première phalange qu'elles se fixent. La tension que subissait l'aponévrose quand on cherchait à allonger les doigts, l'augmentation de la courbure des doigts quand on tirait sur l'aponévrose, se conçoivent aussi bien en supposant l'existence des brides anormales que j'ai démontrées, que par la rétraction de l'aponévrose elle-même. Enfin *on fit cesser la rétraction en coupant les prolongemens que l'aponévrose envoie sur les côtés des doigts*. Ceci se rapporte évidemment aux cordons dont en a parlé plus haut, qu'un examen superficiel a fait prendre pour les languettes digitales de l'aponévrose, et qui, suivant moi, n'étaient autre chose que les brides qu'on a pu voir sur les mains que j'ai envoyées à l'Académie. Supposons qu'on ne se range pas à mon opinion relativement à ces deux faits, au moins conviendra-t-on que la démonstration de la rétraction de l'aponévrose n'y est pas complète. Il paraît que les mains ne furent pas entièrement disséquées, qu'on se contenta de détacher la peau qui recouvrait l'aponévrose et les cordons pré-digitaux; car une dissection exacte de toute la main aurait suffi pour lever tout doute sur la nature du mal, et aurait rendu inutiles les diverses expériences que fit ensuite Dupuytren pour prouver que c'était l'aponévrose, et non les tendons fléchisseurs qui tenaient les doigts rétractés. En admettant que cette dissection a été incomplète, on conçoit que les cordons pré-digitaux aient pu être pris pour les expansions digitales de l'aponévrose. Mais si la manière dont on a procédé à ces dissections permet de douter qu'on ait découvert la nature de l'infirmité, je trouve dans les détails des observations de Dupuytren et de sa description générale la preuve certaine que ce chirurgien s'est trompé en attribuant cette rétraction à l'aponévrose palmaire.

En effet, M. L... avait les doigts annulaire et auriculaire tout-à-fait fléchis et couchés sur la paume de la main; la seconde phalange était pliée sur la première, et l'extrémité de la troisième appliquée sur le milieu du bord cubital de la surface palmaire. Une incision de 10 lignes pratiquée au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt annulaire, et comprenant la peau et l'aponévrose, suffit pour permettre l'extension de ce doigt; mais, pour dégager le petit doigt, on fit une première incision transversale vis-à-vis l'articulation de la première phalange avec la seconde, et l'extrémité de ce doigt fut ainsi détachée de la paume de la main. Une deuxième incision, pratiquée vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne, procura un léger dégagement; mais le doigt ne put être complètement étendu qu'après qu'on eut fait une troisième et dernière incision vis-à-vis le milieu de la première phalange. Le résultat de cette dernière incision annonçait, dit-on hautement, que cette incision avait intéressé le point d'insertion de la digitation aponévrotique. N'est-il pas évident que la première, et, quoi qu'on en ait dit, la dernière de ces incisions, ne pouvaient porter sur l'aponévrose, dont les languettes se fixent sur les côtés de la base de la première phalange, et que le corps qui mettait obstacle à l'extension du doigt, et qui a été divisé au-devant de la partie moyenne de la première phalange, ne pouvait être qu'un de ces cordons que j'ai démontrés? Voilà pourtant le fait qu'on nous présente comme un type de la rétraction permanente des doigts occasionée par le raccourcissement de l'aponévrose palmaire.

Mais voyons si la description générale que Dupuytren a donnée de cette affection, se rapporte à la crispation de l'aponévrose ou aux cordons fibreux palmaires dont j'ai parlé. Cette infirmité, suivant l'illustre professeur, consiste dans la flexion de la première phalange sur l'os métacarpien, et de la deuxième phalange sur la première. Si la chose n'est pas bien expliquée dans la description générale, elle ressort clairement des deux observations consignées dans le mémoire. J'ai déjà donné l'analyse de la première de ces observations. Chez le sujet de la seconde, les doigts étaient tellement inclinés, qu'ils ne se trouvaient plus qu'à la distance d'un pouce et demi de la paume de la main, ce qui ne peut avoir lieu par suite de la plus forte flexion de la première phalange, si la seconde reste libre. Comment donc l'aponévrose palmaire dont les languettes inférieures se fixent sur les côtés de la base des premières phalanges, peut-elle entraîner les secondes dans la flexion?

Poursuivons cette description. Au-devant de la partie supérieure des doigts affectés existent des cordes saillantes qu'on voit s'étendre vers la paume de la main, et qui se tendent fortement quand on cherche à allonger les doigts. Il est fait mention de ces cordons dans toutes les observations qui ont été recueillies à la clinique de Dupuytren (1); on les a toujours pris pour les languettes digitales de l'aponévrose palmaire. Erreur inconcevable! car l'insertion de ces languettes aux premières phalanges est à 6 lignes au moins au-dessus des commissures digitales, et sur un plan postérieur à celui qu'occupe le corps de l'aponévrose; et les efforts qui auraient pour but l'extension complète des doigts, tendraient à déprimer ces languettes au lieu de les rendre saillantes.

Je me suis, au reste, encore mieux convaincu de la vérité de ce que j'avance, en excisant en travers une portion de l'aponévrose palmaire, et réunissant ensuite par la suture les deux bords de la solution de continuité de cette membrane. Les premières phalanges étaient alors fortement fléchies sur les os du métacarpe; il est inutile de dire que les secondes restaient libres, et on ne voyait rien de semblable aux cordons saillans qui existent dans la lésion dont nous nous occupons. Mais, supposé que ces languettes pussent soulever la peau, le relief qu'elles formeraient ne pourrait être que vers le milieu de la paume de la main, au-dessus des plis qui répondent aux articulations métacarpo-phalangiennes, et jamais au-devant de la partie supérieure des doigts. Au reste, j'ai pu vérifier maintes fois l'exactitude de la description que Dupuytren a donnée de cette infirmité. J'ai vu dans tous les cas ces saillies pré digitales, et la flexion des deuxièmes phalanges. Enfin tous les faits que j'ai observés, ceux qui ont été publiés par d'autres avec des détails suffisans, les descriptions qu'on a données de cette in-

(1) Leçons orales, tom. Ier, pag. 13, 22, 517 et 528, et GAZETTE MÉDICALE du 16 octobre 1832, tom. III, n° 98.

» ployée extérieurement, elle sert à maintenir la chaleur naturelle du corps; » elle dissout les mucosités denses et visqueuses qui s'accumulent dans les cavités nasales, dans l'estomac, les intestins, le foie, la rate, les reins, la vessie, » l'utérus, etc., qui peuvent obstruer ces organes... Elle est conséquemment » dessiccative; elle détourne les fluxions de la tête, améliore la digestion, remédie aux affections venteuses, prévient l'hydropisie et l'œdème des membres » inférieurs, détermine l'expulsion des graviers, dépure la matrice et lui rend » la fécondité, etc. » Le reste de l'instruction est relatif aux règles hygiéniques prescrites pendant l'administration des eaux.

On peut voir par le catalogue nouveau fourni par M. Kühn des affections soumises à l'influence bienfaisante des eaux de Niederbronn, que la source n'a rien perdu de ses propriétés. Sauf les noms des maladies, qui dans l'ancien tableau sont empruntés au vocabulaire de Diafoirus, l'énumération de M. Kühn, quoique plus élégante et rédigée en style un peu plus moderne, reproduit en grande partie l'opinion de ses prédécesseurs, et souvent même leur théorie.

Voici les indications générales qu'il donne sur l'emploi de ces eaux, qui, suivant ses observations propres, paraissent surtout applicables:

1° Dans un grand nombre de maladies ou plutôt d'états pathologiques généraux désignés sous le nom de *dyscrasies*, caractérisés par une altération humorale quelconque.

2° Dans les cas d'atonie fonctionnelle des viscères, produisant des stases veineuses, des engorgemens, etc.

3° Dans les affections des appareils génito-urinaires, tels que le défaut de menstruation, la leucorrhée, la stérilité, le catarrhe vésical, etc.

4° Dans les maladies cutanées.

5° Dans certaines névropathies, surtout celles qui se lient à une dyscrasie quelconque.

Ces indications fort vagues à cause de leur excessive généralité sont précisées avec plus de rigueur dans une série de chapitres particuliers, où les applications spéciales sont déterminées avec beaucoup de soin.

Ainsi, parmi les dyscrasies M. Kühn cite particulièrement celle qu'il appelle pituitaire ou muqueuse, dont il s'efforce de tracer les caractères, mais dont la description s'applique, il faut l'avouer, à tant de phénomènes pathologiques divers, que nous avouons n'être pas entièrement satisfait de la théorie de l'auteur qui manque de clarté. Après la dyscrasie pituitaire, vient l'obésité; ensuite la chlorose; puis la dyscrasie veineuse, marquée par la prédominence du sang veineux, et qui est plutôt une diathèse qu'une maladie. Cette dernière affection n'est peut être pas beaucoup mieux déterminée que la première.

C'est principalement sur les maladies arthritiques que les eaux de Niederbronn paraissent avoir une action puissante. Le comte Philippe de Nassau, à qui l'établissement a dû son entière restauration, fut guéri de la goutte par ces bains; et depuis leur réputation à cet égard n'a pas cessé de s'accroître. La gravelle, par son analogie avec l'arthritie, du moins dans ses causes générales, cède également bien à l'usage de ces eaux. Quant à l'acrimonie des humeurs nous ne savons trop qu'en penser. C'est encore ici un de ces états pathologiques insaisissables, avec lesquels notre éducation médicale ne nous a pas familiarisé et que nous n'adoptons qu'avec quelque répugnance. En général les idées de M. Kühn sont marquées d'une teinte d'humorisme très-prononcée, et d'un humorisme un peu ancien. Il faut attribuer cette tendance de sa pensée, à ses rapports avec l'Allemagne, où les anciennes traditions n'ont pas été aussi déconsidérées qu'en France. Nous ne

firmité, ne me laissent aucun doute à cet égard ; l'espèce de rétraction dont j'ai indiqué les caractères en commençant, que Sir A. Cooper (1) a attribuée au raccourcissement des tendons fléchisseurs, ou de leurs gaines, ou de l'aponévrose palmaire, et Dupuytren au raccourcissement de l'aponévrose seule, est occasionée dans tous les cas par *des brides fibreuses anormales* qu'on a pu voir sur les mains que j'ai adressées l'année dernière à l'Académie. Ces cordons fibreux peuvent seuls rendre compte des saillies prédigitales et de la flexion des secondes phalanges, dispositions qu'on observe constamment, et qui en sont l'une et l'autre des signes caractéristiques. Si on examine avec quelque attention, on pourra, dans tous les cas, compter, bien qu'elles soient recouvertes par la peau, les brides prédigitales, et reconnaître leurs points d'origine et de terminaison.

M. Sanson ne s'est pas encore rendu tout-à fait à mon opinion sur ce point ; mais ce praticien regarde déjà les brides comme la cause la plus ordinaire de la rétraction, et le raccourcissement de l'aponévrose comme un fait exceptionnel. Ce chirurgien m'a dit que depuis qu'il a fait son rapport sur mon mémoire, il avait vu plusieurs fois la rétraction occasionée par les brides palmaires, et jamais celle qui dépend du raccourcissement de l'aponévrose.

On m'a reproché (2) d'avoir attribué toutes les rétractions des doigts à une même cause, tandis que des lésions différentes pouvaient y donner lieu. On a dit que les muscles fléchisseurs occasionaient aussi cette rétraction. Ai-je jamais nié la possibilité de la flexion permanente des doigts occasionée par la prédominance d'action des fléchisseurs ? Non, sans doute ; seulement, je ne m'en suis pas occupé. Cette affection diffère essentiellement de celle dont j'ai parlé. Je vais en indiquer en peu de mots les caractères, afin qu'on la distingue de celle qui fait le sujet de ce travail.

La flexion permanente occasionée par la prédominance d'action des fléchisseurs est ordinairement la suite d'une lésion qui a tenu pendant long-temps le membre supérieur, ou seulement un ou plusieurs doigts, dans un état d'immobilité. Tant que le membre ou les doigts sont restés sans agir, ces derniers organes sont restés fléchis. Après la guérison, les puissances extensives ne peuvent plus vaincre la résistance des fléchisseurs. Dans ces cas-là, les trois phalanges des doigts affectés sont également fléchies. On ne voit au-devant des doigts crochus aucune saillie anormale. Cette flexion permanente attaque indifféremment les quatre derniers doigts. S'ils sont tous les quatre rétractés depuis long-temps, l'avant-bras est sensiblement amaigri ; les doigts crochus sont amincis ; la dernière phalange devient conique ; les ongles sont allongés, leur face dorsale est fortement convexe. En exerçant sur ces organes des tractions un peu fortes, on parvient à les redresser. Dans ces cas-là les orthopédistes ont beau jeu ; mais il y a ensuite une autre difficulté. S'ils veulent conserver le fruit de leur traitement, il faudra qu'ils rétablissent l'équilibre entre les forces d'extension et de flexion des doigts.

CAUSES ET TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE LA RÉTRACTION OCCASIONÉE PAR LES BRIDES PALMAIRES.

Les nouveaux faits que j'ai eu occasion d'observer, et quelques nouveaux renseignemens que j'ai pu obtenir sur les circonstances qui avaient précédé la rétraction chez les sujets dont j'ai parlé dans mon premier travail, m'ont conduit à de nouvelles idées sur l'étiologie de cette infirmité.

Les personnes qui se livrent à des travaux dans lesquels la paume de la main est habituellement soumise à de fortes pressions ont l'épiderme de cette région dur et épais, la peau et l'aponévrose palmaire épaisses et résistantes. Chez elles aussi, ces filamens cellulo-fibreux sous-cutanés, dont M. Sanson a parlé dans son rapport sur mon travail, et qu'il a regardés avec raison, je crois, comme les rudimens des cordons que j'ai démontrés, sont bien plus développés que chez les personnes qui se trouvent dans les conditions opposées. Eh bien ! le développement exagéré de ces filamens est déjà une prédisposition à cette infirmité. Sous l'influence de ces seules pressions, ces petits faisceaux s'hypertrophient quelquefois au point de former les cordons solides que j'ai démontrés dans le temps, et qui constituent l'infirmité dont je m'occupe ; mais qu'un sujet qui a tout le système fibreux palmaire très-développé par suite de ses habitudes, soit contraint par quelque accident à tenir les doigts fléchis pendant long-temps, ces faisceaux cellulo-fibreux, qui jusqu'alors étaient assez longs pour se prêter à l'extension complète des doigts, se raccourcissent, et quand la cause qui a obligé le sujet de tenir les doigts fléchis cesse d'exister, les cordons raccourcis s'opposent à l'extension complète des doigts. Cependant ces cordons devenus saillans dans la paume de la main sont soumis à des pressions plus fortes qui les irritent sans cesse, et deviennent le siége d'une nutrition toujours plus active. Les puissances extensives ne peuvent pas lutter continuellement contre cette tendance à la rétraction. Dans l'état de repos, les doigts prennent toujours une position qui relâche ces cordons, et à mesure que ceux-ci deviennent plus forts et plus épais, ils se raccourissent toujours davantage. Mon ami, le docteur Vidal (de Cassis), a très-bien expliqué la rareté de la rétraction du pouce et de l'index, et la plus grande fréquence de cette infirmité dans le petit doigt, le médius, et surtout l'annulaire, par la différence d'énergie des puissances extensives des doigts (1).

Voilà comment je conçois le développement de ces cordons fibreux ; maintenant il nous sera possible d'énumérer les causes prédisposantes et déterminantes de cette infirmité. Les premières sont les professions d'agriculteur, de cocher, de maître d'armes, de porte-faix, l'habitude de cacheter les dépêches, etc. Il faut ajouter à ces diverses causes la disposition héréditaire.

Parmi les causes déterminantes, nous rangeons les affections arthritiques des doigts, les entorses de leurs articulations, les blessures, les inflammations de la main et de l'avant-bras, les fractures des phalanges, des os métacarpiens, de l'avant-bras, du radius, surtout à son extrémité inférieure. Ainsi, chez le sujet dont j'ai envoyé les mains à l'Académie, sujet qui avait été cocher et maître d'armes, il existait un cal ancien à l'extrémité inférieure de chaque radius ; j'ai négligé d'en parler dans le temps, parce que je ne connaissais pas alors les rapports de

(1) A treatise on dislocations and on fractures of the joints, pag. 369 de l'édition américaine.

(2) Mellet, Manuel d'orthopédie, pag. .

(1) GAZETTE MÉDICALE, 27 janvier 1832, tom. III, n° 4.

---

conseillerions pas à M. Broussais de lire ce livre, la vue seule de la synonymie serait capable de le frapper d'apoplexie.

L'*affection scrophuleuse* et le *rachitisme* terminent la série des dyscrasies.

Parmi les maladies du ventre susceptibles d'être guéries par les eaux de Niederbronn, M. Kühn signale la dyspepsie, la cardialgie, le pyrosis, les acidités, l'état pituitaire des premières voies, l'helminthiase ou diathèse vermineuse, la flatulence chronique, les constipations habituelles, les hémorrhoïdes, les maladies chroniques du foie, les engorgemens de la rate, les calculs biliaires et l'ictère. Nous retrouvons partout dans cette nomenclature et dans les explications de M. Kühn les traces de cet humorisme dont nous parlions, et qui est combiné souvent avec un chymisme non équivoque.

Les maladies des voies urino-génitales sont la leucorrhée, les désordres du flux menstruel, la stérilité et la disposition à l'avortement, le catarrhe vésical. Dans les maladies de la peau, différentes espèces de dartres, telles que la squameuse sèche et humide, la crustacée, la furfuracée, les éphélides, la couperose ; la *miliaire*, qui est très-fréquente dans les campagnes de l'Alsace, à l'état chronique.

Presque toutes les névroses sont comprises dans le cadre de M. Kühn. L'hypocondrie, l'hystérie, les affections vaporeuses, la migraine, le clou hystérique, les gastralgies et entéralgies, la chorée, les tremblemens nerveux, les paralysies.

Si on examine avec quelque attention cette très-longue liste des maladies qui trouvent leur guérison aux bains de Niederbronn, on ne peut s'empêcher de penser que l'auteur a été un peu emporté par les préoccupations ordinaires des monographes. Il en résulterait, en effet, cette conclusion, que ces eaux minérales pourraient être utilement employées dans toutes les maladies, décision déjà rendue, comme nous l'avons vu, par les médecins de Strasbourg en 1592. M. Kühn n'a pas prétendu tirer cette conclusion, et il en repousserait la responsabilité ; mais s'il veut prendre la peine de revoir sa table des matières, il s'apercevra que, d'après ses propres indications, la vertu curative des eaux de Niederbronn s'étend à peu près sur toute la nosologie, et c'est trop.

Heureusement un chapitre spécial, consacré aux *contre indications*, vient modifier ces conséquences inadmissibles. Ce chapitre est un des meilleurs de l'ouvrage. Il sert de correctif aux opinions peut-être un peu absolues qui précèdent, et prouve que si M. Kühn a étudié et décrit les eaux de son pays natal avec quelque partialité patriotique, il a su en parler aussi en praticien et en véritable savant. Les traités spéciaux sur les eaux sont le plus souvent composés sous l'influence de l'engouement et rédigés dans un sens laudatif qui pourrait induire en erreur les praticiens qui n'ont pas eu occasion d'expérimenter eux-mêmes les effets des sources minérales et thermales. Le chapitre dont nous parlons ne permet pas d'adresser ce reproche à M. Kühn

Nous n'avons rien dit encore de la nature, de l'origine et de la composition des eaux de Niederbronn. Les analyses données dans le rapport des médecins strasbourgeois, faites à une époque où la chimie n'existait pas encore, sont tout-à-fait insuffisantes et en partie erronées. Les renseignemens de M. Kühn ne laissent au contraire rien à désirer.

Niederbronn possède deux sources d'eaux minérales, absolument identiques dans leur composition et propriétés. Elles sont contenues dans deux bassins circulaires, de treize à seize pieds de diamètre. La profondeur en a varié dans le cours des siècles de 25 à 12 ou 15 pieds. Il paraît que le pavé du fond est de construction romaine. Les sources proviennent probablement de quelques terrains

causalité qui pouvaient exister entre la fracture du radius et le développement des brides palmaires.

M. Chaine, employé à l'hôpital d'Aix, dont j'ai décrit les mains dans mon premier travail, interrogé avec plus de soin sur l'origine de son infirmité, m'a dit qu'elle avait commencé par des bosselures douloureuses, qui se montrèrent à la face dorsale des articulations de ses doigts; que les douleurs et les bosselures disparurent entièrement après quelques mois; mais que déjà alors plusieurs de ses doigts ne pouvaient plus arriver à une extension complète. Le père de M. Chaine était atteint de la même infirmité.

M. M..., pharmacien à Marseille, âgé maintenant de 70 ans, étant occupé, il y a peut-être vingt ans, à placer les rideaux dans ses appartemens; l'échelle sur laquelle il était monté glissa sur le plancher, et, pour éviter la chute, M. M... s'accrocha des deux mains à la tringle; de là, probablement, contusion, entorse, puis une inflammation qui retint les doigts dans l'immobilité et la demi-flexion pendant quelque temps. Depuis cette époque, les trois derniers doigts des deux mains se sont rétractés peu à peu, et maintenant ils sont retenus dans cette direction vicieuse par des brides qui soulèvent la peau, et qu'on voit s'étendre de l'aponévrose palmaire au devant des deuxièmes phalanges. Les articulations des doigts rétractés sont d'ailleurs parfaitement saines et mobiles.

Au mois de septembre 1834, nous avions dans les salles de chirurgie de l'hôpital d'Aix, un vieillard de 78 ans, cultivateur, qui avait une forte rétraction de l'annulaire et du médius de la main droite, et de l'annulaire gauche, et chez lequel on comptait facilement les brides pré-digitales, dont on distinguait bien l'origine et la terminaison. Chez cet homme, la rétraction est survenue par suite de deux chutes successives, qui eurent pour résultat une entorse des articulations métacarpo-phalangienne des deux mains. Ces entorses firent souffrir cet homme pendant quelque temps, puis les articulations redevinrent parfaitement libres, et l'ont toujours été depuis; mais les doigts n'ont plus pu s'étendre complétement, et, depuis cette époque, la rétraction a fait des progrès continuels.

M. L... (1), cherchant à soulever une pièce de vin volumineuse, en plaçant la main gauche au-dessous du bord saillant formé par l'extrémité des douves, sentit un craquement et une légère douleur dans la partie interne de la paume de la main. Il y conserva pendant quelque temps de la sensibilité et de la raideur; mais peu à peu ces symptômes se dissipèrent, et l'accident était presque oublié, quand M. L... s'aperçut que l'annulaire tendait à se rétracter et à s'incliner vers la paume de la main. Cette infirmité ne s'accompagnant d'aucune douleur, fut négligée, et depuis cette époque elle n'avait jamais cessé de faire des progrès.

Un vieillard, dont a parlé Dupuytren (2), fut blessé dans la paume de la main par une pièce de bois. Ce ne fut que plusieurs années après qu'il s'aperçut que les doigts annulaire et médius de la main qui avait été blessée se rétractaient. La maladie fit ensuite beaucoup de progrès; sans doute, dans ce cas, il avait existé depuis l'époque de la blessure un principe de rétraction, auquel le vieillard ne fit attention que quand l'infirmité fut bien prononcée.

(1) Leçons orales de M. Dupuytren, tom. Ier, pag. 43.

(2) Même volume, p. 518.

Les causes accidentelles de flexion des doigts que j'ai dit être causes déterminantes de la rétraction permanente ont une durée limitée; mais si, après qu'elles ont cessé d'agir, les fascicules celluto-fibreux souscutanés sont assez raccourcis et assez forts pour s'opposer à l'extension complète des doigts, le principe de l'infirmité existe; il fait ensuite des progrès lents mais continuels. Ces circonstances accidentelles ne sont pas toujours nécessaires au développement de la rétraction; ainsi, chez l'enfant âgé de six ans, que Dupuytren opéra en juillet 1832 (1), la rétraction était héréditaire et congénitale. La grand'-mère de cet enfant avait aussi une rétraction congénitale des doigts.

Cette connaissance de l'étiologie de la rétraction permanente des doigts nous conduit à un traitement prophylactique rationnel de cette infirmité. Quand on aura affaire à une de ces affections qui peuvent déterminer la rétraction des doigts, on devra, dès que l'état de la partie malade le permettra, imprimer souvent aux doigts des mouvemens d'extension, et si alors on a déjà de la peine à mettre ces organes dans une extension complète, on pourra faire usage d'une machine propre à les fixer dans cette position.

Mais quand l'infirmité existe, comment parvient-on à la guérir? Oh! dans ces cas toutes les machines à extension seraient sans effet. Quand on a vu les cordons fibreux que j'ai décrits, on conçoit très bien l'impuissance de tous les topiques et de tous les appareils d'orthomorphie. La section de ces brides peut seule permettre l'extension des doigts. Mais comment devra se faire cette opération?

Sir A. Cooper conseille (2) de glisser sous la peau, à côté du corps qui met obstacle à l'extension, un histouri à lame étroite, avec lequel on va couper cette espèce de corde, sans diviser la peau qui la recouvre. De cette manière, on ne fait à la peau qu'une petite ponction.

Dupuytren conseilla et exécuta la section transversale des prétendues languettes aponévrotiques et de la peau qui les recouvrait.

Dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie, j'ai conseillé d'inciser la peau longitudinalement sur chaque bride préalablement tendue, d'écarter les lèvres de ces incisions, de les détacher des cordons fibreux par la dissection, et de couper en travers ces cordons ainsi isolés. Si les brides prédigitales envoient des prolongemens aux premières phalanges avant d'aller s'insérer aux secondes, on les coupera au-dessus et au-dessous de ces prolongemens. Si la section de ces cordons fibreux laisse dans la plaie des lambeaux flottans, on les excisera. Les doigts seront ensuite fixés dans une extension complète, et les incisions seront réunies par première intention.

Le procédé d'A. Cooper donne une plaie beaucoup moins étendue et moins grave que celui de Dupuytren et le mien; mais l'opération ne pourra s'exécuter de cette manière que quand la rétraction sera occasionée par une bride simple, non adhérente à la peau, qui ira du point d'origine au point d'insertion sans émettre dans son trajet aucune bride secondaire. Or ces cas simples sont fort rares, et dans les cas plus compliqués, où le procédé de Cooper ne suffit pas, je crois le mien préférable à celui de Dupuytren, parce que les incisions longitudinales, susceptibles de réunion immédiate, seront bien plus tôt guéries, et exposeront bien moins aux inflammations sous aponévrotiques de la main.

(1) Gazette médicale, numéro du 16 octobre 1832, tom. III, pag. 98.

(2) *Loco citato.*

salifères aux environs de Niederbronn, qui restent à découvrir, mais dont l'existence n'est pas douteuses. Le grand bassin est surmonté d'un pavillon élégant soutenu par des colonnes. Ils sont l'un et l'autre situés sur la promenade publique. Une fort jolie gravure, que M. Kühn a jointe à son livre, offre une vue tout-à-fait pittoresque de la localité.

Ces eaux sont de la plus belle limpidité à leur sortie de terre. Dans le bassin, elles prennent une teinte louche et jaunâtre. Dans les temps orageux cette teinte jaunâtre s'éclaircit quelquefois et tourne à la transparence. Ce phénomène ne dure que quelque heures. M. Kühn examine quelques hypothèses destinées à expliquer ce fait singulier; mais il finit par suspendre son jugement. L'eau minérale a une saveur saline assez agréable, suivie d'un arrière-goût un peu fade. L'odeur en est faible, presque inappréciable; elle a une pesanteur spécifique supérieure à celle de l'eau pure. Sa température est de + 14° de Réaumur, et peut être rangée conséquemment parmi les sources tempérées; elle conserve toutes ses propriétés médicales renfermée dans des cruchons bien bouchés; elle dissout le fer, n'attaque pas le savon et tache le linge en jaune.

Sa composition chimique, successivement étudiée par divers chimistes, a été formulée en dernier lieu (1833) par M. Robin, directeur de la forge de Niederbronn. L'analyse a donné: des sels solubles, savoir, du muriate de soude, de chaux, de magnésie, du sulfate de magnésie; des sels tenus en dissolution par l'acide carbonique, savoir, du carbonate de protoxide de fer, de chaux, de magnésie, des traces de carbonate de manganèse.

Les détails relatif à l'administration des eaux tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, les conseils donnés aux baigneurs et aux buveurs, les instructions pratiques de tout genre, seraient bien dignes d'une analyse particulière. Nous voudrions aussi pouvoir suivre M. Kühn dans ses pittoresques excursions dans les vallées et les montagnes de l'Alsace, dans lesquelles il conduit ses baigneurs comme par la main. Ici le médecin devient un véritable *Cicerone*; il leur décrit avec imagination et une grande richesse de détails historiques les ruines, les localités célèbres par les faits d'armes des anciens barons, et en même temps qu'il fortifie leurs membres par un utile exercice, il se charge en outre de nourrir leur esprit et d'exciter leur imagination. Mais cet examen nous conduirait trop loin. Nous aurons assez fait si nous parvenons à déterminer nos confrères à consulter un livre aussi utile et si plein d'intérêt.

— Nos lecteurs ont pu remarquer une sorte de contradiction entre le feuilleton de notre dernier numéro et un article *variétés* sur la demande d'une chaire d'histoire de la médecine. Cet article, rédigé sur des documens inexacts, était composé lorsque nous sont arrivés les renseignemens plus complets qui ont fait la base de notre feuilleton; et c'est par erreur qu'il a été inséré. Il reste donc constant que la Faculté en corps n'a pas fait cette demande; les signatures ont été données isolément; et nous pouvons même ajouter que quelques-unes n'ont été données que sous la condition bien expresse que la chaire serait mise au concours.

---

aux exfoliations des gaînes et des tendons fléchisseurs, que les incisions transversales, qui devront nécessairement suppurer; parce qu'elles permettront bien plutôt d'imprimer aux doigts des mouvemens nécessaires pour conserver la mobilité et la souplesse de leurs articulations; parce que, enfin, elles ne laisseront après elles que des cicatrices linéaires, tandis que celles qui résulteraient des incisions transversales seraient larges et adhérentes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

ARCHIVES MÉDICALES DE STRASBOURG.

Ce journal fondé par une société de médecins recommandables paraît tous les mois depuis le 1er mars 1835. Nous trouvons dans les trois premiers numéros les articles originaux suivants: 1° *recherches sur quelques maladies organiques du poumon, communiquées à l'assemblée des médecins et naturalistes réunis à Stuttgard, au mois de septembre* 1834, par M. Lobstein; 2° *mémoires et observations sur la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin*, par M. Stoltz. Ce travail n'est pas encore achevé; 3° *observations pratiques sur les maladies vénériennes, recueillies à l'hôpital civil de Strasbourg*, par M. Ruef; 4° *fragmens de statistique médicale de l'année* 1832, par M. Bœckel; 5° *notice sur le service des aliénés de l'hôpital civil de Strasbourg, extrait d'un rapport à l'administration des hospices civils*, par M. Ristelhueber; 6° *remarques sur l'application du vésicatoire dans le bubon*, etc., par M. Ristelhueber; 7° *observations sur les fractures du fémur chez les enfans*, par M. Deyber; 8° *note sur le cathétérisme chez la femme*, par M. Lauth. Dans cette note, fort courte, M. Lauth rappelle qu'en 1829 il avait décrit le tubercule sous-urétral sur lequel M. Larcher a si fort insisté comme guide dans l'introduction de la sonde chez la femme. (Gazette médicale, 1834.)

Nous reviendrons sur plusieurs de ces articles dont l'analyse n'a pu entrer dans cette revue.

Remarques sur l'application du vésicatoire dans le bubon, et sur le traitement des maladies vénériennes par l'application du deutochlorure de mercure en dissolution sur les tissus affectés primitivement ou secondairement, par Ristelhueber, médecin en chef à l'hôpital civil.

M. Reynaud, professeur à Toulon, a publié il y a quelque temps une nouvelle méthode pour traiter les bubons, qui consiste dans l'application d'un vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un franc jusqu'à celle de deux francs sur le centre du bubon; et après l'enlèvement de l'épiderme, dans l'application d'un plumaceau trempé dans une solution de 20 grains de deutochlorure de mercure dans une once d'eau distillée. La priorité de cette idée fut revendiquée par M. Malapert; le but du travail de M. Ristelhueber est de montrer d'abord que cette méthode n'est pas nouvelle, puis d'apprécier sa véritable valeur.

On trouve en effet dans une thèse soutenue à Strasbourg en 1831, *sur le traitement du bubon vénérien*, par M. Bébin, divers passages d'où il résulte très-clairement que dès lors le vésicatoire était employé à Strasbourg par M. Kuttinger, chirurgien principal; et d'après Cooper, Assalini avait déjà fait l'éloge de ce moyen heureux d'obtenir la résolution des bubons qui avaient résisté aux frictions mercurielles, aux emplâtres de savon, de *Vigo cum mercurio*, etc. Dans ces cas, M. Kuttinger ne tenait le vésicatoire appliqué que trois à six heures, afin d'obtenir seulement de la rubéfaction; et il réitérait cette application jusqu'à ce que le bubon eût entièrement disparu. J'ai toujours vu, dit M. Bébin, l'emploi de ce moyen suivi d'un heureux succès. Si l'irritation provoquée était trop forte, on la modérait à l'aide de cataplasmes émolliens. Quand la suppuration avait lieu, M. Kuttinger ouvrait toujours le bubon avec le vésicatoire. Celui-ci agissait en amincissant la peau et en déterminant une petite ouverture suffisante pour livrer passage au pus sans permettre l'entrée de l'air; et sous son influence il se développait dans les parties du bubon non suppurées une excitation souvent assez avantageuse pour en procurer la résolution complète.

Mais ce n'est pas là seulement ce qu'ont voulu MM. Reynaud et Malapert; l'application du vésicatoire, suivie de celle d'un plumaceau imbibé d'une solution mercurielle, offre le double avantage, suivant eux, de fixer le principe morbifique et de le saturer dans le lieu même où il a signalé sa présence. Cette idée elle-même est bien un peu ancienne; c'était aussi le but qu'on se proposait par les frictions mercurielles sur le bubon, soit pour en obtenir la résolution, soit pour y activer le travail pyogénique. « Eh bien! beaucoup de praticiens, et je suis de ce nombre, dit M. Ristelhueber, ont renoncé à ces frictions locales sur la tumeur, parce qu'ils ont remarqué que cette saturation locale introduisait dans les tissus imprégnés une véritable irritation mercurielle, qui, à l'ouverture spontanée ou artificielle du bubon, devenait la cause d'ulcérations de mauvaise nature. » Est-on bien certain d'ailleurs d'avoir détruit le principe de la syphilis par deux ou trois applications d'une solution de deuto-chlorure de mercure? Pour tous ceux qui ont eu occasion de voir et de traiter la syphilis en grand, une semblable assertion est ce qu'il y a de plus contestable. Cette espérance étant détruite, M. Ristelhueber pense que la potasse caustique offre autant d'avantages que le vésicatoire pour donner issue au pus; quant à la saturation du virus, aucun traitement local ne peut dispenser d'avoir recours au traitement général. Il se propose cependant d'essayer le nouveau moyen.

Comme on le voit, le jugement porté par M. Ristelhueber n'est que provisoire, et soumis à la révision de l'expérience. Il faut remarquer d'ailleurs qu'il ne considère le vésicatoire que comme moyen d'ouvrir le bubon suppuré, et non de résoudre le bubon induré, comme l'ont employé M. Kuttinger et M. Reynaud. Ce dernier praticien applique le vésicatoire dans tous les cas ou presque tous les cas de bubons, sans distinction d'espèce ni de durée; mais il laisse toujours la vésication se former et panse la plaie avec la solution mercurielle indiquée. On lira avec intérêt les essais tentés par M. Ricord aux Vénériens, sur les indications de M. Reynaud lui-même.

Les expériences furent faites sur 23 malades affectés de bubons syphilitiques ou réputés tels, dont 15 n'étaient point encore arrivés à suppuration; les 8 autres étaient suppurés, la peau plus ou moins amincie, et la collection purulente réunie en foyer.

Des 15 premiers malades, 7 durent avoir quatre vésicatoires successifs, la solution de sublimé n'ayant point entretenu la suppuration de la peau; de ce nombre, 6 guérirent sans suppuration et par une résolution plus prompte que sous l'influence des traitemens ordinaires, la suppuration survint chez le septième, et il fallut ouvrir. Les 8 autres eurent deux vésicatoires; 2 guérirent par résolution; 6 s'ouvrirent spontanément, dont 2 avec un vaste décollement de la peau.

Sur les 8 malades à bubons suppurés, 2 guérirent sans ouverture, le pus s'étant peu à peu résorbé, et la peau à la surface du vésicatoire ayant offert cette sorte de suppuration purulente signalée par M. Reynaud. Chez les 6 autres, après des ouvertures spontanées et un grand décollement de la peau amincie, il fallut en venir à la potasse caustique ou au bistouri.

Ces résultats sont bien moins beaux que ceux qu'annonce M. Reynaud; puisque, selon lui, les ouvertures spontanées des bubons avec le vésicatoire seraient très-rares, et que, plus rarement encore, on serait forcé d'en venir aux ouvertures artificielles. Toutefois, les succès obtenus démontrent qu'il ne s'agit ici que de mieux préciser les cas où le vésicatoire est convenable. M. Ricord s'occupe d'un travail sur ce sujet.

Observations sur les fractures du fémur chez les enfans, par Fr.-J. Deyber, D.-M.

Les auteurs qui ont traité des fractures du corps du fémur s'accordent à remarquer que l'action musculaire, moins énergique chez les enfans, rend la tendance au déplacement peu énergique; mais ils n'ont rien dit des autres difficultés que présente la contention des fragmens. Ces difficultés, dans le premier âge, tiennent à la forme particulière de la cuisse de l'enfant qui, au lieu d'être à peu près cylindrique comme chez l'adulte, ressemble beaucoup plus à un cône tronqué dont la hauteur dépasse à peine le diamètre de la base. Ce manque de cylindricité est encore augmenté par deux sillons transversaux qu'on remarque à la face interne, et qui font ressembler la cuisse à une portion de gros intestin soufflé.

M. Deyber fut appelé, il y a deux ans, près d'un petit garçon de 16 mois, que sa mère allaitait encore, et qui venait d'avoir le fémur gauche fracturé dans sa partie moyenne. La cuisse n'avait que 6 pouces de longueur depuis le grand trochanter jusqu'au genou. Son diamètre était de 4 pouces au niveau des parties génitales; un peu au-dessus des condyles il n'était plus que de deux pouces deux à trois lignes.

De là résulte d'abord un grand défaut de parallélisme entre les attelles qu'on veut appliquer. Si on leur donne peu de longueur, elles n'ont pas une prise suffisante sur les deux fragmens; et lorsqu'on cherche à les fixer

avec une bande roulée, elles tendent à croiser obliquement la cuisse presque aussi large que longue. Si au contraire on les fait longues, dépassant le genou et même le pied, on a un levier trop long sujet à heurter à chaque instant contre le lit du petit malade. De plus la conicité de la cuisse tend toujours à faire glisser le bandage vers le genou et à laisser libre le fragment supérieur. Cet accident arrive surtout chez les enfans turbulens; et d'un autre côté, cette mobilité est presque une nécessité pour ces petits êtres, chez qui d'ailleurs il est presque impossible de distinguer les cris et les mouvemens de la méchanceté d'avec ceux de la crainte ou de la douleur. Ajoutez que le besoin de leur donner le sein ou de les nettoyer exige qu'on les soulève souvent de leur lit et qu'on leur fasse prendre diverses positions. C'est dans ces mouvemens surtout que des attelles trop longues deviennent fort gênantes.

Enfin une dernière cause qui provoque le déplacement de l'appareil, est la promptitude avec laquelle les enfans peuvent maigrir, dans le courant d'une nuit par exemple. Cette circonstance s'opposera toujours chez eux à l'emploi de l'appareil inamovible, qui deviendrait bientôt trop lâche et ne servirait plus à rien.

M. Deyber imagina d'abord de se servir d'attelles en carton un peu larges, incisées jusqu'à moitié de leur épaisseur et sur plusieurs lignes parallèlement à leur longueur. Elles formaient ainsi des espèces de gouttières flexibles dans le sens de leur largeur; la cuisse pouvait donc être parfaitement circonscrite, sans crainte que les attelles vinssent à la croiser. Pour mieux adapter ce moule à la forme de la partie, on l'avait un peu ramolli dans un mélange d'eau-de-vie et d'extrait de saturne; puis on l'avait enveloppé de bandes imbibées de blanc d'œuf battu. Mais les parens peu intelligens laissèrent imprégner ce bandage d'urine et d'autres ordures; et quand M. Deyber revit son malade quelques jours après, il trouva l'appareil mouillé, et même transformé en un foyer d'infection dans lequel circulaient une foule de vers, dus probablement à des larves d'insectes cachées dans le carton qui avait servi à la confection des attelles.

Enfin, on sait combien les enfans sont sujets à des érosions dans le pli de l'aine et aux éruptions érythémateuses sur la peau des cuisses. Un suintement séreux s'y établit communément; et les applications de corps très-doux, tels que la poudre de lycopode, la céruse, le coton cardé, la charpie fine, etc., ne le font disparaître qu'avec beaucoup de difficulté. On conçoit qu'un appareil à demeure doit favoriser le développement de ces accidens, surtout avec la compression qu'il exerce; et si pour amoindrir l'effet de cette compression, on accumule les remplissages; si ensuite pour mettre l'appareil à l'abri de l'urine on le recouvre de toile cirée, on donne à la cuisse une épaisseur extrêmement gênante, dont le moindre inconvénient est d'obliger le malade à tenir les membres fortement écartés.

Voici, après divers essais, l'appareil auquel s'en tient M. Deyber, et qui déjà dans trois cas a répondu à son attente. C'est une espèce de demi-culotte ou de bas lacé en peau de chien chamoisée, semblable à ceux qu'on emploie pour comprimer les tumeurs et les ulcères variqueux des jambes. Entre la doublure de ce bas, il a fait coudre, à distances égales, quatre attelles de la longueur de la cuisse, en bois dur plutôt qu'en acier ou en baleine, ces dernières substances ayant l'inconvénient de se fléchir et de se déformer par l'action de la chaleur. Ces attelles sont convexes sur le plat pour avoir de la force, et amincies vers les bords, de manière à pouvoir les coudre par points piqués dans les deux feuillets du bas.

Le jarret, quoique fortement serré, ne l'est pas au point d'empêcher le mouvement de l'articulation, et l'on sait combien il importe de laisser aux enfans tous les mouvemens libres pour les empêcher de crier. L'œdème de la jambe est prévenu par un prolongement du bas qui l'enveloppe; et le bassin étant aussi entouré, aussi uniformément que le membre malade, l'appareil n'a aucune tendance à glisser en bas. Tout le corps du bandage fait peu de volume; on enveloppe donc facilement le tout avec du taffetas ciré pour le garantir de l'urine, et le petit malade n'a pas besoin de tenir les cuisses très-écartées.

Cet appareil, selon M. Deyber, remplit toutes les indications. La peau de chien est assez souple pour ne pas comprimer trop durement les parties molles; et l'auteur n'a pas vu survenir au-dessous les phlyctènes qu'on rencontre fréquemment sous les attelles matelassées avec des compresses ordinaires. Le seul reproche qu'il prévoit, c'est qu'il faut un appareil pour chaque malade, et que les mesures du membre devant être prises avec exactitude, on ne peut en confectionner à l'avance.

Nous avouerons, malgré les trois succès de M. Deyber, que nous ne voyons pas à son appareil une supériorité bien manifeste pour ce qui regarde ces deux inconvéniens, l'imbibition d'urine et le suintement séreux du pli inguinal. Il sera toujours nécessaire d'une part, de garnir convenablement la cuisse pour éviter les excoriations, d'autre part de recouvrir l'appareil d'une enveloppe imperméable, pour s'opposer au contact de l'urine et des matières fécales. Ces précautions prises, il nous semble que les attelles en carton, arrangées en gouttière, d'après le procédé de l'auteur même, et maintenues par une bande dont les tours supérieurs embrasseraient le bassin, pourraient suffire dans la plupart des cas; encore, quel que soit l'appareil employé, sera-t-on forcé presque toujours de le renouveler à courts intervalles, ainsi qu'on le fait à l'hôpital des Enfans de Paris.

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Le *Bulletin médical de Bordeaux* a accompli sa deuxième année, et ne paraît pas devoir s'arrêter de sitôt dans sa carrière. Nous nous en réjouirions bien davantage, s'il n'avait été forcé, pour se soutenir, de s'adresser à la fois au peuple et aux médecins, et de rétrécir ainsi de beaucoup la place qu'il accordait à la science. Toutefois il continue à donner de temps à autre des articles d'un véritable intérêt.

VICES DE CONFORMATION DU COEUR, ANNONCÉS PAR LA CYANODERMIE, ET CONFIRMÉS PAR LA NÉCROPSIE.

Quelque variés que soient les vices de conformation qui donnent lien à la cyanodermie, on a pu néanmoins les ramener à deux ordres principaux : dans l'un il y a seulement mélange du sang veineux et du sang artériel, dans l'autre, obstacle à la conversion du premier de ces fluides dans le second. C'est un cas appartenant au dernier de ces ordres qu'a présenté le sujet de l'observation suivante.

Obs. — A., âgée de 9 neuf ans, fort peu développée, avait offert dès son enfance le symptôme pathognomonique d'un trouble profond dans la sanguification. Mais ce symptôme de cyanodermie devint de plus en plus saillant; de telle sorte que vers la fin du mois dernier, époque où cette fille quitta la maison de son père pour entrer à l'hôpital Saint-André, sa peau tout entière semblait avoir été teinte en indigo foncé. Le développement de la chaleur anormale semblait avoir subi une altération profonde, car la malade était excessivement frileuse. Le bruit respiratoire s'entendait distinctement à quinze pas; appliquée sur la région précordiale l'oreille éprouvait l'impression que procure un soufflet de forge. La respiration était gênée; anhéleuse, les organes locomoteurs sans énergie; aussi la progression augmentait elle singulièrement l'anxiété de la jeune malade, qui, dans le jour, était presque constamment assise, le tronc incliné en avant et les coudes appuyés sur les genoux. On rapporta qu'elle avait été atteinte plusieurs fois d'attaques épileptiformes, auxquelles ses parens avaient toujours cru qu'elle devait succomber. Entrée le 2 avril à l'hôpital, elle y mourut au bout de huit ou dix jours.

A l'autopsie on trouve une communication directe entre les deux ventricules du cœur à travers la cloison interventriculaire. Le droit, à parois robustes, comme hypertrophiées, l'apparence du ventricule gauche à l'état physiologique. Ce dernier, au contraire, serait pris facilement pour le ventricule droit; les parois en sont minces et molles. Au premier aspect on aurait pu croire qu'il y avait transposition de ces cavités; mais en continuant l'examen on reconnut bientôt que du ventricule droit naissait l'artère pulmonaire qui était oblitérée par une matière crétacée.

L'origine de l'aorte embrasse les deux ventricules et communique avec eux.

L'atrophie du ventricule gauche détermine le rapporteur de cette observation à penser que le sang veineux était immédiatement lancé dans l'aorte par le ventricule droit hypertrophié, ou qu'il ne passait du moins qu'une faible proportion de ce liquide par l'ouverture de la cloison interventriculaire. De cette disposition résultait un mode de circulation analogue à celle des animaux dont le cœur n'a qu'un seul ventricule, comme chez les ophidiens; mais comment la vie a-t-elle pu s'entretenir, alors qu'il y avait impossibilité à l'accomplissement des phénomènes chimiques de la respiration?

D'abord il est probable, continue l'auteur, que les artères bronchiques, qui n'ont pas été examinés, ont dû suppléer jusqu'à un certain point à l'artère pulmonaire, puisque l'oblitération de celle-ci n'est survenue que d'une manière lente et graduelle. Il croit encore que l'oxigénation du sang a pu s'effectuer en partie au travers de la peau et des membranes muqueuses. Au surplus, le sujet de cette observation n'a mené qu'une courte et misérable existence, dont la fin a probablement coïncidé avec l'oblitération complète de l'artère pulmonaire.

OBSERVATION DE MYÉLITE AIGUE SUIVIE DE DYSENTÉRIE GRAVE; par M. Leguay, D.-M. à Aube.

La myélite aiguë est une maladie assez rare pour que ses caractères soient encore peu tranchés, et qu'il ne soit pas toujours facile de saisir l'ensemble des symptômes qui la caractérisent; ce n'est que par la réunion d'un grand nombre de faits que l'on peut espérer d'éclairer cette partie importante des études pathologiques. Tel est le motif qui a en-

gagé l'auteur de cette observation à la rapporter, et celui qui nous détermine à l'analyser ici. Peut-être contestera-t-on l'exactitude du titre sous lequel elle se trouve; mais lors même que ce ne serait pas une observation de myélite, et que ce serait un exemple d'hémorrhagie intestinale grave dont les symptômes auraient pu être pris pour ceux de la myélite, cette circonstance serait un motif de plus pour que nous la reproduisions ici.

Obs. G..., ancien boucher, âgé de 54 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution très-robuste, était fréquemment atteint de diarrhée ou coliques qui duraient ordinairement 24 heures, mais ne l'avaient jamais forcé de suspendre son travail. Depuis quelque temps, il était en proie à des peines morales qui lui donnèrent de la morosité et le disposèrent à de violens accès de colère pour le plus léger motif.

Le 19 juillet 1832, à la suite d'une très-vive contrariété, il fut pris de douleurs très-fortes qui s'étendaient dans toute la colonne vertébrale et gagnèrent bientôt la tête.

Son état empira dans la journée du 20: aux accidens indiqués et qui avaient augmenté se joignirent des crampes dans les mollets, des contractions spasmodiques des muscles, des bras et des avant-bras, assez fortes pour déterminer la flexion des doigts, malgré le malade. Il y avait des vertiges, de l'anxiété et un besoin continuel de changer de position. Ces accidens allant toujours en augmentant, on appelle le docteur Guay dans la nuit du 21, et il trouve le malade dans l'état suivant:

Coucher en supination; peau froide et violacée; pouls petit, dur et intermittent; yeux hagards; contractions spasmodiques des muscles de la face; céphalalgie violente; douleur atroce de l'occiput, au sacrum, en suivant la direction de la colonne; soubresauts des tendons; crampes dans les mollets; doigts fortement fléchis; pieds froids; soif ardente; langue sèche et rouge; dysurie. Il y a eu quelques envies de vomir. (Saignée de 14 onces; 30 sangsues sur le trajet de l'épine et au fondement; sinapismes aux pieds; demi-bain; lavement avec l'assa-fœtida; potion avec la thridace et l'extrait de belladone.) A une heure après midi, pas d'amélioration. (Nouvelle saignée de 14 onces.)

A huit heures du soir, amélioration notable. Tous les symptômes ont perdu de leur intensité.

A dix heures, douleurs violentes à l'épigastre et vomissement de matière verdâtre.

A minuit, le malade rend une selle très-abondante, noire, sanguinolente et très-fétide, et jusqu'au matin il en rend plus de quatre-vingts semblables.

Le 22, douleur vive à l'épigastre, avec pulsations fortes et répétées; abdomen ballonné et douloureux à la pression; quelques soubresauts dans les tendons; quelques crampes. Les douleurs de la moelle ont complètement cessé; la peau reste bleuâtre et froide. (20 sangsues à l'épigastre, 20 sur l'abdomen et 20 à l'anus, etc.)

Les selles diminuent de fréquence; la peau se réchauffe; la physionomie du malade se calme; l'épigastre seulement reste tendu. Vingt sangsues sont appliquées sur ce point; on donne deux demi-bains par jour, et le malade entre immédiatement en une convalescence qui a été entravée par quelques imprudences. Trois semaines plus tard, et quoique la santé fût parfaite, la peau conservait encore une teinte bleuâtre.

OPÉRATION DE L'HYDROCÈLE PAR INJECTION D'EAU PURE, SUIVIE DE GUÉRISON.

Il est assez singulier de voir réussir des injections d'eau pure, là où des injections plus stimulantes avaient échoué, comme dans le cas qu'on va lire. La science possédait déjà quelques faits analogues, mais qu'on avait regardés comme des accès plutôt curieux qu'utiles; et celui-ci ne nous paraît pas avoir de plus haute portée, surtout d'après les circonstances qui l'ont accompagné.

Obs. — M. B de Bordeaux avait un hydrocèle du côté gauche; un habile chirurgien de cette ville pratiqua la ponction et fit une injection vineuse. Le malade récidiva quelque temps après, et l'hydrocèle acquit un volume considérable. En outre, un kyste séreux également volumineux s'était développé un peu au-dessus.

Plusieurs fois on évacua par simple ponction la tunique vaginale; mais l'hydrocèle revenait toujours. Le 21 octobre, M. Moulinié, après la ponction, se détermina à remplacer la sérosité par de l'eau froide naturelle; en trois fois on en injecta une bouteille. Le malade ressentit bientôt des douleurs rénales, comme après les injections vineuses ou alcooliques; alors l'eau introduite fut évacuée, et le malade sortit pour suivre son régime de vie habituel. Mais au bout de quelques jours il revint à l'hôpital avec un gonflement et une vive inflammation sur le lieu de l'opération. Une incision fut pratiquée pour donner issue au pus qui s'était formé; *on reconnut qu'il contenait des débris de la tunique séreuse*. Bientôt les accidens inflammatoires se dissipèrent; la tuméfaction diminua; l'adhésion s'établit, et la cavité séreuse parait absolument effacée.

L'observation ayant été publiée le 22 novembre, il pourrait rester quelque doute sur la solidité de la guérison; cependant elle paraît au moins probable, d'après l'inflammation suivie de suppuration qui a eu lieu dans la tunique vaginale. On ne croira pas sans doute que ce soient *des débris de la séreuse* qui se soient écoulés avec le pus. L'auteur aura voulu dire *des débris de fausses membranes*. Maintenant il resterait à dire pourquoi l'injection vineuse a échoué, pourquoi l'eau froide a réussi.

Le premier fait n'est pas très rare. Aucune donnée positive n'a été établie sur la force, sur la nature, sur la température du vin dont on se sert, tout ce qui est ainsi laissé au hasard dans l'opération, doit amener aussi d'autres hasards dans les résultats. Sir A. Cooper a trouvé les injections vineuses si incertaines par tous ces motifs, qu'il les a remplacées par une solution de sulfate de zinc, de laquelle il se loue beaucoup. Ce changement mérite d'être imité.

L'eau froide, dans le cas de M. Moulinié, aura probablement agi par sa température seule, ou bien encore par la distension des tissus; et elle a produit une inflammation plus forte qu'il n'eût été désirable, puisqu'elle a été jusqu'à la suppuration. Dans d'autres cas, surtout si l'on faisait garder le repos au malade, il est probable qu'elle n'irait pas si loin, que le plus souvent même elle n'atteindrait pas le degré nécessaire pour l'adhésion. C'est donc un moyen trop incertain pour l'essayer, quand on en a tant d'autres sous la main, et cependant une ressource à laquelle on pourra encore recourir dans des cas de nécessité.

ANÉMIES ESSENTIELLES ET CONSTITUTIONS ANÉMIQUES HÉRÉDITAIRES; par M. CAZENAVE, D.-M. P.

L'auteur de cet article signale à l'attention des praticiens deux observations d'anémie dont une s'est terminée par la mort du sujet, et l'autre par la guérison. Le sujet de la première était un carrier, d'un tempérament lymphatico sanguin, habitant jour et nuit des carrières froides et humides, à galeries fort mal distribuées et seulement éclairées par des torches enduites de résine. L'excès du travail, la privation d'un air pur, de la lumière solaire, du calorique, d'une bonne nourriture, et le chagrin inséparable de sa position (il était déserteur de 1823), altérèrent fort vite une constitution déjà faible. Lorsque M. Cazenave fut appelé auprès de lui, il le trouva avec le visage œdématié et jaunâtre, dans un état de faiblesse extrême, le pouls, à peine sensible, éprouvant au moindre mouvement des palpitations et des syncopes. La maladie était trop avancée, et le malade mourut malgré l'emploi des moyens les mieux indiqués; et à l'autopsie M. Cazenave n'observa que ce que l'on trouve ordinairement chez les sujets morts dans des circonstances analogues.

Le second fait est celui d'un tisserand qui travaillait depuis deux ans dans un souterrain où l'eau filtrait continuellement à travers les fissures des rochers. Ce malheureux, qui en même temps était réduit à l'alimentation la plus détestable, ne tarda pas à tomber dans un état d'anémie extrêmement prononcé. Je pus constater, dit M. Cazenave, sa cadavérisation anticipée; mais à l'aide d'un changement de demeure, de bons alimens, de vin de quinquina et de quelques préparations martiales, il fut presque complétement rétabli dans l'espace d'un mois et demi.

L'auteur cite ensuite quelques exemples de constitution anémique héréditaire qu'il a observés dans des familles dont les enfans ont hérité de cette constitution de leur père ou de leur mère. Les moyens pharmaceutiques, diététiques et hygiéniques indiqués en pareil cas, ont échoué, dit-il, chaque fois que l'on a voulu essayer de modifier leur constitution, qui est indélébile, et qui fait traîner à ces jeunes gens une vie misérable. On peut sans doute, dans des cas moins prononcés, modifier cette constitution; mais il faut procéder avec d'autant plus de réserve et de précautions, qu'on ne sait guère à quoi s'en tenir sur le mode de vie, sur la somme d'action vitale répartie dans les organes des sujets qui ont hérité de cette constitution anémique, ou en sont porteurs quoique nés de parens robustes et jouissant d'une bonne santé. Pour modifier la constitution anémique dès l'enfance, il faut se borner aux ressources qu'offrent l'éducation, la gymnastique bien dirigée et les moyens de l'hygiène.

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE, OU RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

CONTRACTION CONTINUE DES MUSCLES CRÉMASTERS.

Obs. — Dans le courant de l'année dernière, François D..., demeurant aux environs de Bordeaux, âgé de 62 ans, se livrait à la copulation lorsqu'un choc violent eut lieu inopinément contre la porte. Le mouvement de surprise qu'il éprouva, la crainte d'être aperçu dans une situation semblable, mais plus que cela, l'interruption brusque de cet acte, toutes ces causes réunies déterminèrent aussitôt un tremblement convulsif dans tout son corps.

De vives douleurs se déclarèrent vers le bas-ventre et les aînes, et persistèrent malgré quelques petits moyens médicaux auxquels le malade eut recours. Lorsqu'il se présenta à la consultation au bout de cinq mois, les testicules étaient très douloureux au toucher le plus délicat; on les voyait tirés et soutenus en haut vers l'arcade pubienne, laissant vide la poche du scrotum. De plus, ils étaient appliqués fortement contre cette arcade du pubis, et au-devant de l'anneau inguinal, dans lequel ils semblaient sur le point de s'engager. La douleur qui résultait de cette pression entre les parties osseuses était assez forte pour que le malade fût obligé de marcher constamment à demi-courbé.

Traitement. On prescrit, à François D., des demi-bains émolliens long temps et assidûment continués; des cataplasmes émolliens sur les régions douloureuses, des applications répétées de sangsues sur le trajet du canal inguinal de deux côtés, et enfin des frictions sur ces mêmes parties avec un liniment ou l'extrait de belladone.

Au bout de deux mois de traitement la guérison était entière. La contraction comme tétanique des muscles crémastères avait cessé, et les testicules avaient repris leur place dans le fond du scrotum.

RECHERCHES SUR LA QUANTITÉ DE QUINQUINA NÉCESSAIRE POUR DÉCOMPOSER DES PROPORTIONS DONNÉES D'ÉMÉTIQUE; par J. FAURE, pharmacien.

L'action qu'exerce le quinquina sur l'émétique, connue depuis long-temps, semble à M. Faure avoir été étudiée plutôt sous le rapport chimique que sous le point de vue médical; cependant l'opinion de Berthollet, qui signala le quinquina comme le véritable antidote de l'émétique, a été généralement adoptée, bien que l'on n'ait pas défini exactement les proportions de quinquina nécessaires pour décomposer complétement l'émétique, ni déterminé l'influence du calorique et du contact prolongé sur leur mélange, afin d'en rendre les effets réguliers et constans.

M. Faure, dans les expériences dont nous allons donner l'analyse, a employé le quinquina en poudre, en *infusion* et en *décoction*, et il a préféré le quinquina calisaya comme étant le plus usité, en raison de ce qu'il contient plus de quinquina que les autres espèces.

1° *Quinquina en poudre.* 64 grammes de poudre de quinquina ont été divisés en huit flacons avec 64 grammes d'eau distillée, et dans chacun des flacons on a ajouté 1 grain d'émétique, en augmentant successivement de demi-grain par flacon, jusqu'au huitième qui en reçut 4 grains et demi. Les huit flacons furent placés et maintenus à une chaleur de 40 degrés. Après une demi-heure de digestion, la liqueur contenue dans les trois premiers flacons, filtrée et traitée par un excès d'acide hydro-sulfurique, n'a point changé de couleur. Celle contenue dans les autres flacons présenta aussi, mais plus tard, les mêmes résultats, à l'exception cependant de celle du huitième (contenant 4 grains et demi d'émétique), qui, au bout de trois jours, fournissait encore un précipité par l'acide hydro-sulfurique.

Infusion de quina. Les mêmes opérations, pratiquées avec l'infusion de quina, ont démontré que 8 grammes de quinquina pris en infusion, décomposent un grain seulement d'émétique.

Décoctions de quinquina. Les mêmes opérations, pratiquées avec les décoctions de quinquina, ont démontré que sous cette forme le quinquina décompose en moins de temps une plus grande quantité d'émétique que le quinquina en infusion et même en poudre; car en quelques instans huit grammes de quina épuré par des décoctions, ont décomposé trois grains d'émétique, tandis que la même quantité de quinquina par l'infusion n'en a décomposé qu'un seul grain, et en poudre deux grains seulement.

M. Faure conclut de ces expériences qu'il est plus avantageux d'administrer la décoction de quinquina, que l'infusion ou la poudre elle-même dans les premiers secours à employer pour arrêter les effets de l'émétique donné à trop haute dose.

OBSERVATION DE SUSPENSION INSTANTANÉE ET SOUVENT RÉITÉRÉE DE L'ACTION CÉRÉBRALE; par M. GUILLEMOT fils, D.-M. P. à Saint-Privas.

Nous trouvons sous ce titre l'historique d'une maladie fort remarquable par sa gravité apparente, par l'insuccès de divers traitemens qui semblaient bien indiqués, et enfin par la facilité avec laquelle elle a cédé lorsqu'on a employé celui que réclamait réellement l'état du malade. La lecture attentive de cette observation nous porte à croire qu'on peut la ranger parmi les cas qui ont été décrits par le docteur Griffin sous le titre d'irritation de la moelle épinière, et dont il a été question dans le numéro 18 (an 1835) de la GAZETTE MÉDICALE.

OBS. — E. B., ancien militaire, âgé de 53 ans, d'un tempérament lymphatique, avait joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'an dernier. Il y a cinq ans qu'il fut obligé, à cause de la faiblesse de sa vue, d'abandonner l'état de tailleur pour se faire directeur de terrassiers. Exposé par ce nouvel état à toutes les injures du temps, il contracta plusieurs catarrhes qui furent combattus par le traitement antiphlogistique. Le 30 mars 1834, ayant quatre lieues à faire pour revenir chez lui, il en avait à peine parcouru la moitié lorsqu'il tomba sans connaissance. Cet état dura trois ou quatre minutes; les personnes qui l'accompagnaient le relevèrent, il reprit ses sens et put continuer sa route, mais non sans éprouver vingt attaques absolument semblable à la première, et pendant lesquelles il tombait constamment sur le côté droit sans mouvement convulsif de la face et des membres. Le lendemain, il reprit son travail et le continua pendant dix-huit jours, à cette époque, il eut encore plusieurs attaques, mais dans lesquelles il avait le temps de s'asseoir et ne perdit pas connaissance. Deux saignées lui sont pratiquées et huit jours se passent sans nouvelles attaques; le malade éprouvait un tournement de tête et des bourdonnemens dans les oreilles. Deux nouvelles saignées lui sont pratiquées et, dès le lendemain, il se plaignait de violentes douleurs dans le ventre, et il eut plusieurs selles copieuses dans lesquelles il rendit une grande quantité de vers. Un purgatif et un vomitif lui furent alors administrés et les attaques devinrent encore beaucoup plus fréquentes. (50 ou 60 par jour.)

Ce fut à cette époque que M. Guillemot vit le malade. Il présentait alors un léger mouvement fébrile; la langue était légèrement rouge à la pointe et sur ses bords; la pression occasionait une légère douleur à la région épigastrique; le ventre était légèrement distendu par des gaz; une tumeur que le malade portait au sein droit s'y trouvait depuis le bas-âge, sans avoir ni augmenté ni diminé. Pendant que M. Guillemot faisait son examen, le malade eut plusieurs attaques durant lesquelles sa figure se colorait en rouge, les battemens du cœur étaient accélérés et il se plaignait de voir les mêmes objets se reproduire cinq et six fois, et une légère chaleur se manifestait dans l'estomac. Au bout d'une minute tous ces symptômes disparaissaient. Quelques sangsues furent appliquées d'abord sur le ventre et l'estomac avec des cataplasmes; les lavemens émolliens, la diète.

A l'aide de cette médication, la douleur d'estomac disparut avec la rougeur de la langue et la tension de l'abdomen; malgré cela les attaques ne diminuèrent nullement. Des antispasmodiques furent administrés inutilement ainsi que des vésicatoires aux jambes, des sinapismes aux pieds et des lavemens irritans. Un large vésicatoire fut appliqué à la nuque; deux jours après les attaques étaient sensiblement diminuées. D'après ce succès le vésicatoire fut remplacé par un séton posé dans le même endroit, et depuis cette époque, le malade a toujours été de mieux en mieux. Aujourd'hui, 8 mars 1835, il se promène tranquillement et va dans peu reprendre ses occupations.

RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

OBSERVATIONS DE FIÈVRES TYPHOÏDES TRAITÉES PAR LA MÉTHODE ÉVACUANTE, suivies de quelques réflexions sur la nature de ces fièvres, et les indications particulières à remplir dans leur traitement; par M. ARCHAMBAULT-REVERDY, secrétaire-général de la Société médicale.

Le but du travail de M. Archambault est de déterminer s'il est possible d'employer les purgatifs dans tous les cas de fièvre typhoïde et pendant toute leur durée, et ensuite de préciser les cas où on peut avoir recours à cette médication et l'époque où il est opportun d'en commencer l'usage.

L'un des phénomènes les plus remarquables dans l'étude des fièvres typhoïdes, c'est sans contredit cette facilité avec laquelle la maladie revêt et quitte en quelques jours les caractères d'états pathologiques entièrement différens. Ainsi, il n'est pas rare de voir dans le cours d'une fièvre typhoïde le malade présenter, dans l'espace d'un petit nombre de jours, quatre ou cinq peut-être, tous les caractères d'une fièvre inflammatoire, puis d'une fièvre adynamique, ataxique, muqueuse ou bilieuse. Une fois ce point établi, on conçoit facilement dans quel embarras doivent se trouver les médecins qui adoptent une médication unique comme devant être employée pendant toutes les périodes de cette maladie. Si ce traitement consistait dans l'emploi d'un *spécifique*, alors la guérison du malade dispenserait de toute explication; mais tant que nous serons bornés dans le traitement de cette maladie à une médication rationnelle, il sera constamment contraire à la raison d'employer les toniques dans la forme et dans la période inflammatoire, les débilitans (saignée ou purgatifs) dans la période ou dans la forme adynamique, les excitans dans la forme ataxique. Il est donc important de signaler les époques où l'on doit commencer une médication donnée et celle où on doit en cesser l'usage. C'est vers cet objet que doit se tourner l'attention du médecin tant que l'on n'aura pas trouvé un moyen qui agisse d'une manière spécifique.

Nous ne pouvons suivre ici l'auteur dans la discussion où il est entraîné au sujet de cette question, et encore moins rapporter les faits recueillis par lui, et sur lesquels il s'appuie pour démontrer, contrairement à l'opinion d'un médecin des hôpitaux de Paris, que les purgatifs peuvent être très-utiles dans quelques cas et très-nuisibles dans d'autres. Nous chercherons cependant à résumer en quelques mots son opinion sur ce point important de pratique en faisant connaître spécialement les cas où les purgatifs sont contre-indiqués.

1° La phlegmasie aiguë des organes digestifs demande avant tout, selon l'auteur, un traitement adoucissant, et il serait imprudent de les irriter par l'emploi des purgatifs. Nous devons dire ici que l'auteur admet une différence entre la dothinentérie et la fièvre typhoïde; mais nous n'avons pu bien saisir la distinction qu'il établit entre ces deux maladies, qui, pour nous, sont le même état pathologique.

2° L'ataxie exige l'emploi des antispasmodiques appropriés pour dissiper la concentration des forces vitales vers le cerveau avant que l'on puisse avoir recours aux évacuans. Nous devons nous rappeler que les nombreuses expériences faites par M. Piédagnel à l'Hôtel-Dieu de Pa-

ris lui ont démontré aussi que les purgatifs sont nuisibles dans les formes ataxiques de la fièvre typhoïde.

3° Une foule de circonstances que l'on ne peut prévoir exactement doivent encore, d'après l'auteur, faire ajourner l'emploi des purgatifs : ainsi, une idiosyncrasie particulière, certaine constitution médicale connue, enfin quelques conditions propres à la marche de la maladie elle-même.

A part ces circonstances, M. Archambault condamne l'emploi des purgatifs et attribue à cette médication un rôle important dans le traitement de la fièvre typhoïde ; bien plus même, il admet l'opinion jusqu'ici contestée qu'à l'aide de ce moyen on peut la faire avorter lorsque le praticien est appelé dans les premiers jours.

AMÉNORRHÉE COMBATTUE AVEC SUCCÈS PAR DES SINAPISMES APPLIQUÉS SUR LES MAMELLES, chez une jeune fille sujette depuis trois ans à des attaques de paralysie partielle du mouvement ; par M. HULIN-ORIGET, secrétaire-adjoint de la Société médicale.

Le nombre des faits analogues à celui que nous allons analyser est déjà assez considérable pour qu'il ne puisse rester aucun doute sur l'efficacité de ces moyens employés déjà dans quelques cas ; maintenant que cette efficacité est mise hors de doute, il reste à constater quels sont les cas où on peut employer cette médication avec quelque espoir de succès, et au contraire quels sont ceux où elle est contre-indiquée ; car on ne peut pas s'attendre à ce qu'elle réussisse constamment. En attendant que de nouveaux faits viennent éclairer ce point important de discussion, nous allons joindre celui-ci à ceux déjà connus.

OBS. — Joséphine B..., âgée de 15 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, n'a été réglée que trois fois depuis l'âge de 11 ans. Au printemps de 1832, à la suite de chagrins profonds et de frayeurs vives, elle fut prise d'abord de mouvemens convulsifs dans les bras et les poignets. Quelques jours après, elle perdit la faculté de remuer son bras gauche, et elle acquit dans ce membre une sensibilité portée à un haut degré et qui persista pendant deux mois, malgré l'usage des boissons antispasmodiques et des frictions camphrées.

Trois mois après, les deux jambes se paralysèrent successivement, ce qui dura encore deux mois et demi et ne céda qu'à l'application de sangsues aux cuisses et aux frictions pratiquées sur les jambes avec le liniment ammoniacal.

En avril 1835, nouvelle attaque de paralysie des jambes, qui diminuait lorsque la malade avait éprouvé des vomissemens de sang, qui survenaient en petite quantité.

Au commencement de 1835, elle est prise d'une angine tonsillaire extrêmement intense, puis paralysie de la jambe gauche et douleur intolérable sur le trajet du nerf sciatique de la jambe droite. Une saignée procure du soulagement, mais non une guérison complète. Elle était dans cet état le 22 février, lorsque, dit le rapporteur, je tâchai de rappeler les règles par l'irritation des mamelles, en employant la méthode proposée par le docteur Mondière.

Deux cataplasmes préparés avec 5 onces de farine de moutarde, furent appliqués sur les côtés externes et supérieurs des mamelles. Les douleurs vives qui se faisaient sentir au bout de 15 à 20 minutes forcèrent à enlever ces topiques. On trouva la peau rouge et très-sensible au toucher. Dès le lendemain, J. B... avait des pertes très-considérables en blanc. Le troisième jour, la menstruation se faisait très-abondamment, et a ainsi continué pendant sept jours au lieu de quatre, comme dans les mois d'août et de septembre.

Aujourd'hui, 3 avril, la malade jouit d'une bonne santé et marche librement. On observe que les seins se sont développés et que le corps entier s'est accru d'une manière remarquable depuis le retour de la menstruation. Nous pensons, dit le rapporteur de cette observation, que cette révolution salutaire a été hâtée par l'augmentation de l'activité vitale de l'utérus, augmentation due à l'irritation artificielle des mamelles.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JUILLET.

STRUCTURE INTIME DU SYSTÈME MUSCULAIRE.

M. Alexandre Thompson, de l'université de Cambridge, adresse un résumé des principaux résultats auxquels il est arrivé sur ce sujet. Ces résultats sont les suivans :

1° Aucun des muscles de l'abdomen, du périnée, du pharynx, de la vessie, ne s'arrête sur la ligne médiane. Leurs fibres non-seulement traversent cette ligne pour aller s'implanter sur les os du côté opposé, mais en la traversant elles s'entrelacent avec les fibres des muscles correspondans du côté opposé, en faisant avec elles une véritable trame.

2° Il n'existe pas dans le périnée d'aponévrose, dans le sens où ce mot est pris par MM. Gerdy, Blandin et Velpeau, les lames aponévrotiques étant constituées par l'entrelacement des fibres tendineuses des muscles des deux côtés.

3° Les muscles crémasters sont des muscles indépendans, et non un prolongement des fibres inférieures du muscle petit-oblique.

4° Les ligamens ronds de l'utérus ne sont qu'une transformation des muscles crémasters.

5° Le *gubernaculum testis* n'est aussi autre chose que le crémaster accompagné des vaisseaux et des nerfs propres à l'organe glanduleux.

6° Il n'existe à la vessie qu'une seule série de fibres musculaires disposées en spirales, lesquelles s'entrecroisent en arrière et en avant, puis viennent se fixer par les extrémités tendineuses sur les bords articulaires de la symphyse pubienne.

—M. Coste annonce que des recherches qu'il vient de terminer l'ont conduit à reconnaître que les corps singuliers désignés chez le fœtus sous le nom de *corps d'Oken*, ne sont pas, comme on le croit généralement, des organes transitoires, mais qu'ils persistent au contraire pour constituer l'appareil testiculaire. L'auteur dit avoir suivi tout le développement de ces organes ; il doit en faire l'objet d'un mémoire spécial qui sera accompagné de dessins et de préparations anatomiques.

—M. le docteur Faure adresse une lettre dans laquelle il cherche à prouver par des raisonnemens et par quelques exemples que les saisons qu'on doit choisir de préférence sont l'hiver et l'été, et non le printemps et l'automne, comme on l'admet généralement. Il se livre aussi à des réflexions sur les moyens propres à prévenir ou à combattre les accidens qui accompagnent les opérations.

THÉORIE DES ACIDES.

A l'occasion du mémoire lu dans la dernière séance par M. Pelouze, et dont nous avons donné l'analyse, M. Loogebamp adresse la communication suivante :

« Dans un mémoire publié en février 1835, et intitulé : *Nouvelle doctrine chimique*, j'ai considéré l'acide sulfurique comme formé par la combinaison d'un atome d'acide sulfureux et d'un atome de deutoxide d'hydrogène.

Je trouve dans l'acide que M. Pelouze vient de faire connaître une composition analogue. Cet acide, en effet, est formé d'un atome d'acide sulfureux, de deux atomes d'azote et de deux atomes d'oxigène. Il est évident que dans cette combinaison le deutoxide d'azote joue le rôle que remplit le deutoxide d'hydrogène dans l'acide sulfurique ; aussi la décomposition des sels à l'air donne-t-elle un dégagement d'oxide d'azote, et le résidu effleuri est un sulfate pur, ce qui fait voir que dans ces sels l'oxide d'azote jouait un rôle analogue à celui de l'eau de cristallisation dans les sels qu'on appelle sulfat s. Dans le système que j'ai adopté, l'acide sulfurique a reçu le nom d'acide *sulfureux hydrogénique* ; le nouvel acide devrait par conséquent se nommer acide *sulfureux azotique*.

STRUCTURE DES OS.

M. Gerdy adresse un mémoire dans lequel il se propose de faire voir : « 1° que l'apparence fibreuse du tissu cellulaire est due à des sillons vasculaires ; 2° que ces sillons sont longitudinaux dans les os longs, rayonnés et divergens dans certains os plats ; 3° que le tissu compact est composé de canalicules vasculaires adhérens les uns aux autres, et dirigés comme les sillons qui viennent y aboutir ; 4° que le tissu spongieux des auteurs est composé d'un tissu canaliculaire, d'un tissu réticulaire et d'un tissu celluleux ; 5° que le canaliculaire loge des vaisseaux dans une foule de canalicules à peu près parallèles et longitudinaux dans les os longs ; 6° que le réticulaire est formé de filets autour desquels les vaisseaux s'anastomosent ; 7° que le celluleux assez diversifié suit cependant des lois générales et que l'auteur énonce.

Commissaires : MM. de Blainville, Serres, Roux et Breschet.

—Le président annonce aux membres de l'Académie qu'ils ont au milieu d'eux M. Berzélius, ainsi que deux savans anglais, MM. Burnes de Glascow et le docteur Ure.

On avait remarqué dans l'enceinte intérieure un étranger coiffé d'un turban, vêtu d'habits longs en tissu de Cachemire. M. Raoul-Rochette le présente comme M. Martin Honinberger, voyageur qui a parcouru pendant vingt ans une grande partie des états de l'Asie, et qui revient de ce moment du royaume de Lahore, où il est resté quatre ans au service du prince des Sykes, Runjeet-Sing, prince aujourd'hui bien connu en France par les lettres de Victor Jacquemont. M. Honinberger a rapporté une quantité d'objets très-curieux, et dont une partie surtout est d'un haut intérêt pour l'archéologie et l'histoire numismatique. Cette partie sera l'objet de communications que M. Raoul-Rochette fera à l'Académie des inscriptions ; mais l'Académie des sciences apprendra avec plaisir que, dans la collection du voyageur, l'histoire naturelle a aussi sa part. On remarquera notamment une flore de l'Himalaya, que le propriétaire met à la disposition de l'Académie pour le temps qu'il doit rester encore à Paris, offrant, si cela est jugé utile, de laisser prendre des dessins et faire des descriptions de ce qui paraîtra le plus digne de fixer l'attention.

M. Honinberger a pratiqué la médecine, et il a eu l'occasion de comparer les diverses méthodes employées contre le choléra. Dans un moment où cette maladie fait de si grands ravages dans nos départemens, peut-être les membres de la section de médecine pourraient tirer quelque avantage des communications du médecin voyageur, et il s'empressera de les donner.

Le président de l'Académie nomme, pour prendre connaissance de l'herbier de M. Honinberger, une commission composée de MM. de Mirbel, Jussieu (Adrien) et Brongniart. Quant aux observations médicales, le voyageur les communiquera à la section de médecine, et le doyen de la section sera prié de s'entendre avec lui à ce sujet.

ANIMAUX DES COQUILLES MICROSCOPIQUES.

M. de Blainville fait en son nom et celui de M. Duméril, un rapport sur une note de M. Dujardin, relative aux rhizopodes ou prétendus céphalopodes microscopiques.

Les coquilles microscopiques, restées long-temps inaperçues des naturalistes, n'ont commencé à attirer l'attention qu'après qu'elles eurent été l'objet du grand travail de Soldani, et encore, pendant bien des années après cette publication, à peine trouvaient-elles place dans les systèmes zoologiques ; elles continuaient, en effet, à être très-peu observées, et ainsi il n'est pas étonnant que les plus grosses, très-aisément visibles à l'œil nu, aient été considérées comme des espèces de nautiles et même d'ammonites, à cause de l'espèce de ressemblance qu'elles

offrent avec ces coquilles par la manière dont elles sont souvent enroulées dans le même plan vertical, et paraissent partagées à l'intérieur en loges successivement décroissantes; mais, dit le rapporteur, quoiqu'il n'y eût au fond aucune analogie réelle entre ces corps, le rapprochement qu'on fit de certaines de ces coquilles microscopiques avec les ammonites, qui ne sont, du moins jusqu'à ce jour, connues qu'à l'état fossile, fournit un argument spécieux aux philosophes qui pensent que la nature épuisée ne peut plus produire, ni même entretenir des espèces animales d'aussi grande taille que dans les premiers temps de la création.

C'est à des naturalistes italiens de la moitié du dernier siècle, et entre autres à Bianchi qui s'est caché sous le nom latin de *Plancus*, qu'est dû le rapprochement erroné des cellulés et des ammonites; mais ce qu'il y a de plus singulier, c'est que les zoologistes ayant admis sans trop de réflexion que ces coquilles enroulées des sables de Rimini et de l'Adriatique devaient être rangées parmi les nautiles et les ammonites, que l'on définissait des coquilles polythalames siphonnées, on en rapprocha également tout ce qui était microscopique, comme si la taille était un caractère de quelque importance dans une classification. Si l'inconvénient résultant de cette fausse analogie n'était pas bien sensible à une époque où les corps organisés étaient groupés d'une manière entièrement artificielle, il en fut tout autrement dès que, suivant l'impulsion donnée par Guellard, Geoffroy, Muller, Poli, etc., les parties solides des mollusques furent considérées dans leurs rapports avec les animaux auxquels ils appartenaient, et non plus d'une manière tout-à-fait indépendante.

Une analogie probable ayant fait penser que l'animal des coquilles cloisonnées syphonnées a des rapports avec les sèches de Linnée (ou céphalopodes de Cuvier et Lamarck), on fut conduit non seulement à réunir les coquilles microscopiques aux véritables polythalames, mais encore à les comprendre dans la classe des céphalopodes; c'est en effet ce que firent presque tous les zoologistes de la fin du siècle dernier et du premier quart de celui-ci. Toutefois les travaux de Lamarck et de Denys de Monfort, en établissant des genres nombreux, forcèrent à une étude plus circonstanciée des coquilles polythalames, microscopiques ou non, et préparèrent ainsi à des changemens importans. En effet, pendant que l'un des deux auteurs du rapport commençait à jeter des doutes sur l'analogie des coquilles microscopiques avec les véritables cloisonnées, même en n'envisageant que le test, M. Alcide d'Orbigny annonçait qu'il venait d'observer ces animaux à l'état vivant sur les côtes de la Rochelle, ce qui le conduisit à entreprendre un grand travail sur ce sujet.

Ces découvertes relativement aux animaux furent, il est vrai, moindres qu'on eût pu le désirer; mais il n'en fut pas de même relativement aux coquilles; il en recueillit un grand nombre, les unes déjà connues et figurées par Soldani, les autres toutes nouvelles, tant à l'état récent qu'à l'état fossile. Il s'occupa de les systématiser, les partageant en genres et en familles d'une manière tranchée. Il en donna des figures grossies, et même il eut l'idée de les reproduire moulées en plâtre. Il ne crut pas cependant devoir séparer les *cellules* des céphalopodes, se bornant à en former une division tranchée sous le nom de *céphalopodes foraminifères*, par opposition à celui de *céphalopodes cloisonnés*, employé pour les nautiles. Il définit en effet ces animaux comme ayant le corps bursiforme, contenant une coquille polythalame totalement interne, et dont la dernière cloison terminale est percée d'une ou de plusieurs ouvertures communiquant d'une loge à l'autre. Il leur reconnut entre autres une tête fort petite, peu ou point distincte, pourvue de tentacules nombreux, formant plusieurs rangées autour d'une bouche centrale.

Cette définition était bien faite pour confirmer la manière de voir des zoologistes qui considéraient ces animaux comme de véritables céphalopodes. Cependant M. de Blainville ayant en vers cette époque l'occasion d'observer vivante une miliole qu'il avait trouvée attachée par une sorte de pied charnu à un petit murex de nos côtes, reconnut que la coquille était entièrement extérieure, et jugea que l'animal n'avait aucun rapport avec celui des coquilles polythalames syphonnées. Il lui trouva au contraire, tant pour ses formes qu'à cause de sa nature homogène, des rapports assez marqués avec les planaires. C'est ce qu'il eut occasion de confirmer dans une seconde observation faite en 1828; en sorte que dans son cours de malacologie en 1829, il se crut autorisé à séparer du type des mollusques les animaux des coquilles microscopiques cellulées près des animaux.

A peu près à la même époque, un observateur anglais, M. Clarke, portait aussi son attention sur les animaux des cellulés, et le résultat de ses recherches sur les milioles, par exemple, fut que ces animaux sont plutôt des annélides que des céphalopodes; il parle même d'un appendice plumeux. Il annonce que la couleur de l'animal est d'un beau rouge.

L'animal de la discorbite vesiculaire offrit à M. Clarke la même couleur; à travers les parois transparentes du test, l'observateur put apercevoir des articulations bien marquées.

Après les travaux de Clarke viennent ceux qui font l'objet du rapport, et que nous avons fait connaître dans le compte-rendu de la séance du 22 juin. Après avoir présenté une analyse du mémoire, M. de Blainville continue en ces termes: Il résulte évidemment des nouvelles observations faites par M. Dujardin, que les animaux appartenant aux corps crétacés ou coquilles, nommés milioles, vorticiales, ne peuvent continuer à être rangés dans le type des malacozoaires, et encore moins parmi les espèces céphalées pourvues d'appendices brachiformes dont les sèches sont le type; mais à quel point de la série appartiennent des êtres dépourvus d'organes et qui semblent n'être que du mucus doué de contractilité et de mouvemens spontanés? M. Dujardin n'a pas encore abordé cette question, et le nom de *rhizopodes* qu'il a adopté ne désignant qu'une de leurs habitudes, ne préjuge rien sur la place qu'ils doivent tenir.

On pourrait cependant reprocher à l'auteur d'avoir adopté pour désigner ce groupe d'animaux une dénomination tirée d'une particularité qui n'a rien de fixe, qui ne dépend pas même d'un organe proprement dit. On pourrait surtout lui reprocher d'avoir nommé le groupe avant de savoir s'il était bien distinct, et si les animaux qu'il avait observés ne devaient pas se placer près d'autres animaux déjà connus, tels que certaines planaires, et surtout des borlasses dont la chair est également homogène, contractile dans tous les sens, dans tous les points, et pouvant se lober, s'auriculer, se tentaculer même comme chez les protées. M. Dujardin eût donc peut-être fait sagement d'attendre, pour donner un nom, jusqu'à ce qu'il eût complété ses intéressantes observations. Nous ne pouvons que l'engager à les continuer et à les étendre à un plus grand nombre d'espèces, et nous pensons que l'Académie lui doit des remercîemens pour celles qu'il lui a déjà communiquées.

— M. Sédillot lit une courte indication des différens points qu'il a traités dans un mémoire sur les luxations du fémur, en haut et en dehors.

Commissaires : MM. Serres, Roux et Breschet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. LISFRANC.

M. Maccarthy, de Dublin, est présent à la séance.

M. le professeur Serre, de Montpellier, écrit la lettre suivante :

« Chargé d'un service de vénériens fort étendu à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, j'ai l'honneur de vous informer que j'emploie depuis plus de trois mois le chlorure d'argent, le chlorure d'argent et d'ammoniaque, l'oxide d'argent et l'argent divisé, contre les maladies syphilitiques les plus anciennes et les plus graves. Les résultats heureux que j'ai constamment obtenus jusqu'ici m'autorisent à regarder d'hors et déjà ce nouveau remède comme digne de rivaliser avec les préparations mercurielles et aurifères.

Je me livre en ce moment à de nouvelles recherches sur les effets du cyanure et de l'iodure d'argent. Dès que j'aurai recueilli à cet égard un certain nombre de faits, je m'empresserai de soumettre le fruit de mes observations à l'Académie.

— La correspondance imprimée comprend l'envoi d'un *tableau statistique de l'école pratique d'accouchemens de Metz et le résultat des opérations de cet établissement en* 1834.

CHOLÉRA.

— M. le docteur A. Boyer informe l'Académie qu'il vient d'être chargé par le ministre du commerce de se rendre à Marseille pour y traiter les cholériques, et se met à sa disposition si elle veut lui transmettre des instructions. — Renvoyé à la commission du choléra.

M. Robert, de Marseille, donne des nouvelles du choléra de cette ville, en date du 16 juillet. Le choléra avait reparu avec des symptômes plus alarmans qu'en décembre dernier.

— Le ministre du commerce adresse la lettre suivante :

Paris 23 juillet 1835.

« Je viens de recevoir de M. Levacher, médecin, rue St-Denis, n. 114, la proposition de nommer une commission de médecins qui serait chargée de se transporter sur les points du royaume où sévit en ce moment le choléra-morbus, afin de faire sur les malades l'essai de différens moyens curatifs, et notamment de l'emploi de l'*albumine du blanc d'œuf*, dont il annonce avoir fait usage avec succès.

» Avant de prendre un parti sur cette proposition, je désire que l'Académie royale de médecine me fasse connaître ce qu'elle en pense; je vous prie donc, en raison de la gravité des circonstances, de provoquer sans retard la réponse de cette savante compagnie. »

Le bureau propose le renvoi à la commission du choléra.

M. DOUBLE. Le renvoi à la commission du choléra est une mesure illusoire, et comme une fin de non-recevoir. Cette commission ne s'est assemblée plus depuis long-temps. Il y a dans cette lettre deux propositions : d'une part un médecin propose qu'on fasse des expériences sur l'efficacité de l'albumine contre le choléra, ce qui me paraît assez inutile; mais, d'autre part, il a demandé au ministre qu'une commission fût envoyée sur le théâtre de l'épidémie; et le ministre consulte l'Académie sur la question de savoir s'il y a lieu à nommer une commission. Ceci est très-important; et, au lieu de renvoyer cette communication à une commission inactive, il aurait fallu poser la question à l'Académie, et ouvrir sur-le-champ la discussion. Déjà le ministre du commerce a envoyé sur les lieux un médecin avec une mission du gouvernement, sans en prévenir l'Académie; cela est irrégulier; il convient que l'Académie réponde directement au ministre sur sa demande, et l'avertisse qu'elle est toute prête à nommer dans son sein une commission qui se rendra sur les lieux où sévit le choléra.

M. LE PRÉSIDENT. Le conseil a décidé qu'une réponse serait adressée au ministre.

M. MOREAU. Pour les commissions envoyées à Barcelonne, à Gibraltar, en Pologne, l'Académie a toujours été consultée.

M. DOUBLE. La chose est urgente, il faut se hâter de répondre; et il convient que le projet de réponse soit communiqué à l'Académie. Je propose de rédiger cette réponse séance tenante. Répondez avec énergie; dites même que l'Académie est étonnée d'avoir été consultée si tard.

UNE VOIX. La lettre du ministre est du 23 juillet. (Vives rumeurs.)

M. DOUBLE. Alors il y a eu trop de temps perdu. Nommez donc, séance tenante, une commission pour rédiger la réponse. (Appuyé!)

M. CORNAC. C'est à tort qu'on semble inculper le conseil d'administration; il n'a eu connaissance de cette lettre qu'à deux heures et demie, aujourd'hui même. (M. DOUBLE. Premier grief!) Dès que le conseil en a eu connaissance, il a décidé que les expériences sur l'albumine seraient renvoyées à la commission du choléra, et qu'une réponse quant à la commission serait immédiatement adressée au ministre, dans laquelle on témoignerait le regret de l'Académie de n'avoir pas été consultée, et on rappellerait qu'il est dans nos attributions de nommer les commissions pour les épidémies.

M. DOUBLE. Mais c'est lui demander la permission de faire ce que lui-même vous demande, il vous demande une commission.

M. CORNAC. Nous répondions directement à sa demande.

M. ADELON. On a murmuré de ce qu'une lettre du 23 n'avait été connue du Conseil que le 30; mais quiconque connaît les bureaux sait très bien qu'une lettre datée du 23 peut n'être envoyée que trois jours après; et que les solennités de Juillet

empêchaient alors l'Académie et le Conseil de se réunir. Du reste, la réponse peut être rédigé par M. le secrétaire perpétuel séance tenante.

M. Boulay. Mais il faut qu'elle soit au moins approuvée par le Conseil. Je propose donc que le Conseil s'assemble demain... (Voix nombreuses: Aujourd'hui! ce soir!)

M. Double. Nous allons prier M. le secrétaire perpétuel de s'occuper de cette rédaction, je prendrai à sa place les notes qui doivent servir au procès-verbal de la séance. (Très-bien!)

Cette proposition est adoptée.—La lettre de M. Pariset ayant été adoptée par le Conseil hors de la séance, nous n'en avons pas eu communication; mais elle est conçue en ce sens, que l'Académie croit convenable de nommer une commission, qu'il y a urgence, et qu'elle attend l'ordre du ministre pour nommer cette commission dans son sein.

— M. Deneux appelle l'attention de l'Académie sur le compte rendu de la maison d'accouchement de Metz, sur lequel il aurait désiré qu'on fit un rapport spécial (Mais il est publié!) Alors on ne peut faire de rapport; mais je voudrais, dit l'honorable membre, que l'Académie encourageât les autres maisons d'accouchement qui sont nombreuses en France, à suivre cet exemple. Il est déplorable que nous n'ayons aucune donnée sur la statistique de ces maisons, tandis qu'en Allemagne, il n'est pas un seul établissement de ce genre, si petit qu'il soit, qui n'ait grand soin de publier les résultats statistiques de chaque année. Je voudrais donc que l'Académie fît quelques choses pour stimuler le zèle. (Mais quoi?) Nommez une commission pour y aviser.

Cette proposition est adoptée. La commission se composera de MM. Deneux, Capuron et Lebreton.

— Le reste de la séance est occupé par deux rapports, l'un de M. Capuron, l'autre de M. Lebreton; ce dernier a donné lieu à une discussion très-intéressante que nous reproduirons dans le numéro prochain.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Angers, 25 juillet 1835.

RÉPONSE DE M. MIRAULT D'ANGERS A M. MAYOR DE LAUSANNE.

Monsieur le rédacteur,

Je n'ai point trouvé étrange que M. Mayor ait critiqué mon travail sur la ligature de la langue: Je sais que, quand on se met en face du public, il faut accepter de bonne grâce le jugement qu'il lui plaît de porter sur nos œuvres; mais ce dont j'ai en le droit de me plaindre, c'est d'avoir été en quelque sorte mis au ban de la chirurgie française et étrangère pour m'y voir traiter de téméraire, de barbare, d'ignorant, de présomptueux. Ces formes inaccoutumées de la polémique en matière de science, n'avaient excité en moi que du dégoût, et j'eusse dédaigné de répondre, si, pressé par des hommes recommandables qui me manifestaient leur indignation, et par respect pour ceux qui avaient sanctionné par leurs éloges mon entreprise hardie, je n'avais dû céder à d'autres considérations.

On s'aperçoit facilement, dans la dernière lettre que vous a adressée M. Mayor (Gazette médicale, 18 juillet 1835), qu'il a senti lui-même l'inconvenance de son style, et qu'il cherche à en atténuer l'effet, surtout en ce qui concerne l'Académie de médecine. Mais ce chirurgien, si ardent à se jeter dans des routes nouvelles, aura de la peine à persuader à ses confrères que l'amour du progrès seul l'a poussé dans cette voie malencontreuse. C'était un grand crime à moi, il faut l'avouer, de n'avoir pas mentionné dans mon mémoire, parmi d'autres citations, l'opération pratiquée à l'hôpital de la Pitié, en 1826, sur M. Thiébault, avocat; mais M. Mayor se serait montré plus indulgent à mon égard, s'il avait remarqué que je n'avais à m'occuper que des exemples d'extirpation de la langue dans toute sa largeur, et non d'ablations partielles ou de la moitié de cet organe, comme cela a eu lieu dans l'observation précitée.

Je répète que le procédé de M. Mayor n'était point applicable à la jeune Cesbron. M. le professeur Velpeau, dont il invoque le suffrage, restreint son emploi aux cas où il s'agit de détruire une *moitié de la langue*, et dit qu'on doit préférer le procédé de Home quand il devient nécessaire d'enlever cet *organe tout entier*. Voilà ce que M. Velpeau écrivait en 1832, époque de la publication de ses Nouveaux élémens de médecine opératoire. Depuis, dans la discussion qui a eu lieu au sein de l'Académie, il a exprimé formellement l'opinion que mon procédé opératoire était le meilleur de tous pour l'ablation totale de la langue.

M. Mayor a pris le soin, dans sa lettre, de formuler les points litigieux touchant lesquels les médecins doivent prononcer entre nous, et de poser des questions dont il m'abandonnerait volontiers, dit-il, la solution. Je remercie mon honorable confrère de l'hommage qu'il rend à ma bonne foi autant qu'à l'excellence de sa cause; mais ces questions ont été épuisées, à mon avis, dans nos deux premières lettres, et ce serait abuser de la patience de vos lecteurs, dont l'opinion doit être formée, que de revenir sur ce sujet. J'en excepterai une seule ainsi conçue: «Si l'incision du frein (de la langue) était jugée convenable » pour faciliter le placement du lien, et s'il en résultait une hémorrhagie, celle-ci ne cesserait-elle pas sur-le-champ par le fait même de la » constriction?» Non, puisque la ligature placée dans l'incision elle même serait nécessairement au-dessous du bout cardiaque des vaisseaux qu'on aurait lésés. Si les autres questions ressemblaient à celle-là, ne serait-ce pas le cas de s'écrier que les hommes de génie ont parfois des distractions qui leur dérobent ce qui tombe sous le plus simple bon sens?

M. Mayor vous a dit, M. le rédacteur, que les praticiens qui nous jugeront « glisseront sur mes formes peut-être un peu rudes et sur ma susceptibilité; » c'est possible; cependant, dans cette affaire, sérieuse en apparence, il y avait quelque chose de fort plaisant et qui a dû faire sourire vos lecteurs, c'était de voir un docteur qui ne fait pas encore autorité dans la science médicale, se poser en face de l'Académie pour la régenter comme un pédant le pourrait faire vis-à-vis de ses écoliers; mais M. Mayor s'est empressé depuis de reconnaître ses torts, et l'Académie est trop au-dessus de pareilles boutades pour en conserver le souvenir.

Je n'ai plus qu'un mot à dire. M. Mayor *«soupçonne fort que l'attaque de M. Mirault va mettre son procédé encore mieux en réputation.»* Jusque ici, j'avais cru que c'était moi qui avais été attaqué par le chirurgien de Lausanne. Je retourne l'argument et je demande à mon critique: est-ce pour faire connaître votre procédé que vous m'avez cherché querelle?... Grand merci! mais, dans ce cas, c'est un singulier moyen, et vous auriez pu vous adresser mieux qu'à un chirurgien de province dont le nom est fort peu connu; votre affaire, n'en doutez pas, aurait fait beaucoup plus de bruit.

Néanmoins je ne refuserai point à l'avenir, si l'occasion se présente, d'entrer en discussion avec M. Mayor. Si je n'ai pas gain de cause avec lui, j'aurai au moins l'avantage (je me plais à le reconnaître), d'y puiser de l'instruction, et je saurai gré à mon confrère de Lausanne de me mettre à même de rectifier mes erreurs lorsque j'en commettrai, pourvu que ce soit avec politesse et urbanité.

G. Mirault, D.-M.

OBSERVATIONS SUR LA TAILLE BILATÉRALE ET LA LITHOTRITIE PAR PERCUSSION, par le professeur Riberi, de Turin.

Plusieurs expériences faites sur le cadavre et sur l'homme vivant m'ont démontré que la meilleure des méthodes, pour extraire les calculs de la vessie chez l'homme, était la taille bilatérale. Je reproche d'abord à la taille hypogastrique d'entraîner fréquemment après elle la lésion du péritoine et l'épanchement de l'urine dans le tissu cellulaire qui siége entre le pubis et la vessie; à la taille recto-vésicale de causer souvent des fistules dont les suites sont un phlegmasie chronique du rectum et de la vessie; et je pense qu'on doit renoncer à cette méthode, bien que l'on puisse par son moyen extraire des calculs volumineux. Quant au mode opératoire de la taille recto-vésicale antérieure, et à la modification de la taille moyenne conseillée par Vacca, je crois que la facilité et la promptitude de l'exécution dans ce cas est plus que contre-balancée par la fréquence des fistules urinaires consécutives, la section presque inévitable d'un conduit éjaculateur, et d'autres lésions du testicule.

La taille latéralisée, qui a pour inconvénient de ne pas permettre l'extraction des calculs volumineux et de prolonger beaucoup la durée de l'opération, me semble préférable aux méthodes ci-dessus énoncées; mais chez les adultes je n'ai jamais eu des résultats aussi heureux que par la taille bilatérale. La taille bilatérale me paraît avoir pour premier avantage une facilité et une promptitude d'exécution qui la rendent tout d'abord moins douloureuse et plus sûre; elle possède seule tous les avantages des autres procédés réunis.

Elle n'a pas les inconvéniens de la taille latéralisée et de la taille hypogastrique, qui sont, dans la première, la fréquence de l'hémorrhagie et la lésion du rectum; dans la seconde, la lésion du péritoine, et dans toutes les deux les infiltrations urineuses et purulentes. Elle n'est point suivie des dangers qui accompagnent la taille médiane et la taille recto-vésicale, c'est-à-dire, dans celle-là le danger de blesser le rectum durant l'opération; dans celle-ci la fréquence des fistules et des inflammations chroniques du rectum et de la vessie; dans toutes deux la lésion du

péritoine, d'un conduit éjaculateur et du véru-montanum. Elle ne présente aucune des suites dégoûtantes, ni le danger de la taille recto-vésicale postérieure; elle a l'avantage de la taille recto-vésicale antérieure, c'est-à-dire, la facilité et le promptitude de l'opération; et enfin comme la taille hypogastrique, elle peut servir à l'extraction d'un calcul volumineux.

Sans cesse occupé des meilleurs moyens d'obtenir la guérison de la pierre par les instrumens tranchans, je n'ai jamais perdu de vue les avantages qu'offrait en pareil cas la lithotritie. C'est moi qui l'un des premiers ai pratiqué la méthode de M. Civiale en Italie. Mes premières tentatives furent heureuses, mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'une telle méthode avait des inconvéniens, que ses limites étaient resserrées et qu'enfin elle ne devait être regardée que comme une méthode d'exception. En effet, le temps et de nouvelles expériences démontrèrent bientôt que si la méthode de M. Civiale n'avait pas quelque chose de défectueux, comme le prétendent quelques auteurs, elle laissait cependant après elle un vide que M. Heurteloup est venu remplir. J'ai aussi, le premier, introduit en Italie le procédé de M. Heurteloup, et je dois avouer que cette méthode plaît non-seulement en théorie, mais encore en pratique, sur l'homme sain comme sur le cadavre.

La simplicité du percuteur, la facilité de l'introduire dans la vessie, de prendre dans tous les cas la pierre, de la briser sans douleur et sans danger pour le malade, sans crainte de blesser la vessie elle-même, de rompre et de tordre l'instrument dont on se sert, enfin tous ses avantages opératoires doivent la rendre recommandable aux yeux du praticien. Elle est encore admirable parce que, par son procédé, l'on peut extraire des calculs très-volumineux et très-durs quelle qu'en soit la forme.

Déjà pour la troisième fois j'ai mis en usage ce procédé sur des calculeux adultes; mes premiers essais ont été couronnés d'heureux résultats. Je l'ai pratiqué sur un vieillard de 76 ans, doué d'une mauvaise constitution, qui avait souffert une demi-paralysie de la vessie par suite d'un coup d'apoplexie. Aucune de mes opérations ne s'est prolongée plus de sept à huit minutes, et nulle opération n'a été inutile, comme ont pu s'en convaincre le chevalier Jobert de Paris, le docteur Gallo, assistant des hôpitaux de Turin, le professeur Demichelis, les docteurs Bertinatti et Malverni, tous deux agrégés à la Faculté de médecine de Turin, qui en ont été témoins.

HYDROPHOBIE DÉCLARÉE TROIS MOIS ET ONZE JOURS APRÈS LA MORSURE, par M. MOPINOT, chirurgien à Fismes (Marne).

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser une observation relative à un cas d'hydrophobie après trois mois et onze jours de contagion.

Voici le fait.

OBS. — La nuit du 1er janvier dernier (1835), le nommé Victor Legras, valet de charrue à Romain, âgé de 19 ans, était couché dans une écurie, lorsqu'il se sentit assailli par un chat qui se cramponna après lui. Ne pouvant se débarrasser de cet animal furieux, Legras se lève, le saisit et le porte pour le noyer dans une auge pleine d'eau. Le chat se relève, se lance de nouveau sur Legras, s'attache à ses jambes, à ses cuisses, et l'aurait infailliblement lacéré, si le maître et les domestiques, éveillés par les cris de Legras, n'étaient venus à son secours. Ils parvinrent à assommer la bête furieuse. Les plaies de Legras furent lotionnées avec de l'eau et du sel.

Depuis cette époque jusqu'au 11 avril, Legras avait vaqué à ses travaux habituels; mais il était triste, mélancolique; il évitait ses camarades, aimait la solitude, l'obscurité, et mangeait beaucoup moins que de coutume.

Le samedi 11 avril, Legras reste dans son lit malgré les sollicitations de son maître; il y passe toute la journée sans manger ni boire; il avait de temps en temps des convulsions. Le dimanche il se lève pour aller chez son père, à un quart de lieue de là, se couche en arrivant, ne veut voir personne. On l'entend crier, se débattre le jour et la nuit. Il retourne chez son maître sans avoir rien pris chez son père; il se couche en arrivant, ne se lève que le mardi pour retourner chez son père, où son maître l'avait renvoyé.

Le mercredi 15, au matin, je fus appelé pour le voir. En entrant dans sa chambre, il me cria d'une voix rauque et forte: « Retirez-vous, retirez-vous! » Il était dans un état d'agitation effrayant; ses yeux hagards, étincelans, paraissaient vouloir sortir de leur orbite; il se frappait la tête contre son lit, et portait à chaque instant la main à sa gorge. Lorsque l'accès fut passé, je lui parlai avec douceur; je lui fis des questions sur les causes presumées de sa maladie. (Son maître et ses parens, *après trois mois et onze jours*, étaient bien loin de penser à la rage.) Mais, comme je me doutais que j'avais affaire à un hydrophobe, je lui demandai s'il n'avait pas été mordu par un chien: sa réponse fut négative. Poursuivant mes questions, je lui demandai s'il n'avait pas été mordu par un *chat*. Au mot de *chat*, Legras tomba dans un accès des plus violens, et qui m'effraya. Le calme revint, et le malade me raconta lui-même ce qui lui était arrivé le 1er janvier. Sa narration fut deux ou trois fois interrompue par des accès de convulsions. Lorsque je lui parlais de boire, il refusait et éprouvait une vive agitation; lorsque je lui en présentais, c'était pis encore; il chassait par ses cris et ses gestes toutes les personnes qui se présentaient pour le voir, et même ses parens.

Après lui avoir tiré, non sans peine, 18 onces environ de sang, je voulus essayer de lui mettre un miroir sous les yeux, afin qu'il examinât lui-même s'il était fort changé. Je lui eus à peine présenté ce miroir, qu'il le rejeta avec violence, en criant: *Je le vois, le maudit chat, je le vois!* Je voulus de nouveau employer le miroir; il me fut impossible d'obtenir cela du malade.

Legras passa toute la journée dans des accès plus ou moins rapprochés, et ne voulant rien prendre.

Il succomba dans la nuit suivante.

J'ai cru devoir, monsieur, vous communiquer cette observation détaillée, surtout à cause de l'espace de temps qui a duré depuis la contagion jusqu'au moment où la maladie s'est annoncée, et la sécurité dans laquelle étaient les parens et le maître du jeune homme, qui ne se doutaient pas que sa maladie fût la rage. Tous les chats du hameau ont été détruits depuis; le chat qui avait mordu Legras s'était battu avec d'autres chats avant le 1er janvier.

J'ai l'honneur d'être, etc.,

MOPINOT, *chirurgien*.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, avec un atlas in-4° contenant 400 figures gravées et coloriées; par P. RAYER. 2e édition entièrement refondue. 3 vol. in-8°. — Paris, 1835. Chez J.-B. Baillière.

L'étude des maladies de la peau mérite une attention particulière à cause de leur multiplicité, des incommodités qu'elles causent, et du danger qui accompagne quelques unes. Elle prend certainement faveur de nos jours; cependant elle est encore trop négligée et trop peu connue de la masse du public médical.

Les anciens médecins, nos prédécesseurs, étaient parfaitement au courant de ce qu'on savait de leur temps sur les maladies de la peau. On n'a qu'à remonter aux livres de Lorry, de Forrest, de Schenck, et plus loin encore aux écrits des médecins grecs, et l'on verra que cette classe d'affections était dans le domaine commun, et ne formait pas une spécialité ouverte seulement à quelques-uns. Pourquoi donc tous les praticiens de nos jours sont-ils dans une ignorance plus ou moins complète sur ce sujet, ne connaissant pas les récens travaux qu'ils n'ont pas étudiés, et étrangers même aux descriptions des anciens, qu'on ne lit plus guère? Chose singulière! c'est au moment où plus de facilité est donnée à cette étude, qu'elle a cessé d'être générale. On possède une classification qui favorise singulièrement le diagnostic, des observations très-variées et très-exactes, enfin des expérimentations thérapeutiques très-nombreuses; et c'est dans ces circonstances que l'étude des maladies de la peau s'est en quelque façon séparée du tronc commun de la médecine, et n'est plus, comme l'étude des maladies du poumon ou de l'abdomen, l'apanage uniforme de tous. Était-ce là le résultat qu'on aurait pu prévoir? De plus grandes commodités pour apprendre ne devaient-elles pas amener une plus grande diffusion des connaissances? Faut-il admettre que l'ancienne confusion trouvait plus facilement place dans les esprits que les modernes distinctions, ou plutôt n'est-ce pas que, dès qu'il s'est agi d'une nomenclature nouvelle, on s'est effrayé comme s'il s'agissait de choses également nouvelles? Les maladies que Willan et son élève Bateman ont décrites et classées, sont les mêmes que les maladies vues par leurs devanciers; et même, en raison de leur profonde érudition égale à leur science clinique, ces deux pathologistes se sont attachés à retrouver la signification véritable des anciens noms, et à les conserver dans leur nomenclature. Ce qu'il y a de très-nouveau dans leur œuvre, c'est l'ordre qu'ils ont introduit, c'est la précision du langage et du diagnostic, c'est l'exactitude des descriptions. Tranchons le mot, une naturelle paresse d'esprit qui empêche de réapprendre même ce qu'on a mal appris, est la cause de cette lacune que présente l'éducation médicale de plusieurs. Mais plus les sources d'instruction et les bons livres se multiplient, moins les praticiens et les étudians seraient excusables de ne pas faire entrer les maladies de la peau dans le cercle de leurs études essentielles.

La classification de Willan, que M. Rayer a suivie, à quelques modifications près, est souvent mal comprise et mal appréciée. Il faut en montrer l'utilité réelle sans lui attribuer des vertus qu'elle n'a pas, ni

lui demander plus qu'elle ne peut donner. La meilleure des classifications serait la classification naturelle, c'est-à-dire celle qui, tenant compte de tous les élémens, réunirait les maladies par leurs points communs, et formerait des groupes semblables aux familles naturelles de la botanique. Ainsi, pour ne pas sortir de notre sujet, on voit que les maladies squammeuses (lèpre, psorias, pityriasis) forment une famille naturelle. Ces affinités sont respectées par l'arrangement de Willan, et les squammes sont un de ses genres. On voit encore que les fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine, suette miliaire), composent un groupe naturel; car ces maladies ont les plus grandes ressemblances par leur mode de transmission, par la fièvre antécédante, enfin par une foule de caractères. Cette famille naturelle des fièvres exanthématiques est brisée par Willan; car la rougeole et la scarlatine sont placées parmi les exanthèmes; la variole parmi les pustules, et la suette miliaire parmi les vésicules. Sa classification est donc artificielle. Et on conçoit que l'on peut prendre plusieurs bases diverses pour une classification artificielle. Ainsi, en rangeant les maladies de la peau, il serait possible de se régler sur l'étiologie; on formerait, par exemple, un groupe de toutes celles qui sont contagieuses, un autre de celles qui sont produites par les agens extérieurs, un autre de celles qui sont le produit ou du rhumatisme, ou de la scrophule, ou des affections secondaires de la syphilis. Mais un pareil arrangement serait vicieux, entre autres raisons, parce que le groupe des maladies à cause inconnue serait trop considérable. Dans un autre système, on pourrait se guider de préférence d'après les considérations thérapeutiques, et diviser les maladies de la peau suivant qu'elles cèdent aux antiphlogistiques, aux mercuriaux, aux sulfureux; mais, comme plus haut, le nombre des affections *incertæ sedis* l'emporterait trop sur toutes les autres.

Willan, avec raison, a préféré prendre pour base le caractère anatomique de la lésion, lorsque cette lésion est parvenue *à son état*. Cette condition est essentielle, car chaque forme de maladie, par le progrès naturel de son développement, se dénature et cesse d'être facilement reconnaissable. Ainsi la pustule de la variole, lorsqu'elle est devenue croûteuse, n'a plus les mêmes apparences que dans son état. Cette condition fait une des plus grandes difficultés de l'application de la classification; elle exige que l'on se familiarise avec les *débris* des diverses affections, pour qu'on puisse remonter à la forme primitive. Au reste, il est une foule de moyens accessoires qui servent à la retrouver, et dont on s'instruira à fond en étudiant les livres et en voyant les malades.

La classification de Willan étant ainsi bien connue, il est clair qu'elle mène directement au diagnostic, mais elle ne mène que là. Ne lui demandez ni indications sur la cause du mal, ni renseignemens sur sa nature, ni suggestions de thérapeutique: elle est muette sur tout cela. Mais voyez d'une autre part quel avantage elle procure: elle donne sur-le-champ un sens précis au mot dont vous vous servez, elle fait que tous les médecins comprennent une chose identique sous un nom identique; elle rend les descriptions intelligibles et reconnaissables, en les rendant précises. Qui comprend le mot *dartre?* Qui comprend le mot *teigne?* personne maintenant. Mais *lichen, eczema, favus*, ont des valeurs positives sur lesquelles les physiologistes ne peuvent plus se méprendre. La méthode de Willan a donc rendu un grand service en facilitant le diagnostic pour l'observateur lui-même, et en permettant de le transcrire, dans les livres, pour l'usage et l'instruction d'autres observateurs. Mais il est clair que, si le diagnostic est d'une haute importance, il n'est pas tout dans les maladies, et qu'il faut y ajouter les autres notions qui complètent une histoire pathologique.

C'est une obligation à laquelle un praticien comme M. Rayer ne pouvait manquer. Le plan qu'il a suivi dans son ouvrage pour l'exposition de chaque maladie est naturel et simple. Il examine d'abord la cause, puis il décrit l'affection, en donne l'anatomie pathologique, pose les bases du diagnostic différentiel, puis relate, sur le traitement, et le résultat de l'expérience des autres, et le résultat de sa propre expérience; vient ensuite un historique où l'auteur énumère succinctement les anciennes descriptions, observations et synonymies; puis il ajoute des faits particuliers. Cette collection de faits particuliers donne un nouveau degré d'utilité au livre de M. Rayer. Une description, quelque générale qu'elle soit, et par cela même qu'elle est générale, omet toujours une foule de détails, et surtout perd, dans la réunion de traits épars, la physionomie spéciale des divers états pathologiques. C'est à retracer cette physionomie et à initier ainsi plus profondement le lecteur dans toutes les diversités d'une même maladie, que servent surtout les observations particulières, qui ont rendu tant de services à la précision du diagnostic. Mais, dans le plan de M. Rayer, un usueil était à craindre: c'était de grossir inutilement l'ouvrage avec des faits trop communs, et par conséquent peu instructifs. Il fallait garder une juste mesure; aussi s'est-il attaché à n'admettre que des observations relatives, soit à des maladies peu connues, soit à des cas difficiles, soit à des variétés rares ou remarquables par quelque particularité. De cette façon se trouvent remplies toutes les lacunes que laissent nécessairement les descriptions générales, et le livre, comme un instructeur fidèle, après avoir montré l'ensemble, montre ensuite les détails de chaque chose.

On produit des pustules avec la pommade stibiée; on produit des bulles avec un vésicatoire; on produit des exanthèmes avec une foule de substances. Toutes ces inflammations ont pour caractère remarquable de céder facilement aux moindres soins, bien différentes en cela des inflammations spontanées, qui sont infiniment moins traitables. Cette considération conduit naturellement à rechercher, autant que faire se peut, la liaison que certaines maladies de la peau ont, ou avec la constitution, ou avec les développemens de l'âge, ou avec des affections plus profondes et plus générales. Des pustules provoquées par la pommade d'Autenrieth guériront d'elles-mêmes; mais essayez de faire passer un sycosis, et vous verrez la différence. Les relations que les maladies spontanées ont avec les conditions totales de l'individu sont peut-être plus remarquables ici que partout ailleurs. Un petit lichen va paraître au moment où une femme éprouve de la dysménorrhée, et il persistera de la manière la plus opiniâtre jusqu'au retour d'une menstruation régulière. Une douleur d'estomac va cesser au moment où un eczéma se montre sur un point du corps, et si vous parvenez à repousser l'eczéma, la douleur d'estomac ne tarde pas à renaître. Dans les maladies de la peau, tout cela est palpable, visible et laisse dans l'esprit de l'observateur de sérieux enseignemens et d'utiles souvenirs.

Un traité complet et qui comprend, dans toutes ses ramifications, la dermatologie entière, est nécessairement un ouvrage considérable; entre un tel traité et un livre élementaire, il existe la même différence qu'entre des grammaires que l'on met entre les mains des jeunes gens, et ces *Méthodes* complètes qui embrassent toute une langue, et qui sont faites pour instruire même les hommes instruits. Il me serait donc impossible de suivre pas à pas l'ouvrage de M. Rayer et d'en examiner chacune des parties; cependant je ne puis, entre autres choses, m'empêcher d'appeler l'attention sur les articles variole et syphilis. La variole, à cause de toutes ses modifications, est une maladie qui embarrasse souvent les médecins, et sur laquelle beaucoup d'idées fausses sont répandues. M. Rayer a pris un soin tout particulier d'éclaircir cette question. Il a fait voir ce qu'il fallait entendre par la vraie variole, et par les fausses varioles ou *varicelles* (c'est le nom qu'il leur donne). Il montre comment la variole et toutes ses modifications tiennent à une seule et même cause, et comment ces modifications vont se rapprochant du type de la variole, depuis la varicelle vésiculeuse, qui en est la plus éloignée, jusqu'à la varicelle *pustuleuse ombiliquée* (varioloïde de quelques auteurs), qui en a tous les caractères anatomiques, et qui n'en diffère que par la marche, les pustules se sèchant dès le dixième jour, et les croûtes tombant vers le treizième ou quatorzième. Ces distinctions tiennent de très-près à toutes les questions de la vaccine, et ont, à cause de cela même, une très-haute importance; et il résulte des faits recueillis jusqu'à présent qu'après la vaccine on n'est pas absolument à l'abri de la variole vraie, mais que la chose est très-rare, probablement aussi rare qu'après l'ancienne inoculation; qu'une moitié peut-être des vaccinés est à l'abri de toute infection variolique, l'autre moitié restant exposée aux fausses varioles; que parmi ces fausses varioles, la plus dangereuse (c'est la varicelle pustuleuse ombiliquée) est encore excessivement bénigne; que la susceptibilité de recevoir la contagion variolique sous une forme quelconque correspond à la susceptibilité de recevoir une seconde fois le virus-vaccin; que par conséquent les revaccinations doivent être conseillées comme propres à diminuer grandement le nombre des varioles vraies ou fausses qui surviennent après la vaccine.

Quant à la syphilis, M. Rayer a eu le soin d'étudier les auteurs du 16e siècle qui ont décrit la maladie vénérienne au moment où elle éclata en Europe. D'abord il y a trouvé à peu près toutes les distinctions établies entre les diverses formes de cette affection par les modernes. De plus il a remarqué que les accidens que certains auteurs ont attribués à l'usage du mercure, maux de gorge, ulcérations, exostoses, s'étaient montrés avant que ce métal ne fût entré dans le traitement de la syphilis; ce qui ne veut pas dire que le mercure soit une substance innocente, car il produit la salivation, l'hydrargyrie et des maux très-divers; mais ce qui veut dire qu'à tort on avait déchargé la syphilis de certains désordres qu'elle a bien réellement le pouvoir de produire.

M. I. Geoffroy St-Hilaire, citant Hippocrate, a rapporté dans son livre

sur les monstruosités, et M. Rayer a répété (t. III, p. 574) qu'une femme dont le mari appartenait, comme elle, à la race blanche, accoucha d'un enfant noir, parce que le portrait d'un Ethiopien s'était trouvé placé sous ses yeux au moment de la conception. M. Rayer ajoute en note qu'il n'a pu retrouver cette observation dans les œuvres d'Hippocrate, à qui elle est attribuée. En effet, cette observation n'y existe pas; la citation est fausse. Je ne sais pas à qui M. I. Geoffroy Saint-Hilaire l'a empruntée; mais à travers un nombre plus ou moins grand d'intermédiaires, elle vient évidemment de Saint Jérome. Cet auteur (*Quæst. Hebr.*, p. 222, éd. Froben), dit: «On trouve écrit dans les livres d'Hippocrate qu'une femme, soupçonnée d'adultère, allait être punie, parce qu'elle avait mis au monde un enfant très-beau, et n'ayant aucune ressemblance avec l'un ou l'autre de ses parens, ni avec sa race; mais le médecin décida la question, en conseillant de rechercher s'il n'y avait pas dans la chambre un tableau représentant un enfant. Le tableau y était en effet, et la femme ne fut plus en butte à aucun soupçon.» On voit que c'est dans Saint-Jérome qu'on a rencontré cette observation attribuée à Hippocrate touchant les effets de la vue sur le produit de la conception; mais en la lui empruntant, on transforma, par je ne sais quelle méprise, l'enfant en un négrillon. Or, Saint-Jérome lui-même s'était trompé; citant sans doute de mémoire, il a écrit Hippocrate pour Galien. En effet, on trouve dans ce dernier auteur (*De la Thériaque à Pison*, t. 2, pag. 463, édit. de Bale, 1538), une histoire très-semblable; seulement c'est un homme riche qui, étant très-laid et voulant avoir un bel enfant, fait placer dans la chambre à coucher de sa femme un fort beau portrait d'enfant. Au reste, Galien ne rapporte cela que comme un vieux récit qui circule. Cet enchaînement de fausses citations m'a paru singulier. J'ai voulu y couper court, s'il était possible.

Certaines affections sont susceptible de passer des animaux à l'homme. L'homme et les animaux ont entre eux tant de rapports d'organisation qu'ils devaient avoir aussi des rapports de pathologie; et dans cette communauté d'existences qui viennent, pour ainsi dire, faire efflorescence à la surface du globe terrestre, les maladies ne pouvaient manquer de point de contact et de voies de transmission. La rage et le charbon vont des animaux à l'homme; la vaccine vient d'eux, et enfin de récentes observations ont appris que la morve du cheval était également transmissible à l'espèce humaine; mais ici ce n'est pas une communication bienfaisante. Rien de plus terrible que la morve communiquée; un écoulement par la narine, la formation d'escarres gangréneuses, et une mort inévitable, voilà les résultats des observations que l'on possède à ce sujet. M. le docteur Elliotson a surtout appelé l'attention des médecins sur cette grave maladie; il en a vu quelques cas; d'autres ont été observés ailleurs, soit en Angleterre, soit en Allemagne. Enfin M. Vogeli de Lyon a cité, parmi les faits qu'il a rapportés dans le *Journal de médecine vétérinaire*, janvier, 1825, un fait tout-à-fait semblable à ceux de M. Elliotson. De telles révélations sur un danger qui n'était pas connu jusqu'à présent, ne doivent pas rester ignorées des médecins appelés à donner les vrais conseils de l'hygiène publique et privée.

M. Rayer a très-bien fait d'ajouter, dans un appendice, la série des maladies de la peau, qui ont cessé d'exister ou qui existent dans d'autres pays que le nôtre. Il faut bien se persuader que toute la pathologie n'est renfermée ni dans notre climat, ni dans notre temps; et l'on ne peut espérer d'arriver à des conclusions de plus en plus générales qu'en faisant entrer dans nos recherches le plus grand nombre de données qu'il est possible. D'ailleurs cette étude d'affections qu'on n'a pas vues, ce diagnostic pour ainsi dire rétrospectif ou fait à distance, présentent de grandes difficultés et demandent de la sagacité et de la critique appuyées sur une grande connaissance des faits pathologiques. Dans cet appendice que tout médecin curieux parcourra avec intérêt, j'ai remarqué le rapprochement ingénieux entre la pellagre, maladie endémique dans la Haute-Italie, et cette maladie singulière, qui, sous le nom d'*acrodynie*, s'est manifestée soudainement à Paris en 1828, et a disparu non moins soudainement. M. Rayer me saura peut être gré d'augmenter son appendice d'une maladie particulière à une contrée de l'Asie, et dont je viens de trouver la description dans un ouvrage récent. M. le docteur Eichwald (*Reise auf dem Caspischen Meere und in den Caucasus*. Stuttgart, 1834), a observé à Bakou, ville située sur les bords occidentaux de la mer Caspienne la maladie suivante: «Il règne à Bakou, dit-il, p. 162, une maladie de peau qui est fort incommode, mais qui n'est jamais mortelle. Les personnes nouvellement arrivées en sont attaquées. Les malades se couvrent, sur tout le corps, mais particulièrement aux mains et au visage, d'une éruption inflante et douloureuse. Il paraît d'abord de petites taches rouges, avec des vésicules qui se dessèchent ensuite; tandis que de nouvelles surviennent sur d'autres parties. Si on les gratte, elles deviennent plus grosses et prennent presque l'apparence de pustules varioliques. Quand on les néglige, il se forme à leur place des ulcères qui sont quelquefois fort difficiles à guérir.» Si M. Rayer veut bien se reporter à son appendice, il trouvera sans doute que cette maladie de Bakou a de grandes ressemblances avec la maladie qu'il a décrite sous le nom de *gale des Illinois*, et qui paraît endémique dans une contrée de l'Amérique du nord.

«Pour diriger sûrement, dit M. Rayer, le traitement d'une maladie de la peau, il faut se rappeler sa marche naturelle, calculer son degré d'influence salutaire ou nuisible sur la constitution; ses rapports avec elle ou avec les maladies antérieures; son affinité avec d'autres affections dont le développement ultérieur est plus ou moins probable; il faut mesurer d'avance l'étendue d'action d'un changement dans le régime et les habitudes, non-seulement sur la maladie, mais encore sur la constitution; il faut prévoir les effets du progrès de l'âge et de certaines révolutions organiques; enfin, parmi les agens thérapeutiques, il faut choisir celui qui semble à la fois le mieux approprié à la constitution individuelle, au degré, à l'étendue et à l'ancienneté de la maladie. Comme on le voit, cette direction est un problème plus complexe qu'il ne le paraît à un premier aperçu; la vraie thérapeutique est dans l'histoire des espèces, et mieux encore dans l'observation et l'étude comparative d'un grand nombre de faits particuliers.»

Toutes ces remarques, que M. Rayer accumule ainsi à la suite les unes des autres, mériteraient chacune un examen et une explication détaillée; elles doivent être méditées par les praticiens, car elles contiennent des indications qu'il ne faut pas laisser passer quand elles se présentent, et dont la perception rapide et sûre caractérise le médecin habile et familiarisé avec les difficultés de son art. Plus on pratique, plus on voit les descriptions générales et les préceptes généraux se décomposer, et plus on sent la nécessité d'apporter une grande attention à des nuances souvent difficiles à saisir. Parmi les maladies de la peau, plusieurs ont naturellement une durée presque illimitée et sont très-incommodes; en même temps, comme les organes intérieurs sont souvent dans un état d'intégrité parfaite, elles permettent et elles autorisent l'emploi de remèdes actifs et multipliés. Aussi la thérapeutique des affections de la peau demande-t-elle que le praticien soit exercé à l'emploi de ces médicamens. Cette étude doit être faite avec un grand soin. M. Rayer, en publiant une seconde édition de son ouvrage, a donné, avec toute raison, la plus grande importance à cette partie de sa tâche. Il faut que les praticiens trouvent un guide qui les éclaire dans les cas difficiles, et non un auteur, qui, perdu dans des généralités perpétuelles ou absorbé par une idée systématique, n'offre à ceux qui le consultent que des ressources ou trop bornées ou mal précisées. Dans le champ de la thérapeutique, il faut nécessairement être éclectique. Quand on a reconnu les médications que l'on appelle rationnelles, et qui sont en rapport avec la nature de l'affection, il reste encore un nombre immense d'effets qui ne tiennent plus à aucune théorie, mais auxquels des expérimentations multipliées donnent une valeur réelle. Pour se diriger à travers cette multitude de faits et d'observations, il faut joindre à une grande lecture qui fasse connaître tous les essais, une expérience personnelle qui permette d'en parler en connaissance de cause.

L'atlas que M. Rayer a joint à son livre, mérite une attention particulière, attendu qu'il forme une partie importante de l'ouvrage, et qu'il le complète d'une manière excellente. Les planches, dans une foule de branches de l'histoire naturelle, sont plus qu'un objet de luxe, elles sont une chose indispensable. Seules, elles donnent une idée des objets qu'on ne peut voir, ou font reconnaître ceux qu'aucun maître n'est là pour vous montrer. Elles enseignent ce qui, sans elles, ne s'apprendrait pas dans les livres; elles enseignent à connaître l'apparence diverse des choses. Les sons particuliers avec lesquels il est nécessaire de se familiariser en médecine, et qui se produisent, soit dans la poitrine, soit dans le cœur, me fournissent une comparaison qui explique ma pensée sur un des avantages propres aux planches. On ne s'instruit de l'auscultation qu'en écoutant beaucoup de malades avec un maître qui vous fasse saisir et apprécier les significations et les nuances des bruits pectoraux ou cardiaques. On comprend que, si l'on avait un instrument de musique qui répétât à volonté ces différens sons, on pourrait, chez soi, en prendre une connaissance suffisante pour pouvoir aller les étudier seul auprès des malades. Les planches sont exactement cet instrument, quand elles représentent les objets avec exactitude. Or, ce mérite d'une parfaite exactitude, les dessins de l'atlas de M. Rayer le possèdent à un haut degré.

Ordinairement les dessins d'anatomie pathologique, quand ils sont dessinés par des artistes de profession, pèchent, malgré leur élégance, contre la correction anatomique. Pour rendre exactement, il faut voir

exactement. Or, il n'y a que l'œil d'un anatomiste exercé qui saisisse précisément les nuances réellement importantes, et qui les mette en relief aux dépens même du reste de la figure. M. le docteur Carswell, professeur à l'université de Londres, et que plusieurs médecins ont pu voir à Paris recueillant les matériaux d'un grand ouvrage d'anatomie pathologique aujourd'hui en voie de publication, a excellé, étant à la fois artiste et anatomiste, dans la représentation des tissus malades, par cette qualité de la correction. Or elle est peut-être encore plus obligatoire dans un atlas des maladies de la peau, où les différences sont difficiles à marquer. M. Young, qui a dessiné l'atlas de M. Rayer, possédait, comme Carswell, pour atteindre le but, la condition de très-bien connaître les altérations cutanées qu'il voulait peindre. Ce qui frappe au premier coup d'œil dans cet atlas, c'est l'art avec lequel est mis en saillie le caractère pathognomonique de la lésion, de sorte que l'un peut porter sur la planche un diagnostic comme sur un sujet vivant.

M. Young n'a pas peint les vésicules de l'eczéma comme celles de l'herpès, les papules du prurigo comme celles du lichen; et s'il représente les maladies à différentes périodes, il laisse subsister ces traits délicats et ces petites choses qui caractérisent l'ancien état. Il a donné aux éruptions syphilitiques cette teinte spéciale qui est remarquable pour plusieurs d'entre elles. L'atlas, qui embrasse toute la dermatologie, est disposé de façon que, pour chaque affection particulière, il présente un assez grand nombre de variétés ou rares ou difficiles à connaître. Ainsi on peut, en le parcourant et en l'étudiant avec soin, prendre une connaissance fort avancée de toutes les maladies de la peau. Je ne connais rien qui, dans les limites de format et de prix que s'est imposées l'éditeur, atteigne aussi bien le but proposé.

E. Littré.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA.

— Le choléra continue ses ravages dans le midi de la France. Il semble diminuer à Toulon; mais à Marseille il a repris avec une intensité qui dépasse de beaucoup celle de sa première invasion.

Le 23 juillet, on comptait 134 décès sur lesquels 123 cholériques; le 24, 105 décès, dont 89 cholériques. A Toulon au contraire, le dernier bulletin ne porte que 17 cas nouveaux et 12 morts.

Il continue à Aix et a envahi Draguignan, le Luc, Antibes, Lorgues, Nice, Villefranche; le bruit a couru qu'une dépêche télégraphique avait annoncé l'invasion du choléra à Beaucaire; cependant une lettre du 25, que nous avons sous les yeux, annonce que l'état sanitaire est toujours satisfaisant, malheureusement les affaires y ont beaucoup souffert : l'épidémie voisine et les bruits alarmans auxquels elle a donné lieu, ont éloigné les acheteurs et porté un coup funeste au commerce.

L'état sanitaire de Nîmes, Montpellier, Avignon est satisfaisant.

La maladie semble ne pouvoir pas s'éloigner des bords de la mer. On observe même qu'elle a beaucoup perdu de son intensité en s'avançant dans les terres, dans un rayon distant de dix lieues au plus de la côte de Toulon, qui est le principal foyer d'infection. Il n'y a eu jusqu'ici sur la route d'Aix à Avignon d'autres décès cholériques que ceux de quelques émigrans.

— D'après une demande de l'administration de Marseille, M. le préfet du département du Rhône a fait un appel aux médecins et aux élèves en médecine de Lyon, pour aller donner des soins aux Marseillais. En conséquence, six médecins vont bientôt partir, ainsi que 12 élèves de l'école secondaire. On annonce que MM. les docteurs Montfalcon et Levrat fils se sont mis en route sans vouloir mettre aucun retard à remplir leur mission.

Voir la séance de l'Académie de Médecine.

— Nous appelons toute l'attention des élèves en médecine et des jeunes docteurs sur le plan d'études suivant, qui nous paraît combiné de manière à produire les meilleurs résultats pour la solidité des études médicales.

Études médicales méthodiques par réunion volontaire des élèves, fondées d'après le plan de M. Sanson (Alphonse), professeur agrégé, et surveillées par ce professeur.

Etudes préparatoires au premier et à une partie du quatrième examen.

savoir:

Usage des instrumens de physique, 15 séances, 5 fr.;
Manipulations chimiques, 45 séances, 20 fr;
Etudes, 1° des échantillons géologiques et minéralogiques; 2° des espèces botaniques; 3° des espèces animales dont la connaissance est utile au médecin, 60 séances, 20 fr.

Matière médicale, pharmacologie, 45 séances, 20 fr.

Deux heures de séance par jour, par série de 20 élèves.

Etudes préparatoires au deuxième examen et à une partie du quatrième.

Dissections de l'anatomie descriptive, aux pavillons, avec l'autorisation de M. le doyen, sous la direction d'un préparateur, par série de 20 élèves à la fois, pendant quatre heures tous les jours. Chaque élève disséquant un vingtième de l'anatomie, et assistant à la lecture de la préparation des autres, sans interruption pendant sept semaines, 10 fr.

Interrogation des élèves par M. Sanson (Alphonse) sur les objets de leurs dissections.

Cette combinaison est la seule qui permette à tous les élèves de disséquer, vu la pénurie des cadavres.

Cours systématisé d'anatomie, composé : 1° de l'anatomie descriptive humaine; 2° des principaux faits de l'anatomie comparée; 3° de l'ovologie; 4° de l'embryogénie; 5° de l'anatomie générale (comme l'entend Bichat); 6° de l'anatomie microscopique (analyse des liquides et des solides, exercices pratiques du microscope); 7° de l'anatomie pathologique, savoir : tératologie et lésion des tissus et des liquides; 8° physiologie expérimentale, par série de 20 élèves, 10 fr; (toute cette étude est faite dans le but d'expliquer les phénomènes de la vie.) 9° anatomie chirurgicale, ou deuxième partie du cours; 10° anatomie médicale ou troisième partie du cours; 11° histoire de l'anatomie, quatrième partie.

M. Sanson (Alphonse), qui fait la continuité du cours, a obtenu de MM. Leuret, Pigné, Dumoutier, Cagnard-Latour, Savard, Leblond, Coste, Serres, Raspail, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Teissier, Piorry, Pinel-Grandchamp, Gaillot, Louis, Dupuis, Bell, Lisfranc, Simon aîné, Leroy-d'Etiolles, Malgaigne, Amussat, Thompson, Thierry, Dézeimeris, Martin-Solon, etc., la promesse de coopérer à cet enseignement, chacun sur l'objet spécial de leurs découvertes, ouvrages et recherches. (Cours gratuit.) 250 séances.

Préparation au troisième examen, à une partie du quatrième, au cinquième et à la thèse.

Conférences des élèves par série de 20, sur les objets de ces examens.

Exercice des élèves sur le diagnostic des maladies, au lit des malades (auscultation, percussion, etc.).

Rédaction des observations et autopsies, par séries de 5, sous la direction d'un médecin ou d'un interne.

Echange entre tous des observations, pour la rédaction de la thèse de chacun, 6 fr. par mois.

Cours gratuit de pathologie générale, interne et externe, systématisé sur le cours d'anatomie et de physiologie.

Cours de médecine opératoire (bandages), par série de 20 élèves, 20 fr.

Pansement des malades dans les hôpitaux, petites opérations, saignées, extirpation des dents, 6 fr. par mois.

Les élèves choisissent l'un d'entre eux, par série, pour recevoir les fonds et les déposer chez un caissier de leur choix.

M. le docteur Sanson (Alphonse) est entièrement étranger aux intérêts pécuniaires : tout est gratuit de sa part et de celle des autres professeurs.

Cent dix-huit élèves ont fait partie de cette association au commencement de l'année.

Pour se faire inscrire, s'adresser à la librairie anatomique, chez M. Ballet, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13.

M. Sanson (Alphonse) commencera le 30 juillet la reprise du cours; il fera une revue d'exposition de tous les cours d'anatomie à 11 heures.

M. Isidore Geoffroy St-Hilaire fera, vendredi 31 juillet à la même heure, sa première leçon de tératologie ou science des monstruosités, suivie de considérations d'anatomie philosophique. Ecole pratique, amphithéâtre n° 3.

— M. Ricord vient de terminer le *Cours théorique et clinique des maladies syphilitiques*, qu'il a fait cet été à l'école pratique, en présence d'un nombreux auditoire. C'est une lacune de l'enseignement médical officiel, que devait remplir l'enseignement libre. Ce cours recommencera au mois de novembre prochain.

— Nous recevons communication d'une lettre adressée par M. Ricord à la Société royale académique de Nantes, sur les questions relatives à la syphilis. Nous reproduirons cette lettre dans notre prochain numéro.

— *Cours permanent de lithotripsie théorique et pratique en 20 leçons*, par M. Rogortta. Le quatrième cours commencera lundi prochain, 3 août, à huit heures du soir, et sera continué tous les jours à la même heure; rue Saint-Honoré, n° 315, près de Saint-Roch.

— La commission du conseil municipal chargée des hospices, a arrêté que la cantine de Bicêtre serait supprimée. On sait que depuis plusieurs années les chefs de service de cet hospice réclamaient en vain depuis long temps cette mesure.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 32. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 8 AOUT 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA CAUSE ET LE MÉCANISME DE L'ABAISSEMENT DE LA HANCHE DANS LA COXALGIE ET AUTRES AFFECTIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS; par M. Boinet, de Saumur, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Au commencement de cette année, M. Sanson, dans le cours de ses leçons cliniques sur la luxation spontanée, a plusieurs fois appelé notre attention sur un phénomène qu'on rencontre assez fréquemment dans cette maladie, et qui n'a été signalé, au moins que je sache, par aucun des chirurgiens français qui ont écrit sur la maladie de l'articulation coxo-fémorale; c'est la disposition vicieuse du bassin, qui est altérée de telle manière que l'un des deux os de la hanche, tantôt celui du côté où siége la maladie, et c'est le cas le plus commun, tantôt celui du côté opposé à la maladie, est abaissé et placé au-dessous du niveau de l'autre, ce qui donne au membre qui lui correspond une apparence de longueur qu'il n'a pas. Cette différence de niveau entre les deux épines iliaques est quelquefois si grande, qu'elle peut aller jusqu'à deux pouces, ainsi que le constate un fait que nous allons rapporter. C'est dans la coxalgie surtout qu'on rencontre le plus souvent cette déformation du bassin, et déjà quelques chirurgiens étrangers l'avaient observée dans ce cas; mais on peut la rencontrer encore dans beaucoup d'autres circonstances où l'articulation ilio-fémorale n'est pas malade. C'est ainsi qu'on peut l'observer dans certains cas où, par une cause quelconque, les malades ont boité pendant long-temps. A l'appui de cette proposition, je rapporterai des observations qui prouveront que cette apparence de l'allongement du membre n'est pas un symptôme qui appartienne exclusivement à la maladie de l'articulation coxo-fémorale. On croirait peut-être, et on y serait autorisé d'après le silence des pathologistes, que ce symptôme se rencontre bien rarement, puisqu'il n'a pas été indiqué; c'est faute d'une observation attentive, sans doute; car depuis que j'ai fixé mon attention sur ce point, je l'ai rencontré dans tous les cas que j'ai vus à l'Hôtel-Dieu dans les différens services de chirurgie, et ces cas sont assez nombreux; d'ailleurs, ce symptôme n'eût-il été vu qu'une seule fois, ce ne serait pas une raison pour le taire, attendu qu'il peut être d'une importance majeure pour éclairer le diagnostic de la coxalgie dans sa première période, et empêcher qu'on ne la confonde, ou avec une inclinaison latérale de la colonne vertébrale, par exemple, ou avec une maladie qui aurait son siége dans l'une des symphyses sacro-iliaques et dans les parties molles voisines, ou avec un abcès, un rhumatisme, etc., ou toute autre lésion

Feuilleton.

QUELQUES DÉTAILS SUR L'ÉTABLISSEMENT DU MUSÉUM DUPUYTREN ET DE LA CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le *muséum Dupuytren* sera ouvert au public le 2 novembre, jour de l'ouverture des cours de la Faculté. Les circonstances de l'institution de ce *muséum* et de la chaire d'anatomie qui en dépend sont imparfaitement connues encore. Nous pensons que quelques détails à ce sujet ne seront pas sans intérêt pour le public.

Dupuytren n'avait songé d'abord qu'à l'institution d'une chaire d'anatomie pathologique. Le souvenir de ses anciens travaux, qui contribuèrent si puissamment aux progrès de cette branche de la médecine parmi nous, le goût très-vif qu'il avait conservé pour cette science malgré les embarras et les exigences de sa pratique, semblèrent se ranimer pendant sa maladie. Il songea dès lors à mettre à exécution un projet qui l'avait préoccupé long-temps, et que la prévision d'une mort prochaine lui rendait plus cher. C'est à M. le doyen Orfila qu'il fit part de ses intentions. Il lui annonça qu'il léguait à la Faculté la somme de 200 mille francs pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique. Il lui lut la clause du testament relative à cette institution, et lui demanda en même temps s'il la trouvait suffisamment explicite, s'il la croyait assez claire et précise pour prévenir toutes les difficultés d'exécution. Dupuytren, voulant surtout éviter à ses enfans jusqu'au plus léger embarras, désirait connaître toutes les formalités à remplir, afin d'y pourvoir d'avance. Sa volonté était que le professeur nommé fût traité comme tous les autres, qu'il reçût le même traitement et participât aux mêmes avantages. Il demanda en conséquence à M. Orfila s'il pensait que l'administration pût, moyennant les 200 mille francs, fixer régulièrement et solidement le sort du nouveau professeur; et le pria avec instance de lui indiquer les modifications qu'il jugerait nécessaire d'introduire dans la disposition testamentaire, si elle ne lui paraissait pas convenablement rédigée.

M. et madame de Beaumont étaient présens à cette conversation; M. Orfila s'empressa de donner à Dupuytren tous les renseignemens qu'il pouvait désirer. Il l'assura d'abord que la clause du testament relative au legs des 200 mille francs était claire, précise et ne pouvait jamais donner lieu à la moindre contestation; qu'à la vérité les formalités à remplir étaient nombreuses et compliquées, mais que la Faculté serait en mesure de les remplir, et que conséquemment sa généreuse disposition serait exécutée dans son entier. Mais M. Orfila ne s'arrêta pas

d'un membre inférieur capable de produire une claudication de longue durée. Avant d'examiner la cause et le mécanisme de cet abaissement de la hanche, citons quelques observations qui prouvent que ce symptôme peut avoir lieu et dans la coxalgie, et dans d'autres cas où l'articulation de la hanche est exempte d'altération. Dans la maladie de l'articulation ilio-sacrée, Boyer dit qu'il peut y avoir allongement d'un membre; mais alors, écrit cet auteur, la distance du grand trochanter à la crête de l'os des îles est la même des deux côtés. D'après cette déclaration, il est probable que dans cet allongement il y avait déviation de la colonne vertébrale plutôt que lésion de l'articulation ilio-sacrée, qui d'ailleurs pourrait produire aussi cet abaissement de la hanche, mais plutôt par suite de l'inclinaison de la colonne vertébrale qu'à cause de l'altération de cette articulation qu'on ne connaît pas bien, et qui n'a été décrite par personne (1).

ABCÈS SCROPHULEUX A LA CUISSE GAUCHE, AU-DESSOUS DU GRAND TROCHANTER, SUIVIS DE DÉVIATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE, ET DE DÉFORMATION DU BASSIN CARACTÉRISÉE PAR L'ABAISSEMENT DE L'OS ILIAQUE ET L'ALLONGEMENT DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE.

OBS. I. — Le 13 mai 1835 a été couché au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne (Hôtel-Dieu), le nommé Coulon (Théophile), âgé de 17 ans, jardinier, de taille moyenne, cheveux noirs, teint bruni par l'exposition au grand air, né de parens sains et se portant bien lui-même; il a sept frères qui se portent très-bien, sont très-forts et très-vigoureux. Il demeure à la Chapelle-St.-Denis, grand'rue, n. 93, où il est venu au monde et a été élevé; son cou est encore le siége de quelques ganglions engorgés, dernières traces de la constitution scrophuleuse qu'il a eue dans son enfance (c'est le scrophuleux de campagne de M. Alibert). A l'âge de 11 à 12 ans, Coulon est resté malade pendant huit mois pour un abcès au bras droit, dont la suppuration a été abondante et pendant laquelle plusieurs portions d'os ont été éliminées; les traces d'une cicatrice large, enfoncée, existent encore à la partie interne du bras, au niveau de l'insertion du deltoïde; le bras et l'épaule de ce côté sont moins volumineux que les mêmes parties du côté opposé; les muscles, comme le deltoïde, le coraco-brachial, le biceps, le grand dorsal, etc., sont minces, aplatis, atrophiés, adhérens aux os, l'omoplate a aussi participé à la maladie et a souffert un arrêt de développement; elle est moins étendue que celle du côté gauche, dont la force est plus grande aussi, ce qui cependant ne l'empêche en aucune façon d'exécuter les pénibles travaux de son état. Sa nourriture a toujours été très-bonne; il mange fréquemment de la viande et boit ordinairement du vin; il couche dans un endroit bas, humide, froid, peu éclairé; il a continuellement les pieds nus sur la terre et dans l'eau; depuis 5 années qu'il est jardinier, lorsque la belle saison est arrivée, il se couche sur la terre dans le courant de la journée. Il y a environ deux ans qu'il ressentit en travaillant, dans l'aine et dans toute la cuisse, une douleur qui fut d'abord peu de chose et qui augmenta graduellement; elle ne l'empêchait pas de travailler, mais le faisait boiter; et il ne s'appuyait sur son membre malade qu'avec précaution; plus tard cette douleur fut accompagnée d'un gonflement au niveau du grand trochanter, et enfin un abcès se forma et s'ouvrit dans cette région. Coulon resta en repos pendant quinze jours, allant et venant toujours un peu; après ce temps la douleur ayant augmenté avec la suppuration qui devenait de plus en plus abondante, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dupuytren, d'où il sortit après deux mois et demi, guéri de son abcès coxo-fémoral; pendant tout ce temps les mouvemens de l'articulation coxo-fémorale avaient toujours été possibles; un traitement anti-scrophuleux lui avait été administré, et on avait mis seulement des cataplasmes et de la charpie sur sa plaie. Au dire du malade, ce fut lors de son admission à l'Hôtel-Dieu, qu'il s'aperçut que sa jambe gauche était plus longue que la droite; depuis lors l'élongation a persisté et il est resté boiteux. Il y a environ six semaines, le 13 mai 1835, il entra de nouveau à l'Hôtel-Dieu, à cause d'une douleur qu'il éprouvait depuis deux mois environ, dans la région trochantérienne et les parties environnantes, celles qui autrefois avaient été le siége de la maladie; cette douleur, sensible surtout au toucher et au moindre choc, était accompagnée de gonflement, d'empâtement, qui occupait toute la partie externe et supérieure de la cuisse et s'étendait jusque dans l'aine. Il ne pouvait plus ni marcher ni travailler. Coulon boite en marchant et fait porter à la jambe droite tout le poids de son corps, pour éviter la douleur qu'il éprouve lorsqu'il s'appuie sur la jambe gauche. Au niveau du grand trochanter qui est gonflé, ainsi que les parties qui le recouvrent, existe un empâtement considérable et une douleur qu'augmente la moindre pression; les ganglions de la région inguinale sont assez développés, les mouvemens de rotation et de flexion de la cuisse sont conservés presque en totalité et sont très-douloureux. Si l'on fait coucher le malade sur le dos, on remarque que la malléole interne, le condyle interne du fémur, le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure de l'os des îles, le rebord supérieur de cet os, ses épines iliaques postérieures et la tubérosité sciatique, le pli de la fesse qui est presque effacé, tandis que celle-ci est large, affaissée, allongée; on remarque, dis-je, que toutes ces parties du côté gauche sont d'un bon pouce plus abaissées que les mêmes parties du côté droit, ce qui donne au membre inférieur gauche une longueur plus grande d'un pouce qu'à celui du côté opposé. On note en même temps que l'espace compris entre la malléole interne et la rotule, entre la rotule et l'épine iliaque antérieure, est le même à gauche et à droite, ainsi qu'entre le grand trochanter et l'épine iliaque supérieure et inférieure; d'où l'on peut conclure déjà que cette élongation de la jambe gauche ne tient pas à la sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde; de plus si l'on mène un fil verticalement qui représente l'axe du corps, et une autre d'une épine iliaque à l'autre et qui croise le premier; au premier coup-d'œil il est facile de constater que les deux fils ne tombent pas perpendiculairement l'un sur l'autre, et qu'au lieu de former des angles droits, ils forment à gauche un angle plus ouvert qu'à droite; ce qui tient à la différence de hauteur des épines iliaques qui ne sont pas sur la même ligne transversale. Si on porte des mesures de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire, du grand trochanter à la même apophyse, du grand trochanter enfin à l'épine sciatique, on trouve toujours du côté malade un espace plus considérable d'un pouce que de l'autre côté. Il en est de même de l'espace compris entre le rebord des côtes ou la base de la poitrine et l'os innominé. Si enfin l'on examine le malade, le bassin fléchi sur les cuisses et les bras portés en avant, on voit que l'épine dans sa région lombaire est inclinée de droite à gauche et de haut en bas; dans cette position on voit encore la différence qu'il y a entre les deux parties latérales et postérieures du tronc; du côté droit apparaît une large dépression, tandis que c'est tout le contraire du côté gauche qui est bombé. L'épaule droite est plus élevée que la gauche, et tout le corps est contourné.

Nous avons encore remarqué, le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, que le genou droit est un peu plus élevé que le gauche, que les deux malléoles se correspondent à peu près, et que les deux pieds se trouvent sur un même plan.

Pendant les six semaines qu'il est resté dans le service, des sangsues au nombre de 7 ou 8 tous les deux jours, 6 ou 7 fois des ventouses scarifiées, des vésicatoires volans 7 ou 8 fois, et des cataplasmes de farine de graine de lin, sont les moyens qu'on a mis en usage et qui ont fait disparaître cette douleur qui le gênait si fortement qu'il ne pouvait plus marcher; aujourd'hui, à cela près de l'abaissement de la hanche et de l'allongement du membre gauche, il se porte très-bien, et tous les mouvemens dans la cavité cotyloïde se font sans faire éprouver la moindre douleur au malade; la saillie trochantérienne, siége de la maladie, reste gonflée, d'un volume double de celui qu'elle a ordinairement, et insensible à toutes les pressions qu'on peut exercer sur elle.

COXALGIE AVEC ABAISSEMENT CONSIDÉRABLE DE LA HANCHE DU CÔTÉ OU SIÉGE LA MALADIE; INCLINAISON DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

OBS. II. — Dans le courant du mois de décembre 1834, a été couché au n° 18 de la salle Sainte-Jeanne le nommé Bayot (Alexandre), journalier, âgé de 18 ans, d'une constitution détériorée, lymphatique, ayant la peau fine, les cheveux noirs. Cet homme, habitant ordinairement la campagne, a toujours été bien portant, n'a jamais eu de glandes engorgées au cou. Au mois d'avril 1834, il éprouva dans la hanche gauche, sans cause connue, une douleur sourde qui le faisait boiter, et

(1) Depuis que ce mémoire est fait, nous avons appris que notre collègue M. Nélaton avait fait des recherches sur ce sujet, et qu'il possédait plusieurs observations remarquables qu'il se propose de publier.

---

là. Jaloux de profiter d'une occasion si belle de faire quelque chose d'utile à l'enseignement et d'augmenter le lustre de la Faculté qu'il dirige avec tant de zèle et d'éclat, il proposa une modification importante au projet de Dupuytren. Cette modification, ou plutôt ce nouveau projet, consistait dans la création d'un muséum d'anatomie pathologique. Cette institution est donc en partie l'ouvrage du doyen, et après l'illustre chirurgien c'est à lui que les élèves devront ce bel établissement. Les raisons qu'il donna à l'appui de son idée firent une grande impression sur Dupuytren. Les fonds légués, dit-il, pourraient avoir une destination plus utile à l'enseignement et plus flatteuse encore pour la mémoire du testateur que l'institution de la chaire projetée: dans quelques années le bienfait sera oublié, et personne ne saura plus si la chaire d'anatomie émane de l'administration ou de M. Dupuytren. Il faudra donc modifier la clause du testament en ces termes: « Je lègue à la Faculté de médecine de Paris la somme de 200 mille francs pour » l'établissement d'un muséum d'anatomie pathologique, à la condition expresse » qu'une chaire d'anatomie pathologique sera créée. » Ce muséum, ajouta-t-il, sera établi, il portera votre nom; la chaire sera également instituée comme vous le désirez. Le souvenir de l'origine de ces établissemens ne périra pas, la reconnaissance de la Faculté et des élèves sera sans bornes, et votre famille verra avec orgueil ce double monument, dont l'honneur rejaillira sur elle.

Tout en approuvant vivement ce projet qui souriait à ses vœux les plus chers, Dupuytren fit quelques objections. Il demanda si la somme de 200,000 francs ne serait pas insuffisante pour ce double objet; si l'acquisition d'un local n'entraînerait pas à des frais tels que la chaire serait sacrifiée au muséum. M. Orfila n'eut pas de peine à lever ces difficultés; en lui faisant observer que le local était déjà tout trouvé, qu'il ne coûterait rien, et qu'il serait digne et de l'institution et du fondateur. Quant à la chaire, il se chargea de la faire instituer, et lui garantit de la manière la plus formelle, sous sa propre responsabilité, l'exécution de la double disposition. Cette garantie rassura complètement Dupuytren, qui, dès ce moment partagea entièrement les vues du doyen son ami. Il ne cessa pas de s'en occuper, y revint souvent, en parla plusieurs fois à ses enfans, à MM. Marc et Cruveilhier, et promit de changer la forme de son testament. Il témoigna à plusieurs reprises au doyen toute sa reconnaissance pour l'utile indication qu'il lui avait donnée. Il se complaisait à tracer d'avance la distribution des matières du cours, la classification des pièces du muséum. La plupart de ses entretiens avec M. Orfila avaient cette affaire pour objet. «Quel que soit le sort que le ciel me destine, disait-il, » avant un an la chaire et le muséum seront institués. »

Quelques jours après qu'il eut prononcé ces mots, la mort le surprit avant qu'il eût fait au testament la modification convenue. Cet oubli ne s'explique que trop naturellement par l'état cruel de souffrance des derniers jours de sa maladie. Il se confiait d'ailleurs aux résolutions qui avaient été prises entre lui et quelques-uns de ses confrères. Il ne cessa même d'en parler; et avant de mourir, il pria M. Cruveilhier une dernière fois de s'entretenir avec M. Orfila du projet relatif au muséum, et lui en recommanda vivement l'exécution.

Par malheur, c'étaient là de simples recommandations verbales. Le testament ne contenait pas un mot qui eût trait au muséum. L'administration pouvait à la rigueur se borner à accepter le legs, et ne créer que la chaire. Le doyen ne perdit pas de temps, et résolut de faire un dernier effort pour réaliser un projet si beau, et qui risquait d'être abandonné par suite de circonstances indépendantes en

qui alla toujours en augmentant. Pendant cinq mois encore il continua à travailler, mais avec moins d'ardeur et moins long-temps qu'il n'avait coutume de le faire, car il se fatiguait promptement; sa hanche devenait le siége de douleurs très-vives, qui le forçaient de temps en temps à rester au lit, où elles disparaissaient le plus souvent. Bayot se croyant guéri ou se trouvant mieux, retournait à l'ouvrage; l'articulation ilio-fémorale n'était le siége d'aucun gonflement, d'aucune déformation appréciables; seulement les ganglions de l'aine s'étaient engorgés; il dit aussi avoir éprouvé à la même époque des douleurs dans la région lombaire, qui durèrent peu, et qu'il attribue à la fatigue qu'il ressentait lorsqu'il restait long-temps debout. Comme son mal augmentait, que la douleur de la hanche devenait plus forte et plus constante, il vint à Paris consulter un médecin. Celui-ci lui ordonna des bains, des sangsues, des vésicatoires et le repos. Un seul bain fut pris, trente sangsues furent appliquées, et cinq vésicatoires volans se succédèrent dans l'espace de trois semaines. Pendant ce temps Bayot suspendit son travail, garda la position horizontale; et, sous l'influence de ces moyens, les douleurs diminuèrent considérablement, et les ganglions de l'aine revinrent à leur état ordinaire; mais nonobstant la grande amélioration survenue, il ne cessa pas un instant de boiter. Se trouvant beaucoup mieux, et dans l'ignorance des résultats fâcheux qu'il y avait pour lui à retourner trop promptement au travail, il prit part aux travaux de la moisson, sans s'épargner plus que les autres. Mais au bout de quelques semaines, il était aussi malade qu'il l'avait été avant son traitement. Il s'aperçut alors que la jambe du côté malade était plus longue que l'autre; il continua encore à marcher et à travailler de temps en temps. Dans les derniers jours de novembre, après avoir parcouru un espace de trois à quatre lieues, il fut pris au milieu de sa route d'une douleur très-forte dans la fesse et dans la partie postérieure de la cuisse; l'articulation coxo-fémorale devint plus raide, et ce n'était qu'à peine et douloureusement qu'il soulevait son membre gauche qui était déjà d'un pouce plus long que l'autre. Il se rendit chez lui non sans beaucoup de peine, et continua à aller et venir. Les choses étaient dans cet état lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu le 30 décembre 1834. Le malade couché sur le dos, dans la direction d'une ligne verticale, si l'on compare les deux membres inférieurs, on trouve le gauche plus long que le droit de deux pouces; mais cette longueur ne dépend pas entièrement de la sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde; car si l'on mesure les deux membres entre eux à partir de la malléole interne à l'épine iliaque antérieure, on trouve que la différence entre les deux membres n'est que d'un pouce; on s'assure aussi, à la simple inspection, que la hanche gauche est plus abaissée d'un pouce que la droite, ce qui est confirmé par les mesures suivantes. D'une épine iliaque à l'autre on mène un fil, sur celui-ci on en abaisse un autre, en suivant la ligne médiane du corps, de façon que les deux fils doivent se croiser à angle droit. Si les deux épines iliaques étaient sur une même ligne, ce fil que l'on mène de l'une à l'autre devrait former des angles droits avec celui qu'on a abaissé, ce qui n'a pas lieu, puisque la hanche gauche est plus basse que la droite d'un pouce; en sorte que l'angle que forment les fils en se croisant est plus ouvert à gauche qu'à droite; on remarque qu'il y a une obliquité sensible du bassin. Le pli de la fesse gauche qui est allongée, aplatie, large, est d'un pouce plus bas que celui de la fesse droite, qui est dure, saillante. La colonne vertébrale est légèrement contournée et inclinée à gauche; l'épaule droite est plus haute que la gauche, et l'angle inférieur de l'omoplate est soulevé et rapproché de la gouttière vertébrale; le côté droit est déprimé, enfoncé depuis l'omoplate jusqu'à la hanche; le côté gauche paraît saillant, bombé; la dépression qui existe ordinairement en arrière et un peu au dessous du grand trochanter n'existe plus du côté gauche. Les mouvemens de l'articulation de la hanche sont presque impossibles, très-douloureux; le plus petit mouvement produit des douleurs intolérables. Des ventouses scarifiées, des sangsues appliquées en petit nombre et tous les deux jours, des vésicatoires volans, des moxas qu'on laisse suppurer, ont été les moyens que M. Sanson a mis en usage pendant les premiers mois. La douleur était par fois si vive, que pour la calmer on arrosait les cataplasmes de laudanum. Tous ces moyens furent d'abord sans effet, la douleur était telle que le malade évitait les plus petits mouvemens, le poids seul de la couverture le faisait souffrir; pendant ces premiers mois la longueur de sa jambe s'accrut encore, mais cette augmentation ne porta que sur le membre inférieur, qui était au moins de trois pouces plus long que l'autre. On continua toujours l'emploi des moyens indiqués. La douleur céda par degrés, et la hanche sur la fin paraissait moins abaissée que dans le commencement; il y avait une amélioration notable; le membre, quand on n'y touchait pas, était plus douloureux. Trois mois se passèrent ainsi dans des alternatives d'augmentation et de diminution des douleurs; mais la jambe resta constamment plus longue que l'autre; enfin un matin, en soulevant le malade pour faire son lit, la tête du fémur abandonna la cavité cotyloïde, et il y eut un raccourcissement si considérable du membre affecté, qu'il resta égal à l'autre en apparence; car il était plus court, mais cela tenait à l'abaissement de la hanche qui subsistait toujours. Les jours qui suivirent ne présentèrent rien de remarquable, le malade resta encore pendant quelque temps dans le service; on continua les mêmes moyens. Les douleurs étaient tellement diminuées, que la pression n'était pas douloureuse aux environs de l'articulation, et qu'on pouvait imprimer quelques mouvemens de flexion sans faire souffrir beaucoup le patient; en somme son état était bien amélioré, et on pouvait espérer un résultat satisfaisant, lorsqu'il voulut s'en aller chez lui, malgré tout ce qu'on pût lui dire; il sortit le 12 mai 1835, pour retourner à Neuilly où on l'emporta. Depuis, nous n'en avons pas entendu parler.

CHUTE SUR LE GENOU DROIT, CLAUDICATION PENDANT PLUSIEURS MOIS; ALLONGEMENT DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE; TROIS ANNÉES PLUS TARD CHUTE SUR LA HANCHE GAUCHE; ALLONGEMENT DE LA JAMBE DROITE; ABAISSEMENT DE LA HANCHE DE CE CÔTÉ; LE MALADE EST RESTÉ BOITEUX; INCLINAISON DE L'ÉPINE.

OBS. III. — Le nommé Colin, maintenant infirmier dans la salle Ste-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu, de l'âge de seize ans et demi, d'une constitution molle, lymphatique, avec plusieurs signes d'une habitude scrophuleuse, tels que bouffissure de la face, gonflement des lèvres et des ailes du nez, peau fine, cheveux chatains, dit n'avoir jamais eu de ganglions engorgés au cou pendant son enfance. Issu de parens sains, sa santé actuelle est parfaite; il n'a d'autre infirmité qu'une légère claudication qu'il attribue aux causes suivantes. A l'âge de dix ans environ, en sautant sur l'herbe avec ses camarades il fit une chute sur le genou droit, celui-ci se gonfla, resta douloureux pendant long-temps et fit boiter Colin; après cet accident, lorsqu'il voulait marcher ou courir, il le faisait en allant à cloche-pied, la jambe fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin, ou bien il s'appuyait sur la pointe des orteils. Cette jambe droite devint plus courte que l'autre d'un pouce, et Colin resta boiteux. A l'âge de 13 à 14 ans, en frottant un parquet, il tomba sur la hanche gauche; cette chute fut suivie d'une violente douleur dans les parties qui avaient porté sur le parquet, mais ne l'empêcha pas de travailler pendant 15 ou 20 jours encore; il était domestique et avait des chevaux à soigner, sur lesquels il montait assez souvent; il boitait en marchant et souffrait beaucoup dans la hanche et ses environs; la douleur devint plus vive, du gonflement survint dans l'aine. Ne pouvant plus faire sa besogne, il prit la diligence pour se rendre à Mantes, où, dès le lendemain de son arrivée, il entra à l'hôpital. Il y resta pendant un mois. Pendant ce temps le gonflement disparut, mais la douleur continua; elle était cependant bien diminuée. Marchant difficilement, et incapable de rien faire, il resta encore deux ou trois mois chez lui, se levant tous les jours, marchant avec beaucoup de précaution, ne s'appuyant qu'avec crainte et réserve sur le membre malade, pour s'épargner les douleurs que lui causait le moindre mouvement dans les parties affectées; enfin la douleur se dissipa peu à peu, et il resta boiteux, ayant la jambe droite, qui au moment de la chute était la plus courte, un demi-pouce plus longue que la gauche. Aujourd'hui il est dans l'état suivant: il boite en marchant; les mouvemens des articulations coxo-fémorale et tibio-fémorale sont libres, faciles et non douloureux; la jambe droite a un demi-pouce de plus que la gauche, mais cette longueur n'est qu'apparente, car ces deux membres inférieurs sont égaux, mesurés des épines iliaques; mais ces deux dernières ne sont pas sur la même ligne transversale; celle du côté droit est d'un demi-pouce moins élevée que la gauche; la fesse droite est plus basse dans la même proportion; elle est allongée, aplatie, flasque; l'ischion est aussi plus bas; le malade vu postérieurement présente un côté du dos plus développé que l'autre; l'épaule droite est plus basse que la gauche; la colonne vertébrale est déviée de la ligne médiane et tout le corps semble contourné; les deux membres bien développés sont à peu près de même grosseur, et le malade ne souffre ni de l'un ni de l'autre; la claudication dont il est affecté ne le gêne en rien pour vaquer à ses occupations d'infirmier.

Si le rapport du malade est exact, on ne peut pas douter que cette déviation de la colonne vertébrale ne soit due à la claudication prolon-

---

quelque sorte de la volonté du testateur et même contraires à sa volonté. Il présenta aussitôt une requête au conseil royal de l'instruction publique pour demander que l'université elle-même se chargeât des premiers frais de l'établissement du *Muséum-Dupuytren*. Les considérations dont il appuyait sa requête ne pouvaient être repoussées. Il fit sentir combien il serait honorable pour le conseil de s'associer au bienfait de la donation, en présentant aux élèves une collection de pièces d'anatomie pathologique qui rendrait le cours plus utile; il rappela avec force les intentions de Dupuytren à cet égard; il insista sur la convenance et la nécessité d'honorer la mémoire d'un homme si justement célèbre qui donnait un si bel exemple. Tous ces motifs prévalurent. Le conseil arrêta que la chaire instituée par Dupuytren serait établie, et qu'une somme de 60,000 fr. serait affectée par l'université aux premiers frais d'établissement du muséum anatomique qui porterait le nom de Dupuytren. Le ministre de l'instruction publique, président du conseil royal, s'empressa de réaliser au plus tôt cette mesure si favorable aux études, et si glorieuse pour l'homme qui avait tant illustré la chirurgie.

C'est le 20 juin seulement que les héritiers de Dupuytren annoncèrent à M. Orfila que les 200,000 fr. seraient comptés lorsque toutes les formalités auraient été remplies. Ces formalités étaient nombreuses. Il fallait un premier arrêté du conseil royal, une ordonnance du roi rendue sur l'avis du conseil d'état, autorisant l'acceptation du legs, un second arrêté du conseil royal, et enfin une seconde ordonnance du roi instituant la chaire. Grâce à l'activité du doyen et à l'empressement des diverses autorités et administrations, toutes ces formalités ont été remplies dans l'espace d'un mois: l'adjudication des travaux pour le muséum a eu lieu le 1er août; l'ouverture en sera faite le 2 novembre.

Une circonstance assez embarrassante a paru contrarier pendant quelques jours le projet du doyen. Par suite d'une disposition législative, tout légataire doit acquitter des frais de mutation qui s'élèvent à 6 pour 100. Il a fallu donc payer 13,200 fr. en recevant le legs. Cette somme, défalquée des 60,000 fr. dont l'Université faisait l'abandon, réduisait à 46,800 fr. le montant destiné à l'établissement du muséum. Il devenait dès lors impossible de donner suite au projet. Dans cette fâcheuse alternative M. Orfila n'a pas balancé: il s'est adressé à M. et Mme de Beaumont, qui ont consenti à délivrer à la Faculté la somme *nette* de 200,000 fr. En s'associant ainsi aux généreuses intentions de Dupuytren, M. et Mme de Beaumont, son gendre et sa fille et ses héritiers, ont acquis des droits à la reconnaissance de la Faculté, du public médical, des élèves et du pays tout entier.

Certes Dupuytren ne pouvait souhaiter mieux. Il renvoyait à une année l'exécution de son projet. Il sera accompli en moins de six mois.

Voici maintenant comment il sera probablement procédé pour la nomination du professeur. Cette chaire, bien que créée par suite d'une donation particulière, reçoit cependant son institution légale du roi. C'est donc une chaire de première création; à ce titre le ministre a la faculté de nommer directement, sans concours, le nouveau professeur. On a paru désirer dans une certaine portion du public médical que le concours fût ouvert; mais indépendamment du droit non contesté du ministre pour cette première nomination, une considération particulière et de haute convenance s'y opposait. Dupuytren avait lui-même en quelque sorte désigné le candidat, et manifesté plus d'une fois le désir que cette mission fût confiée à M. Cruveilhier. Il voulait sans doute, en désignant un homme si recom-

gée ; que probablement d'abord, lors de la première chute, il y a eu inclinaison en sens inverse, puisque la jambe gauche était la plus longue et que la claudication ne se faisait pas du même côté qu'aujourd'hui. Cette observation, en même temps qu'elle nous donne une preuve de l'abaissement de la hanche et de l'élongation du membre sans coxalgie ni affection de l'articulation ilio-sacrée, ne nous prouve-t-elle pas encore que cet abaissement de la hanche peut avoir lieu quelquefois du côté opposé où siége la maladie, ce qui tient à la manière dont marche le malade, ainsi que nous le dirons tout à l'heure ?

NÉVRALGIE SCIATIQUE DU CÔTÉ GAUCHE; DOULEUR VIVE DANS L'ARTICULATION DE LA HANCHE LORSQUE LE MALADE MARCHE OU FAIT DES MOUVEMENS; CLAUDICATION, ALLONGEMENT APPARENT DU MEMBRE INFÉRIEUR; DÉFAUT DE NIVEAU ENTRE LES OS DES ILES; CELUI DU CÔTÉ GAUCHE EST PLUS BAS QUE CELUI DU CÔTÉ OPPOSÉ; GUÉRISON DE LA SCIATIQUE; A SA SORTIE LE MALADE CONSERVE ENCORE UNE LÉGÈRE CLAUDICATION.

OBS. IV. — Jean-François Nivard, âgé de 20 ans, grand, d'une constitution forte mais sèche, serrurier, fut admis à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Jeanne, n. 2, le 19 novembre 1834, pour une sciatique dans la cuisse gauche. Il rapporta qu'au mois d'août dernier, il s'était endormi, les fenêtres de sa chambre ouvertes, la cuisse et la jambe gauches à découvert. Il sentit une impression de froid, se recouvrit aussitôt et se réchauffa promptement. A quelques jours de là, douleur d'abord légère et passagère, s'étendant dans toute la région postérieure de la cuisse et de la jambe qui avaient été exposées à l'air; cette douleur prit de plus en plus de l'accroissement, devint forte et constante; le simple contact des vêtemens déterminait une sensation qui n'était pas précisément de la douleur, mais une espèce d'agacement nerveux, une sensation désagréable et insupportable. S'il marchait, ou quand il pressait sur le trajet du nerf sciatique, il éprouvait alors une douleur très-vive; il boitait en marchant. Obligé de se tenir continuellement debout pour son état, il s'appuyait sur la jambe droite et lui faisait porter tout le poids de son corps; mais la douleur devint si intense qu'il fut obligé de discontinuer son travail. Les premiers jours de la sciatique il avait éprouvé un malaise général et un peu de fièvre. On lui conseilla d'aller à l'hôpital Saint-Louis, où tous les deux jours, pendant un mois, il prit des bains de vapeur et des fumigations aromatiques. Pendant ce temps là, la maladie loin de diminuer augmenta, et devint telle que Nivard ne pouvait plus marcher qu'avec la plus grande difficulté et toujours en boitant, prenant la précaution de n'appuyer sur la jambe malade que pour ne pas perdre l'équilibre; alors il se présenta à l'Hôtel-Dieu, pouvant à peine se tenir debout. Une douleur vive et presque constante occupe la cuisse au-dessous et en arrière du grand trochanter et dans les environs; elle s'irradie jusque dans la région inguinale et la fesse gauches; le malade se tient couché, la jambe fléchie légèrement sur la cuisse, n'osant s'en servir dans la crainte de solliciter des douleurs que le moindre mouvement détermine; il y a claudication; les mouvemens de flexion et de rotation imprimés à la cuisse augmentent la douleur de la région inguinale et des environs de l'articulation coxo-fémorale; de sorte qu'on pourrait croire à une affection à son début, de l'articulation ilio-fémorale surtout si l'on ajoute que ce membre paraît un peu plus long que celui du côté opposé, que l'os des iles est plus bas, ce que l'on attribue à la position du malade qui, dit-on, cède à son mal. Il n'y a aucun gonflement visible ni aucune altération de la couleur de la peau.

Pendant plus de quatre mois que ce malade est resté dans le service, il a été soumis à tous les moyens préconisés contre les maladies nerveuses, les sangsues, les ventouses scarifiées, les vésicatoires volans ont été tour à tour employés avec les bains de vapeur, les douches, les préparations opiacées, et le tout sans succès. Vers la mi-février on eut recours à l'acupuncture, neuf aiguilles furent enfoncées douze fois et très profondément sur le trajet du nerf sciatique; chaque application durait au moins une heure, quelquefois davantage; on les appliquait tous les trois ou quatre jours. Le malade sortit guéri le 31 mars 1835; mais il conservait une légère claudication, quoiqu'il ne souffrît plus dans le membre gauche.

Cette observation nous paraît mériter l'attention, non-seulement sous le rapport du traitement, mais encore, ce qui nous intéresse davantage, sous le rapport des symptômes qu'elle a présentés. Pour la rendre plus complète, il eût fallu prendre les mesures de niveau des deux hanches, etc.; mais alors, quoique nous eussions constaté l'abaissement de la hanche et l'élongation du membre, nous n'avions point encore porté notre attention sur la cause de l'abaissement de la hanche. La persistance de la douleur, tantôt dans la région inguinale, ou en arrière du grand trochanter, tantôt dans le genou ou les parties voisines, sa fixité surtout autour de l'articulation de la hanche, son augmentation plus grande par les mouvemens de cette articulation, par la pression, la claudication du malade, l'allongement du membre, etc., tous ces symptômes réunis n'auraient-ils pas pu faire naître avec quelque raison l'idée d'une affection de l'articulation coxo-fémorale? Car rien n'est plus obscur ordinairement que le développement de cette affection, qui a toujours un certain degré de douleur qui la précède, douleur qui quelquefois se fait sentir au genou, et peut même déterminer une méprise sur le siége de la maladie; et puis encore, le siége varié de la douleur, qui se faisait sentir dans les différentes parties de la cuisse, et surtout au niveau des articulations, pouvait en imposer pour les symptômes d'un rhumatisme articulaire ou d'une affection goutteuse, comme celle qu'on rencontre chez les adultes. D'un autre côté, il est vrai, l'âge du sujet, la cause qu'il avait accusée, pouvaient un peu éclairer le diagnostic, quoique cette cause ait donné lieu quelquefois à la coxalgie ou rhumatisme. Quant à l'allongement du bassin et à l'abaissement de la hanche dans ce cas, je ne mets pas en doute que ce symptôme n'était autre chose que le résultat de l'inclinaison latérale de la colonne épinière.

Ces observations suffisent pour faire connaître comment et dans quelles circonstances cet abaissement de la hanche peut se développer, et pour prouver que dans certains cas où l'on avait cru reconnaître une coxalgie, cette affection n'existait réellement pas. Ce symptôme, qui n'a fixé l'attention d'aucun chirurgien français, dépend évidemment de l'inclinaison de la colonne vertébrale; quelques pathologistes anglais avaient bien indiqué cet abaissement du bassin, mais sans en donner l'explication. Jean Hunter avait coutume de donner pour raison de ce fait que le bassin du côté malade devenait plus bas que l'autre (Crowther, p. 226); c'était signaler le fait sans l'expliquer. Falconer (*On ischias*, p. 9) avait aussi fait la même remarque. C'est au docteur Albers de Bremen que nous devons tout ce qui a été dit sur ce point. Dans son ouvrage sur la coxalgie, il paraît avoir le premier fait remarquer la difformité de l'épine dans cette affection et la raison de ce changement. Le contenu de ses observations sur ce point s'accorde avec ce qu'a écrit depuis M. Brodie (*Pathol. and surg. observ.*, p. 129). Il est aisé de comprendre, dit cet auteur, pourquoi la crête de l'un des os des iles se trouve déprimée, abaissée au-dessous du niveau de l'autre; si l'on observe la position que tient le malade lorsqu'il est debout ou qu'il marche, il supporte le poids de son corps sur le membre sain; conséquemment la hanche et le genou sont dans l'extension, en même temps que le membre opposé est incliné en devant; le pied du côté malade est placé sur le sol bien en avant de l'autre, non point tant pour supporter le poids du corps que pour affermir la base de sustentation et maintenir l'équilibre. Ordinairement cela ne peut avoir lieu sans que le bassin acquière une obliquité latérale, et éprouve dans ce sens une espèce de bascule par laquelle une épine iliaque s'abaisse, tandis que l'autre s'élève; or, cette inclinaison du bassin est naturelle-

---

mandable, pouvoir emporter au tombeau l'assurance que l'enseignement créé par lui serait dignement représenté. L'opinion publique pensera certainement comme Dupuytren. M. Cruveilhier, par la spécialité de ses travaux, par ses vastes connaissances en anatomie pathologique dont il a fait son étude presque exclusive depuis quinze ans, méritait mieux que qui ce soit d'être appelé à cette chaire; et Dupuytren ne l'eût-il pas désigné, le ministre aurait pu difficilement jeter les yeux sur un autre. Ce choix sera donc approuvé de tous.

Mais M. Cruveilhier étant déjà professeur d'anatomie à la Faculté, sa nomination à la chaire d'anatomie pathologique laisse la sienne vacante. Le concours sera ouvert suivant les formes ordinaires pour pourvoir à son remplacement. Si nous sommes bien informés ce concours pourra offrir un intérêt tout particulier. On assure que M. Breschet serait dans l'intention de s'y présenter. Ce serait là un précédent des plus favorables à l'institution du concours dont le principal et très-grand inconvénient est d'ordinaire d'éloigner les maîtres. Si le chef des travaux anatomiques de l'école de Paris, si un savant aussi consommé se présente dans la lice, il n'y a pas de si haute réputation médicale dans le pays qui ne consente à y descendre; la susceptibilité d'ailleurs bien légitime qui empêche si souvent des hommes d'une réputation établie par de longs et éclatans services de venir compromettre la dignité de leur âge et l'autorité de leurs précédens dans une lutte avec leurs élèves, n'aura plus de prétexte. Il est possible aussi que plusieurs de ces jeunes et aventureuses ambitions pour lesquelles le concours n'est qu'une occasion d'essayer leurs forces, et qui y déploient plus d'audace que de talent, se sentent découragées et se retirent. Plusieurs confrères de M. Breschet à l'Académie des sciences, l'ont, dit-on, vivement engagé à cette démarche qui établirait un précédent utile et digne d'être imité, et qui, du reste, n'a rien de périlleux pour un homme de sa force.

Si M. Breschet se présente à ce concours, on peut prévoir qu'il n'aura pas de concurrens, ou du moins pas de concurrens sérieux. La chaire de M. Cruveilhier lui serait adjugée. Mais sa nomination laisserait également une vacance : la place de chef des travaux anatomiques de la Faculté serait mise immédiatement au concours, et offrirait un noble but aux jeunes anatomistes de notre école.

Tels sont les résultats définitifs que paraît devoir entraîner la donation de Dupuytren. L'école doit s'en féliciter et y applaudir; elle doit sa reconnaissance d'abord à l'illustre mort et à ses héritiers, qui se sont associés à ses libérales intentions, et ensuite à son doyen, dont le zèle et l'habileté ont aplani si promptement toutes les difficultés et si dignement exécuté la volonté du testateur.

— *De l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches*, suivie de parallèles entre la péripneumonie, la pleurodynie, le croup, la coqueluche, l'angine trachéale et l'asthme aigu des Anglais, par L. Philippe, de Metz. In-8°. Prix, 4 fr. 50.

Paris. Librairie des sciences médicales de Just Rouvier et E. Le Bouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine.

ment accompagnée de la courbure latérale de l'épine, et alors il arrive que l'une des épaules est plus élevée que l'autre, et que toute l'habitude du corps est un peu contournée; c'est ce que nous avons toujours observé, d'après ce phénomène remarquable et facile à expliquer par la position que prennent les malades, que dès qu'il existe une courbure dans un sens à une région de l'épine, les autres régions en prennent bientôt d'autres en sens alternativement inverses. Si les individus, par exemple, sont forcés à s'incliner du côté où le membre est malade, à gauche, je suppose; bientôt, pour soutenir le centre de gravité, la région dorsale se courbe à droite, en sorte que tout le tronc se ressent bientôt de la vicieuse attitude d'une partie isolée de l'épine. Ensuite, comme c'est à la réunion des deux régions dorsale et lombaire que la colonne vertébrale offre le plus de mobilité, et que c'est là aussi que se passent tous les mouvemens du bassin sur le tronc, il s'ensuit que c'est aussi dans cet endroit que l'inclinaison commence et est plus marquée par la suite. C'est peut-être aussi la raison pour laquelle la déviation de la région dorso-lombaire précède constamment celle de la région supérieure du dos, ainsi que l'a fait remarquer M. Cruveilhier. Je crois cependant qu'il est bon de tenir compte des différentes espèces de causes et du point de l'épine où elles agissent.

Quelquefois, selon la remarque de Brodie, et comme le démontrent une des observations que j'ai rapportées, l'inclinaison du bassin a lieu dans la direction opposée, et la crête de l'iléon est plus élevée du côté malade que du côté sain ce qui est le contraire de ce qu'on observe ordinairement; alors il y a un accroissement apparent au lieu d'un allongement du membre du côté malade. Ce phénomène se rencontre dans les cas où le malade est dans une position droite; alors le pied de ce membre affecté n'est pas plus incliné en devant que l'autre, mais les orteils sont appuyés à terre, et le talon est élevé alors que la hanche et le genou sont un peu fléchis, ce qui rend le malade également capable de supporter le poids du corps; mais dans ce cas encore il y a une inclinaison latérale de la colonne vertébrale dans sa région lombaire. Dans cet abaissement de la hanche, il est encore un autre symptôme important qui l'accompagne nécessairement: c'est l'aplatissement de la fesse, qui se trouve plus basse que celle du côté opposé d'une distance égale à celle qui existe entre les deux hanches. Lorsqu'une maladie dure depuis quelque temps, la forme de la fesse change d'une manière remarquable; elle dépérit et est moins bombée; elle n'a plus sa convexité ordinaire; elle ne présente qu'une surface aplatie; elle est flasque au toucher; sa consistance mollasse l'entraîne vers le bord inférieur, et l'aspect qu'elle présente ferait croire qu'elle est plus grande que celle du côté opposé. L'altération dans sa forme peut dépendre ici en partie de la position que le malade peut garder étant debout, mais la cause principale doit s'attribuer à l'appauvrissement de la masse charnue des muscles fessiers par faute d'exercice. Cependant si la coxalgie est dans une période avancée, la fesse est réellement plus étendue, parce que la tête du fémur a abandonné peu à peu sa situation naturelle; c'est encore un symptôme qui ne doit pas être considéré comme signe certain de la coxalgie, attendu qu'il s'observe dans d'autres cas où, peu importe la cause, les muscles fessiers ont été dans un état d'inaction pendant long-temps. La même remarque doit être faite lorsque le fémur est malade, quelle qu'en soit la cause; ce mouvement de la hanche est difficile et douloureux; enfin, il existe encore des signes qui prouvent qu'il y a en même temps déformation du bassin et coxalgie, ou déformation seulement du bassin: ce sont les distances qui existent entre le trochanter, les épines iliaques, etc., du côté malade, et les apophyses épineuses des vertèbres lombaires. Ces distances sont toujours plus considérables du côté où est l'affection; c'est enfin la déviation de la colonne vertébrale et toutes les conséquences qu'elle entraîne avec elle, comme la torsion du tronc, la dépression de la poitrine d'un côté tandis qu'elle est bombée de l'autre, la différence de hauteur entre les deux épaules, etc.

Pour s'assurer que cet allongement du membre n'est qu'apparent, on fait coucher le malade sur le dos dans une position verticale; on abaisse de la partie supérieure du tronc, et sur la ligne médiane, un fil ou un ruban qui représente l'axe du corps; puis l'on mène d'une crête iliaque à l'autre un autre fil qui croise le premier; assurément si les deux épines sont de niveau ces deux fils tomberont perpendiculairement l'un sur l'autre, et formeront des angles droits; dans le cas contraire, c'est-à-dire si l'une des hanches est plus haute que l'autre, les angles que formeront ces deux fils seront inégaux, et le plus ouvert sera du côté où la hanche sera le plus abaissée. En mesurant ensuite les deux membres inférieurs, si l'allongement dépend seulement de la différence du niveau des deux épines iliaques, on devra les trouver de même longueur; si cet allongement dépend en même temps et de l'abaissement du bassin et de l'élongation d'un membre, il sera encore facile de savoir ce qui appartient à chacun d'eux; si enfin l'allongement dépend seulement du membre, alors les deux crêtes des os innominés seront sur la même ligne transversale, et les fils en se croisant formeront des angles droits.

Faute de toutes ces précautions, on court les risques de tomber dans l'erreur sur le diagnostic de cette affection de la hanche, surtout à son début; pour bien l'établir, il faut se baser non sur un seul symptôme, mais sur l'ensemble de tous et sur l'histoire de leur marche, car les maladies avec lesquelles on pourrait confondre la luxation spontanée dans sa première période sont nombreuses. C'est ainsi qu'il est quelquefois difficile de la distinguer de l'inflammation de la membrane synoviale de la hanche et de l'inflammation chronique des parties molles voisines de cette articulation, qui se termine par la formation d'un abcès; ici il y a douleur, mais elle est plus circonscrite dans son siége que dans le cas de l'ulcération des cartilages; les mouvemens de l'articulation peuvent s'exécuter, le repos ne lui procure pas le même soulagement, etc. Une maladie du nerf sciatique peut offrir une certaine analogie avec l'affection dont il s'agit, et par le siége de la douleur, et par la tuméfaction qui l'accompagne. La difficulté des mouvemens dans ce cas, l'habitude que prend le malade de faire porter tout le poids de son corps sur le membre sain, peuvent encore en imposer. Le peu de données justes que nous avons sur ces affections ne peuvent mettre le chirurgien à même de porter un jugement exact, s'il ne met dans ses recherches tout le soin que réclament les circonstances du cas qu'il a sous les yeux. Le développement de cette affection est quelquefois si lent, même si obscur, que pendant long-temps le malade y fait à peine attention; la douleur qui précède la coxalgie est pour lui peu importante; cependant, dans la crainte de la faire naître ou de l'augmenter par les mouvemens, il évite de se servir du membre affecté ou ne s'y appuie que très-légèrement lorsqu'il y est obligé; il en résulte d'abord une légère claudication qui augmente avec le mal. A mesure que la douleur, qu'il croit souvent rhumatismale, prend de l'accroissement, il prend plus de précautions pour ne pas la développer, s'appuie seulement sur les orteils; il y a claudication, et cette claudication, qui n'était dans le principe qu'un moyen de soulagement, devient une habitude, une difformité qui reste quand elle a eu lieu pendant long-temps; et, surtout si c'est chez un sujet jeune et à l'époque de son accroissement, il en résulte la courbure latérale de l'épine, puis l'abaissement de la hanche, quelle que soit la cause qui ait forcé le malade à boiter.

Maintenant, comment se produit cette claudication? Je n'entrerai point ici dans tous les détails de la mécanique animale; je dirai seulement que la colonne vertébrale, ce centre de tous les mouvemens, dans la station est continuellement maintenue dans sa rectitude naturelle par des forces musculaires opposées et qui sont égales, destinées d'une part à contrebalancer le poids des viscères, de l'autre à résister aux efforts inaccoutumés auxquels elles peuvent être exposées; il est donc évident que si l'une de ces deux forces, par une raison quelconque, devient moins puissante que l'autre, l'épine, qui auparavant se trouvait à peu près entre deux efforts égaux, se trouvant alors entre deux efforts inégaux, déviera de la ligne médiane, perdra son centre de gravité et s'inclinera du côté de celui qui l'emportera; c'est ce qui a lieu dans la claudication. On sait très-bien que si les deux membres appuyaient en même temps sur le sol, l'inclinaison latérale, sur les deux fémurs, serait presque nulle dans le bassin; car pour s'abaisser d'un côté, il faudrait que cette cavité s'élevât de l'autre, et cette espèce de bascule serait impossible. Mais ces mouvemens du bassin, au lieu de se faire sur les deux fémurs, se font sur un seul; alors le résultat est tout-à-fait différent, c'est-à-dire que l'obliquité du bassin devient possible; ensuite, comme ces mouvemens du bassin se passent, non pas uniquement dans l'articulation sacro-vertébrale, elle est trop serrée, mais dans toutes les articulations des vertèbres lombaires, il s'ensuit que la colonne vertébrale, cédant à l'effort continu qui agit sur elle, se dévie peu à peu de la ligne médiane, se courbe dans toute l'étendue des vertèbres lombaires, et incline sur le fémur, sur lequel se font tous les mouvemens; et tout le poids du corps sera porté sur ce même os. Cette inflexion latérale de l'épine chez les gens qui boitent, quelle qu'en soit la cause, fait que le centre de gravité ne serait plus soutenu, si, à mesure qu'elle se prononce, le bassin n'était porté de ce côté et abaissé. Cet abaissement du bassin, et par conséquent l'élongation du membre abdominal, sont d'autant plus marqués que l'inclinaison de la colonne est plus grande; car il faut bien qu'à mesure que le poids du corps se porte dans ce sens, la base de sustentation y soit aussi placée; il y a toujours dans ces cas un rapport précis entre la courbure de l'épine et l'abaissement du bassin. Ainsi donc dans certaines circonstances, chez les sujets lymphatiques, scrofuleux, faibles,

nù l'ossification est encore incomplète, où les ligamens jouissent encore de beaucoup d'élasticité, l'action de boiter pendant long-temps est la cause occasionelle de cette courbure de la colonne vertébrale, et par suite, de cet abaissement de la hanche. Si l'on rencontre si fréquemment ce symptôme dans la coxalgie, c'est que cette dernière affection n'attaque le plus souvent que des individus jeunes et entachés de la fâcheuse prédisposition que je viens d'indiquer. S'il arrive qu'un adulte ou un vieillard puisse boiter impunément pendant long-temps, c'est que chez eux les substances intervertébrales sont affaissées, diminuées d'épaisseur, et quelquefois même pénétrées de phosphate calcaire, et sont par conséquent peu susceptibles de déplacement, à cause de la solidité que leur donne leur réunion. De tous les malades que j'ai observés, le plus âgé n'avait pas plus de vingt ans; chez tous, la maladie avait eu une longue durée. Si dans la première période de la maladie de la hanche, la claudication dépend d'abord de la douleur de l'articulation, plus tard elle dépend et de la douleur et de l'allongement du membre; et enfin plus tard encore, c'est-à-dire dans la deuxième période de la maladie, si le malade peut encore marcher, elle dépend du raccourcissement et de la douleur. D'ailleurs, qu'il y ait coxalgie ou non, du moment qu'il existe une douleur, peu importe son siége ou sa cause, la claudication aura lieu; et pour peu que celle-ci existe pendant plusieurs mois, plusieurs semaines même, si les sujets sont dans les conditions que j'ai mentionnées et s'ils continuent à marcher, la colonne vertébrale s'inclinera; alors se manifestera cette disposition vicieuse du bassin, cet allongement d'un membre inférieur, sans maladie de l'articulation coxo-fémorale ou ilio-sacrée. Il est si vrai que la position du malade, que son état d'action ou de repos peuvent changer le résultat, que tous les symptômes peuvent disparaître au bout de quelques semaines, si le malade dans cette circonstance garde le lit et la position horizontale; excepté cependant dans les cas où, la maladie ayant déjà existé depuis long-temps, la forme de ces parties a dû contracter ce nouvel état, et alors cette difformité peut durer toute la vie; mais alors on peut recourir aux moyens mécaniques qu'on emploie dans le traitement de toutes les espèces de déformations de la colonne épinière.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers réunis de février et mars contiennent : 1° la suite de *l'essai sur les causes qui ont retardé les progrès de la réforme rasorienne*, par Freschi; 2° *lettre sur deux préparations anatomiques exposées dans la séance publique de l'athénée de Brescia, le 20 août* 1834, par Uberti; l'une est une représentation en cire de l'oreille interne, à propos de laquelle l'auteur se livre à quelques recherches sur l'art de modeler en cire; l'autre était un anévrisme de l'aorte thoracique, dont il raconte l'histoire; 3° *observations pratiques sur la jaunisse*, par Porri; 4° *observations théoriques et pratiques sur la cataracte choroïdienne*, par Bancalari; 5° *revue clinique de l'école de chirurgie pratique de Padoue pendant les années* 183n *à* 1833, par Signoroni; premier article; 6° *floraison d'un agave fetida dans le jardin botanique de Ferrare en* 1834, par Colla; 7° *lettre au professeur H. Weber, pour répondre à quelques observations critiques du docteur Baër sur l'ouvrage de Rusconi touchant le développement de la grenouille commune*, par Rusconi; 8° *histoire de trois opérations de lithotripsie faites à Milan*, par le docteur Colliex.

NOUVEAU MOYEN POUR GUÉRIR LA JAUNISSE, AVEC DES OBSERVATIONS, par le docteur Gius. PORRI, medico-condotto à Seregno (1).

Cette médication nouvelle a quelque chose de si étrange qu'il faut bien tous les faits cités en sa faveur pour admettre qu'elle a quelque valeur, et que probablement plusieurs de nos lecteurs en révoqueront encore l'efficacité en doute. Toutefois, comme elle est à la fois simple, inoffensive, et que les effets qu'on lui attribue sont aussi subits que prodigieux, nous espérons que quelques praticiens observateurs ne répugneront point à l'essayer; si elle a les succès qu'on annonce, ce serait certainement l'une des plus merveilleuses conquêtes de la thérapeutique. Nous laisserons parler l'auteur.

« Je traitais, dit-il, au commencement de 183n, une jaunisse opiniâtre chez une jeune fille de Seregno âgée de 14 ans. En causant de cette affection avec le directeur de l'hôpital de Desin, j'appris de lui qu'il avait nombre de fois employé avec le plus grand succès le moyen suivant.

Il prenait une ou deux pastèques sauvages (*cocumeri asinini*); il en exprimait le suc, qu'il mêlait à une égale quantité de lait de femme. Il faisait flairer avec force ce liquide par le malade, de manière à en attirer une portion dans les narines. En continuant à flairer ainsi avec force, il survenait, me dit-il, de forts éternuemens, et en même temps un écoulement de matières jaunes verdâtres, et la jaunisse disparaissait en peu de temps. Si elle ne cédait pas le jour même, on répétait l'opération le lendemain matin, et cela suffisait pour la guérison.

OBS. I. — Je me résolus à essayer aussitôt cette méthode sur ma malade, Maddalena Silva di Gio. Ammasia Locatelli, demeurant à Seregno, n. 139, âgée de 14 ans. Je me servis de deux des fruits indiqués dont je mêlai le suc avec un peu de lait que me fournit la mère de la malade même, qui allaitait en ce moment. J'assistai en personne à l'opération que je fis exécuter de la manière suivante :

Je plongeais un doigt dans le liquide, et le plaçant sous les narines de la malade, je le lui faisais attirer par de fortes inspirations répétées toujours la bouche fermée. Je continuai pendant un quart d'heure environ, ne voyant survenir aucun éternuement. La nuit s'approchait; je laissai la malade que je revis le lendemain matin. J'appris alors et de la malade et de sa mère, que toute la nuit la jeune fille avait été incommodée d'un prurit dans le nez; ce prurit avait amené des éternuemens répétés suivis d'un écoulement continu de matière verdâtre et jaunâtre; et de fait la jeune fille se présenta à moi la peau presque complétement revenue à la couleur naturelle. Il ne restait qu'une petite teinte fort légère, qui disparut en deux jours sans qu'il fût besoin de recourir à aucun autre traitement.

Je ne dois pas omettre que dans le même espace de temps les urines qui étaient jaunes et comme noirâtres revinrent à leur état naturel; que l'appétit qui manquait reparut; en somme la malade se rétablit parfaitement et d'une manière stable; car depuis 1830 jusqu'à ce jour (février 1835), elle n'a éprouvé aucune maladie ni aucune incommodité.

OBS. II. — Le 26 novembre 1822, je fus appelé près d'un nommé Orto Giovanni Domenico, paysan, demeurant à Seregno, n. 18, âgé de 26 ans, robuste et bien nourri, qui depuis nombre d'années n'avait jamais été malade. Il présentait une couleur jaune générale à la peau, les yeux également teints en jaune; l'urine presque noire, les matières fécales cendrées, de l'inappétence, du dégoût, et un état bilieux au plus haut degré. On n'observait cependant ni dureté, ni douleur en aucune partie de la poitrine ni de l'abdomen, ni aucun symptôme local quelconque; et quant à la cause de cette maladie, il n'en savait rien dire, sinon qu'il s'était mis fréquemment dans de furieuses colères pour des choses même de peu d'importance; ce qui paraissait plutôt un effet de l'imminence de la jaunisse que sa cause.

Comme je n'avais pas de pastèques sous la main, je prescrivis pour le moment une prise de rhubarbe en poudre; et le 28 novembre je lui fis flairer à la manière indiquée le suc de deux pastèques mêlé avec égale quantité de lait de femme. Cela détermina un écoulement très-abondant de matières jaunes-verdâtres qui continua tout le reste de la journée et toute la nuit suivante. Le 29 au matin, le liquide n'ayant pas été tout employé, et la jaunisse ayant seulement diminué, je fis répéter l'opération; et de même encore le 30, toujours avec un écoulement très-abondant de matières jaunes-verdâtres. Le 3 décembre les urines se rétablirent; les selles revinrent à l'état normal, et toute trace de jaunisse avait disparu.

Il est bon de noter que, comme l'emploi répété du liquide inspiré avait déterminé une forte irritation dans les narines, on la fit cesser à l'aide d'ablutions fréquentes avec l'eau fraîche, répétées durant deux jours.

En juin 1833, j'eus à traiter une jeune fille de 18 ans, également de Seregno, avec la même méthode et le même résultat. Comme l'observation ne présenta rien de plus que ce qu'on a lu dans les deux histoires précédentes, il est inutile d'entrer dans de plus longs détails.

Ici je devrais sans doute dire quelque chose du mode d'agir des pastèques sauvages, et comment la stimulation de la muqueuse nasale peut réagir par sympathie sur les nerfs du foie. Mais outre que le temps me manquerait, je me suis décidé à raconter les faits dans toute leur pureté, laissant à chacun à les expliquer à sa manière. J'ajouterai seulement que j'ai eu depuis lors deux autres cas tout semblables avec un résultat également heureux et prompt. »

OBSERVATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR LA CATARACTE CHOROÏDIENNE, par le docteur Stephann BANCALARI, de Chiavari.

L'histoire de la cataracte choroïdienne est encore environnée d'une grande obscurité. Beaucoup d'oculistes en ont parlé d'une manière fort inexacte, bien qu'elle ne soit pas rare à rencontrer dans la pratique; nombre d'autres en font à peine mention. Quelques-uns pensent qu'elle dépend du prolongement des vaisseaux de la choroïde sur la capsule cristalline. Fabini n'admet aucune opinion sur ce point. Helling veut qu'elle se forme comme toutes les autres espèces de cataracte. Philippe

(1) Les *medici condotti* sont en Italie à peu près ce que sont les médecins cantonaux dans plusieurs de nos départemens.

Walther l'attribue à l'inflammation de la cristalloïde et du cristallin; et Beer croit, avec Schmidt, que par l'effet d'une action traumatique exercée sur le globe de l'œil, il se sépare une portion du pigment noir, lequel devient adhérent à la capsule cristalline et donne origine à la cataracte choroïdienne. Les faits suivans, observés par le docteur Bancalari dans sa pratique, jettent quelque jour sur ce sujet.

Obs. I. — Maria Bianchi, âgé de 73 ans, de faible constitution, était affectée depuis plusieurs années de cataracte aux deux yeux; mais l'œil droit n'était pas opérable à cause d'une ancienne maladie de la cornée. Jamais elle n'avait reçu de coup sur l'œil ni sur la tête; la cécité était venue lentement avec les symptômes d'une cataracte ordinaire. La pupille gauche notablement rétrécie exécutait les mouvemens avec lenteur, mais avec régularité. L'iris était de couleur brune, et la malade jouissait d'une très-vive perception de la lumière. La pupille, surtout quand elle était dilatée au moyen de l'extrait de belladone, laissait apercevoir en arrière une tache de couleur blanche cendrée, entrecoupée à courts intervalles de plusieurs petits vaisseaux de couleur sombre qui s'entrelaçaient de diverses manières sur la surface antérieure de la capsule du crystallin devenu opaque, et donnaient un aspect marbré, arborescent à la cataracte. Celle-ci était d'un assez gros volume, et faisait saillie en avant.

D'abord le chirurgien eut l'idée d'essayer la méthode de Bead et de Pott, remise en honneur par Adams, c'est-à-dire de déchirer avec l'aiguille la capsule et ses vaisseaux et de laisser le reste à l'absorption. Mais la difficulté d'obtenir l'absorption du crystallin laissé en place le fit changer d'avis, et lui fit préférer la dépression latérale de Celse avec l'aiguille droite lancéolée; l'opération fut pratiquée le 1er décembre 1833. L'aiguille introduite par la sclérotique à une ligne et demie de la cornée, un peu au-dessous de son diamètre transverse, fut portée dans l'humeur vitrée derrière le crystallin, retirée un peu, puis glissée entre la circonference de la capsule et les procès ciliaires dans la chambre postérieure; et alors en passant sur la partie antérieure de la cataracte avec une des faces de l'aiguille, l'opérateur déprima un peu le cristallin perpendiculairement. Cela fait, les bords tranchans de l'aiguille furent ramenés dans une position transversale; et les vaisseaux de la capsule ayant été divisés à plusieurs reprises, la cataracte qui était dure fut abaissée et conduite à la partie inférieure et externe du fond de l'œil. Enfin l'aiguille revint vers la pupille pour déchirer une portion triangulaire de la capsule opaque qui adhérait à la zone ciliaire; et cette portion détachée de ses adhérences fut portée à travers la pupille dans la chambre antérieure.

Nul accident ne suivit. Huit jours après on découvrit l'œil; ce lambeau de membrane était déjà en grande partie dissons; le quarantième jour la malade put reprendre ses occupations, et un an après la guerison ne s'était point démentie.

Cette observation montre clairement que la cataracte choroïdienne ne dépendait point ici du déplacement de quelques fragmens du pigment noir, selon les vues de Beer. En effet, 1° ces fragmens de pigment auraient présenté un aspect membraniforme, et non de vaisseaux serpentant sur la capsule; 2° la pupille dilatée avec la belladone et observée au microscope, on voyait ces petits vaisseaux naître manifestement de la capsule, serpenter par-dessus, s'enfoncer dans son épaisseur, et se subdiviser de manière à former à sa surface un réseau extrêmement ténu; 3° il n'y avait eu aucune violence extérieure capable de détacher le pigment de l'uvée ou de la choroïde; 4° si ces petits vaisseaux avaient été des flocons de pigment détachés et unis à la capsule, ils auraient dû se dissoudre dans l'humeur aqueuse avec laquelle ils avaient été si long-temps en contact avant l'opération, comme s'y est dissoute la portion de capsule qu'on y laissa après la dépression de la cataracte.

L'auteur ne nie pas du reste, malgré les doutes élevés par Walther, qu'une forte lésion extérieure ne puisse détacher quelques flocons du pigment; les observations qui suivent démontrent la possibilité du fait; mais il ne pense pas que cet accident puisse donner lieu à la cataracte choroïdienne.

Obs. II.—N. de Chiavari reçut vers l'orbite un coup de pistolet chargé de gros plomb; quelques grains de plomb pénétrèrent profondément dans l'orbite sans blesser l'œil. La commotion de cet organe fut très-considérable, et produisit le décollement de l'iris et du ligament ciliaire dans un espace de deux lignes de leur circonférence. Quelques jours après, l'ophthalmie qui suivit ayant été apaisée par des saignées générales, on aperçut derrière la pupille quelques petites portions de pigment noir adhérentes à la crystalloïde qui avait subi une légère opacité. La pupille dans l'espace d'un mois devint filiforme; deux semaines suffirent pour dissoudre ces portions de pigment; mais la vue resta trouble, bien que le crystallin et sa capsule eussent recouvré leur transparence naturelle.

J'ai vu, poursuit l'auteur, arriver un semblable décollement du pigment chez un individu affecté de cataracte qu'on opéra par abaissement; dans les divers mouvemens de l'aiguille droite lancéolée pour déprimer le cristallin, l'uvée fut atteinte, et il resta en place une portion de capsule qui devint opaque et constitua une cataracte membraneuse secondaire, à laquelle se fixèrent quelques portions du pigment détaché; mais dans le cours de douze jours, ces feuillets membraniformes disparurent, et la capsule ayant été déchirée et broyée par une nouvelle opération, le malade recouvra la vue à un notable degré.

Ainsi le pigment peut bien se détacher par portions et adhérer à la capsule cristalline; mais il faut pour cela une violence extérieure, et ces portions détachées se dissolvent et sont absorbées spontanément; c'est donc une affection toute différente de la cataracte choroïdienne, qui naît sans cause extérieure et ne cède jamais qu'à une opération. Cette cataracte est formée par la dilatation des vaisseaux de la capsule antérieure du cristallin, et devrait plutôt porter le nom de cataracte *capsulo-variqueuse* ou *lenti-capsulo-variqueuse*, selon ses variétés. Ce mode de formation pourrait d'ailleurs fournir un argument à ceux qui, avec Walther, pensent que la cataracte en général est due à un travail phlogistique lent et clandestin.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Anévrisme traumatique de l'artère fémorale primitive guéri par l'opération, par Fr. Petrunti, professeur de clinique chirurgicale, etc.

Obs. — Raffaele Castaldi, âgé de 37 ans, reçut, au mois de juillet 1824, un coup de stylet à la face externe et supérieure de la cuisse gauche, et l'hémorragie fut si forte, que le docteur Ciaramella soupçonna une lésion de quelque artère principale. On tenta la réunion par première intention; mais au bout de huit jours il apparut du côté opposé à la plaie une petite tumeur avec de vifs battemens; le médecin se borna toutefois au soin de la plaie, qui suppura et se cicatrisa en un mois et quelques jours. Cependant la tumeur grossit et fut reconnue pour un anevrisme. Le patient vint à Naples; les uns voulaient établir la compression sur l'artère fémorale; mais d'autres, pensant que l'anévrisme était trop récent et que l'interruption de la circulation dans une artère si importante compromettrait la vie du membre, proposèrent le traitement de Valsalva et l'application de la glace et des astringens sur la tumeur. Le malade supporta ce second traitement chez lui jusqu'en décembre sans aucun succès, il revint à Naples, où il le continua avec plus de rigueur encore; enfin ces applications ayant produit sur la tumeur une escarre gangréneuse profonde et étendue, il fallut panser la plaie qui en résulta; et après la cautérisation l'anévrisme resta plus petit, dur et sans pulsations. Il retourna de nouveau chez lui et reprit encore le traitement; la diète lactée, la digitale pourprée, mais en se bornant aux seuls astringens sur la tumeur. Enfin au bout d'un an, se voyant quasi guéri, il abandonna tout, comprimant seulement sa tumeur avec une forte plaque de cuir; et six mois après, il reprit tous ses exercices ordinaires, allant à cheval, chassant, s'exposant à toutes les fatigues, à toutes les vicissitudes atmosphériques, usant de tous les alimens et de toutes liqueurs, en un mot abusant de la vie, et il alla ainsi durant onze ans.

En janvier 1834, voulant soulever un lourd fardeau, il ressentit une sorte de craquement dans la tumeur, qui devint à l'instant plus volumineuse et pulsative. Vingt jours après elle occupait presque tout le membre; la neige et les astringens joints au traitement de Valsalva furent employés de nouveau; enfin le 21 février, il consulta M. Petrunti, qui, après quelques saignées nouvelles nécessitées par l'état du pouls, jugea l'opération urgente, attendu qu'il ne se trouvait plus qu'un très-étroit espace entre la tumeur et le ligament de Poupart, et M. Santoro fut du même avis.

La tumeur était très-saillante, et s'étendait d'un pouce au-dessous du ligament de Poupart jusqu'au quart inférieur de la cuisse; mais tout le membre était infiltré de sérosité et de sang. L'artère fut liée immédiatement au-dessous de l'arcade crurale avec un lien composé de cinq fils. Le membre ne se refroidit nullement. La plaie alla bien d'abord; le 15e jour on enleva la ligature, et le 30e la plaie n'avait plus que quatre à cinq lignes.

Tout à coup, dans la nuit du 31e jour, violente hémorrhagie qu'on arrêta par la compression et le pansement avec l'eau artérielle de Magale; le quatrième jour on la relâcha un peu; mais cinq jours après nouvelle hémorrhagie qui se reproduisit le même soir avec plus de violence, et encore dans la nuit; il suffisait d'un léger dérangement dans la main des élèves qui comprimaient l'iliaque externe pour la voir se renouveler; en sorte que l'operateur fut obligé d'appliquer au-dessus du ligament de Poupart, un tourniquet qu'on serrait plus ou moins suivant le besoin. Il resta en place jusqu'au 6 mai; on s'aperçut alors qu'il avait produit une escarre gangréneuse assez profonde, qui laissa une plaie assez lente à guérir. Le 15 et le 16 mai, il y eut encore une légère transsudation de sang qu'on arrêta avec l'eau styptique; et le 27 du même mois, trois mois après l'opération, la plaie fut entièrement cicatrisée et la tumeur très-diminuée; mais le malade avait été tellement affaibli par les hémorrhagies qu'il fut obligé de garder encore deux mois le lit.

Le professeur Petrunti joint à son observation quelques remarques intéressantes. Ce cas est un de ceux qui prouvent le mieux la vérité de cette sentence portée par J. Bell, qu'*une artère blessée est une artère perdue*. La plaie peut être fermée par un caillot de sang qui peut même s'organiser; mais la cicatrice n'est jamais solide; ou certainement elle aurait dû l'être chez ce sujet qui, depuis douze ans, semblait guéri de son anévrisme. De là résulte qu'en médecine légale un chirurgien ne saurait affirmer d'une manière absolue la guérison radicale d'une plaie d'artère, puisqu'un simple effort, même après si longtemps, peut la rouvrir et mettre en danger la vie du malade.

L'application de la glace avait ici réussi; elle est loin d'avoir toujours d'aussi bons résultats. M. Petrunti cite le cas d'un certain Noli, de Caserte, chez lequel l'application de la glace et des astringens détermina la gangrène de l'anévrisme et une hémorrhagie mortelle. Il se loue beaucoup du tourniquet employé contre les hémorrhagies; et en effet le tourniquet a sauvé son malade; mais ne vaudrait-il pas mieux rechercher les moyens de donner à la ligature la solidité qui lui manque, et ces moyens une fois trouvés, de les mettre en pratique; et n'y

a-t-il pas lieu de regretter que les chirurgiens aient tant négligé jusqu'à ce jour la méthode des *mâchures* de M. Amussat?

III. OSSERVATORE MEDICO.

MÉMOIRE SUR LA MORT DU FOETUS DANS LES PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE, L'UTÉRUS CONSERVANT LE PRODUIT DE LA CONCEPTION; lu à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, le 29 novembre 1834; par le chev. GENNARO GALBIATI.

On lira avec d'autant plus d'intérêt le mémoire suivant que la discussion toute récente qui a eu lieu à l'Académie de médecine (Voyez plus bas) sur un sujet analogue, l'a mis pour ainsi dire à l'ordre du jour.

Que dans les derniers mois de la vraie grossesse utérine le fœtus, cessant de vivre par une cause quelconque, puisse rester plusieurs semaines et même plusieurs mois dans l'utérus, c'est une chose qui a été assez souvent observée (1). Mais on n'a pas aussi bien étudié les cas dans lesquels, le fœtus étant mort dans les premiers mois, l'utérus garde cependant un certain temps le produit de la conception; on n'a guère vu là que des aberrations de la nature, sans chercher à indiquer des signes pour constater cet état et des indications pour le traiter.

OBS. I. — La marquise de M..., mère de plusieurs enfans, eut il y a quelques années des indices de grossesse. Je l'examinai au troisième mois, et crus pouvoir en affirmer la réalité. A cette époque, par suite d'une cause morale, des traces de sang se montrèrent aux parties génitales, et ensuite d'autres signes d'un avortement imminent. Des moyens opportuns empêchèrent l'avortement, et la dame en fut quitte pour un lég r écoulement de sang durant environ dix jours.

Je l'examinai de nouveau au quatrième mois. L'utérus ne présentait pas plus de volume que la première fois, ce qui me fit dire que la grossesse devenait douteuse. Rien de nouveau n'eut lieu durant le cinquième mois. Au sixième, nouvel écoulement de sang modéré pendant cinq ou six jours; l'utérus avait un volume égal à celui du mois précédent et moindre que celui que j'avais trouvé au troisième mois.

Au septième mois, nouvelle apparition de l'écoulement sanguin, mais plus abondant et accompagné de douleurs qui, deux jours après, procurèrent l'expulsion d'un corps charnu, frais, organisé, offrant une cavité intérieure dans laquelle se trouvait un fœtus desséché et atrophié comme s'il avait été plongé dans l'alcool, et qui semblait âgé d'un peu plus de deux mois. Le corps charnu était formé par les membranes et le placenta, celui-ci peu visible et distinct comme dans les premiers temps de la grossesse; les membranes étaient plus épaisses qu'à l'ordinaire, et l'on remarquait surtout la caduque de Hunter, qui était pulpeuse, vasculaire et villeuse (*sfrangiata*).

Après la sortie de ce corps, l'écoulement et les douleurs se modérèrent pour quelques jours; mais après, ces deux symptômes augmentèrent; les douleurs étaient incessantes, les pertes continuelles, et l'on craignit que le col utérin ne se convertit en fongosités. Ce ne fut qu'au bout d'un an de douleurs et d'hémorrhagies, qu'à l'aide de doses élevées de ciguë, de la teinture de gaïac dans l'eau de chaux, et d'injections astringentes, la malade put se remettre parfaitement, devenir enceinte de nouveau, et accoucher heureusement d'une fille qui vit encore aujourd'hui.

OBS. II. — La femme du chevalier M..., mère de plusieurs enfans, se présumait enceinte pour la troisième fois. A la fin du troisième mois je l'examinai, et trouvant l'utérus développé jusqu'au volume d'une orange moyenne, et commençant, comme dans le cas précédent, à dépasser les pubis, je l'assurai de la réalité de sa grossesse.

A cette époque, elle tomba de voiture; l'utérus s'entr'ouvrit et laissa écouler un peu de sang, mais sans douleur. On redoutait l'avortement; mais le repos, la saignée, les boissons rafraîchissantes et prises à une basse température, rétablirent la santé au bout d'une semaine, et tout alla bien jusqu'au cinquième mois, le ventre s'élevant peu à peu, et d'une manière sensible.

Au sixième mois, sans cause connue, l'utérus s'ouvrit de nouveau pendant cinq ou six jours, et laissa encore écouler du sang. Je la touchai, et reconnaissant que l'utérus, loin d'avoir le volume ordinaire à six mois de grossesse, n'avait même plus celui que j'avais trouvé à la fin du troisième mois, j'affirmai qu'il n'y avait plus de grossesse, ou que du moins elle n'avait point fait de progrès; assertion qui parut un paradoxe à la famille et au médecin assistant.

Au septième mois, nouvel écoulement de sang égal en quantité et en durée aux précédens; au toucher je me convainquis de nouveau que l'utérus n'avait plus de développement sensible et conséquemment qu'il n'y avait plus de grossesse.

On était dans le cours du huitième mois, et la dame, suivant mes conseils, avait repris le régime de vivre qui lui avait été défendu par d'autres médecins, par crainte d'avortement; lorsqu'un jour qu'elle avait un peu trop usé de la permission, l'utérus s'ouvrit et une perte eut lieu, par suite de laquelle fut expulsé un fœtus desséché paraissant âgé de trois mois, enfermé dans une enveloppe charnue, fraîche, formée des membranes du fœtus qui offraient une épaisseur double de l'ordinaire, et principalement par la caduque de Hunter qui était charnue et villeuse.

La dame ne tarda pas à se rétablir; elle fut mise à l'usage des ferrugineux, et depuis elle a eu d'autres grossesses régulières qu'elle a portées jusqu'à terme.

(1) L'*Osservatore medico* a rapporté un cas dans lequel le fœtus avait été gardé ainsi onze mois; en 1827, il en avait cité un autre où le fœtus était resté onze ans dans la matrice; et enfin il rappelle un fait bien plus curieux encore, d'une femme qui depuis 54 ans se croyait enceinte, et à l'autopsie de laquelle on trouva en effet un fœtus dans l'utérus.

OBS. III. — La marchesina G., jeune, de tempérament nerveux irritable, après son mariage avait beaucoup souffert de maux de nerfs; elle en était guérie lorsqu'elle eut pour la première fois des symptômes de grossesse, dans l'été de 1834. Depuis deux mois elle ne voyait plus ses règles, lorsqu'elle fut subitement assaillie par une sensation très-pénible dans l'oreille droite, comme si une mouche y était entrée; et cette sensation s'accrut à tel point, que la malade eut du délire; rien ne put la calmer que des saignées très copieuses; et cette affection singulière se reproduisit durant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'enfin elle se dissipât d'elle-même.

J'examinai cette dame un peu avant la fin du troisième mois; et trouvant l'utérus assez développé, bien qu'il n'atteignît pas encore le niveau des pubis, je n'hésitai pas à affirmer l'existence de la grossesse. Le ventre continua à s'élever durant le quatrième et le cinquième mois. Au sixième mois, sans cause suffisante, il y eut pendant quatre à cinq jours des traces d'écoulement sanguin. A l'examen je trouvai que l'utérus, loin d'avoir accru son volume, était même au dessous de celui que j'avais observé à la fin du troisième mois. Dès lors je prononçai que la grossesse n'avait plus fait de progrès; et attendu une certaine tension avec sensibilité du ventre, je prescrivis un bain chaque jour, d'autant plus que la saison était très-chaude.

Au septième mois d'autres traces de sang s'étant manifestées avec douleurs et tension du ventre, j'explorai et m'assurai de plus en plus qu'il n'y avait plus de signes de grossesse. Les douleurs croissant toujours, je fis répéter plusieurs fois le bain, ce qui amena l'expulsion d'un corps charnu contenant dans son intérieur un petit fœtus de la grandeur du fruit d'une amande, conséquemment ayant moins de trois mois, un peu macéré, mais qui avait encore conservé le cordon ombilical. Les membranes qui constituaient son enveloppe charnue avaient une épaisseur plus que double de celle qu'elles ont d'ordinaire à cette époque de la grossesse; et la caduque de Hunter paraissait en former la majeure partie.

Peu de jours après la dame était revenue en parfaite santé; on la mit à l'usage des ferrugineux, et actuellement elle est de nouveau enceinte, et la grossesse marche avec régularité.

Dans tous ces cas, poursuit l'auteur, la grossesse a existé dans son intégrité durant un certain temps; puis le fœtus est mort, et ses membranes ont continué de vivre; mais elles ont cessé de prendre de l'accroissement. Cela est démontré par la diminution du volume de l'utérus à partir de la mort du fœtus.

Le fœtus étant donc mort et la grossesse détruite, après quelques semaines ou quelques mois de silence de la part de l'utérus, cet organe commence à s'entr'ouvrir, et la menstruation à reparaître; ce qui tient à ce que les membranes commenceut à se détacher. Le sang apporté par la pléthore mensuelle ne pouvant être consommé par l'utérus et les membranes qui ne peuvent plus s'accroître, s'échappe à l'extérieur; et j'ai toujours vu que l'écoulement est moins copieux que dans la menstruation ordinaire, attendu que la surface interne de l'utérus qui le laisse transsuder est en grande partie occupée par l'adhérence de l'œuf. Par la même raison l'utérus ne peut donc se décharger complètement de ce sang surabondant; de là l'engorgement de ses vaisseaux et les maladies qui peuvent en être la suite, comme on en a vu un exemple dans la première observation.

Cette destruction de la grossesse ne doit pas être une chose bien rare : nous l'avons notée avec précision trois fois. Il est possible qu'auparavant elle ait passé d'autres fois sous nos yeux sans que nous l'ayions aperçue. Qui sait combien de fois on l'aura confondue avec une fausse grossesse, avec l'avortement d'une grossesse récente et irrégulière? combien de fois elle aura servi à mortifier des médecins qui avaient cru pouvoir affirmer la présence d'une grossesse, et qui auront cru s'être trompés! Enfin elle a probablement été souvent la source ignorée de maladies utérines très-graves, comme dans notre première observation.

Jusqu'ici les faits semblables reconnus, après l'événement, ont été à peu près perdus pour la science, à qui ils ne fournissaient aucun moyen de les reconnaître dès le début. Ainsi M. Lobstein rapporte le cas d'une femme qui, à six mois, expulsa un œuf entier sans fœtus; on présuma que celui-ci avait été rejeté à trois mois, durant un léger écoulement sanguin. Cet œuf ou ces membranes avaient une épaisseur plus que double de l'état ordinaire. Quel fruit tirer d'une semblable observation? On conçoit cependant de quel avantage serait un diagnostic précis qui ferait distinguer cette affection des fausses grossesses, de la pléthore menstruelle, et des autres maladies de l'utérus.

Quand sur la fin du troisième mois de la conception, outre les signes équivoques de la grossesse, on aura constaté que l'utérus a acquis le volume d'une orange moyenne, et qu'il commence à dépasser les pubis; quand, après quelque cause capable d'influer sur la grossesse, l'utérus s'entr'ouvre et laisse couler des traces de sang plus ou moins abondantes; lorsque néanmoins on n'a vu sortir aucun germe ni rien qui en ait l'apparence; quand ensuite l'utérus reste en silence plusieurs mois, ou, plus fréquemment, quand les règles viennent à leur époque, mais toujours moins abondantes que de coutume; lorsqu'enfin l'utérus, examiné après quelques mois, se trouvera d'un volume moindre qu'il n'était au troisième mois, il y aura destruction de la grossesse et rétention de l'œuf dans l'utérus. Il n'y a pas long-temps qu'appuyé sur l'autorité de ces symptômes, je n'ai pas hésité à pronostiquer à madame M.

qu'elle portait dans son sein une grossesse détruite. J'attends le résultat de ce pronostic.

Il faut toutefois être assuré que le volume de l'utérus à la fin du troisième mois, qui forme pour nous le signe le plus sûr de la grossesse, dépend uniquement et réellement d'une grossesse véritable et non d'une autre cause morbide ; mais un praticien ne s'y trompera point ; l'augmentation de volume de l'utérus par cause morbide a des signes propres et distincts de ceux de la grossesse, et qu'il est inutile de rappeler ici.

Le diagnostic bien formé, l'art doit chercher à délivrer l'utérus d'un hôte incommode à la fois et dangereux.

Pour obtenir cette expulsion, le bain général tiède nous a paru le moyen le meilleur et le plus inoffensif. Les emménagogues échauffans sont ici suspects ; en déterminant un afflux de sang trop considérable vers l'utérus, ils pourraient amener une grave hémorrhagie. Les martiaux nous paraissent plus utiles, surtout en les unissant à quelques amers, pour exciter la vitalité de l'estomac et des viscères, et en y joignant un régime régulier et un exercice modéré, selon les forces du sujet.

Quand l'expulsion a eu lieu, quand la courte fièvre puerpérale qui en est la suite est terminée, quand il n'y a à soupçonner l'existence d'aucun virus, nous avons prescrit un traitement ferrugineux efficace, afin de détruire l'habitude morbide que l'utérus contracte facilement, et qui pourrait reproduire le désordre ; et si les circonstances sont favorables, nous usons des bains d'eaux minérales thermales. Toute maladie consécutive de la matrice requerrait d'ailleurs un traitement approprié.

PROCÉDÉ POUR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE, par M. NUNZIANTE IPPOLITO.

Deux cas d'anévrisme de l'artère vertébrale qui ont été observées en peu de temps à l'hôpital des Incurables de Naples, ont donné l'idée à M. Ippolito de chercher un procédé pour lier cette artère ; le voici en peu de mots.

Après avoir reconnu l'espace triangulaire formée par la veine jugulaire externe, par le bord postérieur du sterno-mastoïdien et par le bord supérieur de la clavicule, on fait à la peau une incision perpendiculaire du sommet à la base de ce triangle, dans une étendue qui ne doit pas dépasser deux pouces ; on pénètre avec ménagement dans cette direction, et en se dirigeant toujours vers le bord interne du muscle scalène antérieur ; et on rencontre facilement l'artère sans léser aucun filet nerveux.

DE L'EMPLOI DE L'ANTIMOINE CRU A L'INTÉRIEUR DANS LE TRAITEMENT DES ULCÈRES CANCÉREUX, par le docteur Raffaele POLESE, de Venosa.

En 1820, M. Ronchi communiqua à l'Académie médico-chirurgicale de Naples l'observation intéressante d'un ulcère cancéreux traité avec succès par l'usage interne de l'antimoine. Voici un nouvel exemple de guérison obtenue par la même médication.

OBS. — Giuseppe Savino, âgé d'environ 65 ans ; tempérament sanguin, de robuste complexion, ressentit en juin 1830 une douleur lancinante à la lèvre inférieure, au voisinage de la commissure gauche, accompagnée d'un prurit considérable et d'une chaleur mordicante. Quelques jours après il survint en cet endroit une phlyctène, qui s'ouvrit les jours suivans, et donna lieu à un ulcère à fond lardacé, à bords calleux, qui ne fit que s'élargir et se creuser de plus en plus. Il y eut de la fièvre ; et les douleurs lancinantes revenaient à diverses heures de la journée, et s'exaspéraient toutes les fois qu'il buvait du vin ou des liqueurs fortes.

On toucha d'abord cet ulcère avec le nitrate d'argent, puis avec le beurre d'antimoine, avec l'eau de Desault et d'autres escarrotiques, mais sans succès ; il ne faisait que s'irriter et s'accroître. On prescrivit à l'intérieur les décoctions de salsepareille et des bois sudorifiques, le rob antisyphilitique, le tout aussi infructueusement ; et l'individu commençait à s'épuiser, lorsque le docteur Polese fut consulté, huit mois environ après le début de la maladie.

Après avoir bien purgé le malade pour dissiper un léger embarras gastrique, il le soumit à une dose élevée d'antimoine cru uni à l'extrait de ciguë, en commençant par dix grains d'antimoine et un demi *acino* (1) d'extrait. Après cinq jours, il augmenta de cinq grains la dose d'antimoine, et d'un demi-acino celle d'extrait de ciguë ; et il arriva ainsi par degré à élever la dose du premier à un gros et celle du second à 5 grains. Au bout de dix jours de ce traitement, la fièvre s'apaisa ; l'aspect de l'ulcère était notablement changé ; il offrait un fond presque de bonne nature, et ne faisait plus de progrès. Cette amélioration se soutint et s'accrut, et au bout de trois mois, la plaie s'était parfaitement cicatrisée, sans le secours d'aucun topique, si ce n'est un morceau de peau de chamois trempée dans du vin, la seule chose qu'il pût supporter. Le traitement fut toutefois continué durant l'espace de six mois, en diminuant peu à peu la dose du remède ; et de fait, une fois l'ulcère guéri, la tolérance avait diminué.

Cette guérison s'est soutenue depuis quatre ans, et aujourd'hui encore l'individu jouit d'une florissante santé.

(1) L'*acino*, *pépin*, est une mesure italienne valant un peu moins qu'un grain. L'extrait de ciguë se prépare à Venosa en faisant dessécher au soleil le suc exprimé de la plante ; il est alors extrêmement actif.

Il resterait maintenant à dire quelle est la valeur de cette observation. Si elle était isolée, apportée par un praticien inconnu, la critique se donnerait beau jeu en la rejetant comme peu digne de confiance ; mais c'est la seconde du même genre, et le nom de M. Ronchi, attaché à la première, ne permet pas de la traiter si cavalièrement. Dirons-nous cependant qu'une affection réellement cancéreuse peut être guérie par un traitement interne ? L'assertion serait trop téméraire, surtout pour notre temps. Il est probable seulement que les deux praticiens de Naples ont eu affaire à de ces ulcères qui simulent le cancer, bien que la dissection n'y ait pas montré bien clairement le tissu squirrheux ou encéphaloïde, et qui s'en distinguent surtout par quelque tendance à se cicatriser, et par l'absence de récidives en général. C'est dans ces cas aussi qu'on a pu voir réussir les applications locales, et par exemple dans ces derniers temps la kréosote ; et il serait important de pouvoir distinguer à l'avance parmi ces ulcères si semblables les uns aux autres, quel est l'élément dont l'absence les rend faciles à vaincre et dont la présence fait leur incurabilité.

NOUVEAU MOYEN DE DÉCOUVRIR L'ORIFICE INTERNE DES FISTULES A L'ANUS, par M. RUSPOLI.

M. Ruspoli a communiqué à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, dans sa séance du 23 mai 1835, le fait suivant. Il avait dans sa pratique un individu affecté d'une ancienne fistule complète à l'anus, ce dont on était assuré par cette circonstance, que l'eau injectée par l'orifice externe revenait par l'anus ; et cependant il ne lui avait été possible par aucun moyen de découvrir l'orifice interne. Il imagina d'abandonner au flot de l'injection un long fil, espérant que le liquide l'entraînerait avec lui à travers le trajet fistuleux dans le rectum ; il réussit en effet, et eut le plaisir de voir ressortir par l'anus, avec le liquide, un des bouts du fil injecté, avec lequel il procéda à la ligature de la fistule, qui jusqu'alors avait été impossible.

NOUVELLE MÉTHODE POUR LA CONSERVATION DES CADAVRES, par le docteur TRANCHINA, prosecteur d'anatomie humaine à l'Université royale de Palerme, etc.

Il y a plusieurs mois que les journaux d'Italie avaient annoncé une nouvelle méthode de conserver les cadavres dont ils racontaient des merveilles. Nous n'avions pas cru devoir reproduire ces annonces fastueuses, et qui n'offraient pas un caractère ni des garanties ainsi scientifiques. Les choses se passaient en Sicile, un peu loin du contrôle de la critique ; mais le docteur Tranchina a passé le détroit ; il a soumis les détails de son procédé aux académies de Naples ; il a répété devant de nombreux témoins les essais qui lui avaient si bien réussi, et à part peut-être un peu d'exagération, qui se mêle d'ordinaire aux choses de cette nature, nous pensons qu'on peut ajouter toute créance aux détails qui suivent.

Pendant longtemps l'art de conserver les cadavres a consisté, soit à vider les cavités viscérales et à les remplir de substances antiseptiques, soit à plonger le cadavre même dans un liquide qui devait l'imprégner, selon le but ultérieur qu'on se proposait ; et c'est à cette dernière méthode que se rattache le procédé si simple et si économique de M. Gannal. Berzélius le premier songea à disperser davantage la matière antiseptique, en l'injectant dans les vaisseaux ; mais les expériences qu'il tenta réussirent assez mal ; il ne put conserver le cadavre à l'air que deux jours, après lesquels on fut obligé de vider les viscères ; toutefois la peau et les muscles résistèrent déjà fort longtemps. Ce fut là le point de départ du docteur Tranchina ; ses premiers essais remontent à plus de sept ans ; et le sujet qu'il injecta se conserve encore à Palerme ; mais des maladies graves le forcèrent à interrompre ses travaux ; et ce n'est que depuis deux ans qu'il les a repris.

La série d'idées par laquelle il dit avoir passé est assez singulière. Je fus frappé, dit-il, de la force de stimulus permanent, dont avaient besoin les chairs mortes d'un animal pour se préserver de ce travail chimico-physique, que la mort doit nécessairement amener, savoir la putréfaction. L'arsenic, à raison de son action sur l'économie vivante, principalement sur la peau dénudée d'épiderme, lui parut le plus puissant stimulant possible ; de là à l'employer sur le cadavre, il n'y avait qu'un pas. Autre argument : les parties d'un animal ne se maintiennent vivantes qu'autant qu'elles sont pénétrées par le sang ; dès que ce liquide diminue dans une partie, la gangrène y survient ; donc les parties de

l'animal mort ont besoin d'être aussi pénétrées du liquide antiseptique pour échapper à la putréfaction; et on ne pouvait mieux faire que de suivre jusqu'au bout l'exemple de la nature, en faisant pénétrer par les vaisseaux dans le cadavre ce *sang artificiel*. Si le docteur Tranchina n'eût eu à alléguer que de semblables théories, elles n'auraient probablement pas porté beaucoup de fruit; mais les faits qui vinrent à la suite sont d'une toute autre importance; et ce n'est pas la première fois que des raisonnemens fort contestables ont conduit par hasard à d'utiles inventions.

Son *sang artificiel*, comme il l'appelle, est donc une solution d'arsenic dans l'eau ou dans l'alcool; mais pour plus d'économie, il emploie la solution aqueuse, composée de deux livres d'arsenic réduit en poudre très-fine, colorée avec un peu de cinabre ou de minium, *pour lui donner la couleur du sang*, et dissoute dans vingt livres d'eau de fontaine. L'arsenic n'ayant par lui-même ni couleur ni odeur, et n'étant sujet à aucune altération, pouvant se manier sans danger d'absorption (ceci est sujet à contestation), et enfin coûtant fort peu, convenait d'ailleurs de toute manière. Il choisit pour l'injection l'artère carotide, à raison de son volume, de sa position superficielle, de sa communication directe avec l'aorte; et il préfère la gauche à la droite, parce qu'elle s'abouche presque en ligne directe avec l'aorte descendante, tandis que l'autre fait un angle plus ou moins droit.

La solution préparée, il fait donc une incision verticale d'un pouce et demi pour découvrir cette artère, l'ouvre, y adapte une canule et injecte autant de solution qu'en exige la grandeur du sujet. Dès que le liquide revient par le bout supérieur de l'artère divisée, on le lie; on obture l'arrière-bouche avec un tampon de charpie imbibé du même liquide, afin d'empêcher de refluer au dehors le liquide injecté qui aurait pu s'extravaser; et enfin à l'aide d'un trocart on introduit de la même injection dans la cavité abdominale, autant de fois que la nécessité l'exige, c'est-à-dire quand apparaissent les signes de la putréfaction commençante des intestins. On préfère la solution alcoolique quand on veut conserver longtemps l'état de fraîcheur du cadavre et des parties, et spécialement pour obtenir ce durcissement qui est nécessaire pour les préparations anatomiques. La proportion est alors d'une partie d'arsenic sur douze d'alcool.

Au moyen de cette opération, dit l'auteur, un cadavre se maintient à l'état frais, inodore, flexible et avec la couleur naturelle pendant plus de deux mois; après quoi peu à peu il se dessèche, se durcit, prend une teinte sombre, et se conserve de très-longues années.

Elle peut donc à la fois servir et à la conservation des cadavres entiers qu'elle transforme en momies, et à celle des pièces à disséquer qui résistent deux et trois mois sans se pétrifier ni se ramollir; et enfin toute préparation anatomique peut se conserver fraîche indéfiniment en la maintenant plongée dans le liquide.

Voici maintenant les faits publiés par les divers journaux italiens. Il y a un an que le docteur Tranchina fit l'autopsie à Palerme, devant cinq cents spectateurs, d'un cadavre qu'il avait injecté deux mois et quatre jours auparavant, savoir le 14 mai; l'autopsie fut faite en juin. La *Cérès*, journal sicilien, raconta que toutes les parties tant internes qu'externes n'offraient aucune trace de putréfaction, mais avaient leur couleur naturelle et leur flexibilité comme dans l'état de vie. Le 3 mars de cette année, M. Tranchina injecta deux cadavres à l'hôpital militaire *della Trinita maggiore*, à Naples; l'un de ces sujets était pris d'ascite et d'anasarque, et conséquemment plus disposé à la putréfaction; il fallut même lui lier les parties génitales pour empêcher l'écoulement de la sérosité qui avait déjà commencé à transsuder; et comme il était mort depuis quatre jours, déjà les parois abdominales avaient une couleur livide.

Le 18 mars, on procéda à l'examen de ces sujets. Ils étaient si bien conservés que M. Santoro s'écria qu'ils avaient moins l'air de cadavres que d'hommes endormis; à part les yeux, qui étaient un peu flétris, toutes les parties étaient en très-bon état; le foie, la rate, les reins, la vessie, les intestins étaient intacts, offrant même un tissu plus ferme que de coutume. Le cerveau lui-même était parfaitement conservé. Les veines du bras et du pied ouvertes laissaient écouler un sang non corrompu, un peu décoloré et sentant l'esprit-de-vin. Il paraît que l'injection avait été faite avec la solution alcoolique.

Le *Filiatre* du mois de juin annonce que le Docteur Tranchina, pour prix de la publicité donnée à son procédé, a reçu du gouvernement napolitain, la croix de chevalier de l'ordre royal du mérite civil de François Ier, un avancement dans son grade de pharmacien militaire, et une récompense pécuniaire de 5000 ducats.

S'il nous fallait maintenant apprécier cette méthode, nous dirions qu'elle nous paraît l'emporter surtout sur les autres, parce qu'elle met toutes les fibres en plus parfait contact avec le liquide antiseptique, quel qu'il soit; déjà, en effet, on annonce que le docteur Prudente, de Naples, a obtenu des résultats tout semblables avec une simple injection d'esprit-de-vin; et nous engageons les anatomistes à essayer ces injections avec les solutions économiques déjà employées comme liquide immergeant, et particulièrement avec celle de M. Gannal.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 AOUT.

Le conseil municipal de Montbelliard annonce à l'Académie, par l'organe de son secrétaire, que l'inauguration de la statue qui doit être élevée à Cuvier dans sa ville natale, aura lieu le 23 août prochain, anniversaire de la naissance du grand naturaliste. Le conseil municipal attacherait un grand prix à voir l'Académie des sciences représentée dans cette solennité par quelques-uns de ses membres.

— M. Fleurian de Bellevue adresse dans une lettre des réflexions sur la diminution qui s'observe depuis dix ans dans les sources du Poitou. Cette diminution a été rapportée à diverses causes dont l'auteur de la lettre s'efforce de prouver l'insuffisance; la véritable, suivant lui, consiste dans la diminution qui a eu lieu depuis la même époque à peu près dans la quantité de l'eau qui tombe annuellement sous forme de pluie.

Quelques membres paraissent révoquer le dernier fait en doute. M. Arago assure que la quantité moyenne des pluies est en effet moindre depuis quelques années, non-seulement en Poitou, mais dans différentes autres parties de la France, où on a fait les observations nécessaires. Il est certain aussi qu'en beaucoup de cantons elle a notablement diminué; cela peut se remarquer en particulier dans la source d'Arcueil, qui maintenant ne donne que fort peu d'eau.

— M. Arago présente le tableau des observations météorologiques faites à l'Observatoire pendant le mois de juillet. M. Arago ajoute qu'autrefois l'histoire de l'academie offrait un résumé non-seulement des observations météorologiques faites à l'Observatoire, mais encore de celles que Duhamel faisait à Denainvillers, en Gatinais. Cette partie a été supprimée dans la nouvelle série, et il paraîtrait convenable qu'elle y fût rétablie. L'académie ayant chargé ses sécretaires perpétuels de rediger et de faire paraître chaque semaine un compte rendu de ces séances, les tableaux météorologiques trouveront leur place dans le numéro qui suivra la fin de chaque mois. Le premier de ces comptes-rendus paraîtra samedi prochain.

— M. le docteur Toulmonche adresse, pour le concours Montyon, un mémoire relatif à l'action qu'ont les plantes qui contiennent du tannin pour neutraliser la propriété vomitive du tartrate antimonié de potasse, et sur des conséquences thérapeutiques nouvelles, contraires à beaucoup de celles qui sont admises sur ce sujet.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant pour la section de physique.

La liste des candidats porte dans l'ordre suivant les noms de MM. Melloni, à Parme; Marianini, à Venise; Amici, à Florence; Erman, à Berlin; Rudbeck, à Stockholm; Bellani, à Mons.

Le nombre des votans est de 42. Au premier tour de scrutin, M. Melloni réunit 33 suffrages et est déclaré élu. M. Marianini avait obtenu 4 voix. MM. Amici, Erman et Bellani, chacun 1.

Il y avait deux billets blancs.

PROPRIÉTÉS ÉLECTRIQUES ACQUISES PAR CERTAINES SUBSTANCES MINÉRALES DANS LEUR CONTACT AVEC L'EAU.

M. Becquerel lit un mémoire sur quelques-unes de ces propriétés. L'auteur a prouvé, il y a quelques années, que le contact de l'or ou du platine avec le peroxide de manganèse, l'anthracite, la plombagine, etc., est accompagné d'effets électriques de tension, bien que ces dernières substances ne paraissent éprouver aucune altération de la part de l'eau distillée. Dans son nouveau mémoire, il recherche la nature des courans produits quand les mêmes substances constituent un circuit fermé avec l'eau et le platine.

Si l'on fixe à l'une des extrémités du fil d'un multiplicateur un cristal de peroxide de manganèse, et à l'autre une lame de platine, plongeant l'un et l'autre dans l'eau, l'aiguille aimantée est deviée plus ou moins de sa position ordinaire d'équilibre et revient à zéro après quelques oscillations.

Si l'on interrompt le circuit et qu'on le rétablisse aussitôt, l'aiguille reste au repos; mais il n'en est plus de même lorsque l'interruption dure plus de cinq minutes. Dans ce cas, elle est déviée d'un certain angle dont la grandeur dépend du temps pendant lequel le circuit est resté ouvert. On voit donc qu'il y a ici une décharge électrique instantanée, analogue à celle que donne la bouteille de Leyde, décharge qui se produit à l'instant où l'on ferme le circuit, et est d'autant plus intense que le circuit est resté plus long-temps interrompu.

Il résulte de plusieurs observations que nous ne rapportons pas ici, que les deux électricités dégagées se trouvent en équilibre à la surface de contact des deux corps, comme cela a lieu dans le condensateur; de sorte que cette surface produit le même effet que la couche isolante dans ce dernier appareil. L'instantanéité de la décharge n'a lieu qu'autant que la portion immergée a peu d'étendue.

M. Becquerel, voulant reconnaître le mode de distribution de l'électricité dans le peroxide, a plongé à moitié dans l'eau ce minéral, puis l'a touché en divers points avec les deux bouts du fil d'un multiplicateur, afin de s'assurer si ces points possédaient ou non la même espèce d'électricité; il a trouvé qu'en général la par-

tie la plus rapprochée de la surface immergée possède l'électricité négative, et celle qui est la plus éloignée l'électricité positive, et qu'il existe aussi des points ne donnant aucune électricité. Il résulte de là qu'un cristal de peroxide de manganèse, plongé à moitié dans l'eau, possède une polarité électrique, comme la tourmaline, quand elle est échauffée ou refroidie. M. Becquerel est parti de là pour montrer de nouveau que les faits précédens tendaient à prouver que la cause qui retient unis les atomes dans les combinaisons est électrique; il fait ensuite quelques applications de ses observations aux phénomènes géologiques; nous voyons, dit-il, que le peroxide de manganèse se présente en grandes masses, l'anthracite en dépôts puissans, et la plombagine en amas plus ou moins volumineux. Lorsque toutes ces substances sont en contact avec l'eau, il se produit nécessairement des phénomènes semblables à ceux que nous avons décrits, lesquels doivent donner naissance, avec le temps, à des effets dont on ne peut encore apprécier ni l'étendue ni les conséquences, relativement aux phénomènes géologiques.

M. Becquerel entretient ensuite l'Académie de la formation de la malachite à l'aide de forces électriques très-faibles.

MAGNÉTISME ANIMAL.

M. Dupotet lit l'introduction d'un mémoire sur le magnétisme animal, qu'il définit : « La propriété qu'ont les corps organisés et vivans d'agir les uns sur les » autres, en vertu de lois qui ne sont pas encore bien connues. »

« Cette faculté, dit l'auteur, si évidente pour ceux qui ont cherché à la reconnaître, a toujours été combattue par les corps savans, et rejetée comme une chimère, malgré les efforts d'un grand nombre d'hommes de mérite qui cherchèrent dans divers temps à diriger les esprits vers l'étude d'une découverte si importante. Cependant, poursuit M. Dupotet, ceux qui agissaient ainsi à l'égard du magnétisme animal ont étudié avec ardeur les phénomènes de la lumière, ceux de l'électricité, du galvanisme; ils semblent avoir complètement approfondi la nature de tous ces fluides étrangers à la vitalité, et les effets surprenans du fluide vital continuent de leur être étrangers. »

M. Dupotet rappelle l'excitation qui se produisit dans le monde savant et le monde médical, lorsque Mesmer, en 1784, proclama à Paris ses nouvelles idées, et le rapport que firent les commissaires de l'Académie sur les effets résultant de leur application pratique. Quoique les conclusions de ce rapport ne fussent pas favorables à l'emploi du magnétisme comme moyen curatif, les expériences se continuaient avec ardeur, et on devait espérer d'arriver bientôt à des résultats positifs lorsque la révolution se déclara; alors non-seulement les esprits furent détournés des recherches scientifiques pour s'occuper d'intérêts plus pressans, mais bientôt même il ne se trouva plus en France presque aucun des hommes que Mesmer avait initiés à sa doctrine; car, on doit se le rappeler, l'initiation était très-coûteuse, de sorte que les disciples, qui avaient dû préalablement payer cent louis à Mesmer, et appartenaient ainsi à la haute classe de la société, émigrèrent pour la plupart.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner si la présence des grands seigneurs en France a beaucoup avancé cette branche de nos connaissances. Quoi qu'il en soit, dès que la tranquillité fut un peu rétablie, on commença de nouveau à s'occuper de magnétisme. Si l'enthousiasme, dit l'auteur, fut moins vif à cette seconde apparition; il fut aussi plus durable; les faits furent examinés avec moins de prévention, et des découvertes en partie accidentelles ayant amené des changemens considérables dans les procédés qu'on employait pour faire naître les phénomènes, l'étude n'en eut plus rien de repoussant. Les savans, d'ailleurs, continuèrent en général de montrer, même en présence des faits, une très-grande indifférence, et souvent invoquèrent encore l'ancien rapport des commissaires de l'Académie, rapport que souvent ils ne connaissaient pas, et qui d'ailleurs n'était plus guère applicable à la nouvelle face sous laquelle se présentait la question. Ce fut donc entre les mains de personnes étrangères aux sciences que l'étude du magnétisme fit des progrès. Elle est arrivée maintenant à un point où les savans pourront en prendre connaissance, sans s'écarter en rien de la marche qu'ils suivent dans les sciences d'observation qui font le sujet ordinaire de leurs recherches, et je viens aujourd'hui leur proposer de les rendre témoins de quelques expériences qui me semblent de nature à entraîner les convictions.

» Si, poursuit M. Dupotet, les nombreux phénomènes dont j'ai été témoin et que j'ai fait naître ne m'ont point trompé, ils fournissent la preuve que notre cerveau peut, par l'intermédiaire des nerfs, disposer d'une force physique particulière qui n'a point encore été appréciée, et que cette force, dirigée sur un individu organisé comme nous, peut produire dans son organisation des phénomènes physiques toujours appréciables, phénomènes qui ne se manifestent que quand la cause est mise en jeu, et qui cessent aussitôt que celle-ci cesse d'agir.

» Cet agent m'a semblé produire une véritable saturation du système nerveux de l'individu qui la reçoit, car les effets n'ont pas lieu instantanément, il faut un certain temps pour les produire. Ils se manifestent par des secousses qui ne se renouvellent qu'à des intervalles plus ou moins longs. Ces mouvemens sont tout-à-fait automatiques; celui qui les éprouve n'en a pas la conscience; il est entièrement étranger à leur manifestation; sa volonté ne saurait y jouer aucun rôle, et je n'admets comme nécessaire pour la réussite de cette expérience qu'un état entièrement passif de la part du patient lorsqu'on agit sur lui.

» Les expériences, ajoute M. Dupotet, peuvent se faire à toute heure du jour; les lieux où on peut les multiplier sont nombreux; car nous expérimenterons sur des enfans en bas-âge, et dans des circonstances faciles que je ferai connaître. Les expériences que je propose de faire n peuvent être confondues avec aucune de celles qui ont été tentées ou proposées pour arriver à prouver l'existence du magnétisme animal; elles sont entièrement différentes et m'appartiennent en propre. »

Commissaires : MM. Dulong, Magendie, Serres, Double et Roux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 25 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. LOUYER-WILLERMAY.

L'Académie est fort peu nombreuse. Le commencement de la séance est occupé par une discussion sans intérêt et sans solution sur la manière de choisir les sujets de prix.

— M. P. Dubois lit une analyse succincte de la troisième partie d'un travail fait à l'occasion de la présentation de deux fœtus monstreux par MM. Nel et Montault. Cette troisième partie, impatiemment attendue, doit faire partie du prochain fascicule des mémoires de l'Académie. M. P. Dubois propose d'ailleurs d'adresser des remercîmens à MM. Nel et Montault, et d'insérer l'observation détaillée de M. Montault avec le dessin qui l'accompagne dans les mémoires de l'Académie. — Ces conclusions sont adoptées.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE LIGATURE DE L'ARTÈRE POPLITÉE ET SUR SES INDICATIONS, par M. MARÉCHAL, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce.

L'auteur cherche d'abord à repousser l'espèce d'oubli dans lequel on laisse depuis quelque temps la ligature de l'artère poplitée, attendu, comme il le remarque fort bien, que son procédé serait une conception stérile s'il ne devait pas avoir d'application. Il s'est pénétré, dit-il, d'une chose, savoir, que le véritable motif pour lequel on rejette, dans la plupart des cas, cette ligature, consiste dans les difficultés du manuel opératoire; de là la conséquence très-naturelle qu'il fallait commencer par les aplanir. Ce but atteint, la poplitée pourra et devra être liée préférablement à la fémorale, dans les cas d'anévrismes vrais ou faux des artères de la jambe siégeant au-dessus et même au dessous du tiers inférieur du membre, par les raisons suivantes :

1° L'opération est moins rapprochée du tronc, et conséquemment moins grave. A la vérité, en rassemblant les cas de ligature de la poplitée et ceux de la fémorale, on trouve que la première compte moins de succès que l'autre; ainsi sur seize ligatures de la poplitée, citées par M. Lisfranc dans sa thèse, il y a en 10 guérisons, 6 morts; tandis que sur 44 ligatures de la fémorale, il n'y a eu que 9 insuccès. Mais les circonstances étaient trop dissemblables pour établir une comparaison; la poplitée ayant toujours été liée pour des anévrismes de cette même artère, tandis que la fémorale l'a été pour des lésions éloignées qui n'avaient pu conséquemment altérer son tissu.

2° En liant la poplitée au-dessus de l'arcade du soléaire, on conserve les articulations et les jumelles.

3° En liant la fémorale pour des anévrismes de la jambe, il est à craindre que les anastomoses ne ramènent le sang par les articulaires supérieures dans la poplitée, et conséquemment dans la tumeur.

Les difficultés de la ligature de la poplitée par les procédés ordinaires dépendent de l'énorme épaisseur de tissus à traverser, de la présence du nerf sciatique au-devant des vaisseaux et de la crainte de léser les jumelles et les articulaires.

Le nouveau procédé s'exécute sur le triangle inférieur de l'espace poplité. Ce triangle, peu ouvert, est limité de chaque côté par les muscles jumeaux, en haut par l'articulation, en bas par l'arcade du soléaire, en avant par le muscle poplité qui forme le véritable plancher de cette région, en arrière par l'aponévrose jambière, le tissu cellulaire et la peau. A la partie supérieure et interne de la jambe, l'aponévrose se trouve notablement renforcée par une expansion venant de la patte d'oie et sortant du bord postérieur du tendon du couturier. Le paquet vasculo-nerveux occupe la partie moyenne de ce triangle, et repose immédiatement sur le poplité. Les vaisseaux ne sont pas ici superposés; mais ils sont disposés en forme de gradins; le nerf est le plus interne; vient ensuite la veine et enfin l'artère; en sorte que si on procédait par incision de dedans en dehors, celle-ci serait la dernière qu'on rencontrerait. Une disposition importante est celle qu'affecte la veine saphène interne; ce vaisseau passe, dans les cas ordinaires, immédiatement derrière la tubérosité interne du tibia, pour se porter à la cuisse jusqu'au canal crural; quelquefois cependant elle se dirige davantage vers la partie postérieure de la jambe.

Procédé opératoire. Le sujet couché sur le dos, la cuisse dans l'abduction, la jambe modérément fléchie et reposant sur sa face externe, le chirurgien, placé en dehors du membre, reconnaît le côté externe de la masse musculaire, qui limite en dedans et en bas le triangle supérieur du creux poplité, commence l'incision en ce point et la continue de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, dans l'étendue de 3 pouces, jusqu'à 3 ou 4 lignes du bord interne du tibia dans le sens du même bord du jumeau interne; en terminant l'incision, on a soin de ne pas intéresser toute l'épaisseur de la peau pour éviter la veine saphène, qui, quelquefois, comme il a été dit, s'éloigne de la tubérosité tibiale. Si on la rencontrait sur le passage de l'instrument, il faudrait le porter en dedans ou en dehors, mais préférablement en dedans.

L'incision de l'aponévrose doit se faire un peu plus en arrière que celle de la peau, afin de respecter l'insertion aponévrotique tendineuse de la patte d'oie; on la pratique parallèlement au bord postérieur du tendon du couturier.

On dépose alors le historii, et l'on introduit le doigt indicateur de la main droite par le bord interne du muscle jumeau interne, entre celui-ci et le poplité; on fléchit un peu plus la jambe sur la cuisse, et dès lors les muscles se relâchent; il est facile de détruire les brides celluleuses lâches qui se trouvent dans l'espace intermusculeux. Le paquet vasculo-nerveux se trouve parfaitement visible au fond de cet espace; de plus, par le mouvement de flexion, le nerf qui dans l'état normal est en dedans, se porte en dehors et laisse à découvert et très-accessibles la veine et l'artère. Mais la première recouvre celle-ci et lui adhère; il faut donc avec la sonde cannelée la séparer de l'autre, la porter en dehors, et ensuite avec cette sonde passée de dehors en dedans et de bas en haut, le plus possible parallèlement à l'axe de l'artère, la ramener et en faire la ligature.

Les avantages de ce procédé sont, suivant l'auteur, d'éviter l'accumulation du sang au fond de la plaie durant l'opération même; d'arriver sur l'artère bien isolée, et non plongée dans un tissu cellulaire abondant et recouvert par le nerf poplité; enfin d'être plus facile que les autres. Cette dernière assertion semble peu exacte à raison de l'épaisseur du muscle jumeau interne qu'on est obligé de soulever; mais l'incision correspond à l'endroit de la moindre épaisseur de ce muscle.

Commissaires : MM. Amussat et Gimelle.

— M. Vimont dépose sur le bureau un de ses ouvrages et une collection de crânes d'hommes et d'animaux. Il fait une exposition verbale des caractères divers du crâne et du cerveau dans les diverses espèces, et s'attache surtout à réfuter le mémoire de M. Leuret *sur la configuration du cerveau chez l'homme et chez les animaux*, que nous avons reproduit dans la GAZETTE MÉDICALE. Comme cette discussion paraît prendre un caractère de personnalité, M. le président retire la parole à M. Vimont.

— M. Vallet démontre le mécanisme de son *lit de sauvetage pour les mineurs*, comme nous en avons donné la description dans les séances de l'Académie des sciences, nous n'y reviendrons pas.

FIN DE LA SÉANCE DU 30 JUILLET.

OBSERVATION SUR LA LIGATURE DES POLYPES DONT L'INSERTION EST AU CUL-DE-SAC DU PHARYNX, par M. Lasserre, D.-M. à Agen. — M. Capuron, rapporteur.

L'auteur commence par poser en fait la difficulté, souvent même l'impossibilité de lier ces polypes, à cause de leur énorme volume. Il cite à l'appui un cas dont il a été témoin à la clinique de M. Pelletan, alors chirurgien de l'Hôtel-Dieu. La végétation fixée à l'apophyse basilaire de l'occipital et au corps du sphénoïde était plus grosse qu'un œuf d'oie. L'enfant qui la portait finit par mourir, ne pouvant plus avaler ni solides ni liquides. Pelletan, à l'autopsie, vit que le pédicule étroit du polype aurait permis la ligature, mais il n'indique aucun moyen.

Cet exemple guida M. Lasserre dans ce qu'il crut devoir faire, pour un cas analogue, sur une jeune fille affectée d'un polype qui l'empêchait de respirer par le nez et gênait la déglutition.

Il fit donc construire : 1° deux demi-gaînes de fer-blanc ou d'argent, présentant une coulisse qui renferme une lame élastique de même métal ; à l'extrémité recourbée est une gouttière qu'on peut convertir en trou, et qui sert à fixer un lien pendant l'opération. 2° Un serre-nœud, formé d'une sonde conique de semblable métal. La base, ou grosse extrémité, est formée par une rondelle percée de deux trous pour recevoir le lien qui doit être noué sur la cloison dont ils sont séparés. L'autre extrémité n'a qu'une ouverture sans fond ou rondelle. Enfin, il faut ajouter une sonde de gomme élastique avec son mandrin en fil de fer, et un lien de fil bien ciré.

Voici maintenant le procédé opératoire :

On assied convenablement et au grand jour le malade ; on arme la sonde de son mandrin, et on fixe à son extrémité le fil retors bien ciré, dont l'autre bout est attaché au milieu de la ligature qui traverse le serre-nœud. On dirige cette sonde dans le méat inférieur des fosses nasales ; on l'enfonce doucement jusqu'à la racine du polype, on lui fait déborder le voile du palais ; on en retire le mandrin, on en saisit l'extrémité, et on la fait sortir par la bouche ; on dégage le fil, et on fait arriver la ligature qu'il entraîne. On saisit alors avec les demi-gaînes les deux côtés de l'anse que forme cette ligature hors de la bouche ; on les porte, par cette ouverture, entre la paroi vertébrale du pharynx et la face postérieure du polype, jusqu'à l'apophyse basilaire de l'occipital. On doit embrasser ainsi la base ou le pédicule de la tumeur.

On tire alors à soi les deux chefs de la ligature sortis par la narine et engagés dans le serre-nœud ; on enfonce celui-ci jusqu'à la racine du polype, en abaissant son extrémité externe, pour rapprocher le plus possible l'autre de l'apophyse basilaire. Ensuite on serre le pédicule de la tumeur, en tirant à soi la ligature par la narine, et on dégage les demi-gaînes, auxquelles on fait lâcher prise. Enfin on noue les deux chefs du lien par la rondelle que bouche la grosse extrémité du serre-nœud.

Dans le cas dont il s'agit, quand on eut serré par degrés la ligature pendant quelques jours, le polype tomba, et le malade guérit après que quelques polypes partiels furent arrachés des narines.

Le rapporteur trouve simples et ingénieux les instrumens du docteur Lasserre, et préférables à ceux dont on s'est jusqu'à présent servi, par la facilité de s'en servir et le peu de souffrance qu'ils font éprouver. Il conclut à ce que l'observation soit renvoyée au comité de publication, accompagnée des instrumens ; que M. Lasserre en soit remercié par écrit, et rangé parmi les candidats au titre de correspondans nationaux.

Le rapport et ses conclusions sont adoptés sans discussion.

NOTICE SUR UN FOETUS PÉTRIFIÉ DANS L'UTÉRUS, par M. Vassal. — RAPPORT par M. LEBRETON. — DISCUSSION.

Nous avons donné l'analyse du Mémoire de M. Vassal, dans notre numéro du 14 mars, page 172 ; il nous reste à faire connaître le rapport de M. Lebreton.

Le mémoire de M. Vassal sur les funestes effets qui, constamment selon lui, résultent pour la mère du séjour prolongé dans la cavité utérine du placenta ou du fœtus pétrifié, soulève des questions importantes dans l'art des accouchemens.

A diverses époques de la science, on a observé un assez bon nombre de faits de la nature de celui observé par l'auteur. Vincent Alsario parle d'un fœtus mort qui ne fut expulsé qu'après le neuvième mois de grossesse et qui paraissait à peine en avoir quatre. (*In-4° Roma*, 1627.) Il y a beaucoup d'autres exemples de ce genre, et cependant les considérations pratiques à en déduire, bien qu'elles aient occupé presque tous les accoucheurs, sont loin encore d'une solution positive. Nous allons donc, suivant l'ordre établi par l'auteur, examiner les questions que lui-même s'est posées.

Première question. Quelle a été dans le cas qui nous occupe la cause de l'avortement ?

M. le rapporteur pense que les symptômes qui suivirent l'époque présumée de la conception attestent une susceptibilité morbide de l'utérus bien propre à favoriser l'avortement ; la chute sur le siége survient ; si elle n'a pas causé la mort du fœtus, elle a au moins déterminé la maladie à laquelle il a plus tard succombé. C'est ce que confirme la manifestation dans la santé de la mère de diverses altérations reconnues avec raison, par les accoucheurs, comme signes pathognomoniques de la mort du fœtus ; tristesse, inquiétude vague, dépérissement, boulimie. Enfin, un mois après, la femme monte à cheval, et l'équitation a déterminé l'avortement.

Quant à la cause directe de la mort de l'enfant, nous admettons volontiers qu'une affection propre au fœtus a causé sa mort ; mais l'auteur ne donne que son opinion, sans l'appuyer sur aucune observation précise. Il est au moins fort rare que le cordon soit frappé de gangrène avant le fœtus, et nous rejetons comme erronée l'hypothèse qui attribuait la mort du fœtus à une phlegmasie assez intense pour frapper de sphacèle la totalité du corps ; nous ne connaissons aucune maladie de ce genre chez l'homme né ; et c'est une supposition gratuite que de l'admettre dans le sein de la mère.

Deuxième question. A quel âge le fœtus a-t-il cessé de vivre, et quel temps s'est écoulé entre sa mort et son expulsion ?

Le mémoire contient trop peu de détails pour permettre d'en tirer une réponse positive. Il eût fallu examiner avec soin le système osseux du fœtus ; sans cela on reste dans une invincible incertitude.

La putréfaction ne fournit aucune donnée ; on sait qu'elle s'opère dans le vide, qu'elle est d'autant plus rapide dans la cavité utérine, que là se trouvent les deux conditions les plus puissantes pour son développement, l'eau et la chaleur ; et des faits nombreux viennent apprendre combien est variable l'espace de temps qui s'écoule entre la mort et l'expulsion du produit de la conception.

On a vu des femmes conserver plusieurs mois et même, des années (Désormeaux) dans la matrice le fœtus mort, ou le placenta après l'expulsion du fœtus. En ce moment, dit M. le rapporteur, je donne des soins à Mme R., rue Montholon, qui m'a fait appeler 24 heures après un avortement de trois mois, suite d'une saignée intempestive. Le placenta est retenu depuis vingt jours dans la matrice, et n'a donné lieu à aucun accident. De tels faits ne sont pas rares : M. le rapporteur rappelle ceux de MM. Prout, Ansiaux, Pinard, Bouvier, Colombe, Velpeau, Stoltz, etc.

Le placenta ne saurait non plus donner d'indications : il était, dit M. Vassal, gros comme après 8 mois de grossesse ; mais il ne faut pas perdre de vue que, pendant les six premiers mois, il est proportionnellement plus considérable. Un changement sous ce rapport serait une maladie. Ruysch et Morgagni, qui ont vu des placentas disproportionnés, ont remarqué que la plupart étaient malades, et que, dans tous les cas, c'est une cause d'avortement. M. Velpeau, qui a vu un très-grand nombre de placentas après avortement, fait remarquer qu'ils sont plus volumineux qu'ils ne devraient l'être, proportion gardée avec le développement actuel du fœtus, qui peut être mort depuis un temps plus ou moins long ; mais leur volume est ce qu'il doit être, eu égard à l'époque de la gestation.

Troisième question. Quelles sont la nature, la cause de la maladie de la mère ?

A la lecture des symptômes il est difficile de ne pas reconnaître une affection ataxo adynamique ; et la commission n'hésite pas à l'attribuer à la résorption des matières putréfiées, à un véritable empoisonnement miasmatique. M. Vassal rejette cette idée par la seule raison que les membranes n'étaient pas rompues ; mais c'est une supposition sans preuve : une légère solution de continuité à la partie supérieure de l'œuf a pu exister sans donner lieu à aucun écoulement.

Quatrième question. En pareil cas quelle doit être la conduite de l'homme de l'art ?

Il est peu de questions pratiques qui aient réuni pour et contre des autorité aussi nombreuses et aussi imposantes, surtout vers la fin du 18e siècle.

C'est à tort qu'on a reproché à Hippocrate d'avoir conseillé d'abandonner la délivrance à la nature. Après lui et d'après lui, la plupart des anciens ont conseillé d'opérer la délivrance immédiatement après la sortie du fœtus, et plusieurs conseillent de l'opérer même avant d'avoir coupé le cordon Celse, Aëtius, Paul d'Egine, Avicenne, Albucasis, Mercurial s, Rœsslin, A. Paré, Mauriceau, Pen, Deventer, Chapmann, Fried, Delamotte, Viardel, Ménard, Burton, professent les mêmes principes. Dionis, Werlhoff, Levret, Al. Monro, Puzos, Crantz, Rœderer, Smellie, Ould, Æpli, sont d'un avis opposé, et veulent qu'on laisse agir la nature ; et cette doctrine réunit encore en sa faveur l'autorité de Prost, Berger, Mme Boivin, Baudelocque et Désormeaux. Les raisons pour et contre n'ont pas manqué.

Les uns ont manifesté des craintes graves sur le séjour du placenta dans la matrice ; les autres assurent qu'il peut y rester sans causer nécessairement des accidens graves pour la mère. D'autre part la mort a été souvent promptement déterminée par l'épuisement et les douleurs qu'avait produits l'extraction violente de l'arrière-faix. Lamotte, Mauriceau, Smellie, en citent des exemples. Gelsler a vu cette manœuvre suivie de longues douleurs dans la matrice. Tous les auteurs citent des cas de pertes considérables produites par de semblables efforts. Enfin ils peuvent amener des inflammations violentes, des excoriations, des déchirures, etc.

Du reste, la conclusion à tirer de ces dissidences entre des accoucheurs si expérimentés, c'est qu'en médecine on a tort par cela seul qu'on est exclusif. Nous concevons, dit M. le rapporteur, les regrets de l'auteur, de n'avoir pas de suite opéré la dilatation du col, puisque les accidens auxquels la mère était en proie constituaient une indication formelle que tous les auteurs ont reconnue ; mais nous ne voulons pas conclure d'un cas à tous, et d'un exemple faire un principe ; nous réunissons donc ces propositions :

1° Dans les cas ordinaires, la délivrance est une opération de la nature, qu'il ne faut pas troubler en s'y immisçant de trop bonne heure ;

2° Si la délivrance éprouve un retard extraordinaire, il faut tâcher d'en découvrir la cause et la combattre ;

3° S'il n'y a pas d'accidens qui exigent le contraire, on peut abandonner la délivrance à la nature ;

4° Tous les accidens graves déterminés ou entretenus par la rétention du placenta ou du fœtus putréfiés dans la matrice, indiquent l'extraction, à moins qu'on ne doive les aggraver encore en cherchant à délivrer ;

5° Il faut abandonner au jugement de l'homme de l'art chaque cas particulier ; on ne saurait conseiller une conduite uniforme et des principes absolus.

La commission, applaudissant d'ailleurs au zèle et au travail de M. Vassal, exprime avec lui le vœu qu'un fait de pratique aussi grave et aussi fréquent fournisse bientôt l'idée d'un travail complet sur ce sujet. Elle propose le renvoi au comité de publication.

La discussion s'ouvre sur ce rapport.

M. CAPURON. Dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, le pla-

centa est proportionnellement beaucoup plus volumineux que le fœtus; c'est l'inverse dans le dernier mois. De là résultent des conséquences fort importantes; lorsque l'avortement a lieu dans les premiers mois, le fœtus, à raison de son moindre volume, a plus de facilité à sortir, et le placenta plus de tendance à rester dans la matrice; plus tard, au contraire, le fœtus sort moins facilement, le placenta le suit plus volontiers. Ces inductions théoriques mènent droit à cette règle de pratique; que, dans les premiers mois, en cas d'avortement imminent, il faut bien se garder d'ouvrir la poche des eaux, de peur de laisser le placenta emprisonné dans l'utérus; et que dans les derniers mois, lorsque les circonstances sont d'ailleurs favorables, il est utile de percer cette poche pour favoriser la sortie de l'enfant. L'utilité de cette règle a été confirmée par l'expérience. Il y a donc lieu de regretter que M. Vassal ait omis d'indiquer le volume proportionnel du fœtus et du placenta; il aurait pu avec cette donnée préciser mieux l'époque où la grossesse était arrivée.

M. Lebreton. J'ai manifesté le même regret que M. Capuron.

M. Moreau. Je suis complétement de cet avis. Mais si d'une part l'observation est incomplète, si d'autre part, comme tout le fait présumer, la conduite de l'accoucheur n'a pas été dictée par les règles de l'art, ce travail ne mérite donc pas d'être renvoyé au comité de publication; qu'on publie le rapport, à la bonne heure; je ne m'y opposerai pas.

M. Gimelle. La mort du fœtus dans l'utérus n'est pas toujours suivie d'accidens si graves. En 1825, une femme en luttant avec son mari fut renversée; elle fut prise aussitôt de douleurs abdominales et de perte utérine; on me fit appeler. Cette femme était enceinte de trois mois et demi, à son calcul; et elle avait sur ce point une certaine expérience, ayant déjà fait trois ou quatre enfans. Je la fis coucher; je pratiquai une saignée; et je m'attendais à une fausse couche; toutefois, quinze jours s'étant passés sans accident nouveau, j'appelai Désormeaux, qui toucha la femme et ne trouva aucune imminence d'avortement. L'accouchement eut lieu quatre mois et demi après; le fœtus, mort depuis long-temps, était petit, desséché, ratatiné comme s'il avait été mis dans l'alcool. Le placenta au contraire avait acquis le développement qu'il a d'ordinaire à huit mois de grossesse. Cette femme avait donc porté plusieurs mois un fœtus mort dans l'utérus, sans en ressentir aucune incommodité, si ce n'est le sentiment d'un poids incommode dans le bassin, ce qui ne l'empêchait nullement de vaquer à son commerce (1).

M. Deneux. J'ai vu aussi une dame qui, enceinte de quatre mois, avait été culbutée dans une rixe; elle n'avait pris aucune précaution, et avait mené sa grossesse jusqu'à terme. Les douleurs étant survenues et les eaux écoulées, je fus fort surpris de rencontrer à l'orifice utérin un corps étranger tout hérissé d'aspérités et mobile. Je l'attirai au dehors. C'était le corps d'un fœtus mort depuis long-temps; la peau était comme tannée; il était d'ailleurs tellement aplati, que la tête n'avait pas l'épaisseur d'une grosse pièce de deux sous. A côté de lui, s'était développé un second fœtus que je retirai vivant et bien portant. Il y a beaucoup d'exemples de cette nature; et il est même rare que la mort du fœtus dans l'utérus soit suivie d'accidens.

M. Cornac. M. le rapporteur a parlé d'une dame de la rue Montholon, qui aurait avorté par suite d'une saignée intempestive. On a vu dans quelques cas l'avortement survenir après la saignée, mais il n'en était point la conséquence directe; la saignée au contraire est un excellent moyen de prévenir l'avortement.

M. Lebreton. La saignée faite en temps opportun est très-utile sans doute; mais j'ai parlé d'une saignée *intempestive*, et dans ce cas il n'est pas d'accoucheur qui n'ait vu vingt fois la saignée suivie de graves accidens. Pour expliquer maintenant ce que j'entends par une saignée intempestive, je dirai, par exemple, qu'il est constant pour moi que la saignée faite durant la grossesse, à l'époque des règles, est une des causes les plus efficaces de l'avortement.

M. Deneux. Ceci a besoin d'explication. D'abord, durant les trois premiers mois, c'est presque toujours à l'époque des règles que l'avortement a lieu; j'en ai vu plus de cent cas. Eh bien, alors la saignée est le meilleur moyen de l'empêcher; et lorsqu'on a lieu de le craindre, j'estime même qu'on fait bien de choisir cette époque pour saigner; on dérive ainsi le sang qui se porte en trop grande abondance vers l'utérus; car, Messieurs, je suis de la vieille école, et je crois encore à la dérivation. Sous ce rapport donc, je ne saurais partager l'avis de M. le rapporteur. Mais la saignée, à quelque époque que ce soit, est intempestive, est fâcheuse, est abortive, quand on tire une grande quantité de sang, et surtout quand on la poursuit jusqu'à la syncope; ceci est un fait pour moi. Je me souviens que, dans mon enfance médicale, Baudelocque m'envoya saigner une femme enceinte à une lieue de mon pays. Je ne savais pas grand chose; je donnai mon coup de lancette; et la dame me disant: laissez couler, cela fait du bien; je laissai couler et je fis donc une saignée très-copieuse. Cette dame était au huitième mois; cela n'empêcha pas que trois jours après elle ressentit les douleurs de l'enfantement et elle accoucha d'un enfant mort.

M. Lebreton. Il me sera facile de défendre mon opinion, et par l'analogie et par l'expérience directe. Quand les règles sont supprimées, le premier de tous les emménagogues est sans contredit la saignée du bras. (M. Deneux: c'est vrai.) Cela est si vrai, que souvent, lorsqu'une femme a perdu ses règles depuis trois et quatre mois, et qu'on la saigne à l'époque menstruelle, les règles reparaissent dans la matinée même du jour de la saignée. (M. Deneux: c'est encore vrai.) Eh bien, Messieurs, cette fluxion qui se porte sur la matrice dans l'état de vacuité, et dont la crise est dans l'apparition des règles, est l'image parfaite de la fluxion qui se porte sur l'utérus en temps de grossesse, et dont la crise est l'avortement. La saignée est aussi efficace pour déterminer cette seconde crise que la première. (M. Deneux fait un signe de dénégation.) Quant aux faits directs, j'en pourrais citer en foule; je me bornerai à un seul qui est bien connu. Madame de Vatimesnil avait fait cinq fausses couches consécutives, parce que son accoucheur la saignait durant ses grossesses à l'époque menstruelle; je fus appelé près d'elle à la sixième grossesse; je ne la saignai pas, et elle arriva parfaitement à terme. J'ai cinquante faits de ce genre; la saignée à cette époque détermine un mouvement du sang, une rapidité du pouls dont les effets se font sentir surtout sur l'utérus; quelle que soit d'ailleurs l'explication qu'on en donne, il reste un fait constant pour moi, c'est que la saignée aux époques menstruelles est l'agent le plus efficace pour procurer l'avortement.

M. Double. Je doute qu'une semblable assertion soit suffisamment fondée. Si elle était vraie, nous aurions évidemment beaucoup moins de grossesses involontaires. J'ai été consulté plus de dix fois par des femmes qui m'ont dit: Je me suis fait saigner à plusieurs reprises, et la grossesse n'en a pas moins persisté. D'autres fois, au contraire, soit qu'on ait pratiqué la saignée à d'autres époques, et même sans qu'on ait saigné du tout, l'avortement survient. Il est bien difficile de décider ce qui est dû à la saignée dans ces circonstances, et l'opinion de M. le rapporteur me paraît inexacte.

M. Deneux. Je répondrai d'abord aux analogies présentées par M. Lebreton, qu'il n'y a aucun rapport entre les vaisseaux qui fournissent le sang des règles, et ceux qui apportent la nourriture au fœtus. Il n'y a pas plus de rapport entre l'action de la saignée dans la pléthore de ces vaisseaux divers. Car s'il y a pléthore des vaisseaux menstruels, la saignée la fait cesser et fait reparaître les règles; au contraire, quand la pléthore des vaisseaux utérins en temps de grossesse menace d'avortement, en combattant cette pléthore par la saignée, nous arrêtons l'avortement d'une manière presque certaine. Le fait de madame de Vatimesnil ne prouve pas non plus beaucoup à mes yeux. J'ai été appelé dans une de ses grossesses terminée par l'avortement; il y avait une perte utérine, et j'ai fait tirer une palette de sang. La fausse couche suivit; vous en accuserez la saignée? Eh bien, l'avortement avait commencé depuis environ six semaines, et depuis six semaines le fœtus était mort.

M. Capuron. Les saignées ne sont pas si graves qu'on l'a avancé, ni quand on les répète plusieurs fois, ni même quand on les fait très-abondantes. Les cas de saignées réitérées ne manquent pas; et il suffit sans doute de rappeler que Mauriceau fit pratiquer *quatre-vingt-dix-huit saignées* dans une seule grossesse sans que la femme avortât. Quant à la quantité du sang tiré, tous les jours on rencontre des femmes qui se font saigner jusqu'à syncope pour se procurer une fausse couche et qui n'en peuvent venir à bout. Je me souviens d'avoir été appelé près d'une femme qui s'était fait saigner du pied; une demi-syncope étant arrivée, elle arrêta le sang; puis ne ressentant aucun effet, elle se remit le pied dans l'eau et se procura une syncope complète; elle n'en garda pas moins son enfant.

M. Lebreton. Je n'ai jamais dit que la saignée fût abortive ni quand on la réitérait, ni quand on la faisait copieuse; mais seulement quand elle était intempestive, c'est-à-dire faite à l'époque menstruelle. Encore n'ai-je pas prétendu qu'elle déterminait toujours la fausse couche; ici, comme dans toute autre chose, il faut une certaine prédisposition.

M. Baudelocque. Je ne saurais partager plusieurs opinions de M. le rapporteur. Selon lui, les saignées aux époques menstruelles seraient fréquemment abortives; je crois précisément tout le contraire. Il a parlé des signes qui annoncent la mort du fœtus dans l'utérus; pour ma part je n'en connais pas un seul auquel on puisse se fier. Le fœtus mort, il a examiné les causes de la putréfaction; mais il a oublié la condition principale et essentielle, l'accès de l'air. Pour la putréfaction du placenta, elle est rare; tantôt il continue à vivre; M. Nægelé enseigne qu'il peut être résorbé et madame Boivin dit en avoir vu des exemples; je ne saurais le nier ni l'affirmer; je n'en sais rien. Mais même lorsqu'il reste dans l'utérus et qu'il meurt, il ne se putréfie pas, il se dessèche; on en connaît de nombreux exemples. Enfin pour ce qui regarde la délivrance, je pense qu'il faut la faire quand elle est possible; qu'il ne faut s'arrêter que quand il y a impossibilité de réussir; les accidens qui surviendraient seraient plutôt dûs à la maladresse de l'accoucheur qu'à l'exécution de ce précepte.

M. Lebreton. J'ai dit dans mon rapport à peu près tout ce que vient de dire M. Baudelocque; je sais que la putréfaction du placenta est un fait rare; mais M. Vassal affirme l'avoir observée; un fait est un fait, et je ne puis le démentir.

La discussion est fermée. M. Moreau insiste sur sa proposition; le mémoire ne mérite pas de figurer parmi les travaux de l'Académie; mais on peut le déposer dans les archives et adresser des remercîmens à l'auteur. Cette proposition est adoptée.

Séance du 4 août. — Présidence de M. Lisfranc.

Après la lecture du procès-verbal, M. le président annonce que M. Esquirol est malade. MM. Guéneau de Mussy et Pariset sont chargés de le visiter au nom de l'Académie.

La correspondance officielle ne comprend que la pièce suivante.

RÉPONSE DU MINISTRE A LA DEMANDE DE L'ACADÉMIE AU SUJET D'UNE COMMISSION A NOMMER POUR LE CHOLÉRA.

Paris, le 3 août 1835.

Monsieur,

« J'ai reçu la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire au nom de l'Académie royale de médecine à l'occasion de la communication que j'ai faite à cette compagnie d'une lettre de M. le docteur Levacher, tendant à faire nommer une commission qui se transporterait sur les points du royaume où sévit le choléra, pour faire l'essai de différens moyens curatifs et notamment de l'emploi de l'albumine dans le traitement de cette maladie.

» L'Académie, informée d'un autre côté que des médecins et notamment M. le docteur Boyer ont reçu la mission de se rendre à Marseille pour y traiter les malades atteints du choléra, réclame, en vertu de l'article 2 de l'ordonnance qui l'a instituée la prérogative de désigner au gouvernement les médecins qui doivent être appelés à remplir de semblables missions.

» A une réclamation du même genre l'un de mes prédécesseurs répondit, il y a quelques années, que l'art. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1820 ne pouvait avoir pour résultat d'enchaîner en aucune manière la liberté de l'administration; qu'à la vérité l'Académie est instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique et principalement sur les épidémies, etc.; mais que c'est au gouvernement à juger quelles demandes il doit adresser à l'Académie; qu'il serait d'ailleurs contraire au principe de nos institutions de donner à un corps particulier, quel qu'il soit, le privilége de toutes les

(1) Ce fait se rattache entièrement à ceux dont le docteur Galbiati a fait le sujet d'un intéressant mémoire, compris dans la revue des journaux de ce jour. (V. plus haut.)

missions de confiance auxquelles des médecins étrangers à ce corps peuvent aussi prétendre à bon droit.

Ces considérations, monsieur, me paraîtraient répondre suffisamment à la nouvelle réclamation de l'Académie royale de médecine; j'y ajouterai néanmoins quelques mots sur les motifs qui m'ont empêché de consulter l'Académie sur le choix des médecins que j'ai envoyés dans le midi de la France.

Quand il a été question de nommer une commission pour faire des recherches et recueillir des documens sur la nature et le traitement d'une maladie, le gouvernement s'est, en général, empressé d'inviter l'Académie royale de médecine à lui désigner au moins une part e des membres qui devaient composer ces commissions; mais il n'e s'agissait aucunement de recherches scientifiques: ce qu'on demandait à l'administration, c'étaient des médecins pour traiter les malades; il y avait urgence, et il eût été déraisonnable de songer à consulter l'Académie quand il fallait faire partir des médecins le jour même où ils étaient demandés.

L'Académie royale de médecine comprendra par ces explications qu'il n'y a rien de commun entre la mission que j'ai donnée à des médecins isolés, et la nomination de la commission dont M. le docteur Levacher propose la création. Quant à l'utilité de cette dernière commission, j'aurais désiré que l'Académie se fût prononcée d'une manière plus explicite. Les occasions n'ont malheureusement pas manqué dans l'épidémie de 1832 pour examiner comparativement l'efficacité des diverses méthodes de traitement qu'on a proposées contre le choléra. Si, depuis cette épidémie, la science n'a pas fait d'acquisition nouvelle, si des moyens non encore éprouvés, au moins en France et dans la pratique générale, n'ont pas été soumis à l'examen des hommes de l'art, je verrais peu d'avantages à nommer une commission qui aurait seulement à recommencer un travail déjà fait sans doute par tous les médecins éclairés qui ont voulu fixer leur propre opinion sur la meilleure méthode de traitement à employer contre le choléra.

Agréez, monsieur, etc.

DUCHATEL.

La lecture de cette lettre n'est suivie d'aucune observation.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'une députation s'est présentée chez le roi pour lui exprimer les sentimens de l'Académie.

M. HUSSON demande que lecture soit faite du discours prononcé par M. le président et de la réponse du roi.

Voici le discours du président, qui a été accueilli avec de nombreuses marques d'approbation:

Sire,

L'Académie royale de médecine n'a point appris sans une profonde et douloureuse émotion l'attentat dont vo re personne royale a été l'objet. Qu'il lui soit permis de mettre aux pieds de V. M. l'impression de ses sentimens, et d'unir sa voix à celle de toute la France pour détester de si abominables forfaits. Que le ciel, sire, daigne agréer nos vœux pour la conservation de V. M.; que cessant de conspirer contre vos jours, le crime cesse de conspirer contre l'honneur national et contre la paix du monde.

Le roi a répondu:

Je suis très sensible à l'expression des sentimens de l'Académie royale de médecine. J'ai échappé, il est vrai, à un grand danger, et je vous prie de croire que les jours qui m'ont été conservés, je les consacrerai au bonheur de la France et au soin de la garantir des déchiremens auxquels nous avons été en proie depuis si long-temps et des attentats dont le ciel m'a si miraculeusement préservé.

— M. le président annonce que par suite de la mort de MM. Laubert, Heidelhoff et Lallement, il y a lieu à élire un membre titulaire; dans la séance prochaine on nommera la commission chargée de décider à quelle section il appartiendra.

M. BARON. Sera-ce un membre à jetons ou sans jetons que nous nommerons (On rit.) Cette observation n'a pas de suite.

— M. DESPORTES s'étonne que les journaux aient annoncé une prochaine réforme du Codex sans que l'Académie ait été consultée.

M. LE PRÉSIDENT répond que le conseil d'administration a écrit au ministre à ce sujet.

Le reste de la séance est occupé par la lecture de trois rapports dont nous rendrons compte ultérieurement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR LE CHOLÉRA, communiquées par M. DOQUIN de Saint-Preux, D.-M. à Montargis.

Monsieur,

Dans un moment où le choléra semble se réveiller avec une nouvelle fureur, et exerce de si affreux ravages parmi les populations du midi de la France, j'ai l'honneur de vous adresser quelques réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture du mémoire de M. Robert, de Marseille, inséré dans la GAZETTE MÉDICALE du 4 juillet dernier. J'étais chirurgien-major d'un régiment casenné à Ruel et à Courbevoie, villages des environs de Paris, au moment où le choléra faisait de si nombreuses victimes dans la capitale et sa banlieue, et j'ai eu l'occasion de l'observer aussi, car il a eu pour ce régiment une prédilection toute particulière. Toutefois je vous prie de n'insérer ces réflexions qu'autant qu'elles vous paraîtraient renfermer quelque chose d'utile.

Je lis ce passage dans le mémoire de M. Robert: « Les étouffemens dont se plaignent les cholériques, le défaut d'oxigénation du sang, le refroidissement de la peau, l'insensibilité du pouls, n'annoncent-ils pas la crampe des muscles pectoraux, du poumon et du cœur? »

Quand un homme est frappé subitement, et sans symptômes précurseurs, d'un de ces choléras foudroyans qui se manifestent sans vomissemens et sans évacuations alvines abondantes, je pense, comme M. Robert, que ce sont les crampes des muscles pectoraux et du diaphragme qui tuent le malade, en apportant dans la respiration une gêne extrême, d'où résultent l'imperfection de l'hématose, l'affaiblissement de la circulation d'un sang devenu trop peu stimulant pour le cœur et les veines, enfin une série de phénomènes formant un cercle de causes devenant bientôt effets, d'effets devenant causes, lesquels apportent dans l'action des organes un affaiblissement progressif, dont le terme assez prochain est l'extinction de la vie. Je pense encore, comme le même médecin, que le mercure dont les effets, dans le choléra, ne me sont connus que par son mémoire, mais qui paraît agir *d'une manière si subite et si puissante pour arrêter et faire disparaître les crampes* que présentent les cholériques, est peut être le moyen le plus efficace, le seul moyen même qu'on puisse lui opposer dans ces cas d'une effroyable gravité.

Mais ces cas sont de beaucoup les plus rares; ils sont presque exceptionnels. Ordinairement les premiers symptômes du choléra sont des selles ou des vomissemens extrêmement abondans de matières riziformes. Les évacuations alvines qui paraissent être le résultat de la sécrétion altérée du tube digestif, atteint d'une irritation spéciale, semblent formées par le sérum du sang. Celui-ci, se trouvant ainsi dépouillé de son sérum, devient plus consistant (1), et circule avec d'autant moins de liberté qu'il est d'ailleurs devenu moins stimulant pour les veines et pour le cœur. Ce viscère en pousse dans les poumons une moindre quantité que dans l'état normal. Dans ce même temps aussi une moindre quantité de sang est oxigénée. De là résultent l'affaiblissement de la chaleur animale, la teinte plus foncée de la peau, les étouffemens, etc. (2). Si à ces causes débilitantes se joignent les crampes des muscles de la poitrine, crampes dont la cause est tout-à-fait ignorée, la gêne de la respiration augmente d'une manière rapide et progressive, l'hématose et par suite la circulation se font de plus en plus imparfaitement; le froid devient glacial; la cyanose de plus en plus prononcée, l'anxiété extrême, et la mort de plus en plus imminente. Il est donc extrêmement important de faire cesser les vomissemens et les selles riziformes, et de prévenir les crampes des muscles pectoraux, qui pourraient bien avoir ces évacuations alvines pour cause médiate. Je répéterai ce qui a été dit bien des fois, que la glace, par sa propriété stupéfiante, semble, lorsqu'elle est introduite dans l'estomac en morceau et non fondue (car, fondue, elle prend la température de la bouche), faire cesser promptement la sécrétion gastrique et les vomissemens qui provoque cette sécrétion. Les lavemens amylacés, à une température peu élevée, paraissent agir de même sur les gros intestins. Les sangsues, dans la région de l'estomac et à l'anus, concourent encore au même but. Une des pressantes indications est aussi de rendre la circulation plus facile. Ne peut-on pas y parvenir par la saignée qui désemplit les vaisseaux; par la glace elle-même qui, en s'opposant aux vomissemens, facilite la digestion et l'absorption d'une certaine quantité d'eau qui se mêle au sang et le rend plus fluide; enfin par le mercure, employé en frictions à haute dose et à l'état de métal?

M. Robert pense que le mercure, qu'il a employé avec tant d'avantage de la manière que je viens d'indiquer, n'est point absorbé, à cause du peu de vitalité de la peau des cholériques, et qu'il est conduit, par voie galvanique, de la superficie cutanée jusque sur les organes affectés de l'intérieur, afin de neutraliser le miasme cholérique. Je n'examinerai pas ici que la question de l'absorption. L'opinion de M. Robert à cet égard peut être l'expression de la vérité. Cependant, de ce que le cœur et les veines ne sont plus assez stimulés par un sang privé de sérum pour que la circulation se fasse librement, faut-il conclure que les vaisseaux absorbans de la peau, qui ne charrient pas de sang, puissent être sans cesse stimulés, provoqués, pour ainsi dire, par le mercure en frictions, sans répondre à cette stimulation? Ce n'est point mon opinion. J'admets volontiers que l'action de ces vaisseaux doit être moins

(1) M. le docteur Dufour, mon beau-père, l'a vu, chez un cholérique, noir et luisant comme l'ébène, consistant comme le foie.

(2) J'ai vu un jeune officier du régiment, dont la santé était robuste, périr en sept heures dans un état de cyanose extrêmement prononcée, sans avoir eu une seule crampe. Mais, dès le début de la maladie, les évacuations alvines ont été si abondantes chez lui qu'en peu de momens ses nombreux matelas ont été traversés, et le liquide provenant des selles formait dans sa chambre un véritable ruisseau.

vive; mais je la crois encore assez grande pour absorber une certaine partie de la grande quantité de mercure qui leur est présentée. Or, dans cette hypothèse de l'absorption, ne peut-on pas admettre que les atômes du mercure absorbé divisent le sang d'une manière mécanique et augmentent ainsi sa fluidité; ou bien qu'ils rendent le sang plus excitant pour le cœur et les veines, et contribuent ainsi au rétablissement de la circulation et par suite de l'hématose? Cette discussion n'est pas sans intérêt, car M. Robert semble penser que le mercure ne doit être employé que pour combattre les crampes; et moi, je crois qu'il doit être mis en usage, non-seulement pour les combattre, mais encore pour les prévenir.

Je lis encore dans le même paragraphe du mémoire de M. Robert: « La cardialgie, quelquefois si atroce et suivie de vomissemens si opiniâtres, est-elle autre chose que la crampe de l'estomac? Les coliques et la diarrhée n'accusent-elles pas la même cause? » — Je ne partage point cet avis. Si la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins ne sécrétait point une aussi grande quantité de matières riziformes, il n'y aurait certainement point de contractions de la membrane musculaire. Celles-ci me semblent donc n'être que l'effet ordinaire de la présence de matières sécrétées dans le tube gastro-intestinal; elles ne me paraissent nullement spasmodiques. Si la cardialgie est atroce, cela vient de ce que l'irritation de l'estomac est excessivement aiguë. Je ne crois pas non plus aux crampes du poumon dont parle M. Robert dans le premier passage que j'ai cité de son mémoire, pas même à celles du cœur. La difficulté et l'anéantissement de la circulation s'expliquent facilement sans les admettre.

J'ai dit plus haut que la consistance poissense que présente le sang des cholériques me semblait venir de ce qu'il a été dépouillé de son sérum par cette sécrétion gastro-intestinale que les malades rejettent en si grande quantité par les selles et les vomissemens. Je ne fais, je crois, que rapporter ici l'opinion d'un médecin anglais qui a essayé la transfusion, dans le sang des cholériques, d'un sérum préparé conformément à l'analyse que la chimie nous a donnée de ce liquide. Dans les cas désespérés, ne pourrait-on pas essayer de nouveau ce même moyen, qui paraît rationel, avec les précautions qu'exige cette délicate opération? L'analyse chimique pourrait au reste démontrer si les matières des selles et des vomissemens des cholériques contiennent bien à peu près les mêmes principes que le sérum du sang, dont la composition est nécessairement un peu variable, puisque, après chaque digestion, il contient toujours certains principes qui doivent être éliminés par les vaisseaux sécréteurs.

Pourquoi les cholériques n'urinent-ils pas? Ne serait-ce pas parce que les reins ne trouvent plus dans le sang, privé de sérum, les matériaux de la sécrétion qui leur est confiée? Il ne paraît pas que les reins éprouvent quelque irritation, car les cholériques n'accusent jamais de douleur dans la région qu'occupent ces organes.

Je terminerai cette lettre par un fait qui me paraît mériter quelque attention. Le régiment auquel j'étais attaché en 1832, était composé de trois bataillons de force à peu près égale: les deux premiers étaient casernés à Courbevoie, le troisième, à Ruel. La caserne de Courbevoie est située, comme on sait, au haut d'un côteau dont le pied est baigné par la Seine; celle de Ruel est au milieu d'une plaine, distante de la Seine d'une demi-lieue, et de Courbevoie d'une lieue environ. Eh bien! dans la caserne même de Courbevoie, 260 hommes furent atteints du choléra, tandis que, dans la caserne de Ruel, il n'y en eut que quatre qui furent en proie à cette affreuse maladie. Ceci, à la vérité, n'est point un fait nouveau dans l'histoire du choléra. Dans sa promenade meurtrière et inexplicable sur une partie considérable de la surface du globe, promenade dont le terme ne nous est pas connu, on l'a vu souvent faire d'affreux ravages dans un pays, et le lieu le plus voisin être épargné par lui. Sans doute il existe dans les topographies particulières de ces lieux, si différemment traités par le fléau, dans les *ingesta*, les *applicata*, les *circumfusa* des habitans, des différences qu'on n'a pu saisir, et qui semblaient même souvent devoir préserver ceux qui ont été infectés; mais il est probable que l'examen des causes de ces différences était trop superficiel. Chez les militaires des deux bataillons qui habitaient Courbevoie, et chez ceux du bataillon qui était caserné à Ruel, je n'ai remarqué d'autre différence dans les choses hygiéniques que celle-ci: les premiers buvaient de l'eau de la Seine, les autres buvaient de l'eau de source. Je n'ose pas penser que de cette seule différence dans la nature des boissons soit résultée l'extrême différence qu'a présentée le nombre des cholériques dans chaque caserne. Cependant on sait que, dans les circonstances ordinaires, l'eau de Seine est purgative pour la plupart des individus qui n'en boivent pas habituellement. Or, le régiment dont je parle était entièrement composé de Lorrains et de Gascons, dont les 99|100 n'étaient jamais venus à Paris, et ils arrivèrent à Courbevoie et à Ruel du 7 au 11 avril 1832, époque où le choléra présentait l'intensité la plus grande. Dans toute autre circonstance, les hommes de ce régiment qui furent casernés à Courbevoie et burent de l'eau de Seine, auraient seulement payé, comme on dit, le tribut accoutumé, c'est-à-dire, qu'ils auraient eu la diarrhée. Dans ces circonstances extraordinaires, quand ils étaient déjà prédisposés à une horrible irritation gastro-intestinale par l'influence de la cause du choléra, et qu'il ne fallait plus qu'une cause occasionelle légère pour donner lieu à son développement, n'est-il pas possible que l'eau de Seine, par sa qualité irritante ou purgative, ait été cette cause occasionelle?

DOQUIN DE ST-PREUX, D.-M. P.

Montargis, 28 juillet 1835.

SUR LA RÉTRACTION DES DOIGTS, par M. le professeur VELPEAU.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi d'ajouter quelques mots à l'histoire de la *rétraction permanente des doigts*, publiée par M. Goyrand, dans votre numéro de samedi 1er août.

Dupuytren attribue cette rétraction à une *crispation*, un *raccourcissement* de l'aponévrose palmaire. Selon M. Goyrand, « elle est occasionée par *des brides fibreuses anormales*. » M. Sanson la rapporte, lui, à l'endurcissement *des languettes sous cutanées de l'aponévrose*. Or, voici ce que des faits recueillis en 1832 me permettaient d'avancer au commencement de 1833 (*Anat. chir.*, t. II, p. 575, 576, deuxième édit.), plus d'un an par conséquent avant que ces messieurs eussent fait connaître leur opinion sur ce point de pathologie: « ... Chez les ouvriers, les cochers, et toutes les personnes dont les travaux exigent une flexion presque continuelle des doigts, *les fibres les plus superficielles de l'aponévrose palmaire se relèvent quelquefois en brides au devant des coulisses tendineuses*, de manière à rendre l'extension des phalanges impossible. .... Cette infirmité se guérit avec une extrême facilité dès qu'on a coupé en travers, sur un ou plusieurs points, l'espèce de corde aponévrotique en question. Il est à remarquer toutefois que *la bride anormale n'est pas constamment formée par l'aponévrose*. Chez un malade que j'ai opéré en 1835, à la Pitié, *c'était évidemment une transformation fibreuse de la couche sous-cutanée*, ET JE NE SERAIS PAS ÉTONNÉ QU'IL EN FUT SOUVENT AINSI. » Ces remarques, que j'ai rappelées en avril 1834, n'ôtent rien sans doute au mérite de M. Goyrand; mais elles prouvent, je crois, que l'idée fondamentale de sa dissertation, ainsi que celle de son estimable rapporteur, m'appartiennent. J'avais simplement énoncé le fait: M. Goyrand est venu en démontrer l'exactitude et le généraliser. Depuis l'origine de cette discussion, toutes les recherches auxquelles je me suis livré confirment à leur tour ce que j'avais soupçonné d'abord, et ce que soutient mon ami M. le docteur Goyrand. Une simple réflexion aurait dû suffire, au surplus, pour faire rejeter *à priori* l'opinion de Dupuytren, et cette réflexion, que j'ai soumise dans le temps à l'Académie, la voici: *La rétraction dont il s'agit ne peut pas tenir à la crispation de l'aponévrose palmaire, car cette aponévrose se termine ou se fixe à la base et sur les côtés de la racine de chaque doigt, tandis que la bride pathologique répond toujours au milieu, et se prolonge souvent jusqu'à la troisième phalange de l'appendice affecté.*

En résumé donc, mes propres observations publiées en 1832, 1833 et 1834, les remarques de M. Sanson, et par-dessus tout l'excellent travail de M. Goyrand (1), prouvent irrévocablement que *la rétraction permanente des doigts*, si bien décrite par Dupuytren, *résulte de la transformation en bride fibreuse d'une partie de la couche sous-cutanée du devant des phalanges*, et non du raccourcissement de l'aponévrose palmaire.

Agréez, etc.,

VELPEAU.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

OBLIQUITÉ ANTÉRIEURE DE LA MATRICE, par D. DEZANNEAU, D.-M. à Saint-Pierre-de-Montrevault (Maine-et-Loire) (2).

L'objet de ce mémoire est de montrer les avantages d'une ceinture

(1) V. GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 219; 1835, p. 484; Mém. de l'Acad. roya'e de méd., t. III.

(2) In-8° de 22 pages, avec une planche lithographiée. Paris, 1835.

abdominale imaginée par l'auteur pour prévenir l'obliquité antérieure de la matrice. Le premier fait qui attira son attention sur ce point est digne d'une sérieuse attention.

Une dame primipare avait eu une grossesse heureuse; seulement, elle avait le ventre projeté en avant. Le travail commencé, l'accoucheur ne parvint à l'orifice de la matrice qu'avec beaucoup de peine, et en introduisant plusieurs doigts, tant il était porté en haut et en arrière. L'occiput était tourné à gauche. Rapprocher le col du centre du détroit était impossible; la main introduite pour tâcher de saisir l'occiput et de le ramener vers le centre du bassin ne réussit pas mieux; on tenta la version avec aussi peu de succès; enfin, après quarante-huit heures de souffrances, le forceps fut appliqué au détroit abdominal et amena un enfant mort.

Un an après, seconde grossesse; le ventre à terme descendait jusqu'au-dessous de la partie moyenne des cuisses. Le col était porté beaucoup plus en haut et en arrière que la première fois. Le travail n'avançait pas, malgré des contractions si fortes et si répétées qu'elles faisaient craindre une rupture; et ce ne fut qu'après des bains réitérés, des saignées, etc., les eaux écoulées depuis trente-six heures, l'orifice dilaté, la version devenue impossible, la tête au détroit supérieur et le sommet fortement appliqué contre l'angle sacro-vertébral, que le forceps, appliqué comme dernière ressource, amena encore un cadavre.

En 1832, troisième grossesse. Mais l'attention de l'accoucheur était éveillée; après avoir consulté les meilleurs auteurs, qui tous regardent cette obliquité comme une chose très-grave, et dont aucun ne paraît avoir songé aux moyens de la prévenir, M. Dezanneau imagina sa ceinture, qu'il fit porter à sa malade jour et nuit pendant les cinq derniers mois de la grossesse. Lors du travail, l'orifice utérin largement dilaté occupait le centre du détroit abdominal, et l'accouchement fut heureusement terminé en cinq heures. Une nouvelle grossesse, traitée de même, a été couronnée d'un semblable succès.

Sept autres observations tendent également à démontrer les périls qu'une très-forte obliquité antérieure fait courir à l'enfant et même à la mère, et la facilité avec laquelle on la corrige au moyen d'une ceinture convenablement appliquée. M. Dezanneau a constamment observé que dans les cas d'obliquité non corrigée, l'enfant se présentait dans la troisième ou quatrième position au détroit supérieur, mais plus souvent dans la troisième. Les membranes, comme on l'observe quand l'enfant présente le côté, viennent former une espèce de boyau dans le vagin; ce signe est du plus mauvais augure, parce que la tête n'étant pas dirigée vers le centre du détroit, l'orifice interne de l'utérus se dilate avec une lenteur extrême; les eaux finissent par s'écouler; l'accoucheur ne pouvant introduire la main est obligé de temporiser jusqu'à ce que la matrice soit pour ainsi dire moulée sur le fœtus. La version devenant impossible, il faut appliquer le forceps au détroit abdominal; ou bien, si la tête s'engage dans l'excavation, elle y présente le sommet ou l'une des régions temporales, et les instruments deviennent encore indispensables dans la plupart des cas.

La ceinture remédie à tous ces inconvéniens. Le seul reproche qu'on pourrait lui adresser serait la compression qu'elle exerce; mais voit-on cette compression, quoique bien plus forte, déterminer des accidens chez les malheureuses femmes qui se pressent et se ligaturent le ventre pour cacher aux yeux les signes de leur faiblesse? Il suit de là que toute ceinture pourrait suppléer jusqu'à un certain point celle de M. Dezanneau; toutefois, il est juste d'ajouter que celle-ci présente quelques avantages.

Elle se compose d'une partie moyenne en daim, garnie en toile postérieurement, et matelassée depuis deux pouces au-dessus de l'ombilic jusqu'au pubis, afin de mieux s'adapter à la courbe que présente la partie inférieure de l'abdomen. Du milieu du bord supérieur de cette portion, monte jusqu'au-dessus des seins une sorte de buse flexible, composé de quatre gros élastiques, et à l'extrémité supérieure duquel sont fixées deux bretelles. Les parties latérales de la ceinture sont en élastiques; les deux parties postérieures qui se lacent sur la ligne médiane sont en daim garni en toile grise. Deux baleines donnent à ces parties une résistance suffisante pour ne point se plisser; et à l'extrémité supérieure de ces baleines sont fixées deux petites boucles pour recevoir l'extrémité libre des bretelles.

Cette ceinture doit être appliquée jour et nuit à dater de la fin du quatrième mois. Toutes les semaines, ou plus souvent selon le besoin, on a soin de lâcher un peu le lacet dans toute la moitié supérieure, afin que les baleines imitant un cône renversé, les régions hypogastriques et iliaques soient les premières comprimées. Par un motif contraire pour les régions ombilicale et épigastrique, les bretelles exigent le même soin. Quand la femme s'assied, il faut qu'elle passe facilement le doigt entre son ventre et sa ceinture, afin que les organes ne soient pas gênés et que le bandage soit simplement destiné à supporter le poids de l'abdomen et non à le comprimer.

Nous ajouterons que M. Capuron, dans une lettre adressée à l'auteur et imprimée à la suite de ce mémoire, approuve complètement cette ceinture, et pense qu'il n'en peut résulter que des avantages pour la mère et pour l'enfant.

NOUVEAU MANUEL COMPLET D'AUSCULTATION ET DE PERCUSSION, ou application de l'acoustique au diagnostic des maladies, par A. RACIBORSKI, D.-M. P. — Un vol. in-18 de 300 pages.

L'auscultation et la la percussion sont certainement la partie des études médicales qui se prête le plus à être renfermée dans les bornes d'un manuel. Aussi en compte-t-on déjà un certain nombre sur ce sujet. Cependant la plupart datant de quelques années, on pouvait en désirer un qui plus récent put être au courant de tout ce qui s'est fait d'important sur ce sujet dans ces derniers temps. Le travail de M. Raciborski nous parait répondre en partie à ce besoin. Les recherches de la plupart des expérimentateurs modernes sont, si non détaillées, au moins énoncées. Cependant il a peut-être nui à l'intérêt de son ouvrage en passant sous silence quelques noms que l'on aimerait à y trouver, et en présentant au contraire d'autres noms à chaque page. Ainsi nous croyions y voir mentionnés les travaux de M. Piorry, les belles leçons des docteurs Graves et Stokes sur l'auscultation et la percussion, et surtout les recherches du docteur Hope sur les maladies du cœur. Il est bien en effet question plusieurs fois de ce dernier auteur; mais M. Raciborski n'a pas profité de ses travaux autant qu'il aurait pu le faire. Ainsi, pour n'en citer qu'un seul exemple l'article, *anévrisme de l'aorte*, aurait certainement beaucoup gagné si l'auteur eût consulté l'ouvrage de l'écrivain anglais.

Nous croyons avoir observé en parcourant ce petit volume, que la partie qui concerne le diagnostic des maladies y est traitée d'une manière très-succincte. En revanche, on trouve des détails anatomiques et physiologiques qui ne nous semblent pas indispensables dans un travail de ce genre.

A part ces légers défauts, qui nous semblent dépendre d'un peu de précipitation et que plus tard il sera facile à l'auteur de faire disparaître de son ouvrage, il ne peut être qu'extrêmement utile entre les mains des élèves qui désirent se familiariser avec l'auscultation et la percussion, et nous le leur recommandons spécialement. Cependant nous croyons devoir les prémunir en les engageant toutefois à se tenir en garde contre quelques assertions exagérées, et qui pourraient les écarter de la route que suit aujourd'hui la médecine depuis que, débarrassée de l'anatomisme exclusif, elle n'a pas craint d'appliquer aux progrès de la science tous les moyens d'investigation qui sont entre nos mains. Ainsi M. Raciborski s'est-il tenu dans les bornes de l'exacte vérité lorsqu'il a écrit que le pronostic repose essentiellement sur le diagnostic dont il n'est que l'interprétation, et que la gravité d'une pneumonie peut toujours se mesurer au nombre de pouces et de lignes du poumon affecté? Nous ne le pensons pas; il est d'autres circonstances qui peuvent modifier le pronostic et dont on doit tenir compte, ce qui n'empêche pas que le diagnostic ne soit en première ligne parmi les études médicales, et que les ouvrages qui, comme celui de M. Raciborski, sont destinés à retracer ses progrès ne méritent l'accueil le plus favorable.

CHOLÉRA.

Le choléra du Midi continue: Marseille a été surtout décimée; le nombre des morts a été jusqu'à plus de 200 par jour; il est maintenant encore de près de moitié. Cinq pharmaciens ont succombé; M. le docteur Remonencq a également été victime de son dévouement. M. Larrey est arrivé dans cette ville le 25 juillet.

Aix n'a pas eu moins de malheurs à déplorer; le nombre des morts a été par jour jusqu'à 142. La population a émigré presque tout entière. M. Vidal de Cassis y est arrivé le 26 juillet.

Le choléra a paru à Beaucaire, où une populace ignorante a failli renouveler les excès commis à Paris contre quelques médecins étrangers attirés par leur zèle.

L'état de Montpellier est assez satisfaisant. Quelques cas isolés ont paru, dit-on, à Lyon. Le choléra s'est étendu d'ailleurs à Gap, à Frontignan, à Nice, à Villefranche; mais il paraît que la nouvelle de son invasion à Gênes était prématurée.

Le gouvernement continue à envoyer des médecins dans le Midi, mais sans mission scientifique. (Voir l'Académie de médecine.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'HYDRIODATE DE POTASSE DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRIOSTITE ET DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE; par le docteur Clendinning, médecin de l'infirmerie de Sainte-Mary-le-Bone (1).

L'iode a été vanté, à la manière de la plupart des médicamens nouveaux, comme utile dans le traitement d'un si grand nombre de maladies, que les nouvelles applications de ce moyen doivent être reçues avec la plus grande circonspection. Si les recherches thérapeutiques faites de bonne foi sont d'une grande utilité pour la science, les éloges prodigieux que l'on donne si souvent à des médicamens qui ne les méritent pas n'inspirent que des doutes ou du dégoût. Les expériences du docteur Clendinning nous paraissent assez nombreuses, surtout réunies à celles du docteur Williams, dont il va être aussi question dans cet article, pour que nous croyions devoir les exposer ici avec quelque étendue. Le rhumatisme articulaire chronique et la périostite sont des affections trop souvent rebelles à tous les moyens dont l'art peut disposer pour que l'on puisse négliger de faire connaître un moyen qui paraît avoir été utile dans un aussi grand nombre de cas.

L'un des plus grands avantages de la médication dont nous parlons, c'est de n'entraîner nécessairement aucune restriction dans la diète ou le régime du sujet qui la suit. Une alimentation nourrissante, une diète généreuse ne sont point des circonstances défavorables à l'action du remède. Il semble, au contraire, que l'usage des alimens empruntés au règne animal soit plus favorable que nuisible à cette action lorsqu'il n'y a pas de fièvre; car il donne à l'estomac l'énergie nécessaire pour supporter sans inconvénient les propriétés stimulantes, et même quelquefois au commencement irritantes, de l'hydriodate de potasse. Un autre avantage, c'est que pendant son emploi le sujet est beaucoup moins exposé à contracter du froid, comme cela arrive si fréquemment et avec tant d'inconvéniens, dans le traitement par les bains, les diaphorétiques et le mercure. Cette médication n'affaiblit pas nécessairement comme la saignée et les autres évacuans, et elle permet, tant sous le rapport chimique que sous celui de la thérapeutique, l'emploi combiné de presque tous les moyens que l'on peut vouloir y joindre; aussi

(1) Ce mémoire, qui est extrait de plusieurs articles de la *Gazette médicale de Londres*, nous a paru devoir offrir d'autant plus d'intérêt que plusieurs médecins des hôpitaux de Paris, et spécialement M. le professeur Magendie, s'occupent actuellement d'essais sur l'emploi de la même médication dans le traitement des mêmes maladies.

Feuilleton.

ESQUISSE SUR LES EAUX MINÉRALES.

A peine touche-t-on à la fin de l'hiver, que déjà une foule de personnes, dans la plupart des grandes villes, se proposent d'aller aux eaux. C'est un but, c'est un besoin comme un autre; c'est au moins un sujet de conversation quelquefois intarissable, car on a une très-belle occasion de parler de soi, de ses maux vrais ou supposés, de ses projets, et on se garde de la laisser échapper. Dès que l'été s'approche et fait sentir sa bénigne influence, on voit un grand nombre de personnes partir, s'élancer dans toutes les directions pour gagner ces piscines miraculeuses, où l'on espère trouver de la santé, de la force, de la jeunesse, du contentement, du repos, d'agréables émotions, enfin un soulagement quelconque aux maladies du corps, aux peines de l'ame et aux agitations sociales. Voilà, certes, bien des espérances; sont-elles fondées? sont-elles chimériques? Ce serait là une belle question à traiter complètement, mais je me garderai bien de l'aborder dans cette simple esquisse, presque jetée au courant de la plume.

Une chose curieuse à remarquer d'abord, c'est que la donnée la plus fondamentale sur ce moyen de guérison est précisément mise en discussion. Les eaux minérales sont-elles utiles par elles-mêmes, ou doit-on attribuer uniquement leurs bons effets aux influences hygiéniques du voyage, des distractions, du changement d'air, et même de l'espoir très-fortifiant de guérir? Il y a de graves autorités médicales pour ou contre cette importante question. Guy-Patin, qui ne croyait nullement à l'efficacité de ces eaux, a lancé sur ce sujet une cynique épigramme, assez connue pour ne pas la rapporter ici. Montaigne, qui appliquait à tout son redoutable *que sçais-je?* s'est aussi moqué des vertus médicamenteuses de ces eaux. Il raconte dans son voyage d'Italie, en avoir vu de fort réputées contre la stérilité des femmes; puis il ajoute qu'on y voyait cette inscription :

Chiunque vuol che la sua moglie impregni,
La mandi a questi bagni, e non ci vegna.

C'est sous une autre forme l'histoire du célèbre *Trou des-Capucins* de Plombières. Quant à moi, si j'osais dire mon avis, je crois fortement aux influences hygiéniques dont j'ai parlé. La variété des lieux et de l'atmosphère, la nourriture autre, l'étonnement qu'on éprouve, le changement de sensations habituelles, les nouvelles sociétés, les nouveaux rapports avec le monde, les petites passions même, qui naissent dans ces circonstances, l'espèce de liberté dont on jouit; tout cela agite et bouleverse les idées; tout cela ébranle l'économie et peut con-

elle est compatible avec les amers, les astringens, les opiacés, les alcalins, les apéritifs, les stimulans diffusibles, et spécialement les ferrugineux et les mercuriaux.

Voici maintenant les inconvéniens qu'entraîne cette médication; ils sont en petit nombre et peu graves. Le principal, c'est le pyrosis, les flatulences, les nausées, la diarrhée et quelquefois les vomissemens et les coliques; mais ces accidens ne se présentent ordinairement qu'au commencement du traitement, et il est facile de les prévenir ou de les faire disparaître lorsqu'ils sont développés. On y arrive en faisant prendre la solution d'hydriodate de potasse dans un fluide mucilagineux ou dans une décoction amère, comme celle de gentiane, ou en la prenant après le dîner, ou au moins après avoir mangé quelque chose de solide, en commençant par une dose faible, de quelques grains seulement, et augmentant graduellement. Si c'est de la cardialgie que se plaint le sujet, on le calmera par l'usage des alcalins et des aromatiques; si c'est de la diarrhée ou des coliques, on les fera cesser en recourant immédiatement à la mixture de chaux et au laudanum.

Lorsqu'on commence l'usage de l'hydriodate de potasse, il détermine quelquefois des douleurs et d'autres incommodités à la poitrine, à la tête et sur d'autres points plus ou moins éloignés de l'estomac. La céphalalgie et les vertiges sont souvent les premiers effets qui se manifestent, surtout chez les femmes nerveuses, chez lesquelles on voit aussi survenir sous la même influence quelques accidens hystériques. En effet, en ne considérant que l'influence et les sympathies de l'estomac, on doit s'attendre qu'un agent aussi puissant que ce sel déterminera chez les sujets susceptibles des symptômes anormaux et inattendus; mais ces effets sont de peu d'importance et très-faciles à surmonter.

Je n'ai jamais observé d'atrophie des mamelles, des testicules ou d'aucun autre organe, chez les malades qui ont été soumis à toute l'influence de cette médication. J'ai souvent remarqué, au contraire, de l'amélioration dans la physionomie et l'apparence générale. Des malades qui en ont pris jusqu'à 100 grains par jour pendant plusieurs semaines de suite n'ont rien éprouvé de plus que ceux qui n'en prenaient que 10 ou 12 grains par vingt-quatre heures.

Les seuls effets appréciables, et on pourrait dire réguliers, de cette médication sont l'augmentation de l'urine et des évacuations intestinales; mais au bout de quelques jours et au plus d'une semaine ou deux, les malades ne trouvent plus de différence dans la quantité des évacuations. Quant aux changemens que l'urine peut présenter sous le rapport de la qualité, les seuls appréciables sont une augmentation considérable, chez quelques sujets, dans la proportion du dépôt briqueté, et chez ceux qui boivent peu de liquides, une quantité extraordinaire d'acide urique. Quelques expériences que j'ai faites sur l'urine ne me permettent pas de douter que chez les sujets soumis à ce traitement, ce liquide ne contienne de l'iode. Traitée par le sublimé corrosif, cette urine fournit un dépôt abondant et bleuâtre, tel que celui que détermine constamment le mélange des préparations mercurielles et de celles d'iode dans l'urine. En traitant ce liquide par la fécule et l'acide muriatique, on peut encore arriver à constater la présence de l'iode, mais avec plus de difficulté.

L'effet de cette médication sur les intestins est de les relâcher lorsqu'il y a de la constipation. Une femme de l'infirmerie de Sainte-Marie-le-Bone souffrant depuis long-temps d'un rhumatisme chronique et dont l'estomac et les entrailles étaient si irritables, que nous avons été obligés d'abandonner l'hydriodate de potasse pour la vératrine, a pu depuis prendre sans inconvénient, et quatre fois par jour, 6 grains de ce sel avec la mixture de craie et 5 gouttes de laudanum; et bien qu'elle prenne chaque jour 20 gouttes de laudanum et 1 grain et demi de muriate de morphine, elle conserve cependant le ventre parfaitement libre.

OBSERVATIONS DE RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE TRAITÉ PAR L'HYDRIODATE DE POTASSE.

OBS. I. — Rebecca Fuller, âgée de 30 ans, fut admise à l'infirmerie le 22 janvier. Elle souffrait depuis plus d'un an d'un rhumatisme chronique, et, à l'époque de son entrée, elle avait à la cheville, aux articulations des doigts et à la paume de la main un gonflement douloureux, et en outre une périostite le long de l'olécrâne et du corps du radius d'un côté. La pression externe et la contraction musculaire déterminaient également une douleur dont l'origine semblait être dans les attaches tendineuses des muscles et dans les aponévroses intermusculaires. Cette fille était pâle; ses chairs étaient molles, son pouls faible, et la température de sa peau très-basse.

Elle prendra trois fois par jour :

Teinture ammoniacale de gaïac,	2 gros,
Dans mixture de quinquina aromatique,	1 once.

Le lendemain, elle fut prise dans la région iliaque droite d'une vive douleur, qui fut soulagée par les sangsues et les fomentations.

Le 24, elle prit pour essai un bain chaud qui produisit un effet défavorable, car le lendemain ses douleurs étaient augmentées; un purgatif et la poudre de Dover n'ayant produit aucune amélioration, le 27 on lui prescrit 15 gouttes de vin de colchique à prendre trois fois par jour dans une once et demie de mixture aromatique de quinquina.

Le 3 février, les douleurs n'ayant éprouvé aucune diminution, on ordonne la mixture précédente, mais avec 3 grains d'hydriodate de potasse à la place du vin de colchique.

Le 5, il y a de l'amélioration; la malade a eu quelques selles liquides. On remplacera la mixture de quinquina par la décoction de salsepareille composée, à laquelle on ajoutera l'hydriodate de potasse à la dose prescrite et 5 gouttes de laudanum par chaque dose.

Le 14, la malade est aussi bien qu'on puisse le désirer; la sensibilité de l'olécrâne et des autres parties douloureuses a complètement disparu. On cesse le traitement.

La malade ayant éprouvé au bout de quelques jours un retour des douleurs, elle fut obligée de reprendre la mixture d'iode qui lui produisit le même effet, et elle la continua assez long-temps pour sortir complètement guérie. Pendant tout le temps qu'elle subit ce traitement, elle fut constamment soumise à un régime alimentaire riche et généreux : la viande rôtie, le porter, etc.

OBS. II. — Sara Wood, âgée de 50 ans, fut admise le 20 février 1835; elle dit souffrir depuis sept ans d'un rhumatisme goutteux qui l'a obligée d'entrer à l'hôpital de Westminster, où elle est restée trois mois. Il y a maintenant aux deux genoux un gonflement assez fort qui l'a entièrement empêchée de travailler depuis trois mois; la santé générale est excellente. Elle prendra quatre fois par jour 3 grains d'hydriodate de potasse dans un liquide mucilagineux.

Le 24, amélioration rapide; la malade marche avec beaucoup plus de facilité. Elle continue le traitement.

Le 27, elle dit qu'elle marche beaucoup mieux qu'elle ne l'avait fait encore depuis sept ans; le gonflement de la cheville a entièrement disparu; il en reste cependant encore aux genoux, avec un peu de sensibilité à la pression.

Le 6 mars, elle a toujours continué le traitement par l'iode sans aucune espèce d'inconvénient; elle se trouve, au contraire, beaucoup mieux, et passe à la salle des convalescens.

Ces deux exemples nous font assez comprendre, et la manière dont agit l'hydriodate de potasse dans les cas de rhumatisme chronique, et

---

courir à la guérison. Il se fait alors une sorte de révulsion physique et morale toujours avantageuse. Cependant on ne peut méconnaître que les eaux minérales ont des qualités spéciales qui agissent sur nos corps et les modifient dans des cas donnés et prévus. Réunissez toutes les causes extérieures que je viens d'énumérer, et vous n'obtiendrez certainement pas tous les effets qu'on observe dans les établissemens thermaux. En second lieu, on ne peut nier que les substances contenues dans les eaux minérales n'aient une action réelle et plus ou moins active sur nos organes. Enfin, il est prouvé qu'on obtient des effets analogues en se servant d'eaux minérales artificielles, bien qu'on soit dépourvu du concours des influences hygiéniques précédentes. Ces considérations prouvent donc que les eaux minérales ont une efficacité réelle, constante, positive, quand elles sont administrées rationnellement. Elles démontrent également l'incontestable supériorité des eaux minérales naturelles sur celles qui sont artificielles. Néanmoins, on entend répéter encore par certains ignorans, que sur ce point nous sommes parvenus à imiter complètement la nature; c'est à faire rire de pitié. L'art est l'émule de la nature, sans doute; mais dans les plus minimes, les plus chétives proportions. Sachez donc qu'il y a dans les eaux minérales naturelles, non-seulement des principes qui nous échappent, soit par leur nature, soit par leur volatilité, mais que la combinaison de ceux que nous connaissons est si parfaite, si exacte, si profonde, que les analyses chimiques sont nécessairement insuffisantes; aussi varient-elles en très-peu d'années. C'est donc cette parfaite combinaison de principes constituans qui rend les eaux minérales naturelles bien autrement efficaces que les autres, ce qui leur conservera le titre d'*arcana Dei*, *miraculis plena*, qui leur fut donné autrefois. Dans un examen de pharmacie, on demandait au candidat quels étaient les rapports des eaux minérales naturelles aux eaux minérales artificielles; il répondit : les mêmes qui existent entre l'*homme* et le *singe*. Eh bien! je trouve qu'il élevait encore trop haut les prétentions de la science, malgré ses incontestables progrès sur ce point.

Mais d'où proviennent donc les qualités supérieures de ces eaux? Comment les acquièrent-elles? A quoi faut-il attribuer la thermalisation et la minéralisation des sources chaudes, c'est-à-dire l'origine de leur température et de leur constitution chimique? A ces grandes et hautes questions, on ne peut faire qu'une bien courte réponse : nous n'en savons rien. Mettez ces cruels mots en regard des immenses recherches, des gros volumes, de l'énorme catalogue de Carrère, des travaux de l'ancienne société royale de médecine, des documens amoncelés dans les cartons des différens ministères, et puis évaluez la science des médecins, des naturalistes, des chimistes, des géologues sur ce sujet. C'est au point que, malgré la différence des époques, il faut encore donner raison à Rabelais, lui qui cacha si souvent la vérité sous un masque de cynique. « Et m'esbahis grandement, dit il, d'ung tas de fols philosophes et medicins qui perdent temps à disputer d'oud viend la chaleur de ces dictes eaües; ou si c'est à cause du baurach ou du soulphre, ou de l'alun ou du salpêtre qui est dedans la minière; car ils n'y font que ravasser, et mieulx leur vauldrait se aller frotter le col au panicant que de perdre ainsy le temps à disputer ce dont ils ne scavent l'origine. » (Liv. II, chap. 30.) Je ne sais si les savans de notre époque sont disposés à suivre le conseil de Rabelais, toujours est-il qu'on dispute encore sans s'entendre davantage. On croit prouvé néanmoins que ces eaux acquièrent leur chaleur, quelquefois extrême, en passant à travers des volcans, ou bien dans le voisinage du feu central de la terre, c'est-à-dire à d'incommensurables profondeurs. Personne n'ignore que ce feu central a maintenant les faveurs de la science; assez long-temps les *neptuniens* l'ont emporté; il est bien juste que les *vulcaniens* triomphent à leur tour.

la rapidité avec laquelle survient l'amélioration sous l'influence de ce moyen. Maintenant nous allons passer à un autre ordre de faits, aux observations de périostite chronique traitée par le sel d'iode; mais avant de rapporter quelques-unes des observations qui sont citées en grand nombre par les auteurs anglais, nous donnerons quelques réflexions que le docteur William, l'un d'eux, a lues au collége des médecins sur la périostite, dans un mémoire sur le traitement de la syphilis.

« Le nodus du périoste, qui est l'une des formes de l'affection syphilitique du système osseux, est formé par le dépôt d'une série de couches de matière osseuse imparfaitement formée à la surface de l'os sain; ces couches peuvent être enlevées par macération. Le périoste lui-même est aussi épaissi dans ces cas et quelquefois ulcéré. Cette espèce de nodus est, comme toutes les parties nouvellement formées, disposé à se désorganiser, et passe rapidement à la suppuration. Une seconde espèce de nodus est due à la sécrétion d'une matière gélatineuse, soit par le périoste lui-même, soit par les ligamens ou les aponévroses. Ce nodus a la consistance de l'eau de gomme épaissie, mais quelquefois il a une consistance beaucoup plus forte; c'est pourquoi on l'a appelé nodus gommeux. Ce nodus est très-disposé à s'ulcérer, et quand une fois la tumeur est ouverte, bientôt l'ulcération acquiert une étendue considérable, l'os ne tarde pas à s'exfolier et il en résulte une maladie longue et grave.

» Lorsque le virus se fixe sur l'os lui-même, la portion solide du cylindre osseux s'enflamme, s'épaissit considérablement, et acquiert une densité beaucoup plus forte. A l'intérieur, le tissu lamelleux s'oblitère partiellement, la moelle acquiert une plus grande dureté, et à l'extérieur on distingue une tumeur dure, solide et saillante en même temps; le périoste s'épaissit et si la maladie n'est pas combattue à temps, l'ulcération et l'exfoliation apparaissent successivement. Le nodus dur est la forme la plus fréquente de la périostite, et le plus souvent on emploie le traitement mercuriel avec un succès complet pour le traiter. Cependant il y a un grand nombre de cas où le mercure reste sans efficacité et où le malade est voué à des souffrances d'une longueur et d'une violence excessives. J'ai donc dû chercher un traitement qui fût plus efficace contre cette forme de la maladie. Les faits suivans vont nous le faire connaître. »

OBSERVATION DE PÉRIOSTITE SYPHILITIQUE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'HYDRIODATE DE POTASSE.

Obs. III. — Isaac Chelton fut admis à l'hôpital Saint Thomas le 17 janvier 1831, avec des nodus d'un volume considérable sur chaque tibia. Il éprouvait des douleurs atroces, et sa santé était considérablement altérée. Le premier traitement qu'il subit fut un traitement mercuriel suivi de salivation; mais les douleurs reparurent aussitôt que la bouche fut guérie. On essaya ensuite, mais sans plus de succès, une décoction de *smilax aspera*, à laquelle on substitua, le 7 avril, la décoction de salsepareille. Cette dernière fut continuée pendant huit semaines, mais sans soulagement pour le malade; au contraire, les premières phalanges des deuxième et troisième doigts d'une main augmentèrent de volume, s'enflammèrent avec ulcération, et à la fin nécrose qui nécessita l'amputation d'un doigt, et cela malgré plusieurs applications de sangsues et l'emploi d'une foule de moyens locaux ainsi que du calomel et du colchique à faible dose, et même de la noix vomique.

Après que la plaie de l'amputation fut cicatrisée, il fut nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens, afin de tâcher de sauver l'autre doigt qui semblait marcher rapidement vers la nécrose.

Le 2 juillet, c'est-à-dire après six mois de séjour à l'hôpital, il commença à prendre trois fois par jour cinq grains d'hydriodate de potasse, et au bout de quelque temps la dose fut portée à dix grains. Les résultats furent des plus heureux; les douleurs furent diminuées ainsi que les nodus, et le doigt fut sauvé.

Ce malade fut ensuite atteint d'une iritis, puis d'une ulcération à la gorge, d'une maladie du nez, puis des ligamens et de la membrane synoviale des articulations, et il resta plus d'une année à l'hôpital, à la suite du traitement par l'hydriodate de potasse; et pendant tout ce temps il n'y eut pas de récidive de la périostite.

Ce fait est remarquable sous plus d'un rapport, le seul cependant sur lequel nous insisterons, c'est l'action spécifique qu'a exercée l'hydriodate de potasse sur la périostite sans agir cependant sur le virus syphilitique qui était dans l'économie, et qui s'est ensuite manifesté sur la muqueuse du pharynx et ailleurs.

Ce malade ne venait que de terminer son traitement quand le cocher d'un membre du Parlement fut reçu à l'hôpital Saint-Thomas, avec exactement le même état du tibia et des phalanges des doigts. Cet homme avait été traité pendant plusieurs mois par le mercure et la salsepareille, et avait été tellement affaibli par ses souffrances que sa famille croyait le voir mourir d'un instant à l'autre. Je lui prescrivis huit grains d'hydriodate de potasse à prendre trois fois par jour, et au bout d'un mois il était complétement guéri.

Instruit par ces cas, j'ai invariablement employé l'hydriodate de potasse dans le traitement des nodus du périoste durs, et avec un succès uniforme. La dose moyenne de ce médicament est de huit grains; à une dose plus élevée il devient purgatif; et même en s'en tenant à cette dose il faut encore y apporter quelque attention surtout lorsqu'il survient des nausées. Ce n'est qu'après de cinq à dix jours qu'il commence à amener un peu de soulagement; mais à cette époque les douleurs sont diminuées; les nodus commencent à perdre de leur volume, ils finissent même par disparaître complétement dans le plus grand nombre des cas. Cependant il y en a quelquefois qui persistent, mais ces cas sont plus rares que quand on n'a employé que le traitement mercuriel. Je n'ai pas vu un seul cas de nodus durs du périoste, traité par l'hydriodate de potasse, passer à l'ulcération, tandis qu'on observe assez fréquemment cet accident pendent le traitement par le mercure.

Obs. IV. — Freeman, marin, entra le 6 mars à *North London hospital*, se plaignait de violentes douleurs au front et dans les os des jambes. Ces douleurs le tourmentaient depuis six mois; il les avait contractées aux Indes orientales, en s'exposant à l'humidité lorsqu'il était sous l'influence d'un traitement mercuriel qui lui avait été prescrit pour une affection vénérienne. Les jambes étaient rugueuses, bosselées et douloureuses et les nodus étaient ordinairement plus gros et plus rouges pendant les temps humides que dans toute autre circonstance. La peau des pieds et des jambes était chaude et sèche; et lorsqu'il faisait une grande inspiration, il disait ressentir une forte douleur dans tous les membres. La nuit, la douleur du front et celle des jambes étaient presque insupportables. Le front offrait une légère tuméfaction et était douloureux au toucher; il y avait un peu de toux, mais aucune douleur dans la poitrine. Le pouls, donnant 92, était fort et rebondissant; la langue nette et humide; l'appétit passable; il y avait un peu de constipation, et la nuit surtout le malade rendait une assez grande quantité d'urine. Le moral du malade était un peu abattu, et il semblait ne conserver presque aucun espoir de guérison. Il se plaignait d'une sensation singulière dans les yeux, et qui dépendait probablement de la maladie du front; lorsque la nuit approchait, il voyait tout danser autour de lui. La maladie syphilitique pour laquelle il était en traitement à l'époque où il fut pris de ses douleurs, remontait à trois années. Depuis cette époque il n'avait pas obtenu une guérison complete, bien qu'il eût pris beaucoup de mercure. Le premier objet que j'eus en vue fut d'abord de diminuer l'excitation qu'il éprouvait, ce que je cherchai à opérer par une forte saignée, un purgatif et le tartre émétique pris toutes les quatre heures à la dose d'un grain dans un verre d'eau. Ce traitement fut continué pendant trois jours,

---

Quoi qu'il en soit de cette discussion, il n'en est pas moins certain que ces eaux minérales ont une action très-marquée sur l'économie. En général, cette action est stimulante; cela est si vrai, que dans certains cas elle détermine une sorte de mouvement fébrile sur lequel beaucoup de médecins, et notamment Bordeu, fondent beaucoup d'espérances de guérison. Or, c'est ici une question fort délicate. Conçoit-on, en effet, ce qu'un surcroît d'excitation peut avoir de dangereux sur des corps faibles, nerveux, malingres, fatigués par de longues maladies, épuisés par des travaux, des jouissances, et tous les ébranlemens que peuvent apporter à notre économie les passions et les chances diverses de la fortune. C'est là le point le plus difficile à saisir, quand il s'agit de prescrire les eaux minéro-thermales. Ce ne sont donc pas toujours des remèdes-plaisirs, comme on le croit avec trop de légèreté; il y va dans leur emploi du rétablissement ou de la perte totale de la santé; c'est même quelquefois une question de vie et de mort. La thérapeutique par les eaux exige un tact, une précision, une prévoyance dans les résultats dont beaucoup de gens ne se doutent pas. Ce qu'il y a de sûr, c'est que rarement cette médication est innocente; il y a toujours un mieux ou un pire à attendre. Aussi voit-on à la fin de chaque saison beaucoup de malades revenir des eaux dans des dispositions bien différentes. Les uns sont tristes et abattus, leur maladie ayant augmenté; les autres guéris ou soulagés, et par cela même tout prêts à appendre leur tableau à l'autel d'Esculape, à chanter les bienfaits de la fontaine où ils ont reconquis la santé

D'un autre côté, non-seulement le choix des eaux minérales est fort important, mais la manière de les administrer, d'en diriger l'emploi, mérite également de fixer l'attention. On a eu raison d'attacher un médecin à chacun de ces établissemens, qu'on peut regarder aujourd'hui comme les maladreries d'une société riche et souffrante, ou comme l'asile de ces infortunés qui échappent quelques instans au misérable bagne des ambitions humaines. Les médecins inspecteurs jouent donc un grand rôle aux eaux minérales, dont la direction leur est confiée; aussi, comme il arrive toujours, sont-ils souvent blâmés avec amertume ou loués outre mesure. Eh bien! on peut dire sans flatterie que la vérité se trouve presque toujours dans le dernier cas. Après le petit faible que leur établissement remonte au moins à l'époque des Romains, ce qu'on reproche le plus à ces médecins, c'est leur enthousiasme pour les eaux qu'ils administrent, c'est de les vanter pour une infinité de maux, c'est de les croire capables de guérir les maladies les plus opposées, d'en faire une sorte de spécifique-phénix contre les affections les plus redoutables. Avouons-le, il y a du vrai dans cette espèce d'enthousiasme, et j'ai été à même de le constater en plusieurs circonstances. Un médecin n'a-t-il pas écrit qu'il serait plus aisé de tarir les eaux de Barèges en les buvant que de raconter en détail leurs excellentes qualités. Il est difficile de dire plus en aussi peu de mots. Bordeu lui-même, le grand Bordeu, n'est-il pas tombé dans une pareille exagération? Epuisant toutes les formules d'éloges pour ses chères *eaux d'Aquitaine*, les nombreuses observations qu'il rapporte dans son *Traité des maladies chroniques* sont en grande partie des guérisons presque miraculeuses opérées par ces eaux. En cela, il différait encore de son redoutable adversaire, Bouvart, qui disait que les eaux guérissent des maux passés et à venir, mais rarement des maux présens, excepté de l'ennui, le plus cruel fléau des riches. Ce qu'il y a de singulier, c'est que Bordeu, atteint d'une goutte vague, se mit à l'usage des eaux qu'il avait tant vantées, et n'en retira aucun avantage.

Au reste, ce reproche de confiance outrée fait au médecin des eaux, est d'autant plus mal fondé que cette confiance est souvent justifiée; il faut savoir que la plupart des malades qu'on y envoie pour se rétablir ont déjà subi plusieurs traitemens; ordinairement tout a été employé, disons le mot, on ne sait plus que

mais sans soulagement notable. Comme il y avait de la douleur à la gorge, et que les douleurs nocturnes l'empêchaient de reposer, je lui prescrivis le gargarisme suivant :

Prenez : Deuto chlorure de mercure,	2 grains.
Acide muriatique,	1 gros.
Eau distillée,	8 onces.
Muriate de morphine.	demi-grain.

Le malade en retira encore peu d'avantage. Le 16, son corps se couvrit d'une éruption semblable à l'urticaire, mais plus élevée, et sa respiration offrit une odeur mercurielle très-prononcée. Pensant que peut-être il avait avalé quelque quantité du gargarisme, je le supprimai et le remplaçai par un autre où entrait l'acétate de plomb. Le malade est soumis alors au traitement par l'hydriodate de potasse, à la dose de cinq grains par jour; un vésicatoire est appliqué au front, et le muriate de morphine est continué, mais à plus faible dose. Ce traitement, commencé le 16 mars, a été suivi des plus heureux effets, la douleur de tête a complètement cessé, et celle des jambes considérablement diminué; les nodus ont disparu; la gorge a cessé d'être douloureuse; le malade a recouvré le sommeil, une partie de ses forces et de sa gaîté, et a quitté l'hôpital le 18 avril.

Ce n'est pas seulement dans les cas de périostite syphilitique que l'hydriodate de potasse est utile; il l'est également dans ceux où cette maladie dépend d'une affection rhumatismale. Nous allons rapporter un cas de ce genre qui donnera en même temps un exemple de l'un des inconvéniens que l'emploi de l'iode présente chez quelques sujets. Nous voulons parler du ptyalisme.

Obs. V. — M. M..., âgé de 40 à 50 ans, d'une robuste constitution, a souffert du rhumatisme depuis plusieurs années. Avant l'époque où il me fut amené par M. Rolly, mon ami, le périoste était malade depuis quelque temps; il se plaignait surtout de douleurs nocturnes dans tous les os longs, et qui ne cédaient qu'à de fortes doses d'opium; et même dans les derniers temps il était obligé de prendre de deux à trois grains de morphine pour obtenir du soulagement. L'un des tibias présentait une tumeur dure, visible à une distance considérable, extrêmement sensible au toucher, s'étendant longitudinalement sur la plus grande partie de la surface du tibia, et présentant évidemment un exemple d'une périostite ou d'un nodus de l'espèce dure. D'après l'histoire du malade, il était évident que cette périostite était d'origine rhumatique. Tous les moyens ordinaires avaient été employés sans aucun effet permanent. Je prescrivis l'hydriodate de potasse à la dose de trois grains trois fois par jour; la dose fut augmentée ensuite graduellement, et le malade en éprouva les résultats les plus avantageux. Cependant il y avait à peine quelques jours qu'il faisait usage de ce sel, quand les gencives devinrent douloureuses, les dents furent ébranlées, et on vit survenir une salivation grave qui dura pendant dix ou quinze jours. Au bout d'un petit nombre de jours, il cessa tout-à-fait de prendre de l'opium, et après un mois de traitement il se regardait comme guéri.

Une femme qui est encore en traitement en ce moment à l'hôpital e qui prend l'hydriodate de potasse pour une périostite de l'occipital, a aussi éprouvé un soulagement remarquable du moment que l'iode a produit sur ses gencives, ses dents et sa respiration des effets semblables à ceux que détermine le mercure. Sous ce rapport l'iode doit être rapprochée de la digitale et de quelques autres substances actives que l'on a vu quelquefois produire des effets analogues.

Nous terminerons par l'observation suivante, qui nous offre à la fois un exemple remarquable de la périostite cérébrale et du succès que l'on peut attendre de l'emploi de l'hydriodate de potasse même dans les cas en apparence les plus graves.

Obs. VI. — En juillet dernier M. S. fut pris subitement de céphalalgie avec vertige, double vision, éclats lumineux devant les yeux, et quelques autres signes de trouble général. Pendant les premiers huit ou dix jours, il éprouva en outre de singulières illusions d'optique. Non-seulement les divers objets qu'il voyait étaient changés de forme, de grandeur, partagés ou doubles, etc., mais encore il voyait passer devant lui une série de spectres qui étaient presque également visibles à la lumière et à l'obscurité. Quelquefois des figures entières, d'autres fois des membres seulement d'homme ou de femme, des animaux, des nuages ou d'autres apparences vaporeuses. Ceux de ces spectres qui étaient les plus constans, paraissaient et disparaissaient alternativement et à de très-courts intervalles; ils semblaient produits par le stimulus du sang artériel, car ils suivaient souvent, sinon invariablement, les mouvemens du pouls, disparaissaient lorsque les vaisseaux sanguins cessaient d'être distendus. Ces symptômes furent combattus par des applications de sangsues, des purgatifs, la diète, le repos, etc. Le malade ne les éprouvait que depuis peu de temps, mais il semblait naturel de les attribuer à l'irritation sympathique du cerveau, qui était produite par une périostite d'origine ancienne occupant le sommet de la tête, le côté droit, et accompagnée de sensibilité à la pression sur la moitié droite de la tête.

Depuis plusieurs années ce malade avait souffert de la périostite sur plusieurs os; le sternum, la clavicule, l'acromion et les os du crâne, et la rapportait à un rhumatisme opiniâtre et dont l'origine remontait à l'habitude où il avait été de s'envelopper la tête pendant la nuit avec des linges humides, pour calmer des maux de tête qu'on attribuait au défaut d'exercice et à l'excès de l'étude. Les moyens antiphlogistiques produisirent peu d'effet, tandis qu'aux attaques précédentes ils avaient constamment procuré du soulagement. Le docteur Elliotson fut appelé en consultation, et, avec son avis, on commença à donner au malade de petites doses d'hydriodate de potasse. Ces doses furent rapidement augmentées jusqu'à ce qu'elles fussent arrivées à dix, quinze, vingt et même trente grains trois fois par jour. Au bout de quinze jours environ, déjà le mal de tête, les illusions de la vue et tous les autres symptômes graves avaient disparu; il ne restait plus que la faiblesse résultant des évacuations sanguines.

Cependant, lor qu'on eut continué ces doses élevées pendant plusieurs semaines, on fut obligé de les suspendre à cause de la cardialgie et de l'état de flatulence qu'elles déterminaient. Le malade fut encore repris plusieurs fois de la même sensibilité au cuir chevelu, au sternum, etc., avec des mouvemens sporadiques au front et aux jones; on entendit même très-distinctement le bruit du craquement indiqué par le docteur Johnson, dans l'un des derniers numéros du *Journal médico-chirurgical*, comme accompagnant la contraction des muscles affectés de rhumatisme chronique. Ce bruit était si distinct vers l'insertion des muscles cervicaux à l'occiput, que le malade lui-même le distinguait parfaitement. En octobre, une attaque assez sérieuse de ces douleurs fut combattue avec le même succès que la première fois par l'hydriodate de potasse; et depuis cette époque le malade jouit d'une meilleure santé que depuis plusieurs années.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;
PAR HUFELAND ET OSANN.

Les cahiers de décembre, janvier et février contiennent : 1° *Sur l'homœopathie*, par le docteur Messerschmidt. Dans cet article extrêmement long, l'auteur cherche à établir que le principe sur lequel repose l'homœopathie, *similia similibus curantur*, trouve dans quelques cas son application, et que cette doctrine thérapeutique, dégagée un jour de tout ce qu'on a voulu en déduire de conséquences outrées, viendra se fondre dans la médecine générale. 2° *Constitution de l'année* 1833 *à Lüneburg*, par le docteur Fischer (suite); 3° douze observations de *maladies mentales*, par le docteur Amelung (suite); 4° *variétés et différences pathologiques de l espèce humaine*, par le professeur Hufeland. D'après l'auteur, l'espèce humaine n'a qu'*une*

faire. Or, quand il arrive que le rétablissement de la santé a lieu dans cette circonstance, croyez-vous que le malade et le médecin ne soient pas disposés à s'émerveiller, il faut s'y attendre, et cela doit être. Ajoutons que les thermâtres ont vu, les eaux qu'ils administrent réussir dans une foule de cas très-différens, où le succès était fort incertain; de là une tendance naturelle à les préconiser sans cesse. Zimmermann rapporte l'observation très-curieuse d'un jeune homme tombé dans l'état le plus déplorable de stupeur et de paralysie des membres. Il l'envoya aux eaux de Peffersbad, dans le pays des Grisons. Une éruption générale eut lieu sur la peau, à la suite de laquelle le malade devint si vigoureux, si dispos, si agile, que, selon sa pittoresque expression, en courant dans les montagnes, « chaque pas qu'il faisait lui paraissait *trop court*. »

Il est aussi des malades chagrins et avares qui ne voient dans cet enthousiasme qu'un simple calcul d'intérêt. A les entendre, un établissement d'eaux minérales en faveur, ou bien auquel on veut donner de la vogue, n'est pas autre chose que d'essayer de s'enrichir par ce moyen; c'est un filon aurifère qu'il s'agit d'exploiter le plus en grand possible. On doit sans doute à un de ces malades de mauvaise humeur l'ancienne épigramme suivante :

Esprits étroits, hommes avides,
Je vous conjure par X, X,
Allez chez l'infernale race
Taxer le prix de l'eau du Styx
A tant la pinte, à tant la tasse.

C'est au public qu'il appartient de décider de pareilles questions : il se trouve bien ou il se trouve mal à tel ou tel établissement; on y guérit ou on n'y guérit pas, c'est la loi et les prophètes. Il en est de même de l'extrême sévérité exigée par certains médecins dans l'emploi des eaux. Boire toujours à telle heure, recommencer à telle autre, boire sans cesse et sans fin, voilà ce qu'a été comparé par un buveur anglais au supplice du *tread-mill* (roue qui force à marcher). Bien plus, on a cité certain esculape des eaux qui était le véritable tyran de ses malades. Chaque verre, chaque goutte d'eau, chaque bain, chaque douche ou demi-bain, était compté, mesuré avec une risible importance. Rien ne se faisait sans son ordre précis, sans qu'il l'eût vérifié, examiné, contrôlé, tout cela, dit-on, pour donner du poids à la chose, de la science et de l'argent au médecin, de la réputation aux aux. On ajoute même qu'un jour ce rigide docteur, voulant s'opposer à une promenade projetée, malgré lui, par de buveurs, fit retenir à la poste les chevaux pendant trois jours. Voilà qui passe les bornes. D'un autre côté, pourtant, il faudrait entendre les motifs du médecin : peut-être en définitive lui donnerait on raison. N'est-il pas vrai que l'emploi des eaux thermo-minérales doit être fait avec une précision rigoureuse, pour en bien apprécier les effets? ne faut-il pas, en outre, estimer l'influence du climat, de la saison, de la température et de ses variations, calculer les résultats de l'exercice, du régime, de ses écarts, etc.? Voyez combien de soins, combien de données, combien même de précautions minutieuses sont indispensables pour arriver à la solution du problème, guérir ou soulager par la médication des eaux. Et ce qui complique ce problème, c'est qu'il s'agit de personnes dont les goûts sont bien différens, qui arrivent aux eaux dans la ferme persuasion que c'est un remède à peu près infaillible, qui, la plupart riches, s'imaginent que tout doit plier à leurs capricieuses volontés, qui ont des habitudes dont elles ne veulent pas s'écarter, qui parfois regardent comme un acte de servilité, de bassesse ou de sottise la scrupuleuse exactitude qu'on exige en médecine; enfin qui veulent faire marcher de front la vie sociale et le régime médical, les plaisirs et les remèdes. Il n'est donc pas

origine. 5° *Sur le typhus intestinal ulcéré ou l'entéropyosis typhoïde*; 6° *nouvelle méthode de fabriquer et de renforcer les aimans artificiels*, par le docteur Becker; 7° *observation de carie des os du crâne avec dégénérescence de la substance du cerveau*, par le docteur Graff; 8° *désordre remarquable des fonctions intellectuelles par l'abus de la teinture de colchique d'automne*, par le docteur Biermann; 9° *observation d'un iléus suivi de mort*, avec quelques remarques sur cette maladie en général et sur son traitement, par le docteur Hauf (article non achevé); 10° *sur l'autopsie cadavérique de personnes mortes de fièvres nerveuses*; recherches faites à l'hôpital Friedrichstadt de Berlin pendant l'année 1834, par le docteur Stannius. Nous attendrons la fin de ce travail fort intéressant pour en rendre compte. 11° *Excroissance de la forme d'une grappe de raisin trouvée dans le larynx d'un enfant*, par le docteur Siemon-Dawosky; 12° *observation d'un croup sans toux*, par le docteur Michaelis; 13° *nouvel exemple de la présence prolongée d'un corps étranger dans le larynx*, par le docteur Wagner.

Le cahier de mars contient: 1° *sur l'acte et la différence du vomissement, et sur la facilité des enfans à vomir*; par M. le professeur Schultz; 2° *sur les établissemens orthophréniques*, par M. le docteur Klose, à l'occasion de la maison de santé ouverte par M. Voisin. L'auteur cherche à démontrer son utilité, et manifeste le désir de les voir établir en Allemagne; 3° *histoire d'un iléus suivi de mort*, par le docteur Hauff. L'autopsie n'a pas été faite; l'auteur fait suivre cette observation d'une longue dissertation sur l'iléus; ce travail n'est intéressant que par le grand nombre de citations; 4° *sur les autopsies cadavériques de personnes mortes de fièvres nerveuses*. Recherches faites à l'hôpital Friedrichstaedt à Berlin, pendant l'année 1834, par le docteur Stannius; article non achevé.

SUR LE TYPHUS INTESTINAL ULCÉRÉ OU L'ENTÉROPYOSIS TYPHOÏDE.

Dans un avant-propos, M. le professeur Hufeland discute sur le caractère de l'inflammation que l'on observe à la muqueuse intestinale dans le cours de cette maladie; il admet avec presque tous les auteurs que l'inflammation ne constitue pas l'essence des fièvres typhoïdes; elle peut exister ou manquer, comme le prouvent les autopsies, et être considérée comme une *phlogose symptomatique* qui peut s'associer à chaque espèce de fièvre; c'est une *irritation inflammatoire superficielle* de la muqueuse intestinale, s'accompagnant de dégénérescence ulcéreuse et de ramollissement de cette membrane (deux phénomènes pouvant même exister sans inflammation); elle est un produit métastatique de la fièvre, un véritable exanthème intestinal. Il est possible, d'après l'auteur, que ce phénomène ne soit que temporaire, et appartienne à la constitution stationnaire qui règne maintenant, sous l'influence de laquelle les fièvres graves revêtent ce *caractère intestinal*, de même qu'autrefois elles prenaient plutôt la forme *d'exanthème cutané*.

Les anciens connaissaient cette complication et la désignaient sous le nom de *febris nervosa gastrica*, *typhus abdominalis*, *inflammationes abdominales occultæ*; leur traitement consistait dans des médicamens purgatifs rafraîchissans.

M. Hufeland, d'après sa longue expérience, propose, dans le principe de la maladie: Acide hydrochlorique étendu d'eau à la dose d'une à deux onces par jour; toutes les douze ou vingt-quatre heures, des sinapismes aux extrémités et des fomentations froides sur la tête; plus tard, s'il survient de la diarrhée, des signes d'irritation dans le bas-ventre, il fait appliquer des sangsues tout en continuant l'acide hydrochlorique et recommande l'emploi du calomel. A l'appui de ces réflexions viennent quelques observations.

NOUVELLE MÉTHODE DE FABRIQUER ET DE RENFORCER LES AIMANS ARTIFICIELS, par le docteur BECKER, de Mulhausen.

Le docteur Becker, qui en 1829 a publié une brochure extrêmement intéressante sous le titre de *Der mineralische magnetismus und seine Anwendung in der Heilkunst*, a le mérite d'avoir le premier réveillé l'attention des modernes sur la force des aimans comme agens curatifs.

Il publie aujourd'hui une nouvelle méthode, qui lui est propre, de renforcer la puissance des aimans artificiels.

Il prend un aimant en forme de fer-à-cheval, simple, triple ou quintuple plus ou moins fort; puis il place la plaque à aimanter, qui est également recourbée en fer-à-cheval, non pas devant, mais à une ou deux lignes par-dessus les pôles du premier aimant; quand celui-ci est triple ou quintuple, il pose les extrémités de l'acier à aimanter sur la lame du milieu. Cette première opération s'appelle *position*, *opposition des aimans* (anlage). Il fixe ensuite vers l'extrémité courbe, et simultanément sur les deux branches de l'acier à aimanter, un autre aimant triple ou quintuple qu'il promène *d'un seul trait* avec quelque rapidité, mais sans précipitation, jusque vers et par dessus les deux extrémités libres; c'est *la touche d'arrière en avant* (ausstrich).

Puis retournant les pôles de l'aimant *magnétiseur*, il les applique sur les pôles de même nom de la plaque qu'on aimante, et de là les conduit, *d'un seul trait encore*, vers l'extrémité recourbée. C'est *la touche d'avant en arrière* (rückstrich). Enfin il répète *la touche d'arrière en avant*, et l'aimant est confectionné. On peut, il est vrai, en renouvelant cette manœuvre, le renforcer encore quelque peu. Quand on a ainsi magnétisé quelques ares isolés, on les réunit en faisceau de la manière connue.

Comme la force de l'aimant artificiel est une force communiquée, elle est nécessairement en raison directe de la puissance communicatrice; il faut donc choisir, tant pour *l'aimant d'apposition* que pour celui qu'on promènera sur l'arc à aimanter, les aimans les plus forts possible. La capacité d'aimantation ne connaît ainsi pas de bornes, et on ne peut fixer un point *de saturation absolue* à cet égard. Le degré de force dépend de la puissance des deux aimans communicateurs, et on peut en rehaussant cette dernière obtenir des aimans toujours de plus en plus forts. Mais pour que l'opération réussisse bien, il est nécessaire que l'aimant d'apposition, celui que l'on promène, et l'arc à aimanter, s'adaptent parfaitement ensemble.

Pour aimanter des barreaux d'acier, on les interpose entre deux fers-à-cheval, de sorte qu'ils forment comme le prolongement des branches de ces derniers. On opère ensuite de la manière que nous venons d'indiquer.

DÉSORDRES REMARQUABLES DES FONCTIONS INTELLECTUELLES, PRODUITS PAR LA TEINTURE DE SEMENCES DE COLCHIQUE A DOSE ABUSIVE; par M. le docteur BIERMANN.

OBS. — Un homme de 60 et quelques années, d'un esprit sain, d'une constitution robuste, était, depuis 15 ans, sujet à des attaques de goutte qui étaient de-

étonnant si tout doit être administré, dans les établissemens thermaux, comme les eaux elles-mêmes, avec ordre et mesure, s'il faut que tout y soit réglé, prescrit, compassé, jusqu'à la promenade et au bal. Toutefois, ce prétendu rigorisme dont se plaignent des malades humoristes ou certains fous qui n'ont en effet besoin que de quelques douches, n'est guère de mode aujourd'hui. Peut-être même les médecins des eaux donnent-ils dans un excès tout contraire. On pourrait même citer à cet égard des traits de complaisance bien au-dessous de la gravité hippocratique. Il est passé, le temps où le célèbre président du Harlay, arrivé aux eaux de Bourbonne, fit assembler les médecins du pays ainsi que ceux des eaux. Il les fit asseoir sur des fauteuils, et lui se plaça sur un tabouret; puis il leur dit: Maintenant, Messieurs, prononcez, je suis *votre justiciable*.

Au reste, les établissemens thermaux sont en progrès comme tout le reste; l'utile et l'agréable y sont prodigués; de beaux hôtels, des jardins délicieux, de magnifiques promenades, tous les raffinemens du luxe les plus recherchés, voilà ce qu'on trouve aux eaux minérales les plus célèbres. Qui comparerait leur administration actuelle avec ce qu'elle était dans le 17e et même dans le siècle dernier, serait frappé des améliorations qui s'y sont opérées. C'est pitié d'entendre Mme de Sevigné décrire la manière dont on lui fait prendre les douches pour un rhumatisme; elle a grandement raison d'appeler cette torture une *bonne répétition du purgatoire*; elle consent pourtant à la supporter huit grands jours. Que ne ferait-on pas, en effet, pour renouveler un bail de santé et de vie, et pour être appelée par sa fille, *bellissima madre*.

Il est curieux de lire toutes les plaintes que Boileau adresse à Racine sur les eaux de Bourbon-l'Archambault, auxquelles ce grand poète avait été condamné pour une extinction de voix, maladie qui ne disparut que long temps après. «J'ai été saigné, purgé, dit-il; il ne me manque plus aucune des formalités prétendues nécessaires pour prendre les eaux. La médecine que j'ai prise aujourd'hui, m'a fait, à ce qu'on dit, *tous les biens du monde*, car elle m'a fait tomber quatre à cinq fois en faiblesse, et m'a mis en tel état que je puis à peine me soutenir. C'est demain que je dois commencer le grand œuvre, je veux dire que demain je dois commencer à prendre les eaux.» Dans une autre lettre Boileau assure, en se moquant, «que les eaux lui ont fait grand bien, qu'elles lui ont fait tout sortir du corps, *excepté la maladie pour laquelle je les prends*.» Racine l'encourage de la part du médecin Fagon; il lui promet que le roi le recevra bien. «Je suis persuadé, lui dit il, que la joie de revoir un prince qui témoigne tant de bontés pour vous, vous fera plus de bien que tous les remèdes. M. Roze m'avait déjà dit de vous mander de sa part qu'après Dieu, le roi était le plus grand médecin du monde; et je suis même fort édifié que M. Roze voulût bien mettre Dieu avant le roi.» On voit, par ces fragmens, qu'à cette époque on débutait toujours, aux eaux, par saigner et purger, puis venait un régime des plus sévères. Nous en trouvons la preuve dans la pièce suivante, qui date de la fin du siècle dernier.

Toujours boire sans soif, faire mauvaise chère,
Du médecin *Griffet* demander le conseil;
Voir de mille perclus le funeste appareil,
Se trouver avec eux compagnon de misère;

Sitôt qu'on a dîné ne savoir plus que faire,
Eviter avec soin les rayons du soleil;
Se garder du serein, résister au sommeil,
Et voir pour tout régal arriver l'ordinaire;

vennes peu à peu irrégulière, et en dernier lieu atonique; il avait souvent pris avec soulagement 10 à 15 gouttes de teinture de colchique, deux fois par jour, dans les momens de paroxysme; plus tard les douleurs étant devenues plus fortes et laissant moins d'intervalle dans leurs accès, le malade s'administra, sans consulter de médecin, 50 gouttes en deux fois dans l'espace d'une heure. Les phénomènes ordinaires, à la suite de l'abus des préparations de colchique, ne se manifestèrent point, si ce n'est une douleur de tête très-fixe, occupant le milieu du front, qui survint après dix-huit heures. Mais en même temps les nerfs cérébraux éprouvèrent une surexcitation toute particulière; le malade voyait les objets avec plus de clarté qu'à l'ordinaire, mais il ne pouvait se rendre compte de ce qu'il voyait; il avait entièrement perdu le sens des rapports; ainsi en lisant, il ne pouvait lier ensemble, même dans les phrases les plus courtes, les mots qu'il voyait; il suivait avec peine le sens d'une phrase; le moindre alinéa, la plus petite phrase incidente lui faisait perdre la suite des idées; souvent en lisant ou en parlant, un mot lui échappait; d'une part il ne pouvait en saisir la signification, de l'autre il lui était impossible de le trouver; il lui arrivait aussi de confondre ensemble ses objets d'occupation le plus habituelle, prenant, par exemple, le compte d'un ouvrier pour le compte d'une commune, et *vice versâ*.

On ne pouvait pas dire que le sens commun en général fût aboli chez lui; mais il y avait défaut de jugement dans certains cas particuliers; il ne tombait dans des erreurs que relativement à certains objets; il y avait comme une incapacité partielle d'esprit qui lui permettait de comprendre certaines choses, mais l'empêchait de saisir le sens des autres.

A ces désordres se joignait une certaine difficulté dans les mouvemens de la langue, comme organe servant à la parole; le malade avait de la peine à trouver les mots désignant les objets les plus usuels, ou bien, il avait, comme on dit, les mots sur la langue, et il ne pouvait les articuler; souvent il était prêt à les prononcer, mais aussitôt la langue restait comme paralysée et il ne pouvait continuer; il y avait dans ces momens un obscurcissement passager des facultés intellectuelles. Le même désordre intellectuel se remarquait quand le malade voulait écrire. Dans les premiers huit jours il lui fut impossible d'écrire la moindre des choses avec suite; il s'efforçait de tracer des lignes détachées, mais souvent dans les mots de plusieurs syllabes il en omettait une qu'il lui était impossible de trouver, quoiqu'il sût qu'elle manquait; en relisant la phrase il lui était facile de rétablir la syllabe qui lui avait d'abord échappé.

Outre ce trouble des fonctions cérébrales, on ne remarqua point d'autres symptômes.

Cette observation nous a semblé remarquable par la nature des désordres dont elle présente le tableau; elle nous fait connaître aussi l'importance des lésions et aberrations morbides du système nerveux ganglionaire, beaucoup plus fréquentes de nos jours qu'autrefois. L'auteur croit avoir observé que le colchique d'automne donné à trop haute dose peut, quand il existe une prédisposition, produire de ces désordres dont le reflet ou la réaction sympathique sur les facultés intellectuelles se manifeste de jour en jour davantage.

SUR L'ACTE ET LA DIFFÉRENCE DU VOMISSEMENT, ET SUR LA FACILITÉ DES ENFANS A VOMIR; par M. le professeur SCHULTZ.

Il est connu de tout le monde que les nourrissons vomissent si facilement, qu'ils le font le plus souvent sans le moindre effort et sans aucun signe de maladie. Cette facilité diminue à mesure que l'individu avance en âge; et il est même des adultes qu'on ne peut faire vomir. M. Schultz est, à notre connaissance, le premier qui ait recherché la cause de ces différences. A cet effet il examine la cause du vomissement en général; il parcourt les différentes théories qui ont été émises sur l'action du vomissement, et il admet que le vomissement n'est pas seulement déterminé par la contraction des muscles du bas-ventre, du diaphragme et de l'œsophage, mais qu'il faut encore le mouvement anti-péristaltique de l'estomac et dans quelques cas des intestins; car comment expliquerait-on donc sans cela le vomissement des matières fécales? De plus, si la contraction des muscles du bas-ventre, du diaphragme et de l'œsophage suffisent, comment se fait-il que les chevaux, les lapins, les lièvres, les cochons d'Inde et plusieurs autres herbivores, ne peuvent pas vomir, malgré la contraction presque convulsive des muscles du bas-ventre provoquée par des vomitifs, tandis que les chiens rejettent très-facilement les matières ingérées? Évidemment il doit exister encore d'autres agens qui concourent au vomissement. Il est donc très-important de découvrir ces derniers, dont la connaissance expliquera pourquoi les enfans vomissent plus facilement que les adultes.

Cette cause réside dans la différence de la forme de l'estomac chez les différens animaux. L'auteur démontre que la configuration de l'estomac de l'enfant se rapproche plus de l'estomac des chiens, des chats et des carnivores en général; tandis que l'estomac des adultes ressemble davantage à celui des chevaux, des lapins, des herbivores; et ce qui fait que le vomissement est plus facile ou plus difficile chez les uns ou chez les autres de ces animaux, le rend aussi plus facile ou plus pénible chez l'enfant ou l'homme adulte. D'après l'auteur, il n'existerait point de mouvement *convulsif* de l'estomac, mais un mouvement anti-péristaltique bien manifeste, pas plus prononcé cependant que les contractions péristaltiques ordinaires. Ces mouvemens anti-péristaltiques ne se montreraient point si visiblement au fond et au milieu de l'estomac, mais principalement aux deux extrémités pylorique et cardiaque, observation qui paraît avoir échappé aux autres expérimentateurs. Toute la portion pylorique se contracte fortement quand la portion cardiaque se dilate. Cette contraction presserait, lors du vomissement, les matières du pylore vers le centre, tandis que l'éjection serait déterminée par la contraction des muscles; si ces derniers n'agissaient que sur un estomac entièrement passif, les matières passeraient aussi bien dans les intestins que dans l'œsophage.

Revenons à la différence de forme de l'estomac qui explique et détermine chez l'enfant et chez l'adulte la différence dans l'effort du vomissement. Ici l'auteur suppose connu ce qu'il a dit dans son travail *de alimentorum concoctione experimenta nova*, sur la forme de l'estomac des carnivores et des herbivores.

L'estomac de l'enfant est plus allongé, en forme de cône; il se rétrécit vers les deux extrémités pylorique et cardiaque; l'œsophage s'insère à l'extrémité gauche au fond même, et est éloigné du pylore; la petite courbure est largement distendue; la grande est moins développée et presque parallèle à la petite; en un mot l'estomac ressemble à celui d'un mammifère carnivore. L'estomac d'un adulte est d'une forme plus arrondie; l'œsophage ne s'insère pas à l'extrémité gauche, mais au milieu, entre cette extrémité et le pylore, celui-ci est plus rapproché du cardia; la petite courbure est très-peu étendue; la grande, au contraire, offre un développement proportionnellement bien plus considérable; elle forme toute l'étendue inférieure, à peu près les quatre cinquièmes de l'estomac; ajoutez à cela que le fond ne se transforme pas d'une manière uniforme en extrémité pylorique, comme chez l'enfant; mais le pylore se rétrécit d'une manière plus ou moins marquée, de telle sorte que la partie gauche de l'estomac a une forme presque ronde. Dans l'estomac d'un enfant où la petite courbure est presque parallèle à la grande, les matières, poussées uniformément par des contractions ondulatoires, soit pendant le mouvement péristaltique vers le pylore, soit pendant le

---

Quoiqu'on meure de faim n'oser manger son saoul;
Tendre docilement les mains, les pieds, le cou
Dessous un robinet aussi chaud que la braise;

Ne manger aucun fruit, ni pâté, ni jambon,
S'ennuyer tout le jour assis dans une chaise:
Voilà, mes chers amis, les plaisirs de *Bourbon*.

En effet, ce sont là de tristes jouissances; on ne conçoit que difficilement un tel mode d'existence dans les établissemens thermaux de notre époque, qui rivalisent avec tout ce que les grandes villes peuvent offrir d'élégance et de richesses. Il ferait beau voir le médecin Griffet soumettre à un pareil régime ces personnes qui ne cherchent aux eaux qu'un remède agréable, souvent un simple besoin de changer de place, une distraction aux délices du luxe, à l'ennui de vivre ici plutôt que là. Toutefois, disons-le, les agrémens et le luxe dont nous parlons n'appartiennent guère qu'aux établissemens qui jouissent d'une grande célébrité. Quant aux autres qui ne reçoivent que des malades, et souvent en petit nombre, le séjour en est encore assez triste et incommode. Mais comment des eaux minérales peuvent-elles acquérir ou perdre leur célébrité? Cette question est une des plus curieuses que l'on puisse faire sur ces établissemens. On croirait tout d'abord qu'il s'agit tout simplement de leur degré d'efficacité dans les maladies. Qui proclamerait une pareille erreur prouverait qu'il ignore l'influence fatidique du hasard, de la vogue, du préjugé, en un mot de cette roue que la fortune pousse sans cesse de son pied mobile et léger. Un médecin connu qui vante telles ou telles eaux, et qui les vante avec esprit et opiniâtreté, un personnage célèbre qui les prend, une position agréable, un site affreusement pittoresque, un journal accrédité qui les préconise, un événement fameux, quelques enthousiastes qui se donnent le mot, etc.; voilà des eaux dont la réputation est faite. Bientôt la foule accourt, et les flots du Pactole coulent dans le pays. Ce fut André Falconnet, le même auquel Guy-Patin adressa une partie de ses célèbres lettres, qui voulant guérir son petit-fils et ne sachant plus que faire, fit connaître les vertus presque oubliées des eaux d'Aix en Savoie. Sous les ordres et par les libéralités du duc Emmanuel, il en fit réparer les fontaines, et ouvrit ainsi à la Savoie une source de richesses qui n'a fait qu'augmenter. On sait tout ce qu'a fait Bordeu pour les eaux de Bareges, etc. Il est aussi des eaux minérales qui soutiennent leur réputation contre les événemens les plus malencontreux. Il n'y a pas très-long-temps que dans un établissement thermal assez célèbre, une jeune demoiselle trouva un serpent dans sa baignoire, ce qui fit grand bruit dans la société des baigneurs; mais qui, l'année suivante, fut tout aussi nombreuse. En 1798, Joséphine, l'épouse de Napoléon, était aux eaux de Plombières; en voulant s'appuyer sur un balcon sans doute mal fixé, ce balcon tomba et entraina cette femme célèbre dans sa chute. Heureusement il ne survint point d'accidens graves, mais qu'on juge de la crainte et de l'effroi de tout le monde. On répandit alors une foule de mauvais bruits sur l'établissement thermal où l'événement avait eu lieu, mais ce fut en pure perte. Quelquefois des allégations mensongères, des craintes chimériques, résultat de l'envie ou du mécontentement, ont été détruites par des moyens tout-à-fait singuliers. Je ne sais quel docteur courroucé contre les eaux de Bath, publia un pamphlet dans lequel il menaçait de jeter *un énorme crapaud dans les bains*; toutes les dames s'effrayèrent et voulurent partir; mais le fameux fashionable Nash dit qu'il charmerait le crapaud du docteur par la musique, et il tint parole: il établit des bals, des concerts qui obtinrent les plus grands succès.

mouvement anti-péristaltique vers le cardia et l'œsophage, passent avec facilité par l'un ou l'autre de ces orifices; de là l'extrême facilité des enfans à vomir. Dans l'estomac d'un adulte, où le même parallélisme entre les deux courbures n'existe plus, les matières ne se meuvent plus aussi uniformément, mais elles éprouvent un mouvement rotatoire au fond de l'estomac, de sorte qu'il faut la puissance des muscles du bas-ventre et du diaphragme pour les pousser violemment vers le haut et les chasser par l'orifice cardiaque qui s'ouvre alternativement. D'après cela on comprendra aisément que la plus ou moins grande facilité ou difficulté de vomir chez l'adulte dépendra de la configuration de son estomac.

Cette explication de la différence dans l'effort du vomissement dans les différens âges chez l'homme et chez les différens animaux, nous paraît très-ingénieuse; mais comme elle repose uniquement sur une disposition anatomique que nous n'avons pu encore constater, nous nous abstenons de tout jugement avant que de nouvelles recherches soient venues confirmer l'assertion du professeur de Berlin (1).

II. RUST'S MAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le premier cahier du quarante-quatrième volume contient: 1° *recherches chimiques et physiologiques sur le sang de la veine-porte*, par M. le professeur Schultz; 2° *observations sur plusieurs affections symptomatiques qui se rencontrent dans les cas d'irritation d'une plus ou moins grande portion de la moelle épinière*, par le docteur Ens (article non achevé); 3° *rapport de médecine légale sur un cas de mort subite*, par le docteur Blumenhagen; 4° *sur les eaux minérales de la Silésie*, par le docteur Wendt.

RECHERCHES CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE SANG DE LA VEINE-PORTE, par M. le professeur SCHULTZ.

Dans ce nouveau travail, M. Schultz communique le résultat de ses recherches sur les différences chimiques et physiologiques du sang de la veine-porte et de celui des artères et des autres veines. Dans une première partie de son mémoire, l'auteur publie le fruit de ses expériences chimiques, toutes faites sur des chevaux. Nous en donnons ici le résumé très-succinct.

1° Le sang de la veine-porte est en général plus noir que l'autre sang veineux, quoique cette différence ne soit pas toujours appréciable à la vue; il ne rougit point par les sels neutres, ni par le contact de l'air atmosphérique, ni par l'action de l'oxigène.

2° Le sang de la veine-porte ne se coagule pas, ou, s'il le fait, il se prend en caillots moins fermes que celui des autres veines. Dans le cas où il est coagulé, il se liquéfie en tout ou en partie au bout de douze à vingt-quatre heures, et donne, ainsi que celui qui ne s'est point coagulé, naissance à un sédiment noir, sur lequel il se forme un sérum clair.

3° Le sang de la veine-porte contient, terme moyen, 5,23 p. 100 à l'état frais et 0,74 p. 100 à l'état sec moins de fibrine que le sang des artères et des autres veines.

4° Le sang de la veine-porte liquide contient en général un peu moins de parties solides (0,18 à 0,3 p. 100) que le sang artériel et l'autre sang veineux.

5° Son sérum contient en général 1,58 moins de parties solides que le sérum artériel et 0,80 moins que celui de l'autre sang veineux. A l'état sec le premier est d'un gris cendré, le second jaune, le troisième jaune verdâtre.

6° Le sang de la veine-porte contient proportionnellement plus de cruor et moins d'albumine; le contraire a lieu pour le sang artériel: le cruor sec de la veine-porte est gris brunâtre, celui des autres veines rouge foncé, celui des artères d'un rouge vif.

7° Le sang de la veine-porte contient dans ses parties solides presque le double de graisse que celui des artères et des autres veines. La proportion est la suivante:

Sang de la veine-porte,	1,66 p. 0/0.
Sang artériel,	0,92 p. 0/0.
Sang veineux des autres veines,	0,83 p. 0/0.

8° Le sérum sec de la veine-porte ne contient que 0,27 p. 100 plus de graisse que le sérum sec des artères et des autres veines.

9° Le cruor albumineux en contient 1,11 p. 100 de plus que celui du sang artériel et 1,21 p. 100 de plus que celui du sang des autres veines.

10° C'est pour la fibrine que cette différence est la plus grande. La fibrine sèche de la veine-porte contient 10,70 p. 100 de graisse; celle des artères, 2,34 p. 100; de manière que la différence en plus est de 8,36 p. 100.

11° La graisse du sang de la veine-porte est brune noirâtre, onctueuse; celle du sang artériel et de l'autre sang veineux blanche ou blanche jaunâtre, cristalline; celle du chyle blanche, aux deux tiers liquide et un tiers cristalline.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LA KRÉOSOTE.

Les observations sur l'efficacité de la kréosote se contredisent encore tellement qu'il est impossible de porter un jugement certain sur ce médicament; il faut donc continuer les expériences. A cet effet, nous rapportons ici deux observations tirées du septième rapport annuel de l'hôpital de Sainte-Catherine, par M. le docteur Cless (du 1er juillet au 30 juin 1834).

OBS. I. — Une servante, âgée de 27 ans, d'une taille grande, maigre, née dans une famille dans laquelle la phthisie paraît être héréditaire, souffrait périodiquement depuis plusieurs années d'une toux sèche, d'une respiration courte, de battemens de cœur, d'hémoptysie et d'un sentiment d'anxiété; ces symptômes augmentèrent de beaucoup au mois de janvier et forcèrent la malade d'entrer à l'hôpital le 3 février. Outre ces symptômes, pouls un peu fréquent, peu d'appétit; sang mêlé de mucosités purulentes, un pityriasis versicolor sur la poitrine, le cou et les bras donnant lieu à une desquamation continuelle de l'épiderme, symptôme essentiel que M. Cless veut avoir remarqué souvent surtout dans les maladies chroniques de la poitrine. A part une irritabilité maladive du cœur, le stéthoscope ne fit rien découvrir d'anormal dans la respiration. Une infusion de digitale avec le sel ammoniac ralentit les battemens du cœur et du pouls, et fit

(1) Depuis que cet article est composé, le rédacteur a examiné quatre estomacs d'enfans et autant d'adultes, et n'a pas constaté la disposition annoncée par M. Schultz. Ces huit estomacs font-ils exception? cela est à désirer, car l'explication du professeur de Berlin paraît très-ingénieuse et basée sur l'observation.

Cependant il est des eaux qui, à une efficacité bien reconnue, joignent d'autres avantages, et tombent néanmoins dans l'obscurité sans qu'on puisse en assigner les causes. Entre autres exemples je citerai celles de Pougues, dans le département de la Nièvre. Ces eaux, qui ont beaucoup d'analogie avec celles de Spa, ont été autrefois très-célèbres. Situées sur la grande route de Paris à Lyon, dans une délicieuse vallée, non loin des bords de la Loire, à très-peu de distance de deux villes considerables, Nevers et la Charité; on y trouve toutes les ressources que peut offrir un pays riche et fertile. Eh bien! c'est en vain: à peu près oubliées, délaissées, on ne voit guère aux eaux de Pougues que les malades du pays ou des environs. La princesse Marie de Mancini, nièce du cardinal de Mazarin, en fit usage et s'en trouva très-bien. Adam Billaut, le célèbre menuisier de Nevers, adressa à ce sujet une pièce de vers aux nymphes de Pougues: en voici la strophe principale:

Merveilleuse et belle fontaine
Dont l'incomparable bonté
Nous rend une preuve certaine
Que tu sais donner la santé,
Une juste ardeur me convie
A te découvrir que l'envie
N'a plus rien pour toi de fatal,
Et que tes malheurs prirent cesse
Dès le moment que ma princesse
Se vit peinte dans ton cristal.

Pourtant l'événement n'a pas justifié les prévisions du poète, car les eaux de Pougues sont restées à peu près inconnues. On aime mieux faire de longs voyages, parcourir un pays désert, risquer sa santé dans des lieux où la température varie à chaque instant, dépenser beaucoup de temps et d'argent, plutôt que d'aller dans un pays agréable où rien ne manque. Quel est donc le tyran qui lance de tels arrêts? la mode, oui, la mode, dont le sceptre de fleurs et de pompons est cent fois plus redoutable que celui des rois. La mode est en effet toute-puissante sur les personnes qui fréquentent les eaux minérales; mais comme ces personnes méritent une étude toute particulière, nous y reviendrons dans un prochain article.

R. P.

CHOLÉRA.

Le choléra du Midi semble avoir un temps d'arrêt: il a décru sensiblement à Marseille et surtout à Toulon, ses deux foyers principaux; et on ne cite pas de nouvelles invasions. A Beaucaire, du 4 au 6 août, il n'y a eu que vingt décès.

Le nombre des personnes qui se sont réfugiées à Lyon se monte, dit-on, à 4,000. Quelques attaques de choléra avaient effrayé cette ville; jusqu'à présent, cependant, elle ne paraît pas sérieusement menacée.

C'est en Suisse surtout que se dirigent les émigrations. On fait monter à 400,000 personnes le chiffre de tous ceux qui s'y rendent du Midi de la France.

Voyez quelques détails sur le choléra de Marseille à la séance de l'Académie de médecine.

cesser l'hémoptysie qui revenait chaque fois après la fin de l'action du médicament, ce qui engagea l'auteur à faire un essai avec la kréosote (6 gouttes dans trois onces d'eau, et une once de sirop à prendre quatre cuillerées à bouche par jour.) L'hémoptysie cessa bientôt et plus tard l'expectoration purulente; la respiration devint plus facile; l'appétit s'améliora et les forces revinrent par l'emploi de ce médicament continué pendant plusieurs semaines; le 24 avril la malade sortit pour reprendre son service. Jusqu'aujourd'hui elle n'a pas eu de rechute.

Obs. II. — Une servante, âgée de 37 ans, d'une constitution cachectique, accoucha il y a deux ans; depuis cette époque la menstruation se fit d'une manière irrégulière et était plus copieuse.

Le 18 janvier, après une perte continuelle de quinze jours, la malade entra très-épuisée à l'hôpital. Le sang, qui avait au commencement sa couleur ordinaire, prit peu à peu une couleur louche et une odeur fétide; bas-ventre boursoufflé, douloureux vers la région hypogastrique; constipation alternant avec la diarrhée; pouls petit. L'huile de Haller, des poudres composées d'ipécacuanha et d'alun, plus tard de vitriol de fer, et des injections avec un gros de chlorure de chaux sur une livre d'eau, furent employés sans succès, si ce n'est que l'écoulement fut supprimé pendant un court espace de temps pour revenir plus tard. Pendant l'emploi du chlore l'odeur fétide de l'écoulement avait diminué. A l'examen on trouva : la matrice affaissée, sa lèvre antérieure tout à fait détruite par une ulcération et douloureuse au toucher; la postérieure intacte; la muqueuse du vagin très-rouge. Injection d'eau de kréosote (2 gouttes sur une once d'eau distillée); par ce moyen on diminua non-seulement l'odeur de l'écoulement, mais après quelques jours celui-ci même fut arrêté et ne revint plus par l'emploi continuel de ce médicament. Après quelques semaines on examina de nouveau la femme au moyen du spéculum, on trouva le vagin plus rétréci, la rougeur de la muqueuse disparue, les endroits ulcérés de la matrice complétement cicatrisés. Le 1er mai, elle sort guérie, et à la mi-juillet elle se portait encore très-bien, étant régulièrement menstruée.

Sur le delirium tremens, par M. le docteur Cless.

A plusieurs reprises, M. le docteur Cless a appelé l'attention des médecins sur l'effet remarquable et véritablement spécifique de la digitale pourprée contre le delirium tremens, maladie qui n'est pas rare dans le Wurtemberg. Sur treize personnes atteintes de cette affection à la suite d'excès de boisson, et traitées par la digitale pourprée, deux seulement ont éprouvé des récidives. Les deux observations suivantes viennent confirmer de nouveau l'efficacité du remède proposé par M. Cless.

Obs. I. — Un vieillard de 66 ans, autrefois postillon et vieux biberon, fut atteint le 31 décembre 1833, d'après le dire même du médecin, d'une fièvre rhumatico inflammatoire accompagnée d'une phlegmasie cérébrale avec délire. Dans les premiers jours on prescrivit nitre, calomel, opium, et deux saignées; mais comme son état empirait de jour en jour, on le transporta à l'hôpital. Déjà, à la première vue du malade qui était très-agité, mais du reste d'une humeur assez gaie, parcourant la chambre sans but déterminé, voyant beaucoup de chevaux autour de lui, et prenant son bois de lit pour un chariot auquel il s'attacha pour le traîner dans la salle, on ne put présumer une vraie inflammation du cerveau, mais évidemment un *delirium tremens*. Le pouls petit et un peu fréquent, le tremblement des mains, l'illusion continuelle des sens, les réponses de travers aux questions qu'on lui adressait, l'insomnie totale et l'origine de la maladie, confirment le diagnostic. (Infusion de digitale, 1 gros sur 6 onces de colature, à prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.) Après que cette potion fut prise deux fois, le malade s'endormit et ne se réveilla que 24 heures après, dans un état raisonnable. Les illusions avaient cessé, les réponses étaient saines, et le tremblement avait disparu.

Le malade se plaignit de faiblesse; pouls lent et irrégulier; vomituritions qui furent suivies de vomissemens. On cessa les remèdes. Les symptômes de toxication disparurent au bout de deux jours, et le malade, après un séjour d'une huitaine, quitta en bonne santé l'hôpital. On ne l'a pas perdu de vue, et il n'a eu, jusqu'à la fin de juillet, aucun signe de rechute.

Obs. II. — N., âgé de 30 ans, pouvait, selon l'annonce d'un de ses amis, boire par jour vingt litres de liqueurs fermentées; comme du vin, de la bière, du cidre, et même de l'eau-de-vie, le tout pêle-mêle. Condamné pour délit de police à trois jours de prison, il tombe dans un état épileptique ou subapoplectique, dont cependant il se rétablit bientôt après, mais qui fut suivi d'un état inflammatoire avec des symptômes de *delirium tremens*.

Le 30 janvier, vers le soir, il fut transporté à l'hôpital, où il montra tous les signes de ce délire, accompagné d'un état fébrile caractérisé par un pouls fréquent et une langue chargée jaunâtre. Avant son arrivée à l'hôpital, on lui avait fait une saignée qui avait augmenté l'inquiétude, le déraisonnement produit par l'illusion des sens, le tremblement des mains et du corps, ainsi que l'insomnie. (Potion de digitale comme dans l'observation précédente.) Pendant les trois premiers jours le délire devint plus fort ainsi que l'inquiétude. Ce ne fut qu'avec peine qu'on put le retenir au lit.

Le soir du troisième jour, après la troisième potion, les symptômes narcotiques se déclarèrent; le malade resta tranquille; pouls lent et irrégulier; nausées; sécheresse de la bouche; éblouissemens; céphalalgie; ce ne fut que vers le matin que le sommeil le surprit et dura jusqu'à midi. Le malade se réveilla dans un état raisonnable, et n'eut plus à souffrir que de l'action de la digitale pendant quelques jours.

Le 18 février il quitta l'hôpital entièrement guéri, sans qu'il ait subi de rechute jusqu'ici.

De l'application du cautère potentiel sur le point de réunion des sutures lambdoïde et sagittale, dans l'hydrencéphale aigue des enfans; par M. le docteur Durr, médecin à Hall.

Il n'est point de maladie contre laquelle on ait recommandé autant de moyens thérapeutiques que l'hydrencéphale aiguë des enfans; il n'en est point contre laquelle on en ait vu échouer un plus grand nombre.

Le cautère potentiel appliqué sur le point de réunion des sutures sagittale et lambdoïde, sur l'emploi duquel M. le docteur Dürr publie les observations qu'on va lire, avait déjà été proposé par Smith en 1814 (1). Ce n'est donc pas un moyen nouveau que nous faisons connaître; le but que nous nous proposons est de réveiller l'attention des praticiens sur ce sujet et de faire mieux apprécier cet agent thérapeutique, dont l'efficacité semble devoir surpasser l'action de la plupart des remèdes connus jusqu'à ce jour.

Le premier auteur qui ait parlé de l'emploi du cautère sur le sinciput dans l'hydrencéphale aiguë est Trucy (2); mais il se servait du cautère *actuel*, des *moxas*; ce moyen, de même que les saignées abondantes de la jugulaire, portées jusqu'à la lipothymie, par William Maxwell (3), n'est praticable que dans la médecine des hôpitaux. Le cautère potentiel de Smith, au contraire, d'une application moins douloureuse, effraie moins, et peut être plus facilement introduit dans la pratique privée.

Smith recommande de renouveler le caustique dont on se sert toutes les douze heures, et de faire prendre au malade toutes les six ou huit heures, dans un véhicule mucilagineux, l'électuaire suivant :

Mercure métallique,	10 grains.
Faire triturer avec manne,	1 scrupule.
Ajoutez, sur la fin, racine de scille récente,	5 grains.
Sirop, q. s. jusqu'à consistance d'électuaire.	

Il entretient la liberté du ventre avec la gomme gutte, la scammonée et le calomel.

M. le docteur Dürr n'emprunte de la méthode de Smyth que l'emploi du cautère potentiel, qu'il applique de la manière suivante.

Il fait raser les cheveux au point de réunion des sutures sagittale et lambdoïde, dans l'étendue d'une pièce de 5 fr.; puis il étend sur un morceau de toile de la grandeur d'une pièce de 40 sous ou de 3 livres, selon l'âge de l'enfant, à une épaisseur d'à peu près 2 lignes, un onguent composé de :

Onguent âcre d'Autenrieth,	1 gros,
Tartre stibié,	1/2 gros,
Onguent de cantharides,	1/2 gros.

Il applique le petit emplâtre sur la partie dénudée du cuir chevelu, le recouvre d'une compresse et fixe tout l'appareil avec un petit bonnet. Après quatre à six heures, l'épiderme est soulevé sans que le petit malade en ait éprouvé de grandes douleurs; on étend une nouvelle couche d'onguent sur l'emplâtre, qui est ordinairement desséché. Au bout de six à douze heures, une fluctuation manifeste se fait sentir sous l'épiderme qu'on incise, et il s'en écoule une sérosité liquide et puriforme. On panse toutes les douze heures avec un second onguent plus doux que le premier :

Onguent basilicon,	part. égal.
Emplâtre de minium,	

A bout de vingt-quatre heures, on a obtenu ainsi un ulcère artificiel d'un bel aspect et de la grandeur indiquée plus haut. Dans les cas où la suppuration est peu abondante, ou quand elle vient à tarir, M. Dürr fait étendre une couche d'onguent fort sur l'onguent plus faible; il fait encore faire un mélange des deux onguens lorsque dans les commencemens la fluctuation sous l'épiderme ne se fait point sentir d'une manière assez manifeste, ou qu'il existe une tension inflammatoire trop grande.

Obs. I. — G., âgé de 3 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament irritable, était depuis quelques semaines sujet à faire de fréquentes chutes. Dans les premiers jours de juillet 1832, il fut pris de chaleur fébrile et de vomissemens répétés.

Le 4, chaleur de tout le corps, principalement de la tête; yeux entr'ouverts; état soporeux; urine trouble, d'un rouge pâle; regard fixe, et globe de l'œil souvent tourné en haut; face animée et agitée par de légères convulsions muscul-

(1) A treatise on Hydrencephalus, etc. London 1814.
(2) Journal général de méd. chir. pharm., etc., par Leroux, t. 32, octobre.
(3) The Edinburgh med. and surgical journal, 1824, juin.

res; l'enfant porte souvent la main à la tête; humeur morose; respiration courte; ventre un peu ballonné; langue nette. (Sangsues derrière les oreilles; fomentations froides avec l'acétate d'ammoniaque, auquel on ajoute plus tard de l'eau vulnéraire de Théden; à l'intérieur, le carbonate saturé de potasse et le calomel.)

Le 5, cinquième jour de la maladie, congestion moindre vers la tête, mais coma plus profond et convulsions des membres plus marquées. (Même médication que la veille: on ajoute à l'intérieur, fleurs de zinc et poudre de digitale pourprée, de chaque un tiers de grain; de plus, on applique sur le sommet de la tête l'emplâtre caustique décrit plus haut, dans l'étendue d'une pièce de 40 sous.

Le 6, nuit inquiète, agitée; quelques selles verdâtres; le matin, peau humide; les yeux indiquent que le petit malade a repris un peu connaissance; respiration moins accélérée; le cautère sur le vertex a bien tiré; on le panse avec l'onguent doux. (A l'intérieur infusion de fleurs d'arnica avec l'acétate de potasse.)

Le 7, l'enfant est éveillé; il demande à manger et s'assied sur les genoux de sa mère, mais appuie encore la tête contre son sein. Les jours suivans l'amélioration devient de plus en plus sensible; au bout de quelque temps sa santé se remet entièrement; l'ulcère, qui a bien suppuré, ne se ferme qu'après quelques semaines.

HYDRENCÉPHALE AIGUE A LA SUITE D'UNE RÉTROCESSION D'UN EXANTHÈME DU CUIR CHEVELU.

Obs. II. — N., 4 ans et demi, du sexe féminin; exanthème chronique du cuir chevelu dissipé spontanément 4 semaines auparavant. La maladie commence par une fièvre brûlante, céphalalgie, vomissemens muqueux acides. Plus tard, assoupissement; pouls irrité; ventre tendu, ballonné, sensible; diarrhée; pupille dilatée; yeux fixes; secousses convulsives. (Six sangsues; frictions irritantes derrière les oreilles; fomentations froides; eau hydrochlorique avec gomme arabique, 2 gros en 24 heures.)

Le cinquième jour, même état; *sensorium commune* très-altéré. (Même traitement; tous les trois heures un tiers de grain de calomel avec la gomme arabique à cause de la diarrhée; application du cautère sur le sommet de la tête, dans l'étendue d'une pièce de 3 livres; continuation des fomentations froides.

Les sixième et septième jours, diarrhée un peu diminuée; nuit plus tranquille; l'enfant est plus à lui, mais il ne répond que quand il y est forcé par la nécessité; urine jaune-pâle, montrant après quelque temps de repos une légère suspension nébuleuse; narines de nouveau humides.

Les huitième et neuvième jours, nuits plus agitées; retour de la diarrhée; selles verdâtres; secousses et tremblemens des membres; éruption crystalline à la figure, au cou et aux mains; peau plus humide que les jours précédens. (Infusion d'arnica avec eau hydrochlorique, gomme arabique et addition de quelques gouttes d'éther acétique; calomel avec le camphre.) L'ulcère de la tête, qui s'est entièrement desséché, est pansé avec une plus grande quantité d'onguent de cantharides.

Le dixième jour, délire pendant la nuit et dans la matinée, tremblement des membres; l'enfant incline la tête en arrière et l'enfonce dans les oreillers; pupilles très-dilatées; abdomen plus tendu, plus volumineux; peau sèche; disparition de l'exanthème. (Mixture d'hier avec addition d'eau de cannelle simple; calomel avec camphre et fleurs de zinc; sur le bas-ventre, fomentations chaudes, aromatiques, avec addition de potasse caustique, un gros sur une chopine.)

Le onzième jour, pendant la nuit, alternatives de sommeil et de délire; le matin, plus de délire; la petite malade a son entière connaissance; langue humide, muqueuse; réapparition de l'exanthème sur le bas-ventre; suppuration abondante de l'ulcère de la tête. (Même traitement.)

Le douzième jour, meilleur sommeil pendant la nuit; sueur générale; quatre selles; ventre mou; urine copieuse, trouble; pouls plein; éruption ortiée complète sur le bas-ventre; vésicules transparentes aux cuisses et aux bras. (Même traitement: à la place des fomentations chaudes, couvertures de laine chaudes; entretien de l'ulcère artificiel.)

Du treizième au vingt-unième jour, sommeil assez bon; l'enfant demande à manger et est très-extenuée; selles naturelles; urine jaune-paille offrant une suspension nébuleuse encore plus apparente; ventre mou; langue blanche. (On diminue peu à peu la quantité des médicamens.) Amélioration lente, mais soutenue; l'enfant se lève et retourne à ses jeux. Alimentation fortifiante.

Obs. III. — Hydrencéphale aiguë compliquée d'une exanthème fébrile, arrivée le cinquième jour, malgré l'emploi des sangsues, des fomentations froides, du calomel, digitale, etc., au commencement de la période d'exsudation: assoupissement et insensibilité portés à un très-haut degré; urine rare; diarrhée; abdomen douloureux au toucher; figure brûlante et sèche. (Application du cautère sur le sinciput: ipécacuanha ajoutée aux autres médicamens.) Le sixième jour, diminution de l'assoupissement vers le soir. Le septième, éruption de forme miliaire, de couleur pâle sur le dos. Le huitième, peau humide; l'exanthème qui a pris le caractère d'une rubéole scarlatine s'est étendue au cou, à la figure, aux jambes. L'ulcère est en bonne suppuration; l'enfant a de nouveau toute sa présence d'esprit; l'assoupissement n'a plus lieu que par intervalles.

La desquammation ne se fait et l'entière guérison n'arrive que dans le courant de la troisième semaine; l'ulcère suppure encore jusqu'à la douzième semaine, mais en attendant la santé de l'enfant est devenue de plus en plus florissante.

La quatrième observation offre un exemple d'une hydrencéphale aiguë succédant à un croup de vingt-huit heures, et devenant mortelle au bout de douze heures, malgré l'emploi des remèdes ordinaires et l'application du cautère potentiel.

Ces quatre faits, auxquels l'auteur aurait pu en ajouter d'autres recueillis dans une pratique de plus de seize ans, prouvent l'excellence de la *méthode de Smith*.

Nous voyons en effet ici, dans trois cas sur quatre, l'application du cautère potentiel sur le sommet de la tête suivie du plus heureux résultat, et dans une période où tous les autres moyens viennent ordinairement échouer. Tout praticien consciencieux avouera combien les remèdes ordinaires sont inefficaces dans ces cas extrêmes; c'est pour cette raison que nous ne croyons pas qu'il faille tenir compte ici de ceux administrés simultanément avec l'application du cautère.

Il est à remarquer cependant que, dans la deuxième observation, l'apparition d'un exanthème ortié produit par les fomentations aromatiques âcres, d'abord sur le ventre, puis se propageant de là aux autres régions du corps, n'a pas exercé une moindre influence sur l'issue heureuse de la maladie que la suppuration de l'ulcère artificiel de la tête.

Pour obtenir l'effet que l'on attend de l'application du cautère potentiel, il ne faut pas tarder trop long-temps; on doit, sans trop s'arrêter aux autres moyens, recourir au cautère avant que des accidens graves ou des complications ordinairement insurmontables se soient déclarées. La nature du caustique, la manière de l'appliquer, l'endroit où il doit être posé ne sont point indifférens; nous avons déjà indiqué l'un et l'autre et donné la composition de l'emplâtre; l'onguent stibié seul ne serait point assez efficace; les simples frictions avec l'onguent âcre, comme l'enseignait d'abord Autenrieth, lors même qu'elles produiraient un grand nombre de points de vésication, n'agiraient pas assez vite dans les cas où la maladie suit une marche rapide; la potasse caustique ou le nitrate d'argent, d'une causticité trop grande, pourraient entamer facilement la substance encore trop délicate des os du crâne de l'enfant.

Le caustique de M. Dürr n'occasione que de légères douleurs, le pansement de l'ulcère est facile, la suppuration abondante, la révulsion énergique, et on a l'avantage de ménager les cheveux en grande partie; on peut encore continuer en même temps les applications froides et résolutives sur la tête.

NOUVEAUX EXEMPLES DE SUEUR BLEUE, par le docteur HEYFELDER.

M. Heyfelder rapporte deux observations de sueur bleue qui confirment l'opinion de M. le docteur Bleifuss (GAZETTE MÉDICALE, p. 313, 1835), qui la regarde comme un phénomène critique, et pour ainsi dire comme le reflet d'une affection du bas-ventre, principalement d'une pléthore abdominale. Nous laissons parler M. Heyfelder:

Des exemples d'une sueur bleue, c'est-à-dire d'une sueur déposant un sédiment qui certes n'était pas le produit de la coloration par les habits, se sont montrés deux fois à mon observation, une fois chez un homme de 48 ans, émacié et très-hypocondriaque, la seconde fois chez une femme de 50 ans, desséchée et hystérique; chez toutes les deux on ne pouvait pas méconnaître une affection du foie. L'odeur de leur sueur avait quelque chose d'ammoniacal.

Après l'usage de bains chauds et d'autres moyens pour favoriser l'activité de la peau, la sueur paraissait devenir plus copieuse, et son sédiment bleu, ressemblant au sulfate de cuivre, se présentait plus distinctement.

Chez tous les deux individus, les cheveux, raides, étaient d'une nuance foncée ainsi que l'iris; la couleur de la peau, blafarde, dénotait une affection du bas-ventre. Leur humeur était triste, et l'homme même avait un penchant au suicide. Le traitement consista chez tous les deux dans des lavemens et dans l'emploi d'eaux minérales altérantes, qui augmentèrent l'activité des viscères et diminuèrent le sédiment bleu de la sueur qui, dans les deux cas, était plus prononcée au côté droit du corps, depuis l'épaule jusqu'au pied. On n'a rien observé de pareil dans les autres sécrétions, ni dans les crachats, ni dans l'urine.

D'UNE DÉGÉNÉRESCENCE PARTICULIÈRE DU TISSU CELLULAIRE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES CHEZ LES HYDROPIQUES; par le docteur HAUFF.

Le phénomène pathologique dont nous allons parler nous paraît si intéressant, que nous rapportons l'observation suivante qui en fait la base avec quelques détails.

OBSERVATION DE LÈPRE TUBERCULEUSE ÉLÉPHANTINE.

Obs. I. — T. H., âgée de 15 ans, non menstruée, née de parens sains, fut affectée, peu après sa naissance, d'une croûte laiteuse (serpiginosa) de toute la figure, dont la sécrétion était si âcre qu'elle attaquait les mamelles de la mère qui se vit forcée de sevrer l'enfant. Le mal résista à tous les moyens jusqu'à la période de la première dentition; depuis lors l'enfant se porta très-bien jusqu'à la sixième année, où elle fut atteinte d'une fièvre catarrhale inflammatoire qui céda à un traitement antiphlogistique; lors de la convalescence qui fut longue elle se plaignit d'une pesanteur dans les membres, les supérieurs surtout étaient agités de mouvemens convulsifs, spasmodiques. Six mois après la jeune fille fut de nouveau prise d'une fièvre inflammatoire, accompagnée de forts battemens du cœur qui persistaient après la guérison de la fièvre. Plus tard elle souffrit souvent d'inflammations érysipélateuses des doigts qui furent suivies chaque fois de la chute des on-

giés; elle eut aussi pendant un temps assez long un éconlement âcre avec boursoufflement de la membrane de Schneider. Contre ces différentes affections on employa avec nn succès varié la digitale, le calomel et des moyens attirans; ce qui se montrait surtout très-efficace, c'était un cautère au bras, qu'on fut obligé de temps en temps de laisser se fermer à cause de sa tendance à passer à une ulcération de mauvaise nature. Parfois il se montrait aussi des taches de Werlhof avec abattement, qui disparaissaient bientôt après l'emploi du quinquina et des eaux minérales. L'état de la malade était en général supportable. A l'âge de 13 ans, dans les premiers jours de 1833, l'affection des organes de la poitrine et surtout du cœur se montra de nouveau avec beaucoup d'intensité; orthopnée; douleurs dans la région du cœur extrêmement fortes; pulsations du cœur étendues à toute la poitrine, et si violentes que tout le corps en était comme secoué.

Une saignée, le nitre, le calomel et la digitale calmèrent cet accès, mais n'empêchèrent pas, comme il parait, une exsudation du péricarde et des plèvres. La respiration était si pénible que la malheureuse était obligée de dormir assise; il se déclara nn œdème des pieds et un gonflement hydropique de tout le corps toujours suivis d'un soulagement dans les accès du cœur; l'œdème des pieds était quelquefois si fort qu'il y avait à craindre que l'eau se fît jour à travers la peau. C'est dans cet état que M. Hauff trouva la malade. Au moyen des diurétiques, le gonflement disparut à plusieurs reprises jusqu'à un certain point. Vers l'automne de la même année, il se déclara aux pieds, qui étaient alors le plus tuméfiés. des inflammations érysipélateuses, suivies de larges ulcérations et d'une suppuration purulente. Cet état dura jusqu'au printemps 1834, la tuméfaction ne disparut pas malgré les nombreuses évacuations, et prit le caractère suivant : le tissu cellulaire devint dur comme du bois; les ulcères se couvrirent de croûtes hideuses, et pendant quelques mois il se déclara une éléphantiasis des mieux caractérisées; la peau devint épaisse, dure, cornée, froide, insensible; aux endroits des ulcères elle se couvrit de croûtes épaisses, fendillées, d'un gris-noirâtre, semblables à l'écorce de chêne, surtout au pied droit. Aux deux jambes, jusqu'aux malléoles, il se forma des bourrelets difformes, à proéminences inégales, surtout aux mollets. Autour des malléoles il y avait de profonds plis; le dos des pieds présentait de même des boursoufflemens en forme de poches pendantes par dessus les orteils; la même disposition se remarquait aux talons; plantes des pieds libres.

Le pied gauche était un peu plus gros que le droit, et avait une circonférence d'une aune. Pendant l'été 1834 les pieds dégonflèrent légèrement de haut en bas; la peau reprit un peu plus sa teinture naturelle; vers le bas tout resta au même point. Il est remarquable que les symptômes du cœur et de la poitrine augmentaient à mesure que le gonflement diminuait. A l'automne les pieds se tuméfièrent et l'abdomen se remplit de nouveau; la respiration devint plus difficile; il se déclara des points fugitifs vers la région du cœur, qui se dissipèrent par l'emploi du calomel, de la digitale et des frictions mercurielles et d'althéa; une décoction de pelures de concombre produisit une sécrétion copieuse de l'urine, suivie d'une amélioration sensible. Le 27 novembre 1834, un spasme violent de la poitrine avec fortes douleurs dans la région du cœur mit la vie en danger et ne céda qu'à l'emploi du musc et des fleurs de benjoin et de frictions irritantes. Depuis cette époques les symptômes du côté du cœur allèrent toujours en augmentant; angoisses presques continuelles, diminution des forces; mort le 18 mars 1835.

Autopsie cadavérique. Corps émacié, de couleur ictérique, excepté les membres inférieurs qui ont gardé leur circonférence énorme et leur aspect lépreux.

Dans la *cavité thoracique*, désordres habituels d'une pleurésie, d'une péricardite et d'un anévrisme du cœur.

Extrémités inférieures. Des incisions faites dans le mollet et le pied gauches font voir le tissu cellulaire extrêmement dur; la peau épaisse et ferme; la graisse sous jacente, surtout au jarret et à la partie supérieure du mollet, transformée en une masse solide, épaisse de quelques lignes à un demi-pouce, de couleur de chair, grumelée, comme dans les dégénérescences lépreuses; l'incision du mollet rendit un son analogue à celui qu'on entend quand on coupe dans un melon; la texture de la masse dégénérée, assez semblable à la configuration intérieure d'un citron, était composée de cellules remplies, les unes d'une graisse jaunâtre, gélatineuse; les autres de sérosité limpide. Le tout était parcouru d'un grand nombre de vaisseaux lymphatiques et de quelques vénules extrêmement rares. A l'endroit de la plus grande circonférence du mollet, la masse présentait une épaisseur d'un pied; dans la profondeur les aponévroses étaient amincies et comme dissoutes; une grande quantité d'eau se trouvait épanchée entre les fascias et les gaines musculaires; les muscles, nommément le tibial antérieur et les gastrocrémiens étaient atrophiés, amincis, pâles, boursoufflés. Le dos du pied et l'extrémité inférieure droite présentaient la même configuration et les mêmes désordres. Le liquide écoulé de l'extrémité inferieure gauche pouvait bien être évalué à un litre. Il est à remarquer que ni la sérosité ni le tissu cellulaire des extrémités inférieures ne présentaient la couleur ictérique si généralement prononcée dans la cavité thoracique.

Obs. II. — Une femme de 48 ans, d'une cachexie scrophuleuse, souffrait, à la suite d'une induration du foie, d'un hydrothorax avec œdème considérable des pieds; à la fin la sérosité suinta à travers les tégumens en telle abondance, qu'au bout de quelque temps le corps de la malade se désenfla complètement et se changea en un véritable squelette. Cependant une inflammation érysipélateuse et des ulcérations ne tardèrent pas à se développer, provoquées sans doute par le contact d'un sérum âcre aux endroits qui sont ordinairement le siége des ulcères atoniques. La peau circonvoisine et le tissu cellulaire sous-jacent se transformèrent en un tissu lépreux, et depuis le milieu du tibia jusqu'à l'avant-pied, il s'était manifesté un véritable éléphantiasis; les anciennes places ulcérées surtout étaient recouvertes, comme dans le cas précédent, de croûtes épaisses, grisâtres, fendillées et écaillées. Plus haut et plus bas les jambes étaient désenflées. L'anasarque revint au même degré que la première fois, puis se vida de nouveau par les tégumens, sans que la dégénérescence lépreuse en subit de changemens. Il n'y avait point ici, comme dans le cas précédent, une corrélation nécessaire entre l'œdème et la maladie principale, de sorte que l'une ne diminuait pas à mesure que l'autre augmentait, et réciproquement. Une nouvelle recrudescence de l'anasarque, qui cette fois ne disparut point, mit fin à l'existence misérable de la malade. La dégénérescence squirrheuse resta toujours la même.

Obs. III. — Le sujet de la troisième observation est une femme de 86 ans, auparavant toujours bien portante, qui succomba à une hydropisie qui, du tissu cellulaire de la peau, avait fini par s'étendre aux cavités splanchniques. Aucune cause prédisposante n'est indiquée, si ce n'est un refroidissement auquel cette femme s'était exposée.

Dans le courant du traitement, des scarifications furent faites, sur la demande de la malade et au moment du plus grand développement de l'œdème, sur le tibia et sur le dos des mains. Il s'en écoula une grande quantité de sérosité, mais sans soulagement marqué. La malade s'étant réfroidie une nuit, il se développa une inflammation érysipélateuse aux deux jambes, qui bientôt fut suivie d'ulcération des endroits scarifiés. Ici encore, la peau et le tissu cellulaire sous-jacent s'arrondirent en bourrelets et formèrent des nodosités se couvrant de croûtes fendillées semblables à l'écorce de chêne; cette dégénérescence ne s'étendit pas, il est vrai, au-delà des endroits ulcérés. On n'observa pas non plus de rapport entre l'affection locale et la maladie principale. Les scarifications des mains guérirent rapidement, sans subir aucune altération morbide.

L'espéce de dégénérescence que nous venons de voir décrite dans les trois observations précédentes, a sans doute la plus grande analogie avec la *lèpre tuberculeuse éléphantine* (jambes des Barbades; éléphantiasis des Arabes). Nous y remarquons en effet cette tuméfaction dure, ces bourrelets et nodosités de la peau du tissu cellulaire sous-jacente et d'une portion du tissu adipeux, qui caractérisent l'éléphantiasis des Arabes; nous voyons encore, comme cela a lieu dans cette dernière, les jambes être le siége de prédilection de la maladie.

La dégénérescence de nature lépreuse survenant à la suite d'un œdéme développé outre mesure est un cas d'anatomie pathologique extrêmement rare. Cependant, si nous examinons la manière dont cette altération est survenue, nous n'aurons plus lieu autant de nous en étonner; en effet, nous retrouvons ici les deux conditions essentielles de la dégénérescence squirrheuse, stase de la lymphe dans les mailles du tissu cellulaire, engorgement des vaisseaux lymphatiques; plus tard, inflammation de ces mêmes vaisseaux par suite de l'inflammation érysipélateuse de la peau. Une chose doit nous étonner, c'est que cette dégénérescence n'arrive pas plus souvent; cependant rappelons-nous qu'il n'est pas rare de voir, dans un anasarque prolongé, le bas des jambes acquérir une circonférence et une dureté remarquables, s'accompagnant tantôt de rougeur et de chaleur, et tantôt d'un froid marbré. Selon nous, cet engorgement peut être considéré comme le premier degré de la dégénérescence que nous venons de décrire.

TRÉPAN PERFECTIONNÉ, DIT TRÉPHINE A MANIVELLE, fabriqué par le sieur EBNER, de Stuttgard, décrit par M. le docteur BLUMENHART.

La couronne de cette espèce de tréphine est fixée au bout d'un levier ou manche droit, long de 8 pouces et mobile, sur son grand axe, dans la moitié de son étendue; la partie mobile de ce levier est mise en mouvement dans des tours de va et vient, qui décrivent chaque fois des trois quarts de cercle au moyen d'une manivelle qui y est fixée à angle droit.

Cet appareil, destiné à remplacer le trépan à arbre et la tréphine, doit, d'après l'auteur, posséder les avantages de chacun de ces deux instrumens; mais il se trouve qu'il réunit au contraire les défauts de l'un et de l'autre sans avoir les avantages d'aucun.

Cependant les inconvéniens qu'on trouve à l'arbre à vrille et à l'arbre à villebrequin ont été bien sentis par M. Blumenhart, puisqu'il les énumère même en les exagérant.

On a dit avec raison que dans le trépan la couronne était trop éloignée du point d'appui; que celui-ci, par la nécessité où l'on est d'y appliquer le front ou le menton, empêchait l'œil de suivre exactement la marche de la scie circulaire fixée à l'autre extrémité; qu'enfin la main agissant circulairement entre l'œil de l'opérateur et la tête du malade, cachait à chaque instant les progrès de l'enfoncement de la couronne dans l'os; mais il n'est pas juste de dire, comme l'affirme l'auteur, que le trépan à arbre soit difficile à conduire, et qu'il manque de précision dans son action; il ne devient tel qu'entre des mains peu habiles à le manier.

La tréphine, dont le seul avantage consiste dans son petit volume, qui la rend plus portative, demande plus de force, de précision et d'habitude dans les mouvemens de l'opérateur. Les tours de va-et-vient qu'on décrit avec elle étant incomplets, rendent son usage moins sûr; les sciures d'os, n'étant pas mues dans une direction continue, s'engagent entre les dents de l'instrument, l'arrêtent dans sa marche, le rendent vacillant et lui donnent, avec d'autres causes encore, cette tendance continuelle à s'échapper de la rainure qu'il doit creuser.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur la gravure jointe à l'article de M. Blumenhart pour voir que la tréphine à manivelle de M. Ebner a l'inconvénient de la tréphine ordinaire par ses tours incomplets, son

peu de fixité à garder son sillon, etc.; qu'elle partage les imperfections du trépan à arbre par son volume et l'éloignement de la couronne du point d'appui; car l'instrument a plus de 8 pouces de long, dimension plus que suffisante pour un trépan ordinaire.

Le seul avantage qu'on pourrait en quelque sorte attribuer à la *tréphine à manivelle*, serait de pouvoir saisir facilement sa partie fixe à pleine-main, et promener, le front et le menton libres, continuellement ses regards autour de la couronne.

Mais cet avantage, nous le retrouvons dans un instrument déjà décrit dès 1772 dans l'*Art du coutelier* de Perret, et condamné depuis à un oubli non mérité. Cet instrument, qui nous paraît très-ingénieux, consiste, comme celui de M. Ebner, dans un manche droit; mais la manivelle qui y est jointe s'y trouve adaptée au moyen d'une roue crénelée qui permet à la couronne un mouvement continu, et à la main qui la fait mouvoir un mouvement latéral qui n'intercepte pas les regards de l'opérateur.

SULFATE DE CUIVRE DANS L'ANGINE MEMBRANEUSE.

M. le docteur Staudeumayer dit avoir employé dans trois cas d'angine membraneuse le sulfate de cuivre à la dose d'un quart à un demi-grain par heure ou toutes les deux heures, avec un plein succès, sans avoir remarqué aucun effet fâcheux. Il fait précéder ce remède d'une application de sangsues, et dans un cas il eut recours en outre à un vésicatoire; chez les deux autres, 6 à 8 grains de ce remède ont suffi pour faire disparaître complètement tous les symptômes de la maladie.

DE LA GUÉRISON DES HERNIES OMBILICALES AU MOYEN D'UNE PELOTE RENDUE CAUSTIQUE, par M. le docteur MESMER.

An moyen de pelotes rendues irritantes à l'aide de l'emplâtre d'onguent de cantharides, M. Mesmer est parvenu à guérir radicalement, en moins de quinze jours, des hernies ombilicales chez les enfans; la guérison a été ici l'effet de la compression, en même temps que d'une irritation inflammatoire propagée de l'extérieur à l'intérieur à l'aide des remèdes épispatiques.

L'idée de combiner la compression aux topiques irritans a souvent été mise en pratique. M. le docteur Lafont en France en a surtout fait l'objet de nombreuses expériences. Des tentatives de ce genre ont souvent eu du succès, mais l'effet n'a pas été constant. Reste à savoir si le choix particulier qu'a fait M. Mesmer de la cantharide a pu contribuer aux heureux résultats obtenus par la méthode qu'il préconise. De nouvelles expériences devront prononcer sur ce sujet.

OBSERVATIONS DE POILS DÉVELOPPÉS SOUS LE DERME DU DOS DU PIED, par M. le professeur SEERIG de Breslau.

K..., âgé de 45 ans, d'une santé et d'une constitution robustes, eut à la suite d'une contusion qu'il éprouva au dos du pied en voulant pousser le tiroir d'une commode, un ulcère de la grandeur d'un pois qui résista pendant long-temps opiniâtrement à tous les moyens. Un jour M. Cleemann, le chirurgien traitant, après avoir examiné avec soin la plaie, et cherché à extraire un fil de charpie, aperçut au centre de l'ulcère un poil d'une force et d'une solidité extraordinaires. Il essaya de l'attirer à lui, mais ayant occasioné de vives douleurs tout le long du dos du pied, il le coupa avec des ciseaux au niveau du fond de la plaie. Après six à huit semaines M. le docteur Seerig fut appellé en consultation. L'ulcère situé au point de réunion du scaphoïde avec l'astragale n'avait point augmenté d'étendue, mais était entouré de bords calleux épais de quelques lignes. En examinant le pied il vit à la première phalange du gros orteil un poil noir très fort dont le trajet était marqué par une raie brune-noirâtre, longue de quelques lignes; en tirant avec la pincette M. Seerig parvint, à son grand étonnement, à extraire de dessous la peau un poil long de trois pouces. Après son extirpation, l'ulcère guérit et depuis trois ans il ne s'est plus montré de signes d'inflammation.

Le poil avait la conformation d'un poil ordinaire, car il était garni à l'extrémité implantée dans la peau d'un canal et d'un bulbe; il ressemblait pour la force à un crin de cheval, mais il était plutôt aplati qu'arrondi.

On trouve dans les *Philosophical transactions from the year* 1699 *to the year* 1720 *abridgd and dispos'd under general heads*, by Henry Jones. Edit. III, London, 1749, 4. n^ro^ 480, un cas semblable raconté par Aederon.

Un homme fut atteint, sans cause connue, de fortes douleurs et d'une violente inflammation au pied; un chirurgien ayant examiné la partie malade remarqua, près de l'extrémité métatarsienne du petit orteil, quelques poils courts qui sortaient de dessous le derme; comme ils étaient plus gros que d'ordinaire et paraissaient se dresser d'une manière toute particulière, il les saisit avec une pince, et à son grand étonnement il fit sortir une soie très-forte. Le malade fut aussitôt soulagé et guérit sans plus de remède.

Vraisemblablement, ajoute l'auteur qui rapporte cette observation, cette soie ne se sera glissée dans le bas et aura pénétré ainsi dans le pied. Il est à regretter qu'on n'ait point fait la description de ces poils, ce qui laisse dans le doute s'ils se sont réellement développés sous le derme, ou s'ils y ont été introduits comme corps étrangers.

Pour ce qui concerne l'observation de M. Seerig, on ne peut nier que le poil ne se soit réellement développé et accru sous la peau. En effet, il était garni d'un canal membraneux à son extrémité dirigée vers l'ulcère; l'extrémité libre était à la vérité très-effilée, mais trop souple pour pouvoir admettre qu'il eût ainsi traversé la peau à deux endroits différens; de plus, s'il s'était introduit par hasard dans la plaie, il n'est pas probable qu'ou serait resté si long-temps sans le remarquer. Observons encore qu'avant la contusion, il n'y avait jamais eu de traces d'inflammation au pied. Enfin Amatus Lusitanus parle de poils développés sur la laogue (1); Bartholin, dans le muscle d'un bœuf (2); Panarolus-Peutecost, dans la glande mammaire (3); Radius, dans les reins (4); Cheselden, dans la glande sous-maxillaire (5). Pourquoi ne pas admettre de même qu'un cheveu ait pu se développer sous le derme et acquérir, au milieu de la graisse qui l'enveloppait, une certaine longueur?

Il y a plusieurs années, M. Seerig donnant des soins à une femme affectée de trichiasis et distichiasis, découvrit, en renversant la paupière supérieure, le mal petit paquet de poils implanté à sa surface interne. On peut encore rapporter ici les cas assez fréquens de productions d'os ou de poils dans les ovaires.

REMÈDE SPÉCIFIQUE CONTRE LA CHUTE DU RECTUM, par le docteur SCHWARZ.

M. Schwarz dit avoir employé la *noix vomique* avec un résultat constant depuis dix ans dans beaucoup de cas de chutes du rectum, non-seulement chez les enfans, mais même chez des adultes où la maladie avait été négligée et était devenue pour ainsi dire habituelle. Il la donne chez les enfans à la dose d'un à 2 grains dissons dans 2 gros d'eau distillée; à prendre toutes les quatre heures 6 à 10 gouttes. Le lendemain, la maladie de l'intestin disparaît. Chez les enfans plus âgés, la dose peut être de 15 gouttes, et pour prévenir une rechute, il continue ce médicament encore après la guérison, pendant huit jours, deux fois par jour.

Deux à trois gouttes suffisent pour les enfans à la mamelle. On aura soin de donner une nourriture légère et d'empêcher autant que possible les enfans plus âgés de crier.

Si le prolapsus a duré quelques jours, et s'il ne cesse point le premier jour, on associera à ce médicament quelques gros d'extrait de ratanhia; de cette manière, la noix vomique agira contre l'état paralytique du rectum; le ratanhia, comme astringent, empêchera la diarrhée, qui provoque facilement un relâchement de l'intestin.

L'auteur cite à l'appui deux observations.

OBS. I. — Une fille de 5 ans, affectée depuis quatre jours d'un prolapsus et chez laquelle le mal résistait à tous les moyens employés (il ne dit pas lesquels); prit dans l'espace de huit heures 40 gouttes de cette potion; l'intestin se retira, mais la grande agitation et la vivacité de l'enfant produisirent un refroidissement suivi de diarrhée et d'un nouveau prolapsus. (Prenez: Extrait de ratanhia, 4 gros; extrait de noix vomique, 3 gros; dissous dans de l'eau distillée, 2 onces; gomme arab., 1 gros. A prendre une cuillerée à café toutes les trois à quatre heures. Le leodemain guérison parfaite sans rechute.

OBS. II. — N., âgé de 18 aos, souffrait depuis trois ans d'une chute du rectum, suite d'une longue diarrhée; le relâchement de l'intestin était si prononcé que le plus léger ténesme produisait le prolapsus. Après l'emploi de la noix vomique pendant quinze jours, l'intestin sortit moins souvent. On associa plus tard à ce médicament quelques gros d'extrait de ratanhia qu'on fit prendre pendant un mois matin et soir. Le malade fut guéri sans rechute.

---

(1) Centur, VII, obs. 65.
(2) Act. Hafn, obs. 43.
(3) Obs. 37.
(4) Centur, III, obs 44.
(5) Aoatomy, 1741.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 AOUT,

VOYAGE A LA RECHERCHE DE LA LILLOISE.

M. Freycinet donne lecture d'une lettre dans laquelle M. Gaymard lui rend compte des démarches qui ont été faites jusqu'an moment où il écrit (4 juillet) pour obtenir quelques renseignemens sur le sort de la *Lilloise*. Il parait maintenant bien démontré que le naufrage n'a point eu lieu près des côtes de l'Islande, et il y a lieu de penser que c'est en faisant route pour le Groenland que le bâtiment aura péri.

Une seconde lettre de M. Gaymard, adressée à l'administration du muséum, et dont M. J. Geoffroy donne à l'Académie une courte analyse, est plus spécialement consacrée aux observations d'histoire naturelle. Sans entrer, à ce sujet, dans aucun détail, nous dirons que le zélé naturaliste n'a pas cru devoir s'occuper seulement des espèces nouvelles ou peu connues; il a porté son attention sur un point trop souvent négligé par les voyageurs, sur les animaux domestiques du pays où il se trouve. Le chien et la brebis en Islande, offrent, sous le rapport de l'organisation et des mœurs, matière à plusieurs observations intéressantes, et, à son retour, il se propose de ramener en France plusieurs individus de l'une et de l'autre espèce.

STRUCTURE DU CORDON OMBILICAL.

M. Flourens continue l'exposition de ses recherches sur ce sujet. Dans le premier mémoire, l'auteur avait fait connaître la composition et les rapports du cordon chez les *pachydermes*, les *ruminans* et les *rongeurs*; les *carnassiers*, comme il l'a reconnu lui-même depuis, offrent quelque chose de semblable pour tous les points essentiels, c'est-à-dire que dans cette classe comme dans les trois précédentes, le chorion reste tout-à-fait extérieur, et par suite entièrement étranger au cordon ombilical; que ce cordon se compose de même, outre ses élémens vasculaires, de cinq élémens membraneux qui se continuent chacun avec un tissu distinct du fœtus, savoir: 1° le feuillet extérieur de l'amnios se continuant avec l'épiderme; 2° le feuillet intérieur avec le derme; 3° le premier feuillet celluleux sous-amniotique avec le tissu cellulaire sous-cutané abdominal; 4° le second feuillet sous-amniotique avec l'aponévrose des muscles abdominaux; 5° enfin, le troisième feuillet avec le péritoine.

Une préparation que l'auteur met sous les yeux de l'Académie montre cette composition et ces rapports chez un fœtus de chien.

La structure du cordon ombilical dans le fœtus humain a cela de particulier que le chorion, qui chez les animaux des classes précédentes était resté étranger au cordon, s'y unit au contraire dans ce cas et l'accompagne en lui fournissant une double gaîne; mais par une sorte de compensation, au lieu de trois lames celluleuses sous-amniotiques, on n'en trouve qu'une seule, et comme les deux lames, prolongement de celles de l'amnios, s'y rencontrent également, le cordon se trouve encore enveloppé de cinq membranes, les deux couches provenant du chorion remplaçant les deux enveloppes sous-amniotiques manquantes.

Quatre préparations présentées par l'auteur du mémoire ont pour objet de montrer ce nouveau mode de composition du chorion.

M. Mondini, à la suite de recherches anatomiques faites avec beaucoup de sagacité et d'adresse, avait annoncé déjà que l'amnios est continu avec le derme, et le chorion avec les muscles abdominaux. Son opinion se rapproche, comme on le voit, de celle de M. Flourens; elle en diffère d'ailleurs en ceci, que l'académicien français, d'une part, admet dans le prolongement du chorion deux lames, dont une se continue avec l'aponévrose des muscles abdominaux et le tissu cellulaire sous-cutané abdominal, l'autre avec le péritoine; et que, d'autre part, il reconnaît de même dans le prolongement amniotique deux couches qui vont se continuer, l'une avec le derme et l'autre avec l'épiderme.

En comparant ainsi la structure du cordon dans les différentes classes de mammifères, l'auteur n'a pas eu seulement pour but de faire ressortir les différences qui existent entre elles sous ce rapport; il s'est proposé et il annonce avoir obtenu un résultat plus important, celui de prouver que l'œuf et le fœtus tiennent essentiellement l'un à l'autre, mais que pour ces deux êtres, s'il est permis de s'exprimer ainsi, ou si l'on veut pour ces deux parties d'un même être, la *durée vitale* n'est point la même; de sorte qu'à une époque préfixe et déterminée ils doivent nécessairement se séparer l'un de l'autre. C'est ce que M. Flourens annonce devoir démontrer dans une prochaine lecture; cependant, dès à présent la première de ces deux déductions parait suffisamment établie par les faits déjà énoncés, puisque non-seulement on a vu chacune des cinq membranes du cordon se continuer d'une part avec une des enveloppes de l'œuf, de l'autre avec un des tégumens du fœtus, mais qu'on sait encore que les vaisseaux omphalo-mésentériques de l'œuf se continuent avec les vaisseaux mésentériques du fœtus, les vaisseaux placentaires avec les vaisseaux ombilicaux, la membrane ombilicale avec l'intestin; enfin la membrane allantoïde avec l'ouraque et par l'ouraque avec la vessie.

TEMPÉRATURE DU CORPS HUMAIN.

M. Becquerel fait connaître les résultats des recherches qu'il poursuit de concert avec M. Breschet sur la température des diverses parties du corps; les premières expériences avaient eu pour but de faire connaître ce qui a lieu dans l'état sain; les nouvelles sont relatives aux différences produites par la maladie. Dans le mode d'expérimentation employé par les deux auteurs, il faut, comme nous l'avons dit, maintenir en un point de l'aiguille une température constante. L'appareil qu'ils avaient d'abord employé à cet effet ne remplissait qu'imparfaitement le but et exigeait beaucoup de surveillance. Un second appareil, construit sur un principe tout différent par M. Sorel, et muni d'un régulateur très-sensible, permet d'entretenir pendant vingt-quatre heures une température qui ne varie pas de plus d'un dixième de degré. C'est à l'aide de cet instrument que les deux auteurs ont fait à l'Hôtel Dieu leurs observations sur des malades pris dans les services de MM. Guéneau de Mussy, Bailly et Breschet. Voici ce qu'ils ont obtenu:

N° 1. Homme âgé de 37 ans, atteint d'une fièvre typhoïde compliquée de bronchite, 116 pulsations à la minute.

Température du muscle biceps brachial,	38°80
Id. de la bouche,	39,65

N° 2. Homme âgé de 24 ans, entérite compliquée de bronchite, 116 pulsations par minute.

Température du biceps brachial,	39,50

N° 3. Jeune fille scrophuleuse dans un état fébrile bien marqué.

Température de la bouche,	37,50
Id. d'une tumeur scrophuleuse enflammée à la partie inférieure du col,	40 00
Id. d'une tumeur phlegmoneuse dans le tissu cellulaire,	40,00
Id. du biceps brachial,	

N° 4. Femme de 30 ans, tumeur de même nature.

Température de la bouche,	36,75
Id. d'une tumeur au col,	37,50
Id. du biceps brachial,	37,00
Id. du tissu cellulaire adjacent,	35,00

N° 5. Femme atteinte d'un cancer au sein.

Température de la bouche,	36,60
Id. du cancer,	36,60
Id. des fongosités exubérantes,	36,60
Id. du muscle biceps brachial,	36,69

N° 6. Jeune homme dans un état fébrile très-prononcé.

Température du muscle biceps brachial,	38,90

N° 7. Jeune homme atteint d'une carie scrophuleuse des os du pied.

Température de la bouche,	36,50
Id. du biceps brachial,	37,50
Id. de la plaie,	32,00

(L'aiguille traversait le tissu cellulaire de l'aponévrose plantaire.)

N° 8. Homme âgé de 49 ans, atteint d'une hémiplégie du côté gauche avec commencement de gangrène sénile aux membres inférieurs.

Température du muscle biceps brachial du côté sain,	36,45
Id. *id.* du côté malade,	36,60
Id. de la bouche,	36,40
Id. des muscles du mollet, côté sain,	36,60
Id. *id.* côté paralysé,	36,60

N° 9. Femme âgée de 45 ans: engourdissement et douleurs vives dans les membres inférieurs à la suite d'une paraplégie, 84 pulsations par minute.

Température du muscle biceps brachial,	37,44
Id. des adducteurs de la cuisse,	37,55

N° 10. Homme âgé de 60 ans, atteint d'un tremblement mercuriel.

Température du muscle biceps brachial du côté droit, où le tremblement est le plus fort,	37,04
Id. du côté gauche,	37,15

N° 11. Hydropisie abdominale avec affection du cœur.

Température du muscle biceps brachial.	37,05
Id. du liquide contenu dans l'abdomen,	36,85

N° 12. Homme atteint d'une variole confluente. Quelques minutes avant sa mort, 144 pulsations très-faibles à la minute.

Température du biceps brachial,	35,85
Id. de la main sur l'éminence thénar,	32,00

Nota. Toutes ces températures sont évaluées en degrés du thermomètre centigrade.

En résumé, disent en terminant les auteurs, si nous nous rappelons que la température des muscles est à l'état normal d'environ 36°, on voit:

1° Que l'état fébrile donne un accroissement de température qui peut aller jusqu'à 3° centigrades;

2° Que les tumeurs scrophuleuses fortement enflammées n'ont pas donné un accroissement plus considérable de température (les parties purulentes, on doit le faire remarquer, ne participent pas à cet accroissement);

3° Que le cancer n'a offert rien de particulier, si ce n'est un léger abaissement dans toutes les parties explorées;

4° Que la paralysie n'a présenté non plus aucune différence bien sensible entre la température du membre paralysé et celle du membre sain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SUITE DE LA SÉANCE DU 4 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. LISFRANC.

RAPPORT DE LA COMMISSION DE VACCINE SUR UN ARTICLE DU MONITEUR.

M. HUSSON, rapporteur, expose que l'Académie ayant décerné une médaille d'or à M. Fiard pour des expériences faites par ce médecin sur la vaccine, la commission n'a pu voir sans un sentiment de profond mécontentement que les intentions de l'Académie avaient été dénaturées, et *qu'on avait abusé de sa générosité* pour publier sous son nom, pour ainsi dire, et sous l'influence de son autorité, une doctrine capable d'arrêter les progrès de la vaccine. (Mouvement d'attention.) Si cette publication n'avait eu lieu que dans ces journaux *où la vérité est constamment outragée, où les faits sont sans cesse dénaturés*, la com-

mission se serait bornée à gémir en silence; mais c'est dans le *Moniteur*, journal grave, qu'elle a trouvé l'article incriminé.

M. le rapporteur donne lecture de cet article, qui, après avoir mentionné la récompense accordée à M. Fiard, donne une courte analyse des travaux de ce médecin, tels qu'ils ont été reproduits dans le rapport de la commission de vaccine pour 1833. (Voir la GAZETTE MÉDICALE du 9 mai 1835.) La commission professe, contre les opinions de M. Fiard, que la vaccine provient des eaux-aux jambes des chevaux, qu'elle peut toujours être reportée de l'homme à la vache et de la vache à l'homme; enfin, qu'il n'y a aucune nécessité de renouveler le virus-vaccin. En conséquence, elle propose d'adresser au ministre la réclamation suivante, avec prière d'en ordonner l'insertion au *Moniteur*.

RÉCLAMATION.

« Le *Moniteur* du 18 juillet dernier a publié un article dans lequel il annonce que l'Académie royale de médecine a fait décerner une médaille en or à M. Fiard médecin à Paris, pour ses recherches sur la vaccine. Il paraîtrait résulter de cet article que la faculté reproductive du fluide vaccin s'affaiblirait par ses transmissions successives; que l'effet antivariolique devrait suivre la même décroissance, et que par conséquent il serait nécessaire de le renouveler en le reportant de l'homme sur la vache, et de cette dernière sur l'homme. On serait enfin porté à croire que l'Académie aurait approuvé cette série de propositions, en accordant à M. Fiard la récompense honorable qui lui a été donnée.

» Ce sont toutes ces suppositions qu'il s'agit de détruire, et l'Académie déclare qu'en décernant une médaille à M. Fiard, elle a voulu couronner les efforts et encourager le zèle de ce praticien; que dans le rapport qui a été présenté au ministre il n'a point été fait mention de cette opinion comme d'une vérité que l'Académie reconnût; qu'elle la repousse, non-seulement comme dangereuse, mais comme contraire en tous points à celle qui est appuyée sur son expérience propre et sur celle de ses nombreux collaborateurs des départemens; qu'en conséquence, elle persiste dans celle qu'elle a consignée dans son rapport publié en 1834, et qui est conçue en ces termes :

« *Tous les vaccinateurs reconnaissent que le virus-vaccin n'a éprouvé aucune altération par suite de ses transmissions successives.* »

« Enfin, l'Académie déclare que, loin d'avoir reconnu la moindre altération dans la forme du bouton-vaccin, la plus légère irrégularité dans la marche de la vaccine, la plus faible diminution dans son effet antivariolique, tous les faits qu'elle observe et tous ceux qu'elle recueille lui prouvent chaque jour que la vaccine n'a point varié dans sa marche et dans ses effets depuis le mois de mai 1800, époque à laquelle M. le duc de La Rochefoucauld-Liancourt l'a introduite en France et confiée au zèle et aux lumières du comité central, jusqu'à ce jour, où l'Académie royale de médecine la propage avec le soin et le dévouement dont cette compagnie savante donne journellement tant de preuves au gouvernement. »

Après une courte discussion grammaticale soulevée par M. Rochoux sur le mot *anti-variolique*, le rapport est mis aux voix et adopté.

—M. BOUSQUET lit un rapport sur une épidémie varioleuse de Rumilly (Ardennes), dont la relation a été adressée par M. le docteur Bermutz. Il propose d'adresser des remerciemens à l'auteur, et de déposer honorablement son travail dans les archives. — Adopté.

— Le troisième rapport, fait par M. Sanson, concerne une série de cinquante observations de taille par M. Souberbielle. L'auteur ayant le dessein de publier son mémoire, la commission propose de lui adresser des remerciemens, et de l'engager à mettre son projet à exécution. Nous donnerons samedi prochain une analyse étendue de ce rapport.

SÉANCE DU 11 AOUT. — *Présidence de M. Lisfranc.*

La correspondance comprend diverses lettres ministérielles avec envoi de remèdes contre le choléra.

M. Jouven, médecin à Gréoulx, propose la privation absolue de toute boisson. Un fait assez curieux est signalé par M. Doux, médecin des eaux de ce pays; c'est qu'aucun cas de choléra ne s'est manifesté dans l'établissement, qui n'est qu'à cinq cents pas du village, et où se trouvaient trois cents baigneurs.

M. le docteur Tordeux, d'Avesnes (Nord), propose le même moyen dans la période algide. M. le docteur Jaubert, à La Seyne (Basses-Alpes), a adressé également des réflexions sur l'influence des bois résineux contre le choléra. M. Lemoîtreux père, à Châteauneuf-sur-Sarthe (Maine-et-Loire), propose aussi une méthode de traitement. Enfin M. Aubrée, pharmacien à Bruxelles, envoie deux formules, dont l'opium, le ratanhia et l'ammoniaque forment la base. — Renvoi à la commission du choléra.

— M. le docteur Rambaud, chirurgien en second de l'hôpital militaire de Versailles, demande l'envoi de médecins homœopathes dans le Midi.

— M. le docteur Robert, de Marseille, a adressé deux lettres sur le choléra, datées des 6 et 9 août; dans la dernière, il annonce la décroissance de l'épidémie. La science déplore la perte de quatre médecins et de cinq pharmaciens, tous enlevés le même jour; plusieurs prêtres et quelques sœurs hospitalières ont aussi succombé. Les morts dans une même maison et dans les mêmes familles ont été très fréquentes. Les guérisons sont annoncées par des sueurs. Il y a en général peu de refroidissement, point de réaction, défaut d'innervation complet dès le début. La marche du choléra actuel a été bien différente de celle du choléra de cet hiver; ils n'ont eu de commun, en apparence, que les morts, mais dans une proportion bien inégale, puisque ce dernier, dans l'espace de quatre mois, n'a fait que 800 victimes, tandis que l'autre en compte, dans trente sept jours, 4770.

L'état sanitaire d'Aix s'améliore.

Il ne reste plus à Marseille qu'un tiers de sa population, et avant l'émigration il y avait eu, le 25 juillet, 225 décès cholériques. Cette mesure, dictée par le seul instinct conservateur du peuple, a évidemment, selon M. Robert, borné les ravages de l'épidémie.

— M. Raikem, de Volterra (Italie), adresse une observation de déplacement accidentel et temporaire du cœur par cause mécanique externe. Cette cause est la chute d'un marbre lourd et volumineux sur la tête et l'épaule gauche, chez un jeune scieur de long, qui occasiona une fracture du crâne, une violente contusion, et par contre-coup le déplacement du cœur. Cet organe fut transporté d'emblée au côté droit de la poitrine, et retourna ensuite peu à peu, en deux mois, dans sa position naturelle. Cette transposition coïncidait avec un pneumo-thorax du côté gauche, qui s'évanouit à mesure que le cœur reprit sa place. Les différens symptômes produits par ces lésions ont été notés avec soin.

RÉCLAMATION EN FAVEUR DE M. FIARD.

M. BOUILLAUD demande la parole à l'occasion de la protestation officielle de l'Académie, mentionnée au procès-verbal. Je dois réclamer, dit l'honorable membre, dans le triple intérêt du médecin attaqué, de la justice et de la vérité. La protestation de l'Académie semble rejeter sur M. Fiard un blâme qu'il ne mérite nullement. L'article du *Moniteur* a été emprunté au *Journal des Débats*; M. Fiard n'y a nullement participé. Il y a donc nécessité de modifier la rédaction adoptée dans la dernière séance par l'Académie.

M. LONDRERT et M. CHERVIN appuient vivement cette proposition. Ils connaissent assez M. Fiard pour répondre qu'il n'est pour rien dans cette publication.

M. VELPEAU. Je dirai bien plus : j'ai eu occasion de causer de cette affaire avec l'auteur même de l'article, que je nommerais s'il était nécessaire, et je puis donc certifier que M. Fiard y est totalement étranger.

M. HUSSON, pour toute réponse, relit le texte de la protestation : elle ne contient rien qui puisse même désobliger M. Fiard.

M. Double, M. Parset, M. Desgenettes, déclarent qu'en effet ils avaient cru M. Fiard attaqué, et qu'ils étaient prêts à appuyer sa réclamation; mais la modération de la lettre de l'Académie laisse sans objet toute discussion ultérieure.

M. DE LENS. Il semblerait, Messieurs, que M. Fiard est très peu fondé à réclamer : il faut pourtant rétablir les faits. On vient de vous lire la lettre de la commission; on n'a pas relu le rapport; et c'est dans ce rapport que M. Fiard était gravement inculpé.

M. ROUILLAUD. Après les honorables témoignages qui ont été rendus à M. Fiard, je ne demande rien de plus; seulement je désire qu'il en soit fait mention au procès-verbal.

M. DOUBLE. Le bureau jugera probablement convenable d'écrire deux mots à M. Fiard. (Oh! oh! ce seraient des excuses.) Nullement : M. Fiard a écrit à l'Académie une lettre dont le bureau avait cru devoir ajourner la lecture; ce serait aller contre les usages même de l'Académie, de laisser cette lettre sans réponse.

M. LE PRÉSIDENT. Il sera répondu à M. Fiard.

— L'ordre du jour est la nomination d'une commission pour décider dans quelle section sera nommé le membre que l'Académie doit élire. Le dépouillement du scrutin, qui n'a été connu qu'à la fin de la séance, a donné la majorité à MM. Ollivier d'Angers, Andral père, Baffos, Bouley, Martin-Solon, Villeneuve, Civiale, Louis, Nacquart, Russy et Lodibert; en tout onze membres, nombre égal à celui des sections de l'Académie.

— M. Macartney, de Dublin, correspondant de l'Académie, présent à cette séance, désirerait obtenir un tour de faveur pour communiquer un mémoire qu'il a écrit en français pour cette occasion. Cette demande, faite en son nom par M. Breschet, est favorablement accueillie. M. Renauldin, secrétaire annuel, est chargé de donner lecture de ce mémoire, intitulé : *Quelques observations sur la guérison des plaies sans inflammation et sur les moyens d'y parvenir.* — Nous en rendrons compte ultérieurement.

M. OLLIVIER demande, au cas où ce mémoire n'aurait pas été publié en Angleterre, le renvoi au comité de publication. M. Macartney répond qu'il est inédit. La proposition est adoptée.

— M. Ségalas, à l'occasion du procès verbal, demande que le mémoire de M. Souberbielle sur la taille soit renvoyé au comité de publication. M. Edme rappelle qu'il y a une décision prise, ou ne peut y revenir. M. Sanson ajoute qu'une des conclusions de son rapport adoptées par l'Académie, porte que l'auteur sera engagé à publier ses observations; et je n'ai conclu de cette manière, ajoute l'honorable membre, que parce que M. Souberbielle m'a dit lui-même que son intention était de les publier. — Ordre du jour.

— M. VELPEAU demande la parole pour une communication.

M. ROUX la demande en même temps pour une autre.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que le réglement rejette ces communications à la fin des séances, après les rapports.

Une discussion assez longue a lieu. M. Marc voudrait que les malades intéressans fussent présentés au commencement de la séance. M. Lisfranc, tout en rappelant l'intérêt qu'il aurait à faire adopter cette mesure, s'y oppose formellement, attendu que ces présentations et les discussions qui suivraient occuperaient toute la séance. M. Moreau rappelle que l'ancienne section de chirurgie, à qui ces présentations étaient faites au commencement des séances, fut obligée d'adopter l'article du réglement dont on propose aujourd'hui l'abrogation, parce qu'on lui amenait trop de malades. (M. ROUX : beaucoup trop !)

M. VELPEAU. Il y a un quart d'heure que j'aurais fini si l'on m'avait laissé la parole.

M. ROUX. Et moi, il y a un quart d'heure et demi. (On rit.)

M. VELPEAU. Je vais du moins dire en deux mots à l'Académie...

M. ROUX. Nou pas, ou bien je vais lui dire aussi... (Interruption, rire général, auquel prennent part les deux interlocuteurs.)

L'ordre du jour, appuyé par M. Roux lui-même, est adopté.

RAPPORT SUR UNE PÉTITION DE M. MAISONABE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS; PAR M. GÉRARDIN.

Le long détour qu'a fait cette pétition est expliqué par la lettre ministérielle suivante :

« Monsieur le président,

» Le bureau de la chambre des députés m'a renvoyé la copie d'une pétition qui lui a été adressée par M. Maisonabe, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

» M. Maisonabe expose dans cette pétition les avantages de l'établissement

qu'il vient de former pour le traitement spécial des difformités, et demande que le gouvernement envoie un certain nombre de boursiers dans cet établissement.

» J'ai l'honneur de vous renvoyer la pétition de M. Maisonabe, en vous priant de la mettre sous les yeux de l'Académie de médecine, qu'elle intéresse.

» Agréez, etc.

» Signé Guizot. »

La pétition elle-même ne contient guère d'autres renseignemens; seulement M. Maisonabe accepterait également des boursiers scrophuleux.

La commission propose d'adresser au ministre une réponse favorable aux demandes de M. Maisonabe.

M. Nacquart s'élève avec force contre ces conclusions. Je ne vois pas, dit-il, ce que l'on prétend réellement faire de ces enfans. Quelle serait leur éducation? A quelle carrière les destine-t-on? On propose d'admettre aussi des scrophuleux, mais ce n'est donc plus seulement un établissement orthopédique? On ne vous donne aucun renseignement, pas même sur le plan de traitement; et vous soutiendriez de votre approbation une semblable demande? Et que ferez-vous, une fois engagés dans cette voie, si tous les autres chefs d'établissemens orthopédiques réclament la même faveur?

M. Gérardin. L'auteur de la pétition demande que ces enfans restent sous la surveillance d'une commission; cette commission serait nommée par le ministre de l'instruction publique; l'établissement serait donc sous l'inspection du gouvernement; et M. Maisonabe aurait tout intérêt à obtenir des résultats favorables, pour ne pas perdre ses élèves boursiers.

M. Nacquart. Cela ne répond à aucune de mes objections; et je prie de nouveau M. le rapporteur de les résoudre. Je suis fâché, Messieurs, que cette discussion n'ait pas eu lieu à huis clos; nous pourrions nous exprimer d'une manière plus franche. Tout ce que je vois là-dedans, c'est une pétition pour avoir cinq à six élèves entretenus par le gouvernement pour faire sonner bien haut ce patronage, et faire une concurrence plus redoutable aux autres établissemens. L'Académie ne saurait se rendre complice de pareils projets. Je demande l'ajournement.

M. Gérardin. Vous ne pouvez pas ajourner: le ministre attend une réponse. Mais vous pouvez modifier ou rejeter nos conclusions: je vais les relire.

A cette lecture, M. Nacquart se prononce avec plus de force encore, et renouvelle ses objections.

M. Maingault. La pétition n'a aucun but d'utilité. Les rachitiques de la classe pauvre ont des lits spéciaux dans les hôpitaux. Il y aurait mille inconvéniens à adopter des conclusions semblables. M. Maisonabe est médecin: le ministre peut lui accorder ou lui refuser la faveur qu'il demande, mais l'Académie ne doit pas s'en mêler.

M. Guersent. Je suis parfaitement de cet avis. Accorder une faveur à un orthopédiste, autoriserait tous les autres à en demander autant. Mais je dirai quelque chose de plus: je sais que plusieurs des chefs des premiers établissemens orthopédiques de la capitale se proposent d'offrir des traitemens gratuits aux malades de la classe indigente. Est-ce là le moment d'inviter le gouvernement à payer ces traitemens à un autre?

M. Londe parle dans le même sens. Non-seulement les hôpitaux ont déjà des lits spéciaux, mais un médecin orthopédique y est attaché, M. Duval. (C'est vrai.)

M. Moreau. Bien que membre de la commission, ce qui vient d'être dit me porte à désapprouver le rapport et ses conclusions, surtout en y ajoutant cette circonstance, que l'établissement de M. Maisonabe n'existe qu'en projet, et qu'il ne fait même pas connaître ses procédés. (Oh! oh!)

M. Gérardin. Il ne s'agit pas ici de malades indigens qui puissent entrer dans les hôpitaux, ni même de malades résidant à Paris. Voici l'idée première de la pétition. Le gouvernement accorde des bourses à des élèves peu riches, qui remplissent certaines conditions. Or il est de ces élèves qui, remplissant toutes ces conditions, ayant droit à une bourse, ne peuvent en profiter, parce que les établissemens publics n'admettent pas d'infirmes. Ce sont ceux-là que M. Maisonabe propose de traiter; voilà pourquoi il a joint les scrophuleux aux rachitiques. Cette question est fort délicate; la pétition a été renvoyée au ministre par la chambre des députés. (Rumeurs en sens divers.)

M. Thillaye. M. Moreau a parfaitement expliqué l'affaire; c'est un établissement à fonder dont on veut faire payer les premiers frais au gouvernement.

M. Rochoux. Vous ne sauriez approuver en projet un établissement que vous ne devriez peut-être pas approuver s'il existait, du moins de la manière que l'auteur le demande. (Plusieurs voix: Que dit la lettre du ministre?)

M. Gérardin relit la lettre du ministre. (Explosion: il ne demande pas de réponse!)

M. Mérat. Le ministre ne vous demande ni avis ni réponse; vous avez entendu le rapport, cela suffit; il n'y a pas de conclusion à prendre.

M. Nacquart, avec feu: En pareille circonstance l'Académie ne doit point accepter de subterfuges; il faut répondre, et nettement, qu'elle ne saurait donner son adhésion à des projets en l'air dont on ne lui communique pas même les premières bases.

M. Thillaye. La lettre du ministre simplifie beaucoup la question; il nous adresse cette pétition sans rien ajouter; nous lui répondrons qu'elle ne contient pas de renseignemens suffisans.

MM. Ferrus, Londe, Delens, Itard, Nacquart, Gnéneau de Mussy, Castel, Guersent, parlent successivement contre les conclusions, que personne ne soutient, pas même M. le rapporteur.

M. Londe. C'est une demande fort claire d'une subvention; il faut dire au ministre qu'il y a des établissemens tout faits, des hommes qui ont fait leurs preuves et qui la mériteraient mieux!

M. Guersent. C'est une question trop grave et trop importante pour être décidée à la fin d'une séance. La lettre ministérielle est une pièce fort insidieuse, arrangée par quelque homme de bureau qui veut favoriser M. Maisonabe; elle ne tend à rien moins qu'à obtenir de l'Académie un mot d'approbation pour ériger, en faveur d'un seul homme, un monopole appuyé sur une subvention, et à léser ainsi vingt autres établissemens qui ont des droits, sinon meilleurs, au moins égaux à faire valoir.

D'un consentement unanime et sur l'avis même de M. le rapporteur, la discussion est renvoyée au commencement de la prochaine séance.

— L'ordre du jour appelle les communications. M. Roux devait déposer sur le bureau la note qu'on lui avait adressée de province, et qui aurait été comprise dans la correspondance de mardi prochain; mais cette note, consignée d'abord dans l'*Annotateur de Boulogne*, ayant été reproduite par la Gazette médicale, ne pourra être qu annoncée sans être lue. Elle est relative à un enfant monstrueux, sans trace d'aucun sexe. (Voyez notre numéro du 4 juillet dernier.)

— M. Velpeau communique un fait de descente de matrice qu'il a guéri radicalement par l'ablation d'un lambeau de la muqueuse vaginale.

M. Bérard jeune montre trois femmes sur lesquelles il a pratiqué diverses opérations, une entre autres pareille à celle dont vient de parler M. Velpeau. Nous publierons toutes ces observations dans notre prochain numéro.

Séance levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de médecine, ou répertoire général des sciences médicales, par MM. Adelon, Béclard, Bérard, etc. — Tom. VII à X. (cath — dys).

Nous sommes quelque peu en retard avec ce dictionnaire; quatre volumes en moins d'un an témoignent de l'activité des auteurs et nous pressent de nous mettre avec eux au courant, pour ne pas voir trop s'accroître cet arriéré. Nous embrasserons donc aujourd'hui dans un rapide coup-d'œil ces quatre volumes.

Les articles d'anatomie sont en général ceux de Béclard. Nous avons distingué cependant quelques bons travaux d'anatomie chirurgicale, les article *coude*, par M. A. Bérard; *cou*, par M. Laugier; *cuisse*, par M. Velpeau.

La physiologie a quelques articles capitaux; au premier rang nous placerons l'article *chaleur* de M. P. Bérard, recommandable par la clarté, la méthode, l'érudition, le talent d'analyse qui distinguent les productions trop rares de ce professeur. Nous avons cependant ici un reproche essentiel à faire. Après avoir reproduit et apprécié à peu près toutes les théories chimiques et vitales, il a passé sous silence précisément celle qui, à notre avis, s'appuie sur les expériences les plus exactes comme les plus brillantes, et rend le mieux compte de tous les faits. A peine daigne-t-il citer dans la bibliographie, avec quelques éloges, le magnifique travail de M. Collard de Martigny sur la chaleur animale; et il ajoute que ce mémoire n'a rien changé à ses convictions. Pour un homme tel que M. Bérard, ce n'est pas assez; il fallait prendre corps à corps et les expériences et la théorie, et démontrer en quoi elle péchait; cela était d'autant plus nécessaire que M. Bérard professe que la respiration est la source principale, sinon la source unique, de la chaleur animale; et que M. Collard conclut précisément que la respiration refroidit le sang. Pour nous qui adoptons complètement cette dernière opinion, nous aurions désiré savoir quelles objections graves ont jeté M. Bérard dans l'opinion contraire; peut-être ailleurs, en traitant de l'hématose ou de la respiration, reviendra-t-il sur ce sujet; nous nous engageons alors à donner à cette discussion une aussi large place que le mérite son importance.

L'article *circulation* est dû à M. Gerdy, et réclamerait également une longue analyse, et par la nouveauté de quelques idées et par la manière large et complète avec laquelle a été traitée cette question difficile. L'auteur est un des hommes de la génération nouvelle qui a toujours le plus pris à tâche d'approfondir les sujets dont il s'occupait; ainsi on lira avec le plus grand intérêt l'article supplémentaire qu'il a consacré à l'histoire des idées physiologiques sur la circulation, et la bibliographie assez courte, mais choisie et raisonnée qui le suit. Nous avons déjà regretté que le nom de M. Gerdy fît de si rares apparitions dans ce dictionnaire; dans ces quatre volumes, nous n'avons guère que cet article de lui à citer.

Nous ne ferons qu'indiquer les articles *décollation*, de M P. Bérard, et *digestion*, de M. Rullier, pour arriver à la pathologie. Le septième volume ne contient d'important que l'article *choléra*, auquel nous avons accordé en son temps une analyse spéciale.

Parmi les articles de pathologie interne que contient le huitième volume l'un des plus importans est sans contredit celui des maladies du cœur. Il occupe une grande partie du volume et est partagé en plusieurs divisions dont chacune a été traitée par un auteur différent. Pour l'anatomie du cœur on a conservé la rédaction de Béclard qui appartenait à la première édition, M. P. Bérard a été chargé de présenter l'état actuel des connaissances sur la physiologie de cet organe, et M. Ollivier

a traité des plaies du cœur, de l'anévrisme vrai et de sa rupture; M. Chomel a entièrement refait son travail sur les dégénérescences du cœur, sur son atrophie et sa dilatation, et il a traité ces maladies dans les proportions que comportent leur importance, les nombreuses recherches dont le sont été le sujet et les progrès réels qu'a faits la science depuis quelques années sur ce point. L'auteur a profité des travaux nationaux et étrangers, et a posé d'une manière aussi distincte que possible les bases du diagnostic de ces différentes affections. Quant au traitement il n'en a parlé qu'avec cette sage réserve qui caractérise sa pratique. Peut-être aurions-nous désiré trouver à l'occasion du traitement de maladies regardées trop généralement comme incurables, au moins l'indication de quelques moyens dont l'action n'est point encore confirmée, mais qui paraissent avoir réussi dans quelques cas; ainsi, l'emploi du carbonate de fer dans le traitement de la dilatation et celui de l'iode contre l'hypertrophie; M. Magendie surtout qui depuis 1827 emploie l'iodure de potassium dans le traitement de l'hypertrophie des ventricules, dit en avoir retiré des effets surprenans lorsqu'il l'a administré à haute dose et spécialement chez les jeunes gens.

M. Littré nous entretient dans divers articles détachés de la pathologie générale du cœur, de l'inflammation et des abcès du cœur, des maladies des anneaux et des valvules, et enfin des névroses; et parmi ces articles qui, la plupart, sont neufs et sont traités avec une rare érudition, nous avons surtout distingué celui où il s'occupe de la *cardite*; c'est certainement ce que l'on a de plus complet sur cette maladie, dont l'existence est encore contestée, et qui a été jusqu'ici si peu étudiée qu'il est impossible d'en donner une description complète; aussi l'auteur s'est-il borné à tracer quelques points de son histoire où nous allons le suivre quelques instans.

La simple rougeur de la membrane interne du cœur et des artères ne suffit point pour caractériser leur inflammation, ainsi que plusieurs pathologistes l'admettent; mais M. Littré pense qu'on ne doit plus conserver de doute quand à cette rougeur se joint le gonflement de la membrane interne, son épaississement et la production d'exsudation albumineuse. Considérée de cette manière, l'endocardite ou inflammation de la membrane interne du cœur est une maladie très-rare. Cependant quelques observations sont rapportées ici textuellement et ne permettent aucun doute sur l'existence de cette maladie. A l'aide de ces faits et d'un petit nombre d'autres, épars dans différens recueils, M. Littré a pu établir une série de symptômes qui, si elle n'est pas complète, n'offre du moins rien qui ne soit réel; car, pour nous servir de son expression, il s'est gardé de remplir par la théorie et *à priori* les lacunes qu'elle présente. Dès l'abord on a remarqué dans tous ces faits une dyspnée presque toujours très-considérable. D'un autre côté, les palpitations, la fréquence du pouls, son irrégularité et une douleur dans la région précordiale font naître l'idée d'une affection du cœur, idée que viennent encore corroborer les lipothimies, les imminences de syncope, le sentiment de faiblesse et enfin l'œdème qui cependant n'est pas constant; enfin l'invasion subite avec frisson suivi de chaleur indique le développement d'une phlegmasie grave.

Le bruit de souffle que plusieurs médecins anglais regardent comme l'un des symptômes de la péricardite, n'a été observé qu'une seule fois par M. Littré et chez un sujet qui a guéri. Ce bruit de souffle dépend, suivant les docteurs Elliotson et Watson, de l'inflammation de la membrane interne qui a gagné les valvules ventriculaires ou aortiques et a rétréci leur orifice.

La seule cause que l'on puisse signaler avec quelque certitude, c'est, suivant M. Littré, le rhumatisme.

Le traitement de l'endocardite repose entièrement sur la saignée générale et locale, et sur l'emploi de la digitale. L'auteur demande s'il ne serait pas utile d'associer ce traitement à l'usage du calomel donné même jusqu'à la salivation.

L'endocardite peut, comme le rhumatisme qu'elle accompagne souvent, disparaître tout à coup et être remplacée par une douleur, soit au genou ou à quelque autre articulation; mais un fait qui est de quelque importance et que l'on a rarement signalé, c'est que quand une fois il y a eu des symptômes d'endocardite chez un sujet pendant le cours d'une affection rhumatismale constamment les attaques suivantes, s'il y en a, commenceront par l'affection du cœur. Il serait donc utile quand chez un sujet goutteux ou qui a déjà éprouvé une ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, il survient des symptômes d'inflammation du cœur d'appliquer sur les principales articulations des topiques irritans en même temps qu'on emploiera le traitement antiphlogistique.

L'inflammation du tissu du cœur est encore plus obscure que celle de la membrane interne; M. Littré n'admet qu'il y a phlegmasie que quand elle est démontrée par l'existence du pus entre les fibres musculaires. Les faits de ce genre sont si rares qu'il rapporte dans son travail tous ceux que possède la science, à notre avis, et qui sont au nombre de cinq. Nous n'avons pas besoin de dire, après cela, que l'auteur ne peut établir sur ces faits l'histoire générale de la maladie.

MM. Chomel et Blache ont donné à l'article *Colique* d'amples développemens; ils regardent la colique nerveuse ou spasmodique comme extrêmement rare et ils croient que dans la plupart des cas qui sont considérés comme des exemples de colique nerveuse, il serait assez facile de reconnaître ou au moins de soupçonner l'existence d'une maladie locale.

Parmi les articles qui se font remarquer par l'érudition ou les détails pratiques qu'ils contiennent, mais sur lesquels il nous est impossible de nous arrêter, nous citerons surtout le travail de M. Blache sur la *Coqueluche*, reproductions d'un mémoire déjà connu, mais qui n'a rien perdu depuis. L'article *Combustion humaine spontanée*, par M. Breschet, qui contient quelques faits nouveaux et curieux, et tout ce que la science a pu réunir jusqu'à ce moment sur cette mystérieuse maladie. L'article *Cyanose* de M. Ferrus a été singulièrement augmenté; son auteur l'a enrichi de tous les faits qui étaient susceptibles de jeter quelque jour sur les divers états pathologiques dans lesquels on observe cette coloration particulière de la peau. La lecture de l'article *diarrhée*, par M. Dalmas, nous a fait regretter de n'avoir pas vu plus souvent son nom parmi les auteurs qui ont contribué à la rédaction des trois volumes dont nous nous occupons en ce moment.

M. Blache, à l'article dyssenterie, donne un tableau sommaire, mais complet, et encore très-étendu des différentes épidémies de cette maladie qui ont été observées.

Le *delirium tremens*, d'après M. Calmeil, n'est pas aussi rare qu'on semble le croire parmi nous. A Paris et à Londres et probablement dans plusieurs autres capitales, cette maladie grossit beaucoup chaque année le chiffre des admissions dans les hospices où l'on reçoit uniquement des femmes indigentes aliénées, tandis que dans la plupart des autres hôpitaux on n'en voit que très-rarement des exemples. L'abus des liqueurs alcooliques, continue l'auteur, est souvent signalé parmi les causes de la folie dans les statistiques que l'on publie maintenant partout sur cette maladie; mais les relevés manquent pour établir avec précision la proportion du véritable *delirium tremens*. Cette maladie dont les recueils étrangers fournissent de nombreux exemples, tandis que les journaux de médecine français n'en contiennent que rarement, offre bien, au rapport de l'auteur, une certaine analogie avec les phénomènes que déterminent les breuvages opiacés dont les Orientaux sont portés à faire un si pernicieux abus; mais il croit qu'il est impossible de la confondre avec cette espèce de delirium tremens, que l'on observe assez communément dans les maisons d'aliénés sur des mélancoliques, des vieillards en démence, des sujets disposés à la paralysie générale qui offrent à un degré variable des tremblemens des lèvres, des bras, un défaut d'équilibre dans tous les mouvemens un peu essentiels.

Le *delirium tremens* présente dans son développement deux périodes distinctes: celle où un nouvel empoisonnement alcoolique vient, pour ainsi dire, chaque jour augmenter le trouble des fonctions cérébrales, et celle où le délire et les autres symptômes persistent et atteignent toute leur violence alors même que les excès sont suspendus. La durée de la première pour les dipsomanes qui ont eu déjà plusieurs accès est quelquefois de plusieurs mois; chez les personnes qui n'ont pas la même habitude de boire, cinq à six jours suffisent quelquefois pour amener le paroxysme; mais quelques ivrognes tombent dans l'abrutissement et la démence sans jamais offrir les phénomènes du véritable *delirium tremens*. Le sommeil, lorsqu'il est long et profond, juge ordinairement le plus fort accès de *delirium tremens*.

Malgré la fréquence des cas de *delirium tremens*, il est rare que les sujets succombent pendant la durée d'un accès; aussi n'a-t-on que peu d'occasions d'observer l'état des organes dans cette maladie. Au reste, dans un cas où la mort survint pendant un accès d'une violence extraordinaire, et qui fut observé par M. Calmeil lui-même et dans quelques autres recueillis par d'autres observateurs, on n'a rien trouvé dans le cerveau qui eût quelque rapport avec les phénomènes morbides.

L'auteur croit que l'on a considérablement exagéré l'utilité de l'opium dans le traitement du *delirium tremens*, car il prescrit tout au plus quelques quarts de grain d'acétate de morphine dans les cas rares où le délire persiste au delà de cinq à six jours; il pense encore qu'on a trop exclu l'emploi de la saignée. Du reste, le traitement qu'il conseille repose uniquement sur les moyens hygiéniques et sur l'emploi pour les cas les plus graves de la saignée, des vomitifs et des lavemens purgatifs.

Le même auteur, à l'article *démence*, cherche à jeter quelque jour sur les rapports que l'on peut trouver entre les lésions anatomiques et

les phénomènes morbides observés pendant la vie dans les derniers degrés de l'aliénation mentale, et il arrive à des conclusions qui, bien que peu satisfaisantes pour l'homme de l'art et n'offrant aucune indication à suivre pour le traitement curatif ou préservatif ne sont cependant pas dépourvues d'intérêt étant considérées sous le rapport philosophique. La première que nous citerons et qui serait presque triviale si quelques anatomo-pathologistes mécaniciens ne prétendaient expliquer les maladies les plus graves par des lésions souvent insignifiantes, c'est que ignorant d'où vient que certaines dispositions de tissus permettent le libre exercice des sens et de la pensée, nous ne saurions pas davantage comprendre comment des dispositions anormales excluent l'intégrité des fonctions de l'intellect. La seconde et celle-ci regarde spécialement l'école physiologique, c'est que l'on n'oserait affirmer dans tous les cas et encore moins lorsque ces lésions existent isolément sur un aliéné, que la diminution ou l'augmentation de consistance de la pulpe du cerveau ou du cervelet, son ingestion capillaire, un vice de coloration dans une étendue variable de l'encéphale, la présence de sérosité dans la pie-mère, sont la production d'un travail inflammatoire. Ces lésions, une à une, ou toutes ensembles, supposent encore pour que la démence s'établisse une combinaison maladive d'un autre genre et à nous inconnue, puis qu'on reconnaît tous les jours les mêmes altérations chez des sujets qui n'ont jamais été insensés. Ces conclusions et quelques autres, qu'il serait trop long d'analyser ici, nous semblent de quelque importance dans la bouche d'un homme, placé dans une position spéciale aussi favorable et connu par l'indépendance de son esprit, l'exactitude de ses recherches et la direction de ses travaux tout spéciaux.

Nous terminerons la revue des articles de médecine par quelques considérations sur l'article *dothinenterie* de M. Littré. L'importance du sujet sur lequel l'attention générale est fixée en ce moment, la renommée de l'auteur et le mérite intrinsèque de l'article lui-même, sont des motifs suffisans pour que nous entrions dans quelques détails à cette occasion.

Il ne faut pas dire, suivant M. Littré, dothinentérie ni dothinentérite, on doit dire dothiénentérie, d'après l'orthographe des deux mots grecs dont viennent ces trois dénominations différentes. Si à ces trois noms, provenant d'une même origine, nous joignions tous ceux que les différens auteurs ont donnés à la même maladie, nous aurions une liste très-remarquable par sa longueur.

L'auteur évite dans cet article toutes les questions de doctrine, il les renvoie à l'article *fièvres*, de même il renvoie à l'article *typhus* tout ce qui concerne les rapports qui existent entre le typhus et la maladie qu'il étudie, et il ne traite la question de la contagion que d'une manière très-superficielle. Il se borne exclusivement à l'étude de la dothinentérie qui est une maladie tout-à-fait à part, douée d'un cachet spécial et susceptible d'être détachée presque entièrement du cadre nosologique.

Le travail de M. Littré est un résumé exact et complet de tout ce qui a été fait depuis quelques années sur cette maladie. Les lésions anatomiques y sont décrites avec tous les détails que l'on trouve dans les recherches de M. Louis et de MM. Chomel et Genest. Le travail de ces derniers est surtout fréquemment cité, et nous pouvons dire que l'auteur n'a négligé aucun des ouvrages importans publiés jusqu'à ce jour. Bien que la plupart du temps il se borne à analyser, cependant il a dû quelquefois exposer sa propre opinion. Nous allons faire connaître celles qui different des opinions généralement reçues et qui nous paraissent mériter une attention spéciale.

L'auteur semble croire avec M. Louis que la dothinentérie est très-rare chez les jeunes enfans au-dessous de sept ans; cela est possible; mais de sept à quinze ans elle est plus fréquente qu'on ne le croit communément. Si un travail semblable à celui qu'ont publié MM. Chomel et Genest où il est tenu compte de tous les cas de cette maladie qui, pendant cinq ans, ont été reçus dans les mêmes salles, était fait pour l'hôpital des enfans de Paris, on reconnaîtrait que la fièvre typhoïde n'y est pas beaucoup plus rare que dans les autres hôpitaux.

M. Littré renchérissant sur ses prédécesseurs, auxquels on avait reproché d'avoir trop multiplié les formes de la fièvre typhoïde, en adopte six et pense que d'autres encore peuvent se manifester dans les épidémies. Il divise donc la dothinentérie en *abdominale*, *pectorale*, *cérébrale*, *adynamique*, *latente* et *arthritique*. Sans entrer ici dans une discussion qui nous mènerait trop loin, nous ferons remarquer que la distinction des trois premières divisions repose sur l'anatomie; la quatrième sur l'état des forces générales du sujet; la cinquième sur les caractères peu tranchés de la maladie; et la sixième sur le mode de sensibilité du sujet. Comme ces différentes formes ne s'excluent pas absolument, on peut supposer, et le fait se rencontre fréquemment, qu'une fièvre typhoïde présente à la fois quatre ou cinq de ces formes, la classification de M. Chomel en inflammatoire, bilieuse, muqueuse, etc., qui a aussi, elle, l'inconvénient que plusieurs des formes qu'il a admises se succèdent dans le cours de la même fièvre, offre cependant l'avantage d'être intimement liée aux médications généralement reçues et de s'adapter assez bien aux différentes épidémies jusqu'ici décrites.

Il nous semble au reste que généralement on a peu compris la nature du travail de MM. Chomel et Genest, qu'on a regardé comme un ouvrage *ex professo*, comme une monographie arrêté de la fièvre typhoïde, tandis que pour nous nous n'y avons vu que l'histoire de la fièvre typhoïde telle qu'elle a été observée à Paris pendant cinq ans; et si quelques conclusions générales ont été tirées, ce n'est que quand le nombre des faits a paru considérable et sans prétendre interpréter le passé d'une manière absolue ou resserrer l'avenir; car pour tout homme qui a étudié l'histoire de la médecine il est évident que les faits d'aujourd'hui ne sont pas l'exacte reproduction de ceux d'hier, et que, eût-on établi des séries de plusieurs milliers de cas analogues, on ne pourra jamais arriver qu'à des probabilités contre lesquelles le praticien devra se tenir constamment sur la réserve.

Avant de quitter l'article de M. Littré, nous devons cependant dire ce qu'il entend par fièvre arthritique, division de la fièvre typhoïde, qui a été introduite dans le langage médical par M. Bazin, auteur d'une bonne dissertation (*Recherches sur les lésions du poumon, considérées dans les affections morbides, dites fièvres essentielles*, août 1834). Dans la dothinentérie-arthritique le malade éprouve, outre les symptômes propres à la fièvre typhoïde, des douleurs vives dans quelques articulations et qui s'irradient dans les parties voisines; ces douleurs n'offrent pas de rémission régulière, ne sont accompagnées ni de gonflement ni de rougeur, et ne laissent aucune trace appréciable sur le cadavre. Ce phénomène morbide, qui ne modifie en rien la marche de la maladie, nous paraît dépendre du mode de sensibilité du sujet et s'observe dans d'autres maladies.

Parmi les articles de thérapeutique il en est peu de très importans; cependant nous devons citer ceux sur la *ciguë* et le *cyanogène*, par M. Cazenave, comme présentant assez bien l'état actuel des connaissances sur ces deux agens thérapeutiques.

Les affections chirurgicales traitées dans ces volumes sont aussi nombreuses, mais ont bien moins d'importance que les grandes affections internes dont nous venons de parler. L'article le plus remarquable est la pathologie des *dents*, travail à peu près neuf de M. Oudet, qui résume parfaitement les connaissances acquises, et les complète sur plusieurs points par les découvertes propres à l'auteur. Les maladies de la *cornée* ont été présentées par M. Velpeau dans une excellente monographie, toute pleine de faits et d'indications, et qui ne le cède point aux meilleurs travaux de ce consciencieux auteur. M. A. Bérard a été chargé d'ajouter aux anciens articles de M. J. Cloquet ce que réclamaient les progrès journaliers de la science; et il a traité particulièrement les affections du système osseux, les fractures de la clavicule, des côtes, du fémur, les luxations de l'articulation du coude, etc. Nous devons signaler une amélioration notable dans la manière de ce jeune collaborateur; il recherche davantage les sources, soit pour les opinions, soit pour les faits; et l'histoire des fractures de la cuisse, par exemple, mérite de sincères éloges sous ce rapport. M. Laugier a donné quelques articles intéressans, particulièrement l'histoire des luxations de la clavicule; c'est un nom que l'on regrette aussi de ne pas rencontrer plus souvent.

En général, bien que les additions et les modifications faites à cet ouvrage lui donnent certainement une physionomie toute nouvelle, nous devons dire que nous aurions désiré une coopération plus active de la part des nouveaux collaborateurs. Les articles de Désormeaux sont fort bons sans doute, mais ils gagneraient certainement à être revus tous par M. P. Dubois ou M. Velpeau. Nous noterons aussi dans ces derniers volumes une quasi-défection de M. Dézeiméris, qui nous avait promis une bibliographie exacte et raisonnée. La bibliographie manque à la plupart des articles de ces volumes; pour quelques-uns les auteurs s'en sont chargés eux-mêmes: ainsi ont fait M. Blache pour la coqueluche, M. Gerdy pour la circulation, M. Bérard pour la chaleur animale; et si cet exemple pouvait être suivi, il n'y aurait qu'à s'en féliciter. Mais ce sont de rares exceptions; et le nombre assez restreint de notices bibliographiques dues à M. Dézeiméris, ne présentent que des listes d'ouvrages fort sèches et qui n'ont pas même toujours le mérite d'un choix bien justifié. Nous ne parlons pas d'un article assez intéressant consacré à une rapide histoire de la chirurgie; ce travail ayant été emprunté à une autre publication, et n'étant pas d'ailleurs, au moins en partie, l'ouvrage de l'auteur qui l'a signé.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est ponr Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. ponr 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, *n°* 5, et dans les Départemens, ebez tons les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU MAL VERTÉBRAL DE POTT, par M. Nichet, chirurgien en chef désigné de l'hôpital de la Charité à Lyon.

La maladie des vertèbres à laquelle Pott a rattaché son nom a été considérée sous des points de vue très-divers. Elle ne fut pour des observateurs inattentifs qu'une espèce de paralysie des membres inférieurs. Cette lésion des extrémités inférieures, Pott montra sa liaison avec une maladie de la colonne et de la moelle épinières, dépendante d'un principe morbifique interne. L'affection vertébrale, si bien étudiée par le chirurgien de Londres, a été appelée tour à tour, *phthisie dorsale*, *cyphose paralytique*, *myélophthisie*, *gibbosité*, *vertébro-malaxie*, *rachio-malaxie*, *rachialgie*, *carie profonde des vertèbres*, suivant l'idée que chaque auteur s'est faite de la nature de l'altération. Parmi ceux qui ont écrit le plus récemment sur ce sujet, les nns regardent l'incurvation de la colonne comme le résultat d'une *inflammation des vertèbres avec ramollissement*. Pour les autres elle n'est primitivement qu'une *ulcération des cartilages inter-vertébraux*. Une autre doctrine considère le mal de Pott comme une affection tuberculeuse des vertèbres. Depuis longtemps j'ai entendu professer par l'illustre professeur Delpech cette opinion, dont l'exactitude m'a été prouvée par un grand nombre de faits que j'ai recueillis dans ces dernières années. Des dissections fréquentes m'ont permis de voir les tubercules des vertèbres sous toutes les formes. Je les ai suivis dans tons les points de la colonne vertébrale, dans les divers degrés de leur développement; j'ai pu étudier l'influence qu'ils exercent sur le rachis et sur la moelle; il m'a été donné de saisir des rapports non encore aperçus entre les symptômes et les altérations anatomiques. J'ai décrit plusieurs états de la colonne où l'on aurait pu croire que le mal arrêté dans ses progrès avait été suivi de consolidation. La cause de la différence dans les effets des exutoires a pu être expliquée. Les variétés d'altérations du tissu des vertèbres ont été rattachées à des circonstances spéciales. Dans quelques cas j'ai trouvé que la lésion vertébrale était indépendante des tubercules. J'ai rapporté ces faits et j'ai exposé le mécanisme qui présidait alors à l'incurvation. Un résultat bien singulier de mes recherches, c'est que presque jamais les vertèbres dans le mal de Pott ne sont affectées de carie en donnant à ce mot son véritable sens. Si désormais on veut continuer à définir le mal de Pott, *une carie profonde des vertèbres*, il faudra trouver un autre nom pour

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Nous n'avons à vous donner, mon cher confrère, que des nouvelles affligeantes. Le choléra morbus étend de plus en plus ses ravages dans le Midi de la France. Déjà une partie de la haute Italie et de la Toscane est atteinte. Par sa violence, par son étendue et par sa durée, cette invasion peut être comparée à celle de 1832. Seulement elle occupe un autre théâtre et suit une direction inverse.

En 1831-1832 le mouvement épidémique se propagea du Nord-Est au Sud-Ouest, embrassant la plus grande partie du Nord de l'Europe; mais il ne franchit ni les Pyrénées, ni les Alpes, et en France il s'arrêta au bassin du Rhône. En 1834-1835 il a marché de l'Ouest à l'Est, et occupé successivement les régions méridionales. Après avoir fait à peu près tout le tour de l'Espagne, il a longé les côtes de la Méditerranée depuis Gibraltar jusqu'à Livourne, en s'irradiant en tous sens dans l'intérieur des terres. En France il a envahi toutes les villes maritimes de la Méditerranée sans exception; son développement dans l'intérieur a en ce moment sa limite à une ligne qui, tirée du Couchant au Levant, passerait par Tarbes, Toulouse, Nimes, Avignon et Digne. En Italie il a aussi suivi les côtes : les dernières nouvelles signalent son apparition aux environs de Turin et à Florence. Dans ce mouvement général depuis dix-huit mois, il s'est maintenu dans une zone de 9 à 10 degrés de latitude, entre le trente-cinquième et le quarante-cinquième parallèles. Sa marche a été évidemment progressive. Il a paru se communiquer de proche en proche, n'attaquant jamais une localité sans passer par les points intermédiaires. L'épidémie restera-t-elle concentrée dans le Midi, ou s'étendra-t-elle dans tout le reste de la France? C'est ce qu'il est impossible de prévoir avec quelque certitude. Cependant en observant la direction de son mouvement là où il est le plus rapide et le plus décidé, on peut conjecturer qu'il tend plutôt vers le Midi que vers le Nord. Toute la Péninsule italienne est menacée d'une invasion imminente et presque certaine. Si elle a lieu les provinces du nord de la France et Paris seront probablement laissés en dehors.

La démoralisation, l'épouvante, l'émigration et toutes les conséquences de ces fatales dispositions, n'ont pas diminué dans ces malheureux pays. Ces populations méridionales ont donné un bien triste spectacle au monde. Les grossiers instincts de cette immense portion de la société qu'on appelle le peuple, l'ont emporté presque partout sur les conseils de la raison, de la science, de l'intelligence. On a pu voir toute la vanité de cette civilisation moderne dont on fait si

désigner cette affection qui frappe de ramollissement les extrémités spongieuses des os, altère leur composition chimique, produit l'engorgement et l'état fongueux de la membrane médullaire, entraîne à sa suite l'ulcération du tissu osseux avec sécrétion ichoreuse, grise, rouge ou noire.

Obs. I. — Un garçon âgé de trois ans fit un séjour de plusieurs mois à l'hôpital : il était d'une maigreur extrême et portait au milieu du dos une gibbosité anguleuse. Les membres inférieurs, plus maigres encore que le reste du corps, n'exécutaient aucun mouvement spontané, mais ils conservaient encore une sensibilité très-obtuse. Cet enfant s'éteignit subitement après avoir atteint le dernier degré de marasme.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai dans le médiastin postérieur une tumeur molle dont l'enceinte était formée par le ligament vertébral antérieur, auquel les plèvres étaient accolées. Cette poche contenait une matière jaunâtre, de consistance caséeuse, mêlée à une faible quantité de sérosité. La septième vertèbre dorsale était détruite ; il n'en restait qu'un disque de six lignes de diamètre ; il était dur, blanc, nécrosé, et placé entre la sixième et la huitième vertèbre, qu'il tenait à distance. De la matière caséiforme enveloppait ce fragment ; elle pénétrait dans le canal vertébral, où elle formait un dépôt qui déprimait légèrement la moelle et ses membranes, lesquelles n'avaient subi aucune altération dans leur structure. Les corps des six premières vertèbres étaient creusés par des excavations remplies de matière caséeuse tout-à-fait concrète. Les disques intervertébraux débordaient la substance osseuse et conservaient toute leur intégrité. La substance des vertèbres altérées n'avaient rien perdu de sa structure normale : même couleur, même sonorité que dans l'état naturel ; la consistance était plutôt accrue que diminuée. Le sommet du poumon droit contenait quelques tubercules miliaires.

Le mal vertébral se présente ici avec ses symptômes les plus ordinaires et les plus caractéristiques ; saillie anguleuse de l'épine, mouvement des membres inférieurs anéantis, sensibilité obtuse. Trouvons-nous, comme on l'indique dans les livres, les vertèbres gonflées, ramollies, affaissées, suppurantes? Rien de cela. Une vertèbre est détruite, mais le peu qui en reste est d'une grande dureté ; d'autres sont creusées par des excavations, mais leur texture est semblable à celle des vertèbres les plus saines ; un dépôt existe au-devant des vertèbres usées, mais la matière qui le forme n'a point les caractères du pus, elle ne diffère en rien des tubercules pulmonaires ou autres, quand ils ont acquis la consistance caséeuse. La colonne a fléchi dans un point, mais le canal conserve son calibre ; et s'il y a compression de la moelle épinière, elle ne vient pas des os, mais de la matière tuberculeuse épanchée au-devant des méninges. Il n'y a donc là qu'usure, érosion des vertèbres par un corps étranger, et ce corps est le tubercule scrofuleux.

Obs. II. — Jean-Pierre Lambert, âgé de 20 ans, lymphatique et déjà épuisé par la maladie, avait été long-temps occupé à peigner du chanvre dans un lieu humide. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il portait depuis deux ans une gibbosité extrêmement douloureuse, située au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire ; les membres inférieurs, incomplétement paralysés, permettaient encore la marche avec des béquilles ; leur sensibilité était conservée. Sous l'influence de quatre cautères appliqués autour de la courbure, il put, au bout de deux mois, faire sans appui une courte promenade dans la salle ; cependant on voyait qu'il ne se tenait debout qu'avec de grands efforts ; il succombait sous le seul poids de sa capote. Malgré l'application de nouveaux cautères, les membres inférieurs s'infiltrèrent, il se fit un épanchement de sérosité dans le péritoine, et une escarre gangréneuse se manifesta au niveau de l'épine iliaque droite ; la douleur lombaire devint plus vive, les membres inférieurs restèrent tout-à-fait immobiles, et le malade succomba cinq mois après son entrée à l'hôpital. (Recueillie par M. Barraud, chirurgien interne.)

Nécropsie. Au-devant des cinq dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires, le ligament vertébral antérieur, doublé par le péritoine, forme une poche d'un pouce de saillie, remplie par de la matière tuberculeuse jaunâtre, épaisse, visqueuse. Il ne reste de la première vertèbre lombaire qu'un léger fragment cunéiforme uni à la douzième dorsale par le cartilage qui est intact. La deuxième lombaire, réduite à la moitié de son épaisseur, est coupée obliquement en bas et en avant. Les cinq dernières vertèbres dorsales sont farcies de tubercules à l'état de crudité. Parmi les cavités qui les contiennent, les unes, superficielles, infundibuliformes, sont ouvertes en avant dans le kyste tuberculeux ; les autres, situées au centre de la vertèbre, de forme globuleuse, séparées des cavités voisines par des cloisons ; ou en communication avec elles par des ouvertures étroites sont remplies de tubercules dont le volume ne dépasse guère celui d'un gros pois. Deux de ces vertèbres, perforées de part en part, ont permis à la matière tuberculeuse de s'épancher dans le canal vertébral, et de déprimer le ligament postérieur, les méninges et la moelle. Dans la septième vertèbre dorsale, la matière tuberculeuse se présente à l'état d'infiltration ; le corps de l'os se laisse facilement diviser par le scalpel, et la surface de la coupe est d'un blanc jaunâtre. Les cinq dernières vertèbres, délivrées de leur matière tuberculeuse, se montrent inégales, chagrinées, percées à jour ; leur surface est creusée de fosses profondes séparées par des crêtes longitudinales tranchantes, et par des cloisons minces et percillées comme de la dentelle. Cependant leur tissu présente beaucoup de consistance ; il est même plus dur que celui d'une vertèbre saine : percuté avec un instrument, il fait entendre un son éclatant tout opposé au son mat que rend un os ramolli par la carie.

Les loges tuberculeuses sont tapissées par une membrane mince cellulo-vasculaire d'un rouge foncé : on peut la détacher par larges lambeaux ; elle est plus épaisse dans les cavités closes que dans celles qui sont ouvertes.

La troisième vertèbre lombaire, vue par devant, ne présente aucune altération, mais la face postérieure de son corps est creusée par une fosse profonde largement ouverte dans le canal vertébral, et remplie de matière tuberculeuse épaissie ; cette matière remplit une partie du canal, et occupe une fosse profonde formée par la dure-mère déprimée. Du lieu de cet épanchement jusqu'au milieu du dos, la dure-mère et l'arachnoïde sont pénétrées d'une injection foncée couleur lie de vin. La moelle épinière a conservé sa consistance et son organisation naturelles.

Les cartilages intervertébraux n'ont éprouvé aucune altération.

Les côtes correspondant aux vertèbres malades sont d'une mollesse extrême ; le tissu spongieux de leur tête est mou, flexible ; la plus légère pression l'aplatit et en exprime un liquide noir.

Les parties molles situées dans le voisinage des vertèbres lombaires contiennent des masses tuberculeuses molles, renfermées dans des kystes à parois lisses. Une masse enkystée, plus volumineuse que les autres, est située au-devant du muscle iliaque gauche, et n'a aucun rapport avec le foyer situé au-devant des vertèbres.

Les deux poumons sont farcis de tubercules à l'état miliaire ; le gauche adhère au diaphragme par toute l'étendue de sa base.

Cette observation remarquable méritait d'être rapportée dans tous ses détails, parce qu'on y trouve réunies la plupart des circonstances qui se rattachent à l'histoire des tubercules dans les vertèbres. Je vais les rappeler succinctement. 1° La matière tuberculeuse occupe à la fois la surface et l'intérieur du corps des vertèbres ; elle soulève les ligamens antérieur et postérieur ; 2° on la trouve sous le double état d'infiltration et d'épanchement ; 3° les cavités qui renferment les masses tuberculeuses ouvertes ou closes sont tapissées par des membranes cellulo vasculaires ; 4° des dépôts de matière tuberculeuse se sont développés dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans les poumons, sans doute par la même cause interne qui a produit ceux des vertèbres ; 5° plusieurs côtes sont profondément altérées ; cette affection, toute différente de celle des vertèbres, offre les traits principaux de la véritable carie ; 6° le trouble des mouvemens et de la sensibilité des membres inférieurs n'avait pas été très-profond ; aussi la moelle épinière légèrement comprimée conservait-elle l'intégrité de sa structure ; il y avait eu douleur vive au niveau de la gibbosité ; l'altération des membranes, reste d'une phlegmasie chronique, en montre l'origine ;

---

grand bruit et qui n'existe qu'à la surface de la société. La barbarie du moyen âge n'a jamais produit rien de pire. Partout les idées d'empoisonnement ont dominé toutes les autres explications, par suite de la prédilection que le peuple a naturellement pour l'absurde. Si sur cent explications plus ou moins plausibles, il s'en trouve une de complétement absurde, incompréhensible, impossible, soyez sûr que le peuple adoptera toujours celle-ci. Et comme l'absurde engendre l'absurde, et que le peuple est très-logique, il a passé naturellement de la terreur des empoisonnemens à la punition des empoisonneurs. Le sort a voulu que dans ces pays il ait jugé à propos d'accuser, non pas l'étranger, non pas la police, ce qu'il fait toujours en matière politique, mais les médecins. Il lui a paru tout simple que les médecins empoisonnassent et les malades et les gens bien-portans. Pourquoi? dans quel but? dans quel intérêt? par quels moyens? Il ne s'en informe point. Le fait est énormément absurde ; il suffit. Aux environs de Marseille, des malheureux dans le délire de la peur et transportés d'une fureur animale, ont, le pistolet à la main, forcé les médecins à boire les médicamens qu'ils leur apportaient. A Arles, les médecins arrivant de Lyon sont reçus à coups de fusil par ceux qu'ils venaient secourir ; à Nice, c'est bien mieux encore. Là tout est empoisonné, les sources, le pain, la viande, les médicamens ; les médecins, les boulangers, les bouchers, les pharmaciens confectionnent en commun les poisons par l'ordre et sous la direction de l'autorité. Les médecins sont repoussés de partout à main armée, insultés dans les rues ; les bureaux de secours, les hôpitaux sont déserts. Plutôt que d'y recourir, le peuple meurt en désespéré sur les grands chemins et dans les champs. Les exemples de ce genre ou analogues sont innombrables. Il y a là de quoi faire réfléchir quelque peu les partisans du vote universel.

Partout aussi au-dessus de la multitude brutale quelques ames d'élite se sont élevées comme pour faire contraste à cette dégradation, et elles ont été si belles, si nobles et si fortes qu'elles nous forcent à reconnaître toute la grandeur de notre nature à côté de sa bassesse. Dans plusieurs villes, des associations de jeunes gens se sont formées pour soigner et secourir les malades ; en vain la mort les a décimées, elles ont jusqu'au bout poursuivi leur généreuse tâche. Ces volontaires d'un nouveau genre valent bien ceux qui dans un cas d'invasion marchent à la frontière. Dans un trop grand nombre de localités, les autorités ont déserté leur poste ; mais l'honneur de ceux qui y sont restés n'en est que plus grand. Les médecins, disons-le avec quelque orgueil, ont partout rempli leur périlleux mandat avec ce sang-froid et cette fermeté active qui les distinguent. Pendant que les routes étaient couvertes de fuyards qui tournaient le dos aux points infectés, eux seuls y accouraient comme à un rendez-vous. Beaucoup ont payé ce dévouement de leur vie. La science a fait de nombreuses pertes. A Toulon, M. Fleury ; à Marseille, M. Raymoneue. Tout récemment encore, une mort cruelle est venue nous frapper d'un coup bien sensible : M. Boyer, qui depuis deux ans coopérait à nos études et à nos travaux à la Gazette médicale, avait sollicité et obtenu du gouvernement le dangereux privilége d'aller combattre l'épidémie à Marseille ; le lendemain de son arrivée, il est atteint et succombe en quelques heures. M. Boyer était à peine âgé de 23 ans ; il avait une ame douce, un cœur noble, un esprit élevé ; nous suivions avec le plus vif intérêt ses progrès rapides dans une carrière où son application, son intelligence et la passion de son art lui promettaient tant de succès. Une sensibilité forte, mais simple et naïve, un extérieur plein de grace, une rare délicatesse de sentimens, commandaient en lui la sympathie. Il

si le malade eût vécu plus long-temps, les vertèbres altérées, trop amincies pour supporter le poids du corps, se seraient brisées, et les débris en auraient été dispersés au milieu de la matière tuberculeuse, où on les aurait trouvés sous forme de fragmens nécrosés. On voit qu'il y a loin de ce mode de destruction et d'incurvation à ces prétendus affaissemens des vertèbres ramollies que personne n'a jamais vus.

Obs. III. — Une fille de quatre ans, d'une maigreur extrême, fut apportée à l'hôpital par sa mere, qui nous assura qu'elle venait d'avoir la petite-vérole; mais nous ne vimes sur la peau que de nombreuses taches de *purpura*. Une saillie angulaise très-prononcée s'élevait de la region lombaire. Cette enfant poussait des cris plaintifs, agitait tous ses membres tant inférieurs que supérieurs. Si on pinçait ces derniers, elle donnait des signes d'une plus grande souffrance; ainsi la sensibilité et le mouvement y étaient conservés. Elle mourut le lendemain de son entrée.

Nécropsie. Le corps de la première vertèbre lombaire a complètement disparu; il n'en reste que deux fragmens isolés et nécrosés. Les corps des douzième dorsale et seconde lombaire sont réduits à une petite portion cunéiforme.

La onzième vertèbre dorsale et la troisième lombaire se touchent par la partie antérieure de leur corps; leur surface est creusée par des excavations remplies de matière tuberculeuse, et leur structure est conforme à l'état normal. La moelle épinière et ses membranes, parfaitement libres dans le canal, n'ont subi aucune altération. Le ligament vertébral antérieur n'est point soulevé; il est devenu plus court et plus épais, afin de s'accommoder au raccourcissement de la colonne, dont il assure encore la solidité.

Un vaste abcès occupe la profondeur de la région lombaire gauche, la fosse iliaque correspondante, et s'étend sous l'arcade crurale; il contient un demi litre de serosité mêlée à de la matière tuberculeuse; des tubercules crus sont disséminés dans les tissus voisins. Cet abcès n'a aucune communication avec les vertèbres malades, et doit être attribué à la fonte des tubercules développés sur place. Tous les tissus et les organes sont pénétrés d'ecchymoses de formes et de teintes variées, dont la description ne doit pas trouver ici sa place. Le peu de sang que les vaisseaux contiennent ne forme point de caillots; il est liquide et séreux.

Lorsqu'un dépôt plus ou moins volumineux s'est développé au-devant des vertèbres altérées, on a coutume de regarder la surface des vertèbres comme l'organe sécréteur du pus. Chez cette enfant rien de semblable : nul dépôt, et cependant deux vertèbres avaient complètement disparu; où était donc la matière qui aurait dû nécessairement provenir de leur inflammation ulcérative? Une matière jaune, concrète occupait certaines excavations; mais elle n'était pas le produit d'une inflammation suppurative; elle était enchâssée et comme incrustée dans ces cavités dont les parois très-consistantes ne montraient aucune trace d'injection. C'était donc encore à des dépôts tuberculeux qu'on devait attribuer la destruction des vertèbres, d'autant mieux qu'à quelques pouces de distance de la gibbosité, les parties molles étaient pénétrées de dépôts en tout semblables à ceux des vertèbres.

La sensibilité et les mouvemens avaient été conservés dans les membres inférieurs, malgré une courbure très-prononcée. Les nerfs qui terminent la moelle épinière étaient exempts de compression et d'inflammation.

Obs. IV. — Joséphine Maréchal, âgée de vingt ans, admise dans le service de M. le professeur Pointe, portait tous les signes de la phthisie pulmonaire la mieux caractérisée, à laquelle elle ne tarda pas à succomber. Voici ce que nous montra l'ouverture du cadavre : Emaciation du tronc et des membres supérieurs; membres inférieurs infiltrés; epanchement séreux dans les cavités pleurales; fausses membranes anciennes à la surface des plèvres; cavernes nombreuses et vastes au sommet des deux poumons, dont les lobes supérieurs sont passés à l'état d'induration; injection très-prononcée de la muqueuse trachéo-bronchique. Le médiastin postérieur est occupé par une vaste poche qui en mesure toute la hauteur; le ligament vertébral postérieur, épaissi et doublé par les plèvres, en forme les parois : sa cavité est remplie par de la sérosité trouble tenant en suspension de grosses masses de matière tuberculeuse blanche, homogène, crémeuse. Les corps des vertèbres dorsales, de la deuxième à la dixième inclusivement, dépouillés de leur enveloppe fibreuse, inégaux et comme ebagrinés, sont recouverts d'un enduit épais de matière blanche plus épaisse que celle qui distend la cavité. Le cartilage des huitième et neuvième vertèbres a complètement disparu; leurs corps sont usés en avant et à droite, de sorte que la colonne présente une double inclinaison. Tous les autres cartilages sont intacts, mais on trouve dans leur épaisseur de petits dépôts de substance caséeuse concrète. Au niveau de la deuxième vertèbre, la dure-mère, un peu épaissie, est recouverte d'une légère couche de matière caséeuse. La moelle épinière ne présente aucune lésion. La substance des vertèbres dénudées n'a rien perdu de sa couleur, de sa consistance et de son organisation normale.

Le grand épiploon, épaissi, adhérent aux intestins, est farci de tubercules à l'état caséeux; on en trouve en grand nombre dans l'épaisseur du péritoine. La muqueuse gastrique, pulpeuse, ramollie, est entièrement recouverte d'une couche de mucosités jaunâtres; entre les muscles abdominaux on trouve plusieurs dépôts de matière tuberculeuse blanche, homogène, crémeuse.

Observée seulement dans les derniers jours de sa vie, lorsque la faiblesse extrême la fixait immobile dans son lit, cette malade ne fut que légèrement examinée; aussi la lésion de la colonne vertébrale n'avait pas été soupçonnée avant l'autopsie cadavérique. Je dois noter seulement la conservation de la sensibilité et des mouvemens des membres inférieurs, en rapport avec l'intégrité de la moelle et de ses membranes.

Cette observation se distingue des précédentes, non-seulement par l'abondance de la matière tuberculeuse au-devant des vertèbres, dans les poumons, dans l'épiploon et le péritoine, dans les espaces intermusculaires, mais encore par leur développement dans les cartilages intervertébraux, où nous ne les avions pas encore vus. Un de ces cartilages en avait été complètement détruit. Souvent on a cru qu'il y avait ulcération primitive d'un cartilage, tandis que cette ulcération était le résultat de la présence d'un tubercule; si cette production morbide a été absorbée, et qu'il n'en reste point dans le voisinage, le principe du mal reste ignoré.

Nous avons vu les surfaces dénudées et corrodées des vertèbres recouvertes d'une couche épaisse de matière tuberculeuse très-consistante. Cette matière comblait les enfoncemens et proéminait même audevant des corps vertébraux de telle sorte, qu'on aurait dit au premier abord que ceux-ci étaient gonflés et arrondis. Je ne doute pas que dans beaucoup de cas cette disposition n'ait donné le change, et qu'on n'ait pris souvent pour des gonflemens et des ramollissemens des vertèbres de simples dépôts de matière tuberculeuse. Dans un premier mémoire, Pott cite le gonflement et la mollesse du tissu vertébral comme la lésion la plus commune; mais dans un écrit postérieur il se rétracte formellement, parce qu'il y avait regardé de plus près. Si Pott n'a pu éviter l'erreur, combien d'autres ont dû se laisser tromper par les apparences!

Obs. V. — Un ouvrier en soie âgé de 24 ans, pendant un séjour de quatre mois à l'hôpital, nous présenta les symptômes suivans : tumeur avec fluctuation à la partie supérieure interne de la cuisse droite, occupant la moitié de la hauteur du membre; autre abcès moins volumineux derrière le grand trochanter du même côté; douleurs aiguës dans les lombes et dans la fosse iliaque droite, sans incurvation; toux; crachats purulens; fièvre continuelle avec sueurs dans la nuit; dévoiement; mort.

---

partit le cœur rempli d'espérance et de cette douce exaltation qui accompagne les bonnes résolutions. Il ne lui a pas été donné de rendre son sacrifice utile aux hommes : il n'a eu le temps que de mourir.

Nous devions ces quelques mots d'adieux à notre jeune ami. Mais il est temps de détourner nos yeux de si tristes images.

J'ai à vous instruire d'une affaire qui a causé ici quelque scandale. Un médecin de l'hospice de la Salpétrière, M. P..., a été l'objet d'une accusation grave. Il aurait, dit on, manqué à ces rigoureux devoirs de moralité qui doivent exister entre le médecin et ses malades. A la Salpêtrière il n'y a, comme vous savez, que des femmes, et parmi les épileptiques, il y en a beaucoup de jeunes. Ce bruit, que nous nous plaisons à croire calomnieux, est parvenu au *conseil général des hospices*. Un des membres, avec trop de précipitation sans doute, a demandé aussitôt que le service de la Salpêtrière fût retiré à M. P..., et qu'on l'envoyât à Bicêtre. Le conseil, partageant de premières impressions toujours trop vives, a décidé ce changement qui, étant une sorte de punition ou de censure, suppose le délit constant et l'accusé coupable. Cette décision est donc tout-à-fait irrégulière. Il fallait une enquête, un véritable procès, des témoins, une défense et des juges. Il n'y a rien eu de tout cela. M. le doyen de la Faculté a proteste contre cette manière de procéder. Il a même parlé de donner sa démission de membre du conseil général. D'un autre côté la *commission des médecins des hôpitaux*, gardienne naturelle des privilèges et de l'honneur de la profession, est intervenue dans le debat. Elle s'est élevée contre la résolution du conseil général. Une lettre rédigée dans ce sens a été adressée à M. Orfila par M. Dumeril, au nom de la commission. Le conseil général, après en avoir de nouveau délibéré, a maintenu purement et simplement sa décision. Maintenant il ne manque plus que la ratification du ministre de l'intérieur, pour donner force de la loi à cette condamnation et la rendre exécutoire.

C'est là qu'en est l'affaire. Suivant toutes les probabilités le ministre ratifiera ce qui a été fait; mais il rappellera en même temps au conseil général qu'il n'a pas suivi en cette circonstance les règles strictes de l'équité et de la prudence. Il y aura dans sa réponse une absolution et une admonition. Ce moyen terme ne nous semble pas suffire à la gravite de la situation. Le droit de ratifier implique le droit de casser, et le ministre trouverait difficilement une occasion plus belle d'exercer sa prérogative. Les considérations administratives et autres qui inspirent cette moderation, sont sans doute de quelque poids, mais elles ne devraient pas prévaloir contre des intérêts aussi sacrés. Le ministre pourrait refuser sa sanction à l'arrêté du conseil, sans que personne eût le droit de se plaindre d'un abus de pouvoir.

Vous comprendrez facilement combien cette affaire a excité d'intérêt, surtout parmi les medecins des hôpitaux. Cet exemple d'un de leurs confrères accusé on ne sait par qui, jugé et condamné sans enquête et sans défense, leur a semblé un précédent dangereux. Les formes expéditives de ce conseil administratif, jugeant et condamnant à huis-clos comme le sénat de Venise, ont paru trop inquisitoriales pour être adoptées et suppportées. La *commission des médecins des hôpitaux*, qui a si peu d'occasions de révéler son existence, a agi avec toute la vigueur désirable; elle a pris la défense non du médecin accusé, mais de la justice et de la dignité de la profession, compromises en sa personne. Le corps médical lui doit de la reconnaissance.

Nécropsie. La face antérieure du corps des deux dernières vertèbres lombaires est recouverte par des masses tuberculeuses larges et aplaties, qui ont soulevé le ligament antérieur et déterminé autour d'elles des végétations osseuses. On trouve un dépôt semblable au-devant du sacrum et de l'os iliaque droit. Le cartilage qui unissait les deux vertèbres déjà nommées a été complétement détruit; à sa place on trouve de la matière tuberculeuse; il y en a encore une petite quantité dans le canal vertébral, mais pas assez pour comprimer les méninges. Les deux vertèbres privées de leur cartilage ne se touchent point; elles sont maintenues à leur distance naturelle par une production de matière osseuse très-solide jetée comme un pont de l'une à l'autre, et liée intimement à leur face antérieure. Le ligament antérieur, soulevé par cette substance nouvelle, lui forme une sorte de gaîne et reprend au-delà ses rapports naturels avec les autres vertèbres. Les surfaces laissées à nu par le cartilage détruit sont tout-à-fait intactes.

Le poumon droit est parsemé de nombreux tubercules crus; son sommet est parsemé de petites cavernes à surface lisse et membraneuse, contenant de la matière tuberculeuse ramollie. Le poumon gauche, intimement uni à la plèvre costale, est farci d'une multitude de tubercules séparés par d'étroits intervalles, où le poumon est profondément hépatisé.

L'estomac est sain; l'iléon est couvert d'ulcérations; la face interne du cœcum est toute envahie par une vaste ulcération; on en trouve aussi un grand nombre dans le colon ascendant et le colon transverse. Le péritoine contient deux verres de sérosité.

La prostate, très-volumineuse, renferme de nombreux tubercules à l'état de crudité. Un vaste dépôt froid occupe le côté interne supérieur et postérieur de la cuisse. Un litre environ de bouillie tuberculeuse est renfermé dans un kyste à parois cellulo-fibreuses très épaisses; cette poche, entièrement close, n'a aucun rapport avec la maladie vertébrale.

C'est encore dans un cartilage que nous observons le développement primitif de la lésion rachidienne; le tubercule seul peut être accusé de la destruction complète qu'il a subie; outre que cette matière se rencontre en masses volumineuses dans le voisinage et dans plusieurs autres points du corps, ce qui décèle une disposition très-prononcée à la sécréter, nous la voyons encore occuper la place du cartilage complétement détruit.

Un des principaux caractères du mal de Pott n'a point paru chez ce dernier malade, savoir, la gibbosité: les deux vertèbres fixées par la substance osseuse de nouvelle création ne pouvaient s'incliner en avant; mais cette circonstance, loin de changer la nature du mal, la fait mieux ressortir; si les vertèbres étaient, comme on le dit, frappées de carie, verrait-on si souvent des végétations osseuses s'élever de leur surface et suspendre les progrès de la difformité?

Les abcès froids sont assez fréquens dans le mal de Pott; mais on pense généralement qu'ils sont symptomatiques de la carie des vertèbres. Plusieurs fois déjà nous les avons trouvés indépendans de la maladie rachidienne. Le vaste dépôt trouvé à la cuisse chez notre dernier sujet offrait le même caractère; il était certainement le résultat de la fonte de nombreux tubercules scrophuleux développés entre les muscles de la cuisse; sa position, son enceinte membraneuse, la nature de la substance qui le formait ne permettent pas le moindre doute à cet égard.

Si les lésions du poumon et des intestins n'eussent point abrégé les jours du malade, la colonne vertébrale aurait pu se consolider; les douleurs lombaires auraient cessé; la cuisse, délivrée par l'absorption de l'abcès qu'elle contenait, aurait repris son volume et ses mouvemens; alors on n'aurait pas manqué de dire que le malade était guéri d'une carie vertébrale et d'un abcès par congestion; double erreur, dans laquelle tombent tous les jours ceux qui méconnaissent les véritables caractères du mal vertébral.

Ces masses tuberculeuses développées au sein des organes peuvent produire seules de véritables abcès par congestion et faire croire à une maladie du rachis qui n'existe pas. L'observation suivante en est une preuve.

Obs. VI. — Jean-Elie Delafeuille, âgé de 34 ans, marchand fripier, ancien militaire, tempérament sanguin, s'était livré à des excès de masturbation dans sa jeunesse, et à des excès de coït, surtout depuis une année, époque de son mariage.

En 1833 il éprouva quelques douleurs dans les lombes; au mois d'octobre de la même année, après avoir beaucoup dansé, il vit paraître dans l'aine gauche une petite tumeur qui fut prise pour un engorgement inflammatoire. Des sangsues appliquées sur la tumeur même produisirent de petites perforations par lesquelles il se fit un écoulement de pus léger, mais continuel. Pendant tout l'hiver il garda le lit; les ouvertures de l'aine restèrent ouvertes; des douleurs se firent sentir dans les jambes, dans l'articulation coxo-fémorale gauche et dans les lombes; il ne cessa de perdre ses forces. Au printemps il partit pour la campagne; mais ne pouvant s'y remettre, il entra à l'hôpital au mois de juin 1834.

Alors sa maigreur était extrême; on voyait dans l'aine gauche plusieurs ouvertures qui donnaient accès à l'air, mais qui ne laissaient sortir le pus qu'avec difficulté. Une large incision les ayant réunies, il se fit un grand écoulement de pus qui soulagea beaucoup le malade. Il sortait chaque jour par cette ouverture un demi-verre de pus tantôt clair, tantôt mêlé à des flocons épais, blanchâtres, membraniformes; cet écoulement n'avait lieu que lorsque le malade se tenait assis ou debout.

Peu de temps après son entrée, il parut un abcès par congestion au côté supérieur et externe de la cuisse gauche. Plus tard, des douleurs très-aiguës se firent sentir dans l'abdomen et dans les lombes; elles étaient accompagnées d'un dévoiement abondant. En même temps il existait des vomissemens opiniâtres et douloureux. Une bronchite chronique ancienne avec toux fatigante et crachats épais, ne cessait de fatiguer le malade, miné d'ailleurs par une fièvre continuelle et des exacerbations nocturnes. La médecine calmait chacun de ces symptômes à mesure qu'il se montrait, et retardait ainsi la ruine complète de l'économie, lorsqu'une violente pleurésie vint terminer en trois jours la vie du malade. C'est au milieu de mars 1835 que ce funeste événement eut lieu. (Rédigé par M. Renoud, chirurgien interne.)

Nécropsie. L'ouverture fistuleuse de l'aine conduit sur la portion de l'os iliaque gauche située au-dessus de l'échancrure sciatique; on trouve dans ce lieu une masse tuberculeuse du volume d'une noix, dure et en partie ramollie. L'os est dépouillé de son périoste dans un petit espace en contact avec le tubercule, et d'ailleurs parfaitement sain.

De la production tuberculeuse part un trajet fistuleux qui suit le muscle psoas, et conduit à un vaste abcès situé entre les muscles de la cuisse, derrière le petit et le grand trochanter. Les muscles psoas et iliaque noirs, infiltrés, épaissis, se détachent de l'os par la moindre traction. La vessie est dure et engorgée dans sa région qui correspond aux tubercules. Les vertèbres sont toutes parfaitement saines. Toute la face interne des intestins grêles est pénétrée d'une rougeur brune foncée uniforme; cette injection est très-prononcée dans le cœcum, et décroît toujours en allant vers la fin du gros intestin. La muqueuse gastrique présente une semblable rougeur, plus foncée dans la région pylorique que dans le reste de son étendue.

La plèvre gauche, profondément injectée, contient une pinte de sérosité trouble.

Le poumon correspondant est passé à l'état d'hépatisation grise; on y voit du pus infiltré et ramassé en petits foyers; son tissu se laisse briser avec la plus grande facilité; il contient quelques tubercules anciens. Le poumon gauche, très-souple et crépitant, est uni à la plèvre par des adhérences solides. Une rougeur vive pénètre la trachée et les bronches jusque dans leurs dernières ramifications.

Aux douleurs lombaires et aux abcès par congestion, qui ne se serait prononcé pour une lésion vertébrale? On admet généralement qu'aux lombes la carie n'occupe souvent que la superficie des vertèbres. Ainsi l'absence de gibbosité n'aurait pas été une raison pour ne pas admettre la carie. La bonne quantité du pus, sa couleur jaune, l'absence de

---

Quoi que décide le ministre, il n'est pas à craindre que le scandale se reproduise de long-temps. Le conseil général recevra de ce qui se passe une salutaire leçon. Mais le fait même de cette condamnation irrégulière reste, et c'est un grand mal.

L'Académie de médecine a eu à s'expliquer ces jours passés sur une lettre ministérielle qui l'a mise dans quelque embarras à cause de la singularité de la question proposée. Le ministre demandait à l'Académie si le trésor public devait ou non subvenir aux frais d'un établissement orthopédique des gne. Comme l'Académie voulait ne mécontenter personne, ni le ministre, ni le pétitionnaire, ni les orthopédistes en général, et ne pouvait pas non plus prendre au sérieux la proposition, elle s'en est tirée, on peut le dire, avec esprit, ce qui est rare dans une Académie; elle s'est bornée à une réponse polie qui prouve seulement que l'Académie a entendu passer à l'ordre du jour, ce dont elle ne pouvait guère se dispenser. Du moins tout le monde l'a entendu ainsi, et une autre interprétation de cette réponse ne serait pas moins étrange que la question même.

Je vous gardais pour la fin une nouvelle qui sera la dernière et la meilleure. Nous avons en ce moment à Paris deux grands hommes; je devrais dire deux hommes dont l'un est illustre et l'autre célèbre. Le premier est le savant chimiste suédois Berzélius; le second, le docteur germanique Hahnemann. Ils ont reçu ici l'un et l'autre l'accueil qui leur est dû en raison et proportion de leur mérite, qui, vous le savez, sont très-inégaux et d'une nature toute différente. M. Berzélius n'a apporté avec lui que sa science et sa renommée européenne; le docteur Hahnemann s'est fait accompagner de sa jeune et belle épouse. Le docteur allemand est plus qu'octogénaire; il ne paraît pas qu'il ait sur le mariage les mêmes idées qu'en médecine; car cette heureuse union n'a pas été certainement formée d'après le grand principe du *similia similibus*.

VARIÉTÉS.

—On vendra, le 31 août, le brevet d'invention accordé à MM. Pelletier, Desprez et Thimonnery, par le roi d'Angleterre, pour la découverte de la fabrication du *sulfate de quinine* sans alcool. Cette vente aura lieu en l'étude de Mᵉ Esnée, notaire à Paris, rue Meslée, n° 38, sur la mise à prix de 45,000 fr. — S'adresser, pour les renseignemens, à Paris, à MM. Cadet de Chambine, 18, boulevard des Italiens; Esnée, 38, rue Meslay; Monet, 40, rue de Bondy.

— Manuel pratique d'orthopédie, ou Traité élémentaire sur les moyens de prévenir et de guérir toutes les difformités du corps humain, par F.-L.-E. Mellet, docteur en chirurgie. — Un beau volume grand in 18, orné de 28 figures. Prix: 6 fr. 50 c.

Paris, librairie des sciences médicales de Just. Rouvier et E Le Bouvier, rue de l'École-de-médecine, n° 8.

mauvaise odeur, les flocons tuberculeux qu'il contenait ne permirent pas de méconnaître une affection tuberculeuse. Mais quel était son siége précis? La manière dont le pus s'écoulait m'avait fait naître la pensée qu'il pouvait venir d'un autre point que de la colonne vertébrale; mais je dois avouer que mes doutes n'ont été complétement dissipés qu'après l'ouverture du cadavre.

Je reviens à la destruction tuberculeuse des cartilages vertébraux, dont l'observation suivante nous offre un exemple remarquable coïncidant avec des tubercules naissans situés au milieu de sa substance osseuse.

Obs. VII. — Un jeune homme de 20 ans portait un vaste abcès froid dans le flanc gauche, au-dessus de la crête iliaque; en même temps, on sentait à travers la paroi abdominale, au dessus du ligament de Fallope gauche, une tumeur profonde, dure et douloureuse. La flexion de la cuisse gauche était difficile; la colonne vertébrale indolente et régulière dans toute sa hauteur. Une ponction faite à l'abcès lombaire en évacua une verrée de pus; mais ce liquide s'accumula de nouveau, et une autre ponction devint nécessaire. Cette fois un vaste erysipèle phlegmoneux se développa autour de l'ouverture; il gagna rapidement le flanc et la poitrine, et fit périr le malade en trois jours.

Nécropsie. Le cartilage qui unissait la quatrième vertèbre lombaire à la cinquième, a complétement disparu. La quatrième vertèbre, légèrement lisse et concave sur sa face inférieure, est un peu inclinée en bas, et glisse sur la face supérieure de la cinquième. Une masse volumineuse de tubercules, la plupart à l'état de crudité, est placée en devant de l'espace que le cartilage détruit occupait, et soulève le ligament vertébral antérieur. De la sanie purulente a filtré au-devant des quatre dernières vertèbres lombaires et du sacrum, et les a dépouillés du tissu fibreux qui les enveloppe.

Au niveau du cartilage détruit, on aperçoit à droite et à gauche l'origine des deux abcès par congestion, qui suivent l'un et l'autre le trajet du psoas correspondant, et vont aboutir à la cuisse, derrière le petit trochanter. A gauche, les muscles psoas, iliaque, carré lombaire, sont noirs, ramollis, infiltrés de pus.

La cinquième vertèbre lombaire et le sacrum, sciés par le milieu d'avant en arrière, permettent de voir, 1° au centre de la première pièce du sacrum, un tubercule cru du volume d'une noisette, remplissant complétement une cavité circonscrite, arrondie, à parois lisses et dures, tapissées par quelques vestiges de fausses membranes. Tout autour de ce tubercule, le tissu de l'os n'est ni plus dur ni plus mou que dans l'état ordinaire; il conserve sa structure normale; 2° une autre masse de matière tuberculeuse large et plate est située immédiatement sous le cartilage qui unit le sacrum à la cinquième vertèbre lombaire; ce cartilage est intact; 3° de la sanie purulente a fusé derrière le corps des vertèbres lombaires, et est venu former un dépôt au niveau de la cinquième; 4° la dure-mère est très-rouge à l'extérieur. Les nerfs lombaires conservent leur aspect naturel.

Nous trouvons encore ici un cartilage détruit et des tubercules dans son voisinage; peut être s'en était-il développé dans son tissu; on ne saurait l'assurer, vu sa destruction totale. La présence des tubercules que nous avons trouvés était d'ailleurs bien capable d'enflammer ce cartilage et de produire son ulcération; cela se voit fréquemment dans les articulations ginglymoïdales, et nous allons bientôt en fournir un exemple observé sur l'articulation occipito-vertébrale.

Lorsque la matière tuberculeuse délayée par le pus flotte dans ce liquide en masses diffluentes, une observation peu attentive peut en méconnaître la nature; mais lorsqu'elle se trouve épanchée en masses homogènes, épaisses, isolées, circonscrites, enveloppées de fausses membranes, comme cela existait dans le sacrum de notre dernier sujet, la ressemblance avec les tubercules des parties molles, et notamment avec ceux du poumon, est trop frappante pour qu'on ne s'empresse pas d'admettre une identité dans leur nature. Et quand sur le même sujet la destruction d'un cartilage ou d'une vertèbre coïncide avec la présence d'une collection tuberculeuse dans le voisinage, doit-on refuser de regarder la première de ces lésions comme dépendante de la seconde, parce que la forme et la consistance des tubercules ont subi quelques modifications?

Si le pus qui forme les abcès par congestion venait de la surface cariée des vertèbres, il faudrait que la surface suppurante fût d'une immense étendue pour fournir une quantité de pus égale à celle que contiennent certains abcès. La vérité est qu'on trouve les vertèbres d'autant moins disposées à suppurer que les abcès par congestion sont plus vastes; en effet, le pus provient: 1° des tubercules qui excitent l'inflammation des parties molles voisines; 2° des fragmens nécrosés des vertèbres; 3° du pus déjà formé qui excite la formation du pus; 4° des mouvemens des vertèbres malades, source continuelle d'irritation. Or, plus ces causes sont prononcées, plus l'abcès est vaste; mais plus aussi les vertèbres malades sont lisses, dures, éburnées, éloignées par conséquent de cet état où les os sécrètent du pus. A l'inverse, lorsque le malade a gardé le repos, on trouve les vertèbres inégales, spongieuses; mais alors presque jamais d'abcès par congestion. L'observation nous en fournira plus d'une preuve dans la suite de ce mémoire.

Obs. VIII. — Un soldat du 13e régiment d'artillerie, âgé de 22 ans, ressentait à la nuque une douleur qui devenait plus vive dans les mouvemens de rotation de la tête. La tête conservait sa rectitude; il n'y avait à l'endroit douloureux ni tumeur ni inflammation; l'appétit était bon; la respiration, la voix, l'audition s'exerçaient régulièrement; la sensibilité et les mouvemens des membres étaient parfaitement conservés; cependant lorsqu'il était couché, le malade ne pouvait prendre la position assise sans soutenir sa tête avec ses deux mains. Pendant les quatre premiers mois de séjour à l'hôpital, on n'observa d'autres changemens dans l'état de ce sujet qu'un accroissement constant et gradué de la difficulté des mouvemens de la tête; mais alors il survint une vive céphalalgie, et l'on vit paraître sous le côté gauche de l'occipital une tumeur non circonscrite, sans changement de couleur à la peau. En même temps, la tête changea de direction; elle s'inclina sur l'épaule gauche, et la face se tourna à droite. Cette position resta invariable; la voix s'altéra, la mastication devint pénible, la bouche ne faisait que s'entr'ouvrir, les mouvemens respiratoires étaient aisés et réguliers; l'ouïe était bonne, mais les membres étaient faibles, sortout ceux du côté droit; la tête ne pouvait être soulevée qu'à l'aide des deux mains croisées derrière la nuque. Dans les quinze derniers jours de sa vie, le malade ne put plus se tenir assis sur son lit; les deux membres du côté droit tombèrent dans une paralysie complète; la bouche ne pouvant s'ouvrir, l'alimentation devint impossible. La mort arriva cinq mois après le début de la maladie. (Recueillie par M. Vincent, chef interne.)

Nécropsie. La tête du cadavre conserve son inclinaison à gauche et la face est tournée du côté droit. Une tumeur large non circonscrite occupe la région postérieure et supérieure du cou. La peau et les muscles superficiels enlevés, nous trouvons au voisinage des muscles grands obliques deux abcès du volume d'une noix, remplis d'un pus blanc, jaunâtre, épais, granuleux.

A gauche, les surfaces articulaires de l'atlas et de l'axis sont en contact; à droite, la première vertèbre unie à l'occipital s'est éloignée de la seconde de 5 à 6 lignes; la masse latérale droite de l'atlas est portée en arrière, et l'axe antérieur comprime la moelle par son côté droit.

En avant des deux premières vertèbres, sous les muscles longs du cou soulevés, on trouve un amas de matière grumeleuse, épaisse, point de départ d'une fusée purulente qui s'étend jusqu'à la troisième vertèbre dorsale. Des tubercules crus enkystés, placés contre l'atlas et l'axis, ont déterminé à la surface de ces vertèbres plusieurs végétations osseuses.

Au dedans du canal vertébral, entre la dure-mère et les trois premières vertèbres cervicales, nous trouvons à gauche une couche de matière tuberculeuse de 3 lignes d'épaisseur supérieurement, graduellement amincie vers en bas. Les articulations occipito-atloïdiennes et atloïdo-axoïdiennes gauches ont perdu tous leurs cartilages; les os restent dénudés et rugueux. L'articulation atloïdo-axoïdienne gauche, ouverte par son côté interne, renferme de la matière tuberculeuse.

Le sommet de l'apophyse odontoïde est inégal, chagriné; le ligament occipito-odontoïdien gauche a perdu son insertion à cette apophyse. L'articulation atloïdo-odontoïdienne est intacte. Le ligament transverse est entier.

La seconde et la troisième vertèbres cervicales sont unies par une soudure ancienne et peut-être congéniale; elles forment une vertèbre double, dont le corps dénudé en avant est en contact avec un tubercule arrondi, gros comme une noisette.

La partie supérieure de la moelle épinière conserve sa couleur et sa consistance ordinaires; mais, amincie par la présence de la matière tuberculeuse, on la voit reprendre brusquement un volume plus considérable au-dessous de la quatrième vertèbre cervicale.

Le cerveau est sain.

Le poumon gauche est rouge, profondément hépatisé, friable dans son lobe supérieur; il est partout adhérent aux côtes; son tissu est parsemé de tubercules miliaires. Le pus venu du cou s'est répandu sur la plèvre et a produit son inflammation, ainsi que celle du poumon. Le poumon droit, parfaitement crépitant, n'est ni enflammé ni tuberculeux.

Des organes abdominaux ne présentent aucune lésion digne d'être notée.

La physionomie de la maladie vertébrale est toute différente des précédentes dans cette dernière observation, et cependant le principe du mal est exactement le même. Nous y trouvons, 1° des tubercules crus disséminés autour des trois premières vertèbres; 2° une masse tuberculeuse ramollie, principe d'un abcès par congestion, auquel l'altération osseuse est tout-à-fait étrangère; 3° un épanchement tuberculeux dans le canal vertébral dont la présence a rétréci la moelle épinière; 4° une destruction complète des cartilages des deux premières articulations vertébrales gauches; une ulcération du sommet de l'odontoïde, avec décollement d'un des ligamens qui s'y insèrent; désordres qui trouvent leur explication dans le dépôt de matière tuberculeuse, tout autour de ces articulations et peut-être dans leurs cavités; 5° quant à la paralysie, elle n'était pas seulement l'effet du dépôt tuberculeux, mais il faut surtout l'attribuer au déplacement de l'atlas qui avait produit sur la moelle un rétrécissement en forme de collet, sensible surtout du côté droit. Ce double déplacement de l'atlas en haut et en arrière s'était fait à la faveur d'un grand relâchement des ligamens qui entouraient son articulation atloïdo-axoïdienne droite.

Les seules altérations propres aux os étaient la dénudation des surfaces articulaires, et les crêtes et les aiguilles développées sous l'influence d'une irritation plastique causée par les tubercules.

Lorsque le tubercule scrofuleux a détruit des vertèbres situées au-dessous des deux premières, la colonne subit une inclinaison, mais les lames, les apophyses épineuses et transverses invariablement liées ne peuvent glisser les unes sur les autres; aussi la compression de la moelle n'est-elle produite par par des parties osseuses que dans des cas très-rares, et que nous aurons soin de signaler. Mais lorsque la maladie a fixé son siége sur les deux premières vertèbres, et que leurs moyens d'union sont relâchés ou détruits, ces deux os glissent l'un sur l'autre; ils interceptent le canal rachidien et compriment la moelle, circonstance dangereuse à cause de la hauteur à laquelle la compression s'exerce. Néanmoins ce n'est pas là la seule cause de la mort dans le fait que nous venons de rapporter; l'inflammation aiguë du poumon et de la plèvre produite par le contact du pus y a pris la plus grande part.

Il est donc incontestable, d'après ce qu'on vient de lire, que la luxation spontanée des deux premières vertèbres cervicales peut s'opérer sous l'influence du tubercule scrofuleux; mais cette grave lésion peut naître sous des conditions différentes, et auxquelles cette production pathologique est totalement étrangère. C'est une vérité que je m'empresse de reconnaître et de confirmer par le fait suivant, remarquable par l'analogie qu'ont ses symptômes avec ceux du précédent, mais très-différent de lui par les lésions cadavériques.

Obs. IX. — Une fille de 15 ans, entrée à l'hôpital le 12 juin, porte à la région postérieure et supérieure du cou, une tumeur à base large, à sommet aigu et dur, douloureuse sous la pression; la tête est droite et immobile; elle ne peut ni se coucher ni se relever sans la tenir avec ses deux mains: pour regarder à droite et à gauche elle tourne le tronc et la tête tout d'une pièce.

Quatre mois avant l'époque où nous l'observons, cette fille a commencé à ressentir de la douleur et de la raideur derrière le cou; la douleur s'étendait jusqu'à la nuque et au vertex; la déglutition et la respiration s'exécutaient péniblement; la tête était inclinée en avant et à gauche; elle ne pouvait se coucher que du côté gauche. La maladie fut prise pour un torticolis.

C'est seulement deux mois après ce début que parut la tumeur du cou. En même temps la tête se redressa et prit la position que nous lui voyons. La déglutition et la respiration n'ont pas cessé de se faire avec difficulté. Deux cautères sont ouverts sur les côtés de la tumeur.

Quelques jours après l'application des cautères, la tumeur paraît moins volumineuse; la tête commence à se fléchir et à se redresser, mais la rotation est toujours impossible.

Le 3 juillet, le malade fait éprouver à la tête de légers mouvemens de rotation, mais en compensation elle accuse pour la première fois, un sentiment de faiblesse dans les membres supérieurs; sa volonté ne peut plus les élever. Les doigts se contractent encore avec une certaine énergie; la déglutition et la respiration sont plus libres depuis l'application des cautères.

A la fin de juillet la faiblesse musculaire gagne les membres inférieurs; elle ne cesse d'augmenter dans les mois d'août et de septembre. A la fin de ce dernier, la malade n'exécute plus aucun mouvement de ses membres. La sensibilité de la peau s'est toujours conservée. J'ai essayé la strychnine dès l'apparition de la faiblesse des membres; d'un huitième de grain elle a été portée en deux mois jusqu'à un grain et demi par jour. Il est survenu des contractures douloureuses, mais les mouvemens volontaires n'ont pas cessé de décroître.

Le 28 septembre, fièvre suivie de varicelle; l'éruption se fait régulièrement; la maladie principale n'en reçoit aucune influence.

Le 3 octobre, le matin les pustules sont en pleine suppuration; la fièvre est très-forte; le soir à neuf heures, la malade est prise d'une grande difficulté de respirer. Les forces lui manquent pour élargir la poitrine; elle prie qu'on lui soulève les côtes; elle veut qu'on lui secoue la tête; cette grande oppression se termine à quatre heures du matin par la mort.

Nécropsie. La face regarde à droite: la tête est inclinée à gauche et en avant; les muscles correspondant à la tumeur du cou sont intacts; aucun liquide ne les infiltre; leur dissection met à découvert les deux premières vertèbres du cou. L'apophyse épineuse de l'axis fait en arrière une saillie très prononcée et forme le sommet de la tumeur. La masse latérale gauche de l'atlas a glissé sur la surface articulaire correspondante de l'axis, de telle sorte que l'extrémité postérieure de la première presse sur l'extrémité antérieure de la seconde; à leur point de contact ces deux surfaces sont dépouillées de leurs cartilages et rugueuses. A droite l'atlas n'a pas glissé en avant, mais il est élevé de quelques lignes au-dessus de l'axis. L'arc antérieur de l'atlas pousse le pharynx en avant. L'apophyse odontoïde intercepte le canal vertébral; entre elle et l'arc postérieur de l'atlas il n'y a qu'un espace de deux lignes occupé par la moelle qui s'y trouve étranglée. L'espace abandonné par l'odontoïde est comblé par du tissu cellulaire infiltré d'une sérosité citrine. Le sommet de l'odontoïde est rugueux et surmonté par deux crêtes osseuses, correspondant aux points d'attache des ligamens odontoïdiens latéraux. A la base de la même apophyse on voit en arrière une rainure profonde creusée par la pression du ligament transverse. Les articulations atloïdo-occipitales sont intactes.

Les ligamens qui entourent les articulations atloïdo-axoïdiennes latérales, parfaitement conservés, ont tous subi un tiraillement et une obliquité proportionnés à l'étendue du déplacement antérieur de la première vertèbre. La substance fibreuse qui se porte de l'atlas à l'axis, derrière l'odontoïde épaissie et confondue avec les ligamens odontoïdiens, forme une masse résistante couchée obliquement entre les deux vertèbres écartées.

Les cartilages articulaires n'ont disparu que dans les deux points très-circonscrits de l'articulation gauche des deux premières vertèbres, par lesquels ces os sont en contact; partout ailleurs leur blancheur est naturelle et leur poli parfait.

Dans le lieu de son étranglement la moelle n'a pas plus de deux lignes d'épaisseur; sa mollesse est extrême. Incisée elle présente une teinte grise qui disparaît dès qu'elle a repris son volume naturel.

La dure-mère et l'arachnoïde spinales exemptes de toute lésion contiennent une petite quantité de sérosité limpide. Il n'y a ni pus ni matière tuberculeuse autour ou à l'intérieur des articulations malades.

Les viscères crâniens et thoraciques n'ont éprouvé aucune lésion notable. Une injection vive et uniforme occupe le grand cul-de-sac de l'estomac et toute l'étendue de l'intestin grêle.

Les deux observations qu'on vient de lire nous offrent pour caractères communs la douleur au cou, l'inclinaison de la tête, la tumeur sous l'occipital, la paralysie, la difficulté croissante de respirer, la mort; la luxation de la première vertèbre sur la seconde, la compression de la moelle, l'ulcération des cartilages.

Les différences, les voici. Le jeune homme de la huitième observation portait tous les traits de la constitution scrophuleuse; la jeune fille maigre, sèche, n'avait aucun des caractères du vice scrophuleux. Chez le premier, la tumeur sous-occipitale formée par des masses tuberculeuses déposées entre la peau et les vertèbres était large, molle, légèrement bosselée; chez la seconde, cette tumeur était circonscrite et à sommet aigu. Chez l'un, la paralysie n'existait que d'un côté, chez l'autre, les quatre membres avaient fini par perdre tout mouvement et toute sensibilité. La jeune malade pouvait encore un peu fléchir et tourner la tête; le militaire la tenait dans la plus grande immobilité. Celui-ci éprouva toujours une grande difficulté d'avaler, produite par un abcès derrière le pharynx et l'œsophage. Celle-là n'éprouva que passagèrement ce symptôme, et n'eut ni abcès, ni tubercules derrière le pharynx.

Des deux côtés compression de la moelle, mais chez l'homme elle était produite par l'arc antérieur de l'atlas, élevé d'abord au-dessus de l'odontoïde et porté ensuite en arrière; chez la femme la moelle était pressée entre l'odontoïde et la première vertèbre luxée en avant. Aussi chez elle la tumeur était-elle due à l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre, tandis que chez l'autre elle était formée par l'arc postérieur de l'atlas et par les tubercules. Dans l'observation n° 8, nous trouvons une destruction complète des cartilages des quatre surfaces articulaires gauches; ouverture de l'articulation atloïdo-axoïdienne gauche; décollement du ligament odontoïdien gauche; et pour expliquer tous ces désordres, de nombreux tubercules scrophuleux répandus tout autour de ces articulations. Dans l'observation n° 9, l'articulation atloïdo-axoïdienne gauche est seule affectée; sa lésion se borne à une ulcération peu étendue des cartilages que nous sommes obligés de considérer comme primitive, puisque nous ne trouvons dans le voisinage aucune altération organique qui puisse fournir la raison de son développement.

Il est très-important de remonter au principe du mal par l'analyse des symptômes, car bien qu'au fond le traitement ne diffère pas dans les deux cas, il n'est pas moins vrai que le succès sera plus probable dans l'ulcération simple que lorsque cette ulcération sera produite par des tubercules, cause inamovible d'irritation, source d'abcès par congestion qui peuvent seuls causer la mort.

Obs. X. — Un petit bossu âgé de 11 ans fut admis à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles. A son entrée, la respiration était très-pénible; le cœur battait avec force; la face était violette, le ventre tuméfié; les mouvemens et la sensibilité étaient parfaitement conservés; il succomba trois jours après. Nous fîmes l'autopsie cadavérique avec M. le docteur Roy, alors interne de la salle, qui voulut bien me donner les renseignemens qui précèdent.

Nécropsie. Le sternum et les côtes forment en avant une voussure fortement prononcée; une gibbosité à sommet aigu s'élève dans l'espace interscapulaire; la tête est renversée en arrière, les épaules élevées, les membres parfaitement conformés.

La portion cervicale de la colonne est fortement concave en arrière; au bas du cou, la série des apophyses épineuses change tout à coup de direction; elle devient horizontale jusqu'à la sixième vertèbre; au-dessous, la direction change de nouveau, et la colonne devient oblique en bas et en avant; de sorte que vu par-derrière, le rachis forme deux angles, l'un aigu et saillant, dont le sommet répond à la sixième vertèbre dorsale; l'autre droit et rentrant, dont le sommet se trouve à la septième vertèbre cervicale.

Les apophyses transverses bien conservées restent solidement unies aux côtes. Au lieu d'être placées de champ les unes au-dessus des autres, les six premières côtes forment un plan horizontal. Les six dernières côtes se touchent par leurs bords; il reste à peine entre elles quelques traces des muscles intercostaux.

La portion dorsale de la colonne présente en avant un angle rentrant, au sommet duquel on sent que la continuité du rachis est interrompue. Les deux vertèbres les plus voisines sont unies par une membrane fibreuse épaisse qui ne fait en avant aucune saillie. Après avoir divisé cette enceinte fibreuse on arrive dans une cavité qui contient une cullerée de matière molle butireuse, semblable à la substance

grasse que l'on trouve si fréquemment dans les kystes de l'ovaire. C'est de la matière tuberculeuse pure et qu'aucun liquide n'a délayée. La deuxième et la onzième vertèbres dorsales forment les limites supérieure et inférieure de cette cavité: les huit corps vertébraux intermédiaires, complétement détruits, ont permis à ces deux vertèbres de se rapprocher jusqu'au contact; leur surface est lisse, dure, éburnée; le fond de l'excavation dont nous parlons est occupé par le ligament vertébral postérieur, tendu, résistant et fixé latéralement aux têtes des côtes et aux lames des vertèbres détruites. Derrière cette membrane, les méninges et la moelle, parfaitement intactes et exemptes de toute compression, sont logées dans une gouttière profonde presque circulaire, formée par les lames des huit vertèbres détruites et par les têtes des côtes qui leur sont encore unies. Ces têtes, placées sur deux lignes courbes, sont fortement pressées les unes contre les autres; celles du milieu sont même écrasées, et les cordons nerveux qui passent dans leurs intervalles sont aplatis en forme de rubans.

Cette colonne ainsi pliée et privée de huit corps vertébraux est loin d'avoir perdu toute sa résistance. En pressant sur son sommet, il faut faire un grand effort pour augmenter sa flexion. On voit que le poids de la tête et des membres supérieurs a dû être supporté par les lames vertébrales et les têtes des côtes liées en une seule masse, et que la résistance des ligamens interépineux a seule empêché tout cet appareil de basculer en avant.

Une masse de matière tuberculeuse a creusé une excavation dans le corps de la douzième vertèbre dorsale. On trouve un autre dépôt de cette matière dans le trou de conjugaison gauche des neuvième et dixième vertèbres dorsales, et dans la portion de cartilage qui a survécu à la destruction de leurs corps.

Les poumons sont souples, crépitans, non tuberculeux. Le cœur est intact; le foie très-volumineux, gorgé de beaucoup de sang. Le péritoine contient un demi-litre de sérosité.

C'est encore le tubercule scrophuleux qui constitue le principe de cette grave altération de la colonne vertébrale. Nous avons pu voir cette production morbide à la fois dans le tissu vertébral, dans un cartilage, et à l'endroit où la continuité du rachis était interrompue. Mais comment la lésion organique a-t-elle procédé pour faire ainsi disparaître une aussi vaste étendue de la tige vertébrale? Généralement cette destruction peut avoir lieu de plusieurs manières. 1° Lorsque le tubercule attaque le corps d'une vertèbre, il y creuse des vides si larges, il le réduit à des cloisons si minces, qu'il devient incapable de supporter le poids des parties supérieures; il se brise en éclats, et la flexion de l'épine se produit brusquement; 2° le tubercule situé au-devant du corps d'une ou de plusieurs vertèbres les use d'avant en arrière; 3° lorsque le tubercule développé dans un cartilage a opéré sa destruction, les deux vertèbres qu'il séparait s'usent par le frottement; puis vient le tour des cartilages et des vertèbres qui suivent, sans cesse rapprochées par la flexion de plus en plus prononcée de la colonne. C'est vraisemblablement par ce dernier procédé qu'ont disparu les vertèbres chez le sujet de l'observation précédente. L'écrasement brusque des vertèbres aurait laissé des séquestres osseux dont nous n'avons trouvé aucune trace. L'usure antéro-postérieure ne s'opère guère sans qu'il se forme un dépôt séro-tuberculeux sous le ligament vertébral antérieur soulevé. Ici cet abcès n'existait point et le ligament vertébral épaissi ne formait aucune saillie. D'un autre côté, le temps qui a été nécessaire pour mettre les apophyses épineuses, les lames des vertèbres et les côtes dans les nouveaux rapports qu'elles présentaient et qui suffisaient pour assurer la solidité de la station et l'intégrité de la moelle; ce temps, dis-je, se concilie bien avec la lenteur de la destruction par le procédé du frottement.

Comment expliquer la difficulté de respirer, les palpitations, l'engorgement du foie, l'ascite, qui accompagnent ces déformations du rachis et qui ont précédé la mort chez notre malade? Ces accidens sont communément attribués au rétrécissement du thorax; mais ici le thorax n'était pas rétréci; sa forme était bien changée, mais sa capacité était restée la même; les poumons exempts d'altérations occupaient autant d'espace que dans l'état ordinaire. La surface qui recevait le sang avait autant d'étendue que dans l'état normal. L'altération de la forme du thorax et les changemens survenus dans les puissances inspiratives sont le véritable principe de tous les accidens; en effet, le rapprochement des côtes, la destruction de leurs articulations postérieures, l'atrophie des muscles intercostaux, la compression des nerfs qui s'y distribuent ne pouvaient manquer de troubler le jeu de la charpente thoracique, de gêner le cours du sang à travers le poumon et d'altérer profondément l'hématose.

Sur ce même sujet, nous avons vu les mouvemens et la sensibilité des membres inférieurs parfaitement conservés; c'est que malgré la flexion extrême de la colonne, la moelle était préservée de compression et d'irritation.

La colonne vertébrale, altérée et déformée comme nous venons de le voir, peut supporter les fatigues de la marche et de la station pendant très-long-temps, et l'on pourrait alors supposer que les progrès de la lésion organique sont arrêtés définitivement, soit par l'union de deux vertèbres, soit par le développement de colonnes osseuses; erreur qu'une observation prolongée peut seule détruire.

Obs. XI. — Un jeune homme de 24 ans porte une gibbosité au milieu de la région dorsale; sa colonne est fléchie à angle droit. En remontant vers la tête, on trouve une courbure à concavité postérieure. Les jambes sont si faibles qu'elles ne soutiennent plus le poids du corps; si l'on cesse de les soutenir, elles tombent comme une masse inanimée; la sensibilité y est très-obtuse. Le sternum bombe fortement en avant.

Ce jeune homme raconte qu'il y a huit ans, étant tombé d'un cheval, celui-ci lui asséna un si vigoureux coup de pied sur le lieu de la gibbosité, qu'il ne put se relever. Dès ce moment la flexion du rachis commença à se produire, et les jambes devinrent faibles. Pendant les cinq années qui suivirent cet accident, on lui appliqua successivement trois cautères près de la gibbosité. La paralysie diminua, mais ne disparut pas complétement; il eut l'imprudence de laisser clore ces exutoires, et la paralysie devint complète. A cette époque il vint passer deux mois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où on lui appliqua quatre cautères à la fois; l'effet en fut si favorable, qu'il put labourer quinze jours après son retour chez lui. Maintenant il vient encore réclamer les secours de l'art contre sa paralysie revenue par suite de la suppression des exutoires. Je lui fais appliquer de nouveau deux larges cautères sur les côtés de la gibbosité. Au bout de quinze jours il marche avec facilité; la respiration, qui était gênée, reprend toute sa liberté; il sort pour retourner au labourage, seul travail auquel il puisse se livrer, parce qu'il trouve un point d'appui sur le manche de la charrue.

Il faudrait bien se garder de croire à la guérison complète de ce malade. En combattant l'inflammation des méninges et de la moelle, les exutoires ont redonné aux membres inférieurs leur force et leur sensibilité, mais ils n'ont rien fait pour rétablir la continuité du rachis; les vertèbres ne cessent de s'user par le frottement; l'inclinaison de la colonne deviendra de plus en plus prononcée, la gêne de la respiration ira toujours croissant, et la mort en sera le résultat. Voici encore une observation analogue aux deux précédentes, avec des modifications dépendant du siége de la maladie.

Obs. XII. — Une fille âgée de 11 ans portait depuis cinq ans une flexion angulense de la colonne vertebrale, dont le sommet correspondait à la septième vertèbre cervicale; le menton touchait la partie supérieure du sternum; la région lombaire et la partie supérieure de la région cervicale offraient une courbure à concavité postérieure. Le sternum était poussé en avant, et la poitrine déprimée latéralement. Ses parens me racontèrent qu'en marchant à reculons, elle était tombée, et que la partie inférieure du cou avait frappé contre une grosse pierre. Depuis cet événement qui datait de cinq ans, le cou se courba peu à peu sans douleur, et en quelques mois la difformité arriva au degré qu'on lui voyait maintenant. Il n'y eut jamais de paralysie; la déglutition ni la digestion ne furent troublées à aucune époque; mais elle éprouvait souvent de la fièvre et une forte oppression. La diète et les adoucissans mirent bientôt fin à ces accidens. Alors les parens me prièrent avec instance de tenter quelques moyens pour redresser l'épine. L'idée que je m'étais formée de la nature de cette difformité, était loin de me conduire à l'emploi de moyens mécaniques; cependant je tentai une extension modérée, plutôt pour convaincre les parens de son inutilité, que dans l'espoir de restituer au rachis ses formes naturelles. Mes prévisions se réalisèrent. De la fièvre et de la dyspnée survinrent chaque fois que la colonne fut soumise à une très-légère traction qui n'avait qu'une heure de durée. Depuis dix mois que la maladie a été livrée à elle-même, l'inclinaison de la partie cervicale du rachis a augmenté; la mâchoire appuie sur le sternum par toute l'étendue de sa base; aucune fonction n'est encore gravement altérée.

Dans les deux observations qui précèdent, l'existence des tubercules n'ayant pas été constatée par l'autopsie cadavérique, on pourrait la révoquer en doute et attribuer la maladie à l'inflammation d'un cartilage distendu par suite de la percussion et du tiraillement dont le rachis a été l'objet; je conçois très-bien qu'un cartilage intervertébral, ulcéré par suite d'une inflammation traumatique, laisse à nu deux vertèbres qui s'usent par le frottement. Au fond c'est toujours le même procédé que dans le tubercule. Le tubercule, en effet, ne détruit le cartilage qu'en déterminant son inflammation. Cependant on serait dans l'erreur si l'on regardait comme non-tuberculeuses toutes les gibbosités dans lesquelles il y a eu chute sur le rachis, distension ou percussion de cette tige osseuse. Il est peu de sujets qui ne rapportent leur maladie à quelque événement de cette nature, et cependant on trouve des tubercules à l'autopsie; ou bien ceux-ci existaient avant l'accident, et ils ont favorisé la chute en rendant la station moins solide, ou bien l'irritation traumatique a excité le développement des tubercules auxquels le malade était disposé par sa constitution. C'est ici la même question que pour les tubercules pulmonaires, que les uns regardent comme l'effet du catarrhe, tandis que d'autres regardent le catarrhe comme produit par les tubercules latens. Quoi qu'il en soit, on ne saurait nier que dans la plupart des cas, les violences extérieures ne jouent un rôle très-accessoire dans la production des gibbosités; entre autres exemples, je choisirai l'observation suivante.

OBS. XIII. — Catherine Chaine, âgée de 10 ans, née d'un père scrophuleux, a conservé une assez bonne santé jusqu'à l'âge de 9 ans. En septembre 1833, en jouant avec des enfans de son âge, elle fut poussée avec violence : pour éviter la chute, elle fit un grand effort de redressement du tronc; il n'y eut point de douleur dans le moment, mais au bout d'un mois elle sentit une raideur de la colonne vertébrale très-prononcée, surtout quand, étant assise, elle essayait de se lever; elle fléchissait le tronc avec beaucoup de peine; pour ramasser un corps placé à terre, elle se rapprochait de lui, fléchissait les genoux et s'inclinait de côté, mais jamais directement en avant. C'est alors que ses parens découvrirent une tumeur dure près de la base du rachis.

Vers la même époque il survint un gonflement indolent sur la malléole externe du pied droit; il s'y forma un abcès au bout de trois mois, et le pus qui s'en écoulait était mal lié, rougeâtre, inodore. Les mouvemens et la sensibilité existaient dans tous les membres.

En février 1834 il survint à la partie supérieure interne de la cuisse droite plusieurs tumeurs petites, ovoïdes, dures, bien distinctes d'abord; elles grossirent et se réunirent bientôt en une seule tumeur molle, fluctuante et couverte d'une peau violacée.

Considérée comme un abcès par congestion, cette tumeur fut livrée à elle-même, et ne s'ouvrit spontanément qu'au mois de novembre. Le pus qui en sortit était d'un blanc jaunâtre, d'une odeur désagréable, et contenait un grand nombre de flocons blanchâtres; l'ouverture resta fistuleuse. Avant l'ouverture de l'abcès, les forces étaient assez bien conservées; l'appétit et le sommeil étaient bons; il y avait parfois un peu de toux; les membres jouissaient de toute la liberté de leurs mouvemens, excepté la cuisse droite, qui restait habituellement fléchie sur le bassin, et ne pouvait en être éloignée qu'avec douleur. Mais l'époque de l'évacuation spontanée du pus fut marquée par un amaigrissement rapide, une fièvre continue avec exacerbation le soir, une toux fréquente et sèche, la perte de l'appétit, etc. Ces symptômes, auxquels se joignirent ceux de la phthisie pulmonaire, ne firent qu'augmenter jusqu'aux premiers jours de janvier 1835, époque de la mort. Les membres inférieurs conservaient toujours leurs mouvemens et leur sensibilité. Il n'y eut jamais de douleur dans le lieu de la courbure rachidienne.

NÉCROPSIE. Crâne non ouvert.

Thorax. Poumons farcis de tubercules réunis en masses ou de matière tuberculeuse infiltrée.

Abdomen. Tous les viscères sont pâles; la muqueuse intestinale est blanche; aucun ganglion mésentérique n'est engorgé. Le foie contient un petit tubercule enkysté. L'aponévrose lombo-iliaque est épaissie; incisée, elle laisse voir le muscle psoas presque détruit et remplacé par une vaste collection purulente, étendue depuis la première vertèbre lombaire jusqu'à l'arcade sus-pubienne, sous laquelle elle passe pour gagner les régions internes postérieure et antérieure de la cuisse, dont elle a dénudé tous les muscles. Les parois de ce foyer sont tapissées par une fausse membrane assez consistante. En haut, ce foyer communique avec la cavité creusée dans les vertèbres par le trou de conjugaison qui donne passage au premier nerf lombaire. Le corps de la deuxième vertèbre lombaire est presque entièrement détruit; il ne reste que la portion postérieure, celle qui forme l'enceinte du canal vertébral, de sorte que la vertèbre a comme l'atlas la forme d'un cercle. Le ligament vertébral postérieur décollé et tapissé par une fausse membrane rougeâtre, forme une petite cavité en communication avec le foyer purulent par le trou de conjugaison déjà mentionné. Les première et troisième vertèbres lombaires se touchent; elles sont usées en partie par le frottement, et creusées d'excavations semi ovoïdes remplies de matière tuberculeuse concrète et limitées en avant par le ligament vertébral antérieur fortement épaissi.

Les surfaces osseuses dénudées sont dures, rouges et tapissées en quelques points par des membranes minces et vasculaires. On trouve quelques portions d'os isolées, nécrosées et percées d'un grand nombre de trous.

La partie la plus saillante de la gibbosité correspond à la terminaison de la moelle, qui descend jusqu'à la troisième vertèbre lombaire. Les membranes, légèrement épaissies, n'ont subi aucune dépression.

La fistule correspondant à la malléole externe aboutit à une cavité creusée dans l'extrémité inférieure du péroné, tapissée par une fausse membrane, et contenant un séquestre de tissu spongieux. L'articulation tibio-tarsienne est saine. L'extrémité du tibia, l'astragale et le calcanéum sont ramollis et contiennent une matière grasse jaunâtre. (Communiquée par M. Bouchacourt, chirurgien interne.)

Il est difficile de ne pas attribuer à la distension du rachis une influence sur le développement de la maladie. Comment croire, en effet, que la gibbosité serait venue à point nommé si peu de temps après l'accident? Mais si l'on considère l'âge de l'enfant, l'état scrophuleux des parens, le développement simultané de lésions de nature scrophuleuse dans plusieurs organes, on reconnaîtra une disposition très-prononcée à la production du tubercule, que la violence extérieure n'a fait que mettre en jeu.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL NECKER. — SERVICE DE M. CIVIALE. — Observations de lithotritie, par M. le docteur LEDAIN.

La discussion suscitée dans le sein de l'Académie de médecine par le rapport de M. Velpeau, à l'occasion d'un mémoire de M. Leroy sur l'application de la lithotritie chez les enfans, a réveillé contre cette méthode des objections déjà plusieurs fois combattues. Comme toutes les grandes innovations appelées à produire une révolution dans les idées et dans les procédés jusqu'alors employés, la lithotritie a trouvé et trouvera encore long-temps, sans doute, des détracteurs. L'esprit humain est ainsi fait. Quand le fils de Chamberlayne introduisit en France l'usage du forceps, il rencontra aussi de nombreux opposans qui dépréciérent et l'instrument et l'inventeur. Le forceps est pourtant resté comme l'une des plus précieuses ressources dans les les accouchemens difficiles; ses applications ont même été étendues. La taille ellemême n'a-t-elle pas été l'occasion des plus vives querelles? L'histoire de l'art a légué à la postérité des volumes de disputes au sujet du lithotome caché et de la taille latéralisée, et néanmoins la méthode et l'instrument ont survécu à toutes ces attaques.

Du reste, la discussion de l'Académie a fait voir combien il importe de recueillir des faits exacts et circonstanciés, pour mieux apprécier la valeur réelle et de la taille et de la lithotritie. C'est dans ce but que j'ai recueilli dans le service de M. Civiale les observations suivantes, choisies dans des circonstances d'âge, de constitution et de complication variées.

OBS. I. — Herriez (Nicolas-Antoine-Denis), cordonnier, âgé de 50 ans, d'une assez bonne constitution, éprouvait depuis dix-huit mois divers symptômes calculeux, sur la nature desquels son attention ne fut pourtant éveillée que vers le mois de septembre 1834. Jusqu'alors ce malade avait reculé devant l'idée de se soumettre à une exploration. Il vint me consulter à cette époque. Le cathétérisme ordinaire me fit reconnaître un calcul dans la vessie; sa présence fut constatée quelques jours après par M. Civiale. La pierre était aplatie et d'un médiocre volume; l'état général du malade était assez satisfaisant, et n'offrait aucune contre-indication à l'application de la lithotritie qui réclamait cet homme, pour lequel l'opération de la taille était un sujet d'effroi.

Le 16 septembre il fut admis dans le service des calculeux, à l'hôpital Necker. Après les préparations d'usage, le canal de l'urètre étant libre de toute coarctation, M. Civiale fit une première opération le 27 septembre.

Pendant cette séance qui dura à peine dix minutes, la pierre fut saisie avec un instrument à trois branches qui en détacha un éclat. Saisie de nouveau, sa cohésion et son volume résistant à la pression combinée des branches du litholabe et du perforateur, il devint nécessaire de faire une perforation, après laquelle le calcul fut écrasé.

Le malade témoigna peu de souffrance; il rendit dans la journée et les jours suivans du détritus et plusieurs fragmens d'acide urique.

Trois autres séances de cinq minutes chaque, les 1er, 4 et 8 octobre, suffirent pour opérer la guérison complète du malade, qui n'éprouva pendant toute la durée de son traitement qu'un léger accès de fièvre, le jour de la dernière opération. Cet accident n'eut pas de suite.

Ce malade sortit de l'hôpital le 12 octobre : il a été revu souvent depuis cette époque dans l'état le plus satisfaisant. Il proclame les bienfaits de la lithotritie.

OBS. II. — M. Bodu, ancien charcutier de Saint-Germain-en-Laye, âgé de 79 ans, logé à Paris, rue de Vaugirard, n° 34, présentait depuis deux ans les symptômes de la présence d'un calcul dans la vessie. D'une forte mais irritable constitution, d'une épaisse corpulence, M. Bodu était affecté d'une bronchite chronique qui le tourmentait beaucoup, surtout pendant la saison froide; sa respiration était habituellement courte et gênée.

Au mois de janvier 1835, M. Civiale fut consulté, et s'assura que la vessie contenait plusieurs calculs. La prostate était très-engorgée; les urines déposaient d'abondantes mucosités; la vessie était très-irritable et d'une médiocre capacité.

Malgré le court trajet de St-Germain à Paris, ce voyage avait beaucoup exaspéré les douleurs habituelles du malade; les urines étaient devenues sanguinolentes.

Ce ne fut qu'après quelques jours de repos et un traitement médical convenable pour rétablir la santé générale, qu'on put s'occuper de l'affection calculeuse. Les complications dont elle était accompagnée exigeaient la plus grande circonspection dans l'emploi des moyens propres à la combattre. M. Bodu repoussait d'abord toute espèce d'opération; la vue d'une sonde le faisait tressaillir.

M. Bodu fut cependant soumis aux préparations de la lithotritie, qui eut tout le succès qu'on pouvait en attendre, malgré les circonstances défavorables dans lesquelles se trouvait ce malade.

Le 11 mars, M. Civiale fit, avec un instrument courbe, une exploration pour constater le volume des calculs multiples, déjà reconnus par le cathétérisme ordinaire. Cette opération eut pour résultat la préhension et l'écrasement successif de trois calculs de 6 à 7 lignes de diamètre, à l'échelle de la branche mobile. Après cinq minutes l'instrument fut retiré, et rapporta dans sa partie courbe du détritus d'acide urique. Pendant cette séance, qui ne fut suivie d'aucun accident, le malade témoigna moins de souffrance que ne l'avait fait craindre son irritabilité habituelle. Il rendit dans la journée et les jours suivans une assez grande quantité de débris lithiques.

Les 17, 26, 30 mars et 3 avril, plusieurs calculs furent écrasés et successivement expulsés.

Le 7 avril, une exploration définitive constata la guérison du malade. Cette opération et la précédente furent faites avec la pince à trois branches. La durée de ces séances fut à peine de cinq minutes chaque; la seconde ne dura pas plus de trois minutes. Après cette séance M. Bodu eut un accès de fièvre assez fort, précédé de tremblement, mais qui n'eut pas de suite. Les suivantes furent sans

accident. Après la dernière exploration, un mouvement fébrile eut lieu dans la journée, et se répéta le lendemain pour ne plus reparaître.

Le malade partit pour St-Germain le 19 avril. Il lui tardait beaucoup d'y retourner pour cultiver lui-même son jardin.

Le fils de M. Bodo, que j'ai l'occasion de voir souvent, m'a donné, il y a peu de jours, les nouvelles les plus satisfaisantes sur la santé de son père, dont la guérison ne s'est pas démentie. Ses urines ont cessé d'être glaireuses. La belle saison a amélioré l'état de la poitrine. En un mot, M. Bodo ne conserve que le souvenir de sa maladie.

Le fait que nous venons de rapporter est un nouvel exemple du triomphe de la nouvelle méthode dans des cas qui paraissaient d'abord en contre-indiquer l'emploi. C'est en l'appliquant avec toute la prudence et les ménagemens commandés par de telles dispositions, que l'on arrive à vaincre des difficultés qui semblaient insurmontables. C'est surtout en faisant des séances très-courtes, en ménageant la sensibilité des organes sur lesquels on agit, qu'on arrive à éviter ces accidens formidables contre lesquels se sont élevés les adversaires de la lithotritie. Et si, malgré toutes ces précautions, des symptômes graves se développent, il est à remarquer qu'ils sont bien plutôt déterminés par le mauvais état de quelque organe plus ou moins éloigné, que par la lithotritie elle-même. Ce ne sont même pas les sujets qui ont témoigné le plus de souffrances pendant l'opération, qui présentent ces désordres organiques dont nous parlons. Voici un fait récent à l'appui des assertions que nous venons d'émettre.

Obs. III. — Au n° 2 de la salle Saint-Vincent, à l'hôpital Necker, était couché, depuis le 4 juin, le nommé Rohault (Jérôme-Martin), menuisier de Belleville, âgé de 72 ans.

Depuis deux ans cet homme, d'une constitution apoplectique, con gros et court, de petite taille et d'un embonpoint considérable, ressentait des douleurs néphrétiques et avait rendu à diverses reprises du sable et du gravier. Il avait en outre éprouvé divers symptômes, signes rationnels de la présence d'une pierre dans la vessie.

Le 5 juin 1835, M. Civiale put s'assurer que cet organe contenait, non pas une, mais plusieurs pierres. Le malade paraissant du reste dans des dispositions générales de santé assez satisfaisantes, il fut soumis au traitement préparatoire de la lithotritie. Il est bon de noter que, pendant ce traitement, les urines, qui d'abord étaient seulement glaireuses, acquirent leur limpidité presque normale. Le malade ne témoigna aucune douleur rénale pendant tout le temps qu'il fut soumis à notre observation.

Le 13 juin, une première opération fut faite. M. Civiale se servit d'un instrument courbe, à l'aide duquel un calcul, donnant 8 lignes sur la branche mobile de l'instrument, fut fixé et écrasé par la seule pression de l'écrou.

Pendant cette séance, qui dura 8 minutes, le malade manifesta peu de douleur. L'instrument rapporta des débris calculeux d'acide urique; d'autres détritus furent rendus dans la journée et les jours suivans.

Le 16, un fragment s'arrêta dans la portion membraneuse de l'urètre; il survint de la fièvre, une rétention d'urine. Le calcul fut repoussé dans la vessie au moyen d'une simple bougie de cire; le malade put uriner alors et se trouva soulagé. Dans l'après-midi, nouvelle rétention d'urine; exacerbation fébrile avec tremblement général; agitation dans la nuit.

Le 17, à la visite de M. Civiale, la vessie était fort distendue; le malade n'avait pas uriné depuis quinze heures; le cathétérisme procura l'évacuation d'une grande quantité d'urine bourbeuse comme de la lie de vin rouge. On fit une injection tiède; pareil moyen fut prescrit et répété dans la journée; une sonde flexible fut fixée à demeure. (Diète; boissons délayantes.)

Des symptômes cérébraux graves vinrent compliquer l'accident que nous venons de signaler, et résistèrent à l'emploi des saignées largement répétées et aux révulsifs ambulans sur les extrémités inférieures. La respiration s'embarrassa; le pouls devint inégal; stupeur; assoupissement; sensibilité obtuse; tremblement des mains. De nouveaux révulsifs permanens, appliqués sur la poitrine, ne purent arrêter la marche des accidens: Rohault succomba le 21 juin, dans la nuit.

L'autopsie fut faite le 22, trente-trois heures après la mort, en présence de plusieurs des élèves attachés à l'hôpital.

Le cerveau offrit un épanchement assez considérable de sérosité rougeâtre entre la dure-mère et l'arachnoïde; très-peu de sérosité de même nature dans les ventricules.

Aucune altération notable dans les poumons. Hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur; dilatation de l'oreillette et du ventricule droits; quelques points d'ossification dans les valvules.

Organes urinaires. Rien de remarquable dans le rein gauche, qui est cependant un peu plus mou que d'ordinaire. On trouve, dans quelques points de sa substance, un peu de matière lithique concrète, et dans la partie moyenne de l'urètre un calcul d'acide urique de 5 lignes et de forme prismatique triangulaire.

Le rein droit est entièrement désorganisé et réduit en une sorte de putrilage couleur lie de vin. Cet organe est entouré d'un tissu graisseux abondant, lardacé, dur, criant sous le scalpel. L'uretère est sain, mais rempli du putrilage liquide.

La vessie n'offre aucune altération; elle contient une verrée environ d'un liquide bourbeux assez semblable à celui du rein droit; elle renferme en outre trois calculs entiers à peu près de même volume, depuis 8 jusqu'à 11 lignes de diamètre, et sept fragmens plus ou moins gros provenant des calculs écrasés dans l'opération.

Les deux lobes latéraux de la prostate sont très-engorgés, lardacés, surtout le gauche. Le lobe moyen ayant participé à cette altération, forme une sorte de plancher transversal qui opposait un obstacle au cathétérisme; on observe une déviation de l'urètre à droite dans la partie prostatique de ce canal, qui, dans le reste de son étendue, ne présente aucune altération.

On ne peut admettre que les graves désordres révélés par l'autopsie dans le rein droit de Rohault, aient été déterminés par l'opération. L'altération de cet organe et des tissus environnans était trop profonde pour qu'on puisse élever des doutes sur son ancienneté. Que l'excitation générale, occasionée par la rétention d'urine, ait produit le développement des accidens formidables dont le cerveau a été le siége, on ne peut le nier. Il est toutefois une circonstance qu'il convient de signaler, c'est que le collapsus dans lequel s'est trouvé tout à coup l'encéphale, a enlevé au malade tout sentiment du besoin d'uriner, tellement qu'il ne manifesta aucune plainte sur ce point. On ne s'aperçut de la rétention que lorsqu'elle avait déjà produit de graves désordres dans l'état général du malade; M. Civiale trouva à sa visite la vessie distendue par de l'urine sanguinolente, ainsi qu'il arrive chaque fois que cet organe subit une distension démesurée. L'hypertrophie du ventricule gauche du cœur peut ainsi rendre compte de la facilité et de la promptitude avec laquelle le cerveau s'est congestionné.

On verra dans le fait que nous venons de rapporter un nouvel exemple de la difficulté du diagnostic des affections rénales, qui peuvent arriver jusqu'à la désorganisation complète du tissu de l'organe, sans signaler leur existence par aucun symptôme capable d'éclairer le praticien sur leur nature.

LEDAIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 AOUT.

— M. Boussingault écrit de Lyon qu'un de ses correspondans en Italie vient de lui annoncer que le principe hydrogéné dont il était parvenu à démontrer l'existence dans l'air par des procédés d'analyse de son invention, a été également reconnu dans l'air de Rome comme il l'avait été dans celui de Paris.

— M. A. Laurence annonce qu'ayant examiné une matière résineuse obtenue par M. Laugier fils dans la rectification de l'essence d'amandes amères, il y a trouvé de la benzoïne et une nouvelle substance neutre qu'il nomme benzimide. Cette substance cristallise; elle est insoluble dans l'eau et peu soluble dans l'alcool et l'éther. Avec l'acide sulfurique, elle donne de l'acide benzoïque et du sulfate d'ammoniaque; avec la potasse du benzoate de la même base, il y a dégagement d'ammoniaque; avec l'acide nitrique et l'alcool, elle forme de l'éther benzoïque et du nitrate d'ammoniaque. Ces réactions s'expliquent au reste fort bien par la composition de la substance, qui peut être représentée par la formule suivante: $C28\ H10\ O2 + H\ Az.$

TRACES DE MAMMIFÈRES DANS LE GRÈS BIGARRÉ.

M. de Humboldt lit la note suivante sur des empreintes de pieds d'un quadrupède dans la formation de grès bigarré de Hildburghausen, en Allemagne.

« J'ose, après une longue absence, fixer pour quelques instans l'attention de l'Académie sur un phénomène géologique d'autant plus important qu'il se lie à la grande question de première apparition des mammifères à la surface de notre planète. Il y a déjà plus d'un an que, dans un terrain de grès bigarré (*bunte sand stein*), entre le village de Hesberg et la ville de Hildburghausen, sur le revers du Thuringer-wald, on a reconnu des empreintes de pieds de grands animaux plantigrades qui ont traversé la surface encore molle de la roche en différentes directions. Un savant distingué, M. Sægler, a en le mérite de faire le premier connaître ces traces dans une lettre adressée à M. Blumenbach. Cette lettre, sans doute, n'est pas restée ignorée en France; elle offrait le dessin des empreintes de pieds du quadrupède antédiluvien. Ce dessin a été gravé une seconde fois dans les archives zoologiques de M. Wiegmann, auteur de la belle description des sauriens du Mexique.

» Les petites dimensions et l'imperfection de la gravure de M. Siegler faisaient d'abord naître des doutes. Plusieurs géologues pensaient que des formes de concrétions accidentelles, comme le *muschelkalk* et le *bunte sand stein* en offrent souvent, pouvaient avoir été prises pour des traces en relief, moulées pour ainsi dire dans le creux de l'empreinte. Ces doutes ont disparu dans l'esprit des géologues qui ont vu la grande pierre de 10 à 12 pieds de long sur 3 à 4 de large, que vient d'acquérir le cabinet de minéralogie de Berlin, et dont je vous offre un dessin exécuté avec beaucoup de soin, sous la direction de M. Weiss, directeur du cabinet. Pour présenter le phénomène avec plus de clarté, je n'ai fait dessiner que la trace qu'a laissée un seul individu du grand nombre de ceux qui ont traversé le fragment de roche. Les animaux qui ont laissé ces dernières traces sont

tons de plus petite taille, et M. Weiss y a pu distinguer trois ou quatre espèces différentes. La route qu'ils ont suivie croise presqu'à angle droit celle du grand mammifère. Celui-ci est très-remarquable par la grande inégalité de dimensions qu'offrent les extrémités antérieures et postérieures. Toutes ont cinq doigts.

» L'animal appartient probablement à l'ordre des marsupiaux ou animaux à bourse. M. Wiegman l'a comparé aux didelphes; mais la conformation des doigts de l'extrémité postérieure diffère considérablement du genre didelphe, kangourou à pouce presque rudimentaire. Nous possédons à Berlin la roche du *toit*; les empreintes se présentent par conséquent en relief. Celles des pieds de derrière offrent un pied extrêmement charnu. L'animal semble avoir appuyé de tout son poids; sa marche ressemble à celle de l'ours; elle est à l'amble, la petite extrémité antérieure droite étant placée très-régulièrement tout près du pied droit postérieur. Même aux pieds de devant, le pouce est séparé des autres doigts, presque comme dans un quadrumane; à certains égards, l'empreinte rappellerait assez celle des phalangers, animaux dont le musée de Leyde possède des espèces de très-grande dimension; à certains égards aussi, l'animal semblerait se rapprocher des loris. Au reste, j'émets ici ces idées sans y attacher une grande importance, et je laisse aux zoologistes à décider la place que doivent occuper, dans la série des êtres organisés, ceux dont il est question ici.

» M. Siegler a trouvé des empreintes de pied postérieur qui ont jusqu'à 12 et 13 pouces de long. Dans un autre roc que possède le cabinet de Berlin, les doigts paraissent plus grêles; j'ai fait dessiner cette empreinte séparément, et je la mets comme les précédentes sous les yeux de l'Academie. Il sera peut-être intéressant de conserver les deux dessins au muséum d'histoire naturelle. J'y joindrai deux belles empreintes de poissons antédiluviens (*palæoniscum wratislaviense*; Agassiz) de Ruppersdorf en Bohême, empreintes que je dois aux bontés de l'excellent géologue M. de Déchen.

» Dans le grand dessin des empreintes de pieds de Hildburghausen, on trouve indiquées çà et là des concrétions sinueuses, serpulaires. Toute la roche de grès bigarré en est couverte comme d'un réseau. On a cru que ce sont des vestiges de plantes sur lesquelles l'animal a marché. La répétition des formes laisse des doutes. Peut-être ces bandes aplaties et sinueuses ne sont-elles que des concrétions accidentelles, effet du dessèchement, de la contraction des parties molles de la roche. Quant aux empreintes même qu'a laissées l'animal dans sa marche, l'aspect seul du dessin, le pouce détaché dirigé trois fois alternativement vers la droite et vers la gauche, la juxta-position des grandes et des petites extrémités et l'alignement, je veux dire la direction des empreintes, éloignent toute espèce de doute.

» Jusqu'ici ce phénomène d'empreinte de pieds d'un animal dans la roche encore molle ne s'était présenté qu'une seule fois aux géologues. Je ne parle pas des empreintes de pied d'Adam ou de Bouddha à l'île de Ceylan, et de quelques autres que des voyageurs qu'on a cru me faire voir dans les Cordillières du nouveau monde; je rappelle ce qui n'appartient pas aux mythes de la géologie, mais à des faits bien observés, les empreintes de pieds de tortues, dont la connaissance est due à la sagacité de M. Buckland. (Edimb. Tr., vol. XI, p. 194.)

» Ce qui donne une grande importance au phénomène que j'ose soumettre au jugement des géologues, c'est la place qu'occupe la formation du grès bigarré dans la série chronométrique des roches. On se souvient encore de l'étonnement que causait au plus grand et plus illustre des scrutateurs modernes de la nature, l'existence d'un didelphys dans les schistes de Stonefield de la formation jurassique ou oolithique.

» Les formations du keuper, du muschelkalk, du grès bigarré, sont placées sous les oolithes, et le mammifère de Hesberg, qui est l'objet de cette note, appartient au grès bigarré. Je sais que quelques géologues ont été tentés d'attribuer ces empreintes à des sauriens de l'ancien monde. Mais la forme charnue de la plante des pieds, la nature de la marche des crocodiles que j'ai observée si souvent sur les plages de l'Orénoque, ne me permettent pas de me ranger à cette opinion.

» Déjà, à l'époque des monocotylédonées du terrain houiller, de grandes îles ont été à sec et peuvent avoir été propres à nourrir des mammifères. »

Avant en l'occasion d'examiner les deux beaux dessins présentés par M. de Humboldt, nous ajouterons à la description qu'il donne de ces traces un trait assez remarquable : c'est que dans ces sortes de mains, le doigt détaché du pouce est dirigé extérieurement par rapport à la voie, ce qui exige une des trois suppositions suivantes : ou que la position du doigt libre chez cet animal était l'inverse de ce qu'elle est chez les autres, ou qu'il marchait de manière à ce que les doigts fussent dirigés en arrière, ou enfin, ce qui est plus probable, qu'il marchait en fauchant, de manière à ce que le membre droit se portât à gauche avant de toucher le sol, et le membre gauche à droite.

EAUX THERMALES DE NÉRIS.

M. Robiquet lit des observations sur ces eaux, dans le voisinage desquelles il a séjourné, et dont il a eu occasion de faire usage pour combattre une gastrite chronique, plus une colite des plus opiniâtres.

Si l'analyse chimique, dit l'honorable académicien, nous a fait connaître la plupart des corps qui entrent dans la composition des eaux minérales, et si cette étude nous a conduit à nous rendre un compte plus exact de leurs propriétés et à mieux en diriger l'emploi, il faut convenir cependant que malgré la précision de nos instrumens et de nos méthodes, ce genre d'étude laisse encore beaucoup à désirer. En effet, de deux choses l'une : ou les propriétés presque miraculeuses qu'on attribue à certaines eaux ne sont que fabuleuses, ou bien elles dépendent de quelques corps fugaces que nous ne parvenons pas à saisir, ou dont nous apprécions mal les vrais caractères; car, à moins d'homœopathisme, on ne saurait déduire leur efficacité de quelques atomes de substances salines plus ou moins inertes que l'analyse y démontre. Un pareil résultat doit nécessairement nous conduire, soit à révoquer en doute la vertu médicale des eaux minéralisées, soit à regarder nos analyses comme insuffisantes; et j'avoue que je serais assez disposé à adopter cette opinion, qui était celle d'un juge bien compétent en pareille matière.

« Il faut convenir, disait Vauquelin, que les effets très-remarquables que produisent, dans l'économie animale, certaines eaux minérales dans lesquelles l'analyse ne trouve presque rien, prouvent qu'il y a encore beaucoup de corps qui se soustraient à nos moyens d'investigation » Mais il se hâte d'ajouter : « Ces difficultés ne doivent pas cependant nous décourager : elles doivent au contraire exciter notre zèle et engager le gouvernement à porter son attention sur une partie aussi intéressante pour l'humanité, et non moins intéressante pour la géologie; car les eaux sont des espèces de sondes qui nous rapportent, de l'intérieur de la terre, des échantillons des matières qui la composent. »

Pour justifier l'opinion de Vauquelin, poursuit M. Robiquet, il me suffira, je pense, de citer cette matière glaireuse qui a été découverte assez récemment dans certaines eaux minérales, et qu'on a prétendu remplacer par la gélatine animale, substitution bizarre, et qui faisait dire à Vauquelin que, lorsqu'on entendait représenter pour les imitations qu'on avait essayé de ces eaux l'art comme l'émule de la nature, on ne pouvait s'empêcher de sourire de pitié. Il est cependant vrai, ajoute l'auteur, que, pour d'autres eaux, l'imitation ne laisse rien à désirer, et que, sous certains rapports, elle offre des avantages supérieurs à l'eau naturelle, en permettant à la médecine d'augmenter, suivant les besoins du malade, la proportion du principe actif. Telles sont celles dont les propriétés dépendent bien évidemment de la présence de certains gaz; telles sont encore celles dont la vraie composition n'a été bien appréciée que depuis la découverte de l'iode. De pareils résultats en font présager de nouveaux; et donnent la mesure de tout ce qu'on peut espérer de l'étude plus approfondie de quelques eaux minérales qui ne sont point assez bien connues.

Les eaux de Néris ont été analysées d'abord par Vauquelin, puis par M. Berthier, et plus récemment encore par M. Longchamp. Ce dernier n'a point encore publié son travail, mais nous savons déjà qu'il a reconnu dans le gaz qui se dégage spontanément de la source, de l'azote presque pur. M. Robiquet y a constaté la présence d'une proportion très minime d'acide carbonique. Il n'y a pas trouvé de traces sensibles d'hydrogène.

L'eau de la source, soumise pendant une demi-heure à une ébullition continue, lui a fourni une quantité d'air qui contenait 38 pour 100 d'oxigène. Cet air est donc plus riche en oxigène que celui qui existe dans les eaux pluviales, où la proportion d'oxigène n'excède guère 32 pour 100.

Renfermée dans des vases bien bouchés, l'eau de Néris conserve long-temps sa limpidité; elle n'y forme aucun dépôt, et ne laisse par son évaporation spontanée qu'un enduit salin, lequel, à la vérité, se noircit un peu lorsqu'on le calcine en vase clos.

Lorsque cette eau est exposée au contact simultané de l'air et de la lumière, on voit alors se produire cette singulière substance qui paraît commune à toutes les eaux thermales, et à laquelle M. de Longchamp, qui en a fait une étude particulière, a donné le nom de *barégine*. Mais, dit M. Robiquet, il ne l'a étudiée que dans les eaux thermales sulfureuses; moi, de mon côté, je n'ai eu occasion de l'examiner qu'à Néris. Tout ce que je dirai, par conséquent, ne devra s'entendre que de ces sources.

La manière dont se développe la barégine m'a paru, poursuit l'auteur du mémoire, mériter de fixer l'attention. L'eau, au moment de son émission, est d'une telle limpidité, que par un beau jour on di tingue très-nettement les objets qui sont au fond du puits, à douze ou quinze pieds de profondeur. On aperçoit seulement çà et là des chapelets de bulles de gaz de grosseur variée, qui partent de différens points du fond, et viennent crever à la surface. Une ouverture latérale permet à l'eau de ces puits de se déverser dans un assez vaste bassin, d'où elle s'écoule dans d'autres réservoirs. Lorsque ce bassin a été recouvrit à neuf, on voit, après un temps assez long, se former sur divers points de ses parois des taches verdâtres qui, en grandissant, se joignent et finissent par former une sorte de tapis mousseux qui revêt le fond du bassin. Ce tapis se distend en quelques points par la pression du gaz, et forme des vessies pédiculées qu'une bulle de gaz tient dirigées en haut, et détache même quelquefois pour les amener à la surface.

M. de Longchamp a trouvé que, de tous les produits auxquels on peut comparer la barégine, la fibrine est celui qui y ressemble le plus; les caractères qu'a indiqués cet habile chimiste sont aussi, dit M. Robiquet, ceux que j'ai reconnus dans la barégine de Néris; toutefois je ne l'ai pas vue comme lui à l'état glaireux ou filamenteux et incolore dans les conduits souterrains. Ces conduits, dont on a bien voulu ouvrir plusieurs pour moi, ne contiennent rien qu'un dépôt ocracé. C'est dans les bassins découverts où l'eau thermale est toujours courante, que j'ai vu la barégine sous forme de masses spongieuses, dont les cellules sont remplies d'un gaz composé de 40 pour 100 d'oxigène, et 60 d'azote.

M. Longchamp croit que la barégine ne se colore qu'en s'altérant, soit par l'action de l'air, soit par une eau de source. M. Robiquet pense que les faits observés par lui à Néris, ne permettent pas de considérer cette loi comme générale; d'ailleurs il suppose que la barégine, au moment où elle devient ainsi sensible à la vue, est déjà altérée. C'est avant qu'elle soit à l'état solide qu'elle est assimilable, et produit sur l'économie des effets auxquels, suivant l'auteur du mémoire, ces eaux doivent leurs principales vertus curatives.

Dans l'état où elle se présente dans les bassins ouverts, elle se compose, en grande partie, de filamens organisés, que les botanistes considèrent comme de vraies plantes, comme diverses modifications de la *tremella thermalis*. M. Robiquet ne l'a jamais aperçue à Néris, dans aucune circonstance, comme M. Longchamp dit l'avoir trouvée à Baréges, avant qu'elle eût été le contact de l'air ou de l'eau commune, c'est-à-dire avant l'aspect de gelée de pied de veau.

Nous ne pouvons poursuivre l'analyse détaillée du mémoire de M. Robiquet, et nous nous contenterons d'indiquer les autres conclusions auxquelles l'a conduit l'étude des eaux de Néris. Ces conclusions sont :

1° Que l'azote pur qui se dégage de cette source thermale n'a point été dissous préalablement, et qu'il est simplement charrié par l'eau;

2° Que les sources de Néris n'étant point sulfureuses, on ne saurait attribuer l'azote qu'elles dégagent à l'air atmosphérique dépouillé de son oxigène par des sulfures; d'où l on peut inférer que l'azote qui se dégage des eaux sulfureuses n'est point principalement produit par cette cause;

3° Que l'azote qui se dégage spontanément des eaux de Néris a appartenu à de l'air atmosphérique dont l'oxigène se retrouve en entier dissous dans l'eau où il est accompagné d'environ partie égale d'azote. C'est ce dernier gaz, d'après les observations de Demarty, qui retient l'oxigène en dissolution. Lorsque l'eau est sulfureuse, cette portion d'oxigène doit nécessairement servir à transformer les sulfures en sulfates;

4° Que la surabondance d'oxigène contenu dans les eaux de Néris pourrait bien être une des causes principales de leur action sur l'économie animale;

5° Que la matière glaireuse produite par les eaux thermales, et à laquelle M. de Longchamp a donné le nom de *barégine*, n'est point contenue en dissolution dans le même état où elle se manifeste à nos sens, mais qu'elle résulte d'une réaction pendant laquelle l'oxigène et l'azote contenus dans l'eau thermale sont mis en liberté, et dont la plus grande partie est comme emprisonnée dans les cellules de cette barégine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

MÉMOIRE SUR LA TAILLE, PAR M. SOUBERBIELLE.— *Rapport fait par M. Sanson à l'Académie de médecine, séance du 4 août.*

M. Sanson fait en son nom et celui de MM. Larrey et Ribes, un rapport sur un mémoire de M. Souberbielle sur la taille. Ce travail se divise en plusieurs parties. Dans la première, l'auteur expose son plan et son but; le seconde se compose d'une série nombreuse (64) d'observations de taille. Enfin ces opérations ayant été faites dans des conditions très variées, elles ont offert des exemples des principaux cas qui peuvent se rencontrer, et l'auteur a profité de ces heureuses circonstances pour en tirer un certain nombre de conséquences statistiques, tracer quelques corollaires pratiques et formuler ses opinions sur plusieurs points.

Peu confiant dans la lithotritie en général, l'auteur tend à prouver par des faits que la cystotomie est souvent appelée à réparer ses torts ou à suppléer à son insuffisance, et cherche d'ailleurs à prouver l'excellence de la taille sus-pubienne sur les autres, ou, pour mieux dire, sur l'appareil latéral.

Dans la première série d'observations se trouve l'histoire de quatorze malades qui, ayant été opérés, mais non pas guéris, par d'autres chirurgiens, ont été débarrassés par l'auteur, soit des calculs non extraits, soit des fistules consécutives à l'opération. Ces observations déjà anciennes n'offrent rien de particulier.

La deuxième série se compose d'observations plus récentes. C'est le résultat de sa pratique depuis 1828, et on y trouve 50 observations, dont:

9 sur des sujets qui avaient moins de 10 ans.
4 de 42 ans.
5 de 50 à 60 ans.
13 sexagénaires.
17 plus que septuagénaires.
2 octogénaires.
4 étaient du sexe masculin; 2 du sexe féminin.
Chez 19, le calcul avait au moins le volume d'un œuf de pigeon.
3, il pesait 4 onces.
2, son poids était de 5 onces.
15 avaient plusieurs calculs; l'un d'eux en portait près de 300.
Sur un seul la pierre était adhérente.
Sur 15, elle était retenue par les parois de la vessie, ou enchatonnée dans des loges darticulières.
7 portaient des hernies volumineuses, dont quelques-unes probablement dues aux efforts pour uriner, puisque la proportion de 7 sur 50 est double de celle que l'on rencontre ordinairement.
6 avaient déjà subi l'opération, savoir:
4 une fois et 2 trois fois.
12 avaient été soumis sans succès à des tentatives de lithotritie.

On n'a observé aucun cas d'hérédité bien constatée, et les opérations ont été faites indistinctement dans toutes les saisons.

Le résultat général est de 39 guéris et de 11 morts. C'est-à-dire que les insuccès ont été d'un peu plus du quart. Du reste, il n'y a eu aucun mort avant 22 ni après 78 ans.

D'après ces faits et l'observation de sa longue pratique, M. Souberbielle conclut que la vieillesse fournit beaucoup plus de calculeux que l'enfance.

Sur 1,500 calculeux environ, que l'auteur dit avoir opérés, il prétend n'avoir rencontré que 15 femmes, proportion extraordinaire, et que dément l'observation du rapporteur, qui, dit-il, n'a pas fait 600 opérations de taille, et a opéré 6 malades du sexe féminin.

La proportion de 19 cas de calculs volumineux, de 15 cas de calculs multiples et surtout celle de 16 cas de calculs adhérens ou enchatonnés sur 50, est extraordinaire aussi, et sort de la règle commune; et on peut en tirer, selon M. Sanson, cette conséquence, que ce n'est pas sur 50, mais sur un beaucoup plus grand nombre de faits qu'il faut opérer quand on veut obtenir des résultats statistiques de quelque valeur.

Quand aux succès relatifs de la taille et de la lithotritie, il résulte du chiffre de l'auteur que si la lithotritie guérit (nombre rond) moins de 4 malades sur 5, elle restera inférieure à la lithotomie. Or, si on en croit les résumés publiés dans ces derniers temps, le résultat général de la lithotritie avant l'emploi des instrumens à percussion est loin d'avoir été aussi favorable, puisque les morts sont aux guérisons comme 1 est à 3.

D'après le relevé de M. Souberbielle, il y avait 34 sujets sur 50, sur lesquels la lithotritie n'était pas applicable; sans doute cette proportion doit varier, mais si on réfléchit au grand nombre d'enfans attaqués de la pierre, on restera convaincu que l'auteur a peu exagéré celle des cas où la lithotritie ne peut ou ne doit pas être appliquée. Les faits du mémoire ne prouvent pas ce que prouve la pratique de tous les jours, que les tentatives de lithotritie rendent la taille plus dangereuse; car sur 12 malades dans ces conditions, 10 sont guéris.

Bien que sur 39 opérés par la taille suspubienne 11 soient morts, tandis qu'aucun des opérés par la taille latéralisée n'a succombé, si on considère que sur les 11 tailles par le bas appareil se trouvent 9 enfans, et que d'ailleurs c'est chez les adultes que se sont rencontrés les exemples des calculs volumineux ou multiples, adhérens ou enchatonnés, on s'expliquera la préférence que donne l'auteur, malgré ces insuccès, à la taille sus pubienne.

A moins qu'on n'opère chez des enfans, que le calcul soit engagé dans le col, ou qu'il soit convenable de modifier la vitalité de cette partie, l'expérience et le raisonnement, suivant l'auteur, doivent faire préférer la taille sus-pubienne, chez les femmes pour éviter l'incontinence d'urine, dans les deux sexes parce qu'elle permet *l'extraction facile* de tous les calculs, quels que soient leur nombre, leur volume, les dimensions de la prostate; qu'elle offre les moyens de saisir et d'extraire des pierres qui n'auraient pu être ni saisies, ni extraites, par la taille latéralisée, soit à cause de leur emprisonnement dans des loges, soit à cause du volume de la prostate, soit enfin à cause de certains vices de conformation du bassin; parce qu'elle est moins douloureuse, moins dangereuse, qu'elle attaque des parties moins importantes, et qu'enfin elle n'est jamais cause de mort qu'en hâtant le développement de dispositions ou d'altérations morbides antérieures, tandis que les hémorrhagies, les infiltrations d'urine, la blessure du rectum, la contusion du tissu cellulaire, etc., sont des lésions qui résultent directement et assez souvent de la cystotomie par l'appareil latéralisé et sont fréquemment mortelles.

M. Sanson combat quelques-unes de ces assertions; ainsi dans les huitième, vingtième et quarante-huitième observations du mémoire et plusieurs autres, le volume du calcul, l'embonpoint ou la coarctation de la vessie ont rendu l'opération *longue, difficile et laborieuse*, ce sont les propres termes de l'auteur.

Le rapporteur énumère ensuite les difficultés de la taille sus-pubienne, soit pour inciser sur la ligne blanche, soit par suite de la contraction des muscles droits qu'il a fallu quelquefois inciser, etc., tandis que la détermination exacte et presque mathématique des limites entre lesquelles doivent être faites les incisions, et l'usage d'un conducteur qui guide sûrement les instrumens jusqu'à la cavité de la vessie, font des tailles périnéales, et de l'appareil latéralisé en particulier, l'une des opération les plus faciles de la chirurgie. M. Sanson ne voit pas comment on pourrait établir que la taille suspubienne est moins douloureuse. Quant au moins de danger, les faits de l'auteur conduiraient à une opinion négative opposée à la sienne. La commission s'est abstenue de tout relevé à cet égard et s'est bornée à des réflexions sur la perfection du procédé, sur les parties intéressées, etc. Sous le rapport des parties à léser et de l'extraction des gros calculs, le haut appareil l'emporte; la taille latéralisée sous celui de la forme et de la disposition de la plaie, et de la facilité de l'exécution.

L'état plus ou moins sain des organes ne change rien à ces rapports, et doit avoir la même influence dans tous les cas; seulement l'extraction d'un calcul volumineux étant plus facile par la taille sus-pubienne, et les difficultés de l'extraction augmentant le danger des accidens inflammatoires, dans les cas où la vessie est malade, cette méthode est préférable.

Il n'est pas exact de dire que la taille sus-pubienne ne donne jamais la mort par elle-même; car le sujet de l'observation vingt-neuvième est mort en 24 heures d'une hémorrhagie interne. A l'ouverture, la vessie était distendue par une quantité de sang en caillots évaluée à deux livres; à la vérité on n'a pas trouvé de vaisseau lésé, et on a attribué l'hémorrhagie à des ulcérations; mais une simple hémorrhagie par exhalation peut-elle faire mourir un malade en vingt-quatre heures? Le sujet de la vingt-septième observation offre une lésion du péritoine, et il est mort deux jours après l'opération. Il n'y avait pas d'épanchement d'urine; mais cela ne prouve pas que ce liquide n'ait pas pénétré dans le ventre pendant la vie. Un autre sujet nous courent est regardé par le rapporteur comme ayant succombé à une péritonite. Deux ont offert une rougeur de l'épiploon et un épanchement séreux dans le péritoine. L'infiltration (occasionelle, il est vrai de l'urine dans le petit bassin a été vue une fois; enfin la suppuration de ce tissu cellulaire ou de celui de la fosse iliaque a été remarquée sur trois sujets. Il faut pourtant convenir que chez la plupart des malades il y avait des affections anciennes de la vessie ou des reins, qui les mettaient dans des conditions défavorables.

Les conclusions sont que les cinquante dernières observations de M. Souberbielle sont dignes de l'attention de l'Académie. Remercîmens à l'auteur, que l'on engage à mettre à exécution le projet qu'il a manifesté de publier son mémoire.

Quant à la demande d'une commission pour assister aux opérations de taille et de lithotritie, c'est dans les hôpitaux que le grand procès doit être jugé. (Adopté.)

SÉANCE DU 18 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. LISFRANC.

La correspondance comprend une lettre de M. Robert sur le choléra de Marseille. Cette lettre est ainsi conçue:

« Quoique le nombre des décès attribués au choléra diminue chaque jour, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous l'écrire par mes lettres des 29 juillet et 5 août, la maladie développe toujours la même fureur chez ceux qu'elle attaque. Le collapsus et l'agonie sont toujours peu éloignés de l'invasion. Il y a même chaque jour quelques cas foudroyans. Ainsi M. le docteur Boyer, envoyé à Marseille par le ministre de l'intérieur, est mort hier victime de son zèle; sa perte excite de vifs regrets. M. le docteur Fraisse, venu de Lyon, est malade. Nos émigrés rentrent en foule, et notre ville reprend un air de vie et de mouvement commercial. On s'accoutume au danger et à la mort.

Le fait suivant pourra vous faire juger ce qui a pu donner une si grande intensité à notre choléra actuel. L'observation constante de chaque année prouve que pendant dix mois les naissances excèdent les décès de quarante à cinquante, mais que les mois de juillet et d'août donnent un résultat inverse, et que la mortalité

excédante porte sur les enfans depuis un an jusqu'à cinq ans. Ces enfans périssent avec des symptômes cholériques, ou à la suite de diarrhées ou de dysentéries aiguës. Il y a même chez les adultes, durant les mêmes mois, beaucoup de cholérsas sporadiques, mais aucun n'est mortel; un grain d'opium les guérit subitement.

Ne serait-il pas possible de croire que le fléau asiatique, trouvant dans le Midi des organisations, un climat, un sol analogues à ceux de son pays natal, ne doive son intensité qu'à ces circonstances locales?... C'est une opinion que je soumets au jugement de l'Académie. Je désire bien vivement pouvoir vous envoyer bientôt le dernier de nos bulletins, mais je n'ose encore l'espérer. »

Suit le tableau des décès du 6 au 12 août :

Le	6 août, sur 53 décès,	33 cholériques.
	7	53	30
	8	37	22
	9	54	36
	10	33	18
	11	38	22
	12	49	20

— M. Nedey, médecin à Vesoul, propose à l'Académie de médecine d'ouvrir dans son sein une souscription pour élever un monument à Desault.

— M. Maisonabe adresse une nouvelle lettre à l'Académie pour bien fixer l'objet de sa pétition.

L'état, dit-il, accorde des bourses dans les colléges destinés à l'instruction publique à des enfans dans la personne desquels il veut récompenser les services de leurs parens. Mais par les réglemens de ces maisons, il ne peut y être admis que des enfans bien portans.

Toutefois des enfans valétudinaires ou atteints de quelques maladies chroniques de l'enfance, telles que le rachitisme, les scrophules et certaines difformités qui en sont les effets, ont encore plus besoin que les premiers de participer aux bienfaits de l'instruction; ils peuvent fort bien la recevoir dans la même maison où ils peuvent être traités.

Les commissaires nommés par l'Académie pour lui faire un rapport sur le renvoi de ma demande que lui a fait M. le ministre de l'instruction publique, ont visité ma maison et l'ont trouvée propre à la double destination que je veux lui donner.

Je n'ai demandé au ministre ni faveur ni privilége, mais seulement l'envoi dans mon établissement d'enfans dont il veut récompenser les parens sans cependant pouvoir le faire, aucun collége n'ayant la double destination de les instruire et de les traiter.

Le conseil royal d'instruction publique a déjà, en ce qui le concerne, approuvé mon projet.

M. le ministre a voulu encore s'assurer, en le communiquant à l'Académie par le renvoi de ma pétition, si, comme je le lui ai exposé, la science avait à retirer quelque avantage de l'offre que je fais, de soumettre les élèves à l'examen des commissaires nommés *ad hoc*, à leur entrée et à leur sortie de l'établissement, et encore pendant le séjour qu'ils y feront, moyen nécessaire et peut-être unique d'avoir de bonnes observations.

Ces explications données, je n'ai pas besoin de dire que je n'ai ni secret ni méthode à moi propre exclusivement. Je crois seulement être au courant de la science, mais nullement capable de faire ce que tout autre de mes confrères ne saurait faire lui-même.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Girardin, sur la demande de M. Maisonabe. Les divers membres qui prennent la parole ne font guère que reproduire les objections qui avaient été élevées dans la dernière séance, et l'Académie décide qu'elle se bornera à adresser au ministre un accusé de réception avec des remerciemens.

TUMEUR FIBREUSE DÉVELOPPÉE SOUS UNE CICATRICE.

—M. Lisfranc dépose sur le bureau une tumeur fibreuse qu'il vient d'enlever, et qui siégeait sous la cicatrice résultant de l'amputation du second orteil du pied gauche. Trois mois avaient suffi pour faire parvenir cette tumeur au volume de la moitié du poing : reposant sur l'extrémité antérieure du second os du métatarse, elle s'était surtout développée en avant; elle adhérait fortement aux orteils; son volume avait établi entre le premier et le second un écartement très-considérable.

Le chirurgien pratiqua deux incisions semi-lunaires parallèles à l'axe du pied, et se réunissant par leurs deux extrémités. A l'aide d'une dissection faite avec beaucoup de soin et de lenteur, les adhérences qu'avait contractées la tumeur avec les orteils furent détruites sans lésion d'aucune articulation.

L'extrémité antérieure du métatarsien était détruite dans l'étendue de deux lignes environ; l'os était tuméfié jusqu'à l'union de son tiers antérieur avec son tiers moyen; il a été réséqué à 3 lignes au-delà de cette tuméfaction. Le malade va bien.

M. Lisfranc ne sait à quelle cause attribuer le développement des états pathologiques que nous venons d'énoncer.

—*Cours complet d'accouchemens et de maladies des femmes et des enfans*, avec 24 planches dont une coloriée, et huit tableaux synoptiques. Par Jules Hatin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, section d'accouchemens, professeur particulier d'accouchemens et de maladies des femmes et des enfans, etc., etc. Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. Un fort volume in-8°. Paris, 1835.—Chez Crochard, libraire éditeur, rue de l'École-de-Médecine, n° 13.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE DE M. RICORD SUR LA SYPHILIS, adressée au président de la Société royale académique de Nantes.

Monsieur,

C'est sans doute une belle pensée que celle qui a engagé la Société de médecine de Nantes à s'occuper des questions si intéressantes de la nature et du traitement de la syphilis. Aussi fais-je des vœux pour que les travaux importans qu'elle vient d'entreprendre puissent conduire aux résultats qu'on est en droit d'espérer.

Depuis la lettre que j'ai eu l'honneur de recevoir, sentant toute la gravité des questions posées, j'ai interrogé de nouveau les faits soumis à mon observation; je suis descendu dans ma conscience, et me demandant compte de mes convictions, j'ai pu résumer ainsi qu'il suit mes doctrines.

I. NATURE DE LA SYPHILIS.

1° Il nous importe peu de savoir d'où nous vient la vérole, qu'elle soit de toute antiquité, d'origine américaine, ou née de l'épidémie du quinzième siècle.

2° La cause principale de la dissidence des opinions sur son origine, sa nature et son traitement, tient à ce qu'on n'a point encore précisé d'une manière rigoureuse les lésions et les symptômes qui lui appartiennent en propre.

3° Pour moi, un seul symptôme est caractéristique : c'est le *chancre*; il est aussi distinct, aussi spécifique que la variole et le vaccin. Il est dû à une cause *spéciale*, qu'on peut appeler *virus*, ou comme on voudra; mais dont les effets sont constans, réguliers comme action primitive, et qu'on peut produire à volonté par l'inoculation. Les observations rapportées par les auteurs qui sembleraient prouver le contraire devraient être considérées comme fausses, s'il n'était possible d'expliquer l'erreur par les circonstances dans lesquelles on a dû expérimenter.

4° Le bubon successif au chancre est ou sympathique ou virulent. Dans ce dernier cas, c'est *un chancre ganglionaire*, identique au chancre, dont il n'est que la succession, et susceptible de fournir un chancre par l'inoculation du pus qu'il sécrète.

5° Le muco-pus blennorrhagique recueilli sur des muqueuses non ulcérées n'a jamais rien produit par l'inoculation; donc la blennorrhagie ne donne jamais le chancre. Les observations rapportées par les auteurs ne peuvent avoir aucune valeur contre cette assertion, attendu que lorsqu'ils ont avancé que les chancres pouvaient naître de la blennorrhagie, la muqueuse qui avait fourni l'écoulement blennorrhagique n'avait jamais été examinée dans toute son étendue, comme j'ai pu le faire sur la femme, à l'aide du spéculum.

6° Les symptômes secondaires de la vérole succèdent aux chancres. Lorsque la blennorrhagie a été notée comme antécédent, les muqueuses d'où elle provenait n'ayant pas été examinées, on n'a pas pu savoir s'il n'y avait pas autre chose qu'une blennorrhagie, tandis que toutes les fois que les muqueuses affectées de blennorrhagie seulement ont pu être rigoureusement inspectées, comme la muqueuse vaginale, la muqueuse oculaire, celle du gland et du prépuce, jamais nous n'avons vu survenir de symptômes d'infection générale.

7° Dans ce qu'on a appelé symptômes secondaires, les uns sont la suite d'inflammation locale ou de sympathie à distance; d'autres conservent sur place un caractère spécifique, ou produisent dans l'économie des désordres différens selon le siége, les tissus et les dispositions individuelles, modifiées par les tempéramens, les habitudes, les maladies concomitantes, les traitemens subis par les malades, etc. Ces symptômes secondaires d'infection générale n'ont point encore été nettement limités à ceux qui appartiennent en propre à la syphilis; mais pour un bon observateur, il en est d'incontestables; ils sembleraient dus à une transformation du principe primitif; car aucun, comme l'aurait dit Hunter et comme nous l'avons de nouveau prouvé, ne peut s'inoculer.

8° La syphilis se transmet des parens aux enfans par contagion directe à la naissance, ou par infection générale d'emblée pendant la gestation, sans symptômes primitifs précédens pour les enfans.

9° Les nourrices ne peuvent transmettre aux enfans que les symptômes primitifs, et *vice versâ*.

10° Les symptômes primitifs encore mal définis ne peuvent se produire que par l'application directe du principe spécifique dans les conditions voulues.

11° Les secondaires succèdent à ceux-ci, ou arrivent d'emblée pendant la gestation, ou dans des cas chez l'adulte, où les symptômes primitifs échappent à l'observation.

12° L'admission d'un principe morbide spécifique n'entraîne pas de rigueur celle d'un médicament spécifique.

13° Mais l'admission d'une cause constante spéciale, bien reconnue, peut laisser l'espérance de trouver un moyen curatif spécial; c'est un champ ouvert aux recherches, et que ferme la doctrine des inflammations simples.

14° Les maladies primitives sont locales et restent telles pendant un temps qu'on n'a point encore *déterminé*.

II. TRAITEMENT.

1° Il faut détruire les maladies primitives sur place le plus promptement possible, et rejeter comme erreur la plus grave la fâcheuse doctrine des répercussions.

2° Après les moyens prophylactiques que la philantropie et la morale même la mieux entendue doivent conseiller, et s'efforcer de rendre meilleurs, les traitemens propres à faire avorter les symptômes primitifs doivent être *religieusement employés*.

3° Pour juger de l'efficacité des moyens employés pour détruire la maladie tant qu'elle n'était que locale, il ne faut pas commencer celle-ci du jour où les malades s'en sont aperçus, mais du jour où ils l'ont contractée; attendu que c'est de là qu'elle part, et qu'il n'y a pas, comme on l'a avancé, d'incubations pour les symptômes primitifs, pas plus pour une blennorrhagie que pour une pneumonie, pour un chancre que pour l'abcès qui peut succéder à un corps étranger introduit dans nos tissus.

4° L'inoculation du chancre se rencontrant le plus souvent quand des symptômes secondaires doivent avoir lieu, et celle-ci n'arrivant que quatre, ou cinq, ou six jours après l'inoculation, il est probable qu'en détruisant le chancre par la cautérisation avant cette époque, on doit se mettre à l'abri des symptômes secondaires.

5° Pour le chancre, après la cautérisation propre à le ramener à l'état d'ulcération simple, les antiphlogistiques, les émolliens, les opiacés, doivent constituer la méthode générale; les mercuriaux la méthode exceptionnelle, appliquée dans les cas de chancres indurés, et dans les circonstances où les ulcérations rebelles n'ont cédé à aucun traitement.

6° Les mercuriaux employés dans la curation des symptômes primitifs ne sont pas prophylactiques des symptômes secondaires.

7° Leur mauvaise administration dans les symptômes primitifs peut rendre les symptômes secondaires plus graves. Employés chez des individus non syphilitiques, et pour d'autres maladies que la syphilis, ils ne méritent pas les reproches qu'on leur a faits: donc la plupart des accidens qu'on leur attribue ne sont dus qu'à la syphilis.

8° Le mercure constitue le médicament par excellence dans une foule de cas de symptômes secondaires; mais l'observation semble prouver qu'il est curatif de l'effet et non de la cause.

9° Sans l'emploi des mercuriaux il est des maladies qui resteraient incurables des symptômes dont ils sont actuellement affectés.

10° D'après ce que nous avons dit plus haut il ne prévient pas d'une manière certaine les récidives qui ont lieu tant que le principe n'est pas épuisé par des voies encore inconnues.

11° Les symptômes qui réclament les mercuriaux guérissent bien plus vite par ces moyens que par toute autre méthode, quand ils peuvent céder à d'autres traitemens.

12° Dans les symptômes secondaires syphilitiques, les mercuriaux sont la règle générale; les antiphlogistiques, les sudorifiques, les révulsifs, sont les exceptions.

13° La blennorrhagie qui n'est pas accompagnée de chancres doit être traitée comme une inflammation catarrhale.

14° Les symptômes lymphatiques qui peuvent se manifester à la suite des symptômes primitifs, rentrent dans le domaine de la pathologie générale.

J'ai l'honneur, etc.

B. RICORD.

CHUTE DE MATRICE; ÉLYTRORAPHIE. — CANCER DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE. — SECTION DU NERF SOUS-ORBITAIRE. Observations communiquées par M. BÉRARD jeune à la dernière séance de l'Académie.

Nous recevons communication de l'histoire exacte des malades présentés dans la dernière séance par M. Bérard jeune, candidat pour une place de membre de l'Académie (section de chirurgie).

1° *Chute de matrice guérie par l'élytroraphie.*

Une femme très-avancée en âge, depuis plusieurs années était affectée d'une chute complète de matrice réductible; mais la maladie se reproduisait aussitôt qu'elle se tenait debout. Pour la guérir de cette infirmité, M. Bérard a pratiqué une opération à laquelle il propose de donner le nom d'élytroraphie. Cette opération a été faite il y a deux mois et demi d'après la méthode d'un habile chirurgien anglais; M. Marshal-hall, et en suivant le procédé de M. Ireland. La matrice étant dans un état complet de prolapsus, M. Bérard a disséqué une bande de membrane muqueuse de la partie latérale gauche du vagin ayant 15 lignes de large, commençant à la face interne de la grande lèvre et se terminant sur le col de l'utérus; la réunion des bords de la plaie fut effectuée à l'aide de cinq points de suture simple; la réduction de l'utérus fut alors opérée et la malade placée dans son lit sans autre pansement. Elle y est restée quinze jours, au bout desquels elle s'est levée et a repris ses occupations habituelles, sans que l'utérus ait abandonné sa position normale. On peut aujourd'hui, en touchant la malade, s'assurer qu'il n'y a pas de reproduction de la descente de matrice: un point de suture tient encore vers le fond du vagin.

A cette occasion, M. Bérard communique à l'Académie qu'il a déjà fait trois autres opérations semblables sur deux femmes. La première a été pratiquée il y a bientôt six mois; la chute de matrice se reproduisit aussitôt que la malade commença à se lever. La seconde a été tentée un mois après sur la même femme, et la chute de matrice se reproduisit encore et de la même manière. On peut constater sur cette femme que les bords de l'incision ne se sont pas réunis et que le vagin est resté aussi ample qu'avant l'opération, circonstance qui explique la reproduction de la maladie. La troisième opération a été faite il y a maintenant vingt jours sur une femme de 36 ans. La malade commence à se lever et la guérison paraît solide. Aucun accident, soit primitif, soit consécutif, n'est survenu chez ces deux femmes, non plus que chez celle présentée à l'Académie (1).

M. Bérard invite MM. les académiciens qui en auront le loisir à assister à une cinquième élytroraphie qu'il fera jeudi prochain, 13 août.

2° *Cancer de la lèvre supérieure; réparation presque complète de la lèvre.*

2° Une femme portait un cancer de la lèvre supérieure, qui occupait la totalité de la moitié droite de la lèvre, et s'étendait à gauche jusqu'au-dessous de l'aile du nez de ce côté, envahissant toute l'épaisseur et la hauteur de la lèvre. L'opération fut faite dans le mois de février 1835. Le cancer fut enlevé à l'aide de trois incisions: deux perpendiculaires à la lèvre, laissant le mal entre elles deux, terminées en bas au bord libre de la lèvre supérieure, en haut au bord adhérent; la troisième transversale, au-dessus du mal, suivant le bord adhérent de la lèvre, et limitée à l'extrémité supérieure des deux premières; le cancer enlevé, des lambeaux latéraux furent formés, en prolongeant l'incision transversale ou supérieure jusqu'au-devant de chaque masséter, et en fendant parallèlement la joue depuis la commissure des lèvres, dans une égale étendue. Chaque lambeau avait la forme d'un carré allongé ou d'un rectangle dont trois bords étaient libres, savoir le supérieur, l'in-

(1) Nous donnerons dans notre prochain numéro l'observation d'une opération semblable également faite avec un plein succès par M. Velpeau, et dont il a communiqué l'histoire dans la même séance.

férieur et l'interne, et dont le quatrième ou externe était adhérent au-devant du muscle masséter. Les lambeaux furent attirés vers la ligne médiane et unis l'un à l'autre par leur bord interne, à l'aide de la suture entortillée; par leur bord supérieur, ils furent fixés aux joues et à la partie inférieure des fosses nasales par des points de suture simple et entortillée; en bas, des points de suture entortillée les unirent à la joue jusqu'au niveau de la commissure des lèvres; en sorte qu'une partie de leur bord inférieur saignant formait le bord libre de la nouvelle lèvre supérieure. Les plaies se cicatrisèrent par première intention. On peut voir aujourd'hui que la lèvre supérieure est si bien restaurée qu'elle ressemble exactement à une lèvre sur laquelle l'opération du bec de lièvre a été faite de la manière la plus heureuse. La joue droite est un peu ridée vers le côté de la commissure des lèvres, à cause de la traction que le lambeau droit, moins long que le gauche, a exercée sur elle (1).

3° *Tic douloureux guéri par la section du nerf sous-orbitaire.*

Une femme, qui souffrait de cette affection depuis plus de vingt ans, avait infructueusement subi tous les traitemens conseillés contre les névralgies; M. Bérard la trouva reléguée à la Salpêtrière parmi les malades dites incurables, éprouvant des douleurs si vives et si opiniâtres que la vie lui était devenue à charge. Un médecin avait tenté de la guérir en faisant la section du nerf sous-orbitaire, mais les douleurs, suspendues pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, n'avaient pas tardé à reparaître. L'opération fut faite par M. Bérard; dans le mois de mars 1835, de la façon suivante: Incision transversale sur la base de l'orbite; seconde incision qui descend perpendiculairement du milieu de la première dans la fosse canine; d'où plaie en T dont les angles sont renversés de haut en bas; section des parties molles jusqu'au périoste de la base de l'orbite; trou sous-orbitaire mis à découvert; tous les filets qui en émergent parfaitement isolés avec la pointe d'une sonde cannelée pour ne point les couper; section, avec perte de substance, de près de 4 lignes de longueur de ces mêmes filets. Au moment où le nerf sous-orbitaire fut coupé, la malade éprouva une douleur excessivement vive, et que tous les traits de son visage exprimèrent de la manière la plus énergique; mais cela passa avec la rapidité de l'éclair. Aussitôt après, la douleur avait entièrement disparu; la joue, l'aile du nez, la lèvre supérieure, l'intérieur de la bouche du côté gauche, avaient non-seulement cessé de souffrir, mais étaient devenus parfaitement insensibles. Depuis lors les accès de névralgie n'ont plus reparu. En présentant sa malade, M. Bérard enfonce des épingles dans ses joues jusque dans sa bouche, et elle ne s'en aperçoit que quand elle les touche avec sa langue. La myotilité de ce côté est aussi grande que du côté opposé. Les conséquences de ce fait sont faciles à déduire et pour la pathologie et pour la physiologie des nerfs de la face.

SUR LE CATHÉTÉRISME FORCÉ A LA MÉTHODE DE M. MAYOR; par M. DUBOUCHET.

Monsieur le rédacteur,

La GAZETTE MÉDICALE et quelques autres recueils de médecine ont successivement publié plusieurs articles sur le procédé de cathétérisme forcé employé et préconisé par le docteur Mayor, de Lausanne; malgré le silence qui a été gardé par les nombreux praticiens qui se livrent au traitement des maladies des organes génito-urinaires, il n'en faudrait pas conclure de là que cette méthode est infaillible et tout-à-fait inoffensive.

Un des premiers je me suis procuré le travail du chirurgien de Lausanne; j'ai eu l'honneur d'accueillir ce médecin distingué dès son arrivée à Paris, et de lui offrir même les moyens d'essayer dans ma pratique son nouveau procédé. Les résultats n'ont pas été toujours heureux, il en a été de même dans un de nos hôpitaux, où M. Mayor a tenté le cathétérisme forcé en présence d'un grand nombre d'élèves et de médecins dont je faisais partie.

Dans la troisième édition de mon *Traité des rétentions d'urine et des rétrécissemens de l'urètre* qui paraîtra très-incessamment, j'indiquerai les cas où les cathéters en plomb ou en étain sont utiles, et ceux où l'on doit les rejeter. J'insisterai surtout sur les graves accidens qui peuvent arriver à la suite de leur emploi dans certaines obstructions du canal de l'urètre, et le danger qu'on peut faire courir aux malades en continuant ces tentatives hardies et réitérées de cathétérisme forcé.

Il n'est pas indifférent de rappeler dans cette occasion que le célèbre Desault, qui fut si heureux pendant sa longue pratique dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre, devait une partie de ces succès à l'habileté avec laquelle il se servait des sondes en argent d'un fort calibre arrondies à leur extrémité. Il arrivait à la vessie dans les cas les plus difficiles, là où plusieurs praticiens très-exercés avaient totalement échoué. C'était aussi à l'aide de ces mouvemens en tour de vrille, qu'il faisait exécuter à la sonde en la faisant tourner sur son axe de droite à gauche et en poussant ensuite avec une certaine force contre l'obstacle suivant la direction du canal, qu'il triomphait des rétrécissemens les plus forts et les plus étendus. Ce sont aussi ces mouvemens de vrille si bien reproduits tout récemment par M. Mayor, qui font que ce praticien habile arrive parfois si rapidement et avec tant de bonheur dans la vessie. Mais il faut avoir le courage d'avouer que toutes ces tentatives ne sont pas couronnées de succès, qu'elles entraînent souvent après elles des accidens graves, qui compromettent la vie des malades.

Il est important de ne pas induire en erreur nos jeunes confrères, surtout ceux qui sont éloignés de la capitale, qui, sur les éloges qu'a reçus cette nouvelle méthode, pourraient en tenter l'emploi avec confiance et sécurité. Établissons qu'en fait, le cathétérisme forcé, quel que soit l'instrument avec lequel on veut l'opérer, réclamera toujours les plus grandes précautions et les mains les plus habiles et les plus exercées lorsqu'on voudra le mettre en pratique.

Agréez, etc.

DUBOUCHET, D.-M. P.

LETTRE DU PROFESSEUR PACINI DE LUCQUES, SUR LES PROGRÈS DE LA LITHOTRITIE EN ITALIE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Nous avons été surpris de voir affirmer dans la GAZETTE MÉDICALE par M. le professeur Roux, que les chirurgiens italiens avaient été peu favorables à l'introduction en Italie de la lithotritie, et qu'elle n'avait été pratiquée qu'une seule fois à Florence. M. Roux a été mal informé, puisque lorsqu'il est venu en Italie elle avait été exécutée par le professeur Cairoli de Pavie, par les docteurs Dabeni et Medaro de Padoue, comme nous avions déjà annoncé dans nos *Observations critiques sur l'état actuel de la médecine en Italie*. Lucques, 1832. Et même avant l'arrivée de M. le professeur Roux en Italie, M. le professeur Pecchioli de Sienne avait pratiqué la lithotritie deux fois, le professeur Regnoli de Pise, une fois; le docteur Campanella, à Gênes, une fois; le professeur Riberi, à Turin, quatorze fois; le docteur Pertusio, dans la même ville, cinq fois; le docteur Collieix, également à Turin, neuf fois; le docteur Gennari, à Naples, deux fois; le professeur Baroni, à Boulogne, cinq fois; de sorte qu'au lieu d'une fois à Florence, nous avons quarante-deux fois dans différentes villes de l'Italie. Nous croyons devoir faire observer aussi que des quatorze opérations pratiquées par M. Riberi quatre l'ont été avec succès sur des enfans de l'âge de trois à dix ans.

Agréez, etc.

PACINI, professeur d'anatomie à Lucques.

LUXATION DE L'OS PISIFORME, observée par M. Albin GRAS, interne à la Salpêtrière.

Au n° 45 de l'infirmerie des aliénées était couchée Annette L..., âgée de 44 ans, ouvrière, atteinte depuis long-temps d'une affection chronique de la poitrine.

Le 19 juin, à cinq heures du soir, elle était assise sur son lit et se servait de la main gauche pour repasser du linge placé devant elle sur une planche; le poignet, dans l'extension forcée, était appliqué contre le manche de l'instrument à repasser, en sorte que l'os pisiforme était repoussé de bas en haut; au moment où la malade ainsi placée ap-

(1) C'est absolument le même procédé qu'a employé M. Lisfranc pour le malade qui a été présenté il y a un mois environ à l'Académie. Nous avons différé de donner cette observation, parce que nous attendons un mémoire que M. Lisfranc nous a promis sur ce sujet.

puyant avec force et en ramenant la main dans l'adduction pour faire tourner le fer, elle sentit un léger craquement au poignet, suivi aussitôt d'une douleur vive s'étendant de l'os pisiforme au coude. La malade assure avoir eu la sensation du déplacement d'un petit os. Pendant la nuit, vive souffrance qui l'empêche de dormir; sentiment de chaleur et de douleur dans les doigts et le poignet gauches.

Examinée le lendemain matin, la portion de l'éminence hypothénar qui correspond à l'os pisiforme est légèrement gonflée, rouge et douloureuse; la main est portée un peu dans l'adduction et fléchie sur l'avant-bras; le moindre mouvement excite la douleur. A 5 lignes environ au-dessus du point qu'occupe ordinairement l'os pisiforme, on sent une petite tumeur dure et distincte, qui est évidemment cet os qu'on ne trouve plus à sa place ordinaire; on peut le reconnaître à sa forme; il est immobile de haut en bas, très-mobile latéralement, et son déplacement dans ce dernier sens provoque facilement une erépitation ligamenteuse; en outre, la main étant tenue dans une extension modérée et en ligne droite sur l'avant-bras, on peut constater que l'espace qui sépare à l'état normal l'apophyse styloïde du cubitus de l'os pisiforme est diminué de plus de moitié; en mesurant, comparativement au membre du côté opposé, l'espace compris entre le point le plus saillant de l'épitrochlée et le sommet de l'os pisiforme, on trouve que la distance entre ces deux points est moindre de 6 lignes du côté gauche.

L'existence de la luxation ne pouvant être l'objet d'aucun doute, je procédai à la réduction de la manière suivante. Une petite compresse graduée et mouillée fut placée au-dessus de l'os détaché; je recouvris cette compresse avec le plein d'un bandage en fronde, dont les deux chefs supérieurs furent ramenés et croisés autour du poignet; les deux chefs inférieurs furent ramenés obliquement, l'un du côté de la région dorsale, l'autre du côté de la région palmaire de la main vers l'espace compris entre le pouce et l'index; la réduction s'opéra alors en faisant fléchir l'avant-bras sur le bras, tirant sur les deux chefs et faisant pousser par un aide le pisiforme de haut en bas; l'os étant replacé, les deux chefs furent croisés sur l'espace indiqué, suffisamment garni de linge, puis ramenés sur le plein de la fronde et croisés de nouveau pour se terminer en formant des circulaires autour du poignet. Après la réduction, les douleurs cessèrent aussitôt; la nuit fut calme, et trois jours après la malade enleva elle-même le bandage sans que la luxation se reproduisît; actuellement la malade est entièrement guérie.

NOUVEAU CAS DE KYSTE DU VAGIN.

Paris, le 16 juin 1835.

Monsieur,

Un fait analogue à ceux qui vous ont été communiqués par MM. Bérard jeune et Pauly, a été observé l'an dernier à l'Hôtel-Dieu.

Au mois de février 1834, pendant que M. Sanson faisait la clinique de M. Dupuytren, une jeune paysanne de 22 ans, d'une constitution très-forte et d'une santé florissante, fut placée au n° 22 de la salle St-Jean. Cette jeune fille racontait qu'un an auparavant elle avait fait une chute en ayant sur les épaules un pesant fardeau. Peu de temps après elle sentit à l'orifice inférieur du vagin une tumeur tout-à-fait indolore et qui ne gêna nullement l'excrétion des urines et l'écoulement du flux menstruel. Elle augmenta de volume avec beaucoup de lenteur.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, cette femme avait été attaquée par un homme qui lui fit violence. Elle fut effrayée; ses règles, qui coulaient alors s'arrêtèrent subitement, et depuis cette époque elle avait plusieurs fois par jour de véritables attaques d'hystérie.

M. Sanson traita d'abord la maladie nerveuse, qui céda en peu de jours aux saignées abondantes et aux potions anti-spasmodiques.

La tumeur que cette femme portait dans le vagin avait la grosseur d'un très-petit œuf de poule, et venait, au moindre effort d'expulsion, se présenter entre les deux grandes lèvres. On la repoussait dans le vagin avec la plus grande facilité; on voyait alors qu'elle était insérée à la paroi antérieure de ce conduit, un peu au-dessus du méat urinaire. A son sommet, la tumeur présentait une paroi mince et bleuâtre; la paroi de la base était sillonnée de rides, comme la muqueuse du vagin. Le toucher y déterminait une fluctuation assez manifeste. M. Sanson, après l'avoir examinée à plusieurs reprises, en introduisant une sonde dans la vessie, fit à la clinique des réflexions qui peuvent se résumer ainsi: « Cette tumeur n'offre point assez de résistance pour être un polype, ce n'est probablement pas une hernie de l'intestin, puis qu'elle est irréductible, qu'on ne peut la faire disparaître. Si c'était une hernie vésicale, il y aurait quelque dérangement dans l'excrétion de l'urine, la pression pourrait faire rentrer le liquide dans la vessie. Nous croyons que c'est un kyste développé dans la paroi antérieure du vagin. »

Arrêté à cette idée, M. Sanson fit coucher la malade comme pour la taille sous-pubienne. Il fit saillir la tumeur au dehors, et avec un bistouri il la cerna à sa base par deux incisions semi-circulaires, et l'enleva sans ouvrir le kyste. En examinant la pièce on la trouva remplie d'un liquide rougeâtre épais et très-visqueux.

La plaie se cicatrisa très-promptement, et la malade opérée le 11 mars quitta l'Hôtel-Dieu le 28 du même moins. Je vis au mois d'août suivant dans les salles de M. Lisfranc le cas tout-à-fait semblable qui vous a été communiqué par M. Pauly. M. Bérard jeune en publie un troisième, ce qui pourrait faire croire que ces kystes ne sont pas excessivement rares puisque ces trois faits ont été observés en moins de six mois. Je vous communique cette observation afin que vous l'insériez dans votre journal, si vous jugez à propos de joindre aux deux faits que vous avez publiés une observation qui leur est antérieure.

Agréez, etc.

Un externe de l'Hôtel-Dieu.

DU REFROIDISSEMENT DANS LES MALADIES GRAVES, et des indications qui en dérivent; par J. SIGART, docteur-médecin à Jammapes.

Les réflexions du docteur Sigart ont eu pour point de départ l'observation suivante:

OBS. — Un individu âgé de 37 ans, porteur depuis plus de dix ans d'un catarrhe chronique, tomba, au commencement de 1834, d'une fièvre lente. Bientôt il fut forcé de s'aliter. Le 13 mai, les selles s'arrêtent, l'excrétion des urines est suspendue, les crachats se suppriment; respiration bruyante; pouls rapide et presque insensible. Mais ce qu'il importe de noter, c'est que les extrémités paraissant au toucher froides et humides, le malade y accuse une ardeur extrême, repousse les linges chauds dont on les enveloppe, rejette ses couvertures, élève les genoux en portant les talons aux fesses; il faut ouvrir les fenêtres quoique l'air soit très-frais; il sent ses pieds brûlés, bien que les orteils soient cyanosés et exige qu'on lui lave les jambes avec de l'eau glacée. On obéit, alors il se trouve mieux et la faiblesse est moindre. Après dix ou quinze heures d'un état stationnaire, la toux amène quelque expectoration, le malade urine, le pouls revient, le froid des extrémités disparaît, ainsi que la sensation de chaleur éprouvée par le malade. Cette amélioration notable dura un jour entier, après quoi tous les symptômes revinrent, et le malade succomba.

Cette coïncidence d'un froid sensible à la main avec une chaleur interne, et du réchauffement avec diminution de cette sensation de chaleur, est en effet très-digne de remarque. L'auteur rappelle que, dans le froid cholérique, les malades accusent aussi une sensation de chaleur dans les membres, et repoussent les couvertures. L'absence de circulation aux extrémités n'est-elle pas alors une sorte d'action médicatrice de la nature, qui rétrécit le cercle circulatoire afin de donner plus de vigueur à la circulation des viscères importans? La chaleur accusée par les malades n'est-elle pas pour le médecin un indice qu'ils ont plutôt besoin d'être refroidis qu'échauffés, et que le refroidissement leur est utile en rétrécissant encore davantage la circulation. Dans l'état d'affaissement où ils se trouvent, le cerveau a besoin d'être suffisamment excité par le sang pour entretenir la vie; et si, négligeant cette donnée, vous appliquez la chaleur aux extrémités, si vous réussissez à y rappeler le sang, il est à craindre que le cerveau, les poumons, le cœur, ne tombent eux-mêmes dans un collapsus qui se manifestera par la dyspnée, les lipothymies et enfin la mort.

M. Sigart propose donc, dans les affections cyaniques et en particulier dans le choléra, de refroidir les membres déjà froids ou d'y appliquer des ligatures pour restreindre le cercle circulatoire et ranimer ainsi l'action nerveuse, et de porter les excitans sur le cœur. Il y aurait plus d'une objection à faire à sa théorie; mais le moyen qu'il propose pouvant au moins soulager les malades, et n'offrant pas plus de chances d'insuccès que tout autre, il n'y a aucun inconvénient à en essayer.

OBSERVATION DE KYSTE SITUÉ DANS L'ÉPAISSEUR DE LA PAROI VÉSICO-VAGINALE; communiquée par M. le docteur LEMAZURIER, membre correspondant de l'Académie à Versailles.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai lu, dans le n° 24 de la GAZETTE MÉDICALE de cette année, une observation d'un kyste situé dans l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, guéri par l'incision et l'excision de la partie vaginale de ce kyste. M. Bérard, auquel nous devons cette intéressante observation, n'en connaît pas de semblable dans l'histoire de l'art, ce qui me porte à penser que le fait suivant est resté inédit, quoique Pelletan, avec lequel je l'ai observé, y attachât un grand prix, et se fût promis de le publier plus tard.

En décembre 1806, une jeune femme fut admise à l'Hôtel-Dieu avec une tumeur située dans la partie latérale gauche du vagin; à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, présentait assez de résistance, était susceptible d'être refoulée assez haut, et revenait à sa place par les efforts de la toux, mais non pas avec la même promptitude qu'une hernie intestinale. Cependant la fluctuation qu'elle offrait n'était pas assez manifeste pour que le doute ne fût permis, ainsi qu'un peu d'hésitation sur le parti qui restait à prendre pour délivrer cette femme d'une maladie qui devenait incommode.

Pendant plusieurs jours, Dupuytren, dans le service duquel la malade était placée, regarda la tumeur que j'ai décrite comme une hernie intestinale, et crut devoir s'abstenir de toute opération. Pelletan, qui croyait à l'existence d'un kyste, consentit à prendre sur lui la responsabilité du procédé qu'il conseillait, et pratiqua avec un bistouri, au centre de la tumeur préalablement rapprochée de l'orifice du vagin, une incision qui donna issue à une assez grande quantité de liquide lactescent, et fit cesser tous les doutes sur la nature de cette tumeur.

Le traitement consécutif ne présenta rien de particulier.

Il m'a semblé que l'observation d'un fait qui a pu embarrasser un instant l'homme auquel nous accordons tous un diagnostic si sûr et si remarquable, pouvait encore offrir de l'intérêt, après les observations que contient votre excellent recueil. Si vous en jugez de même, je vous prie de l'insérer dans un de vos prochains numéros.

Agréez, etc.

LEMAZURIER, D.-M. P.

EMPOISONNEMENT PAR UN GROS ET DEMI D'OXIDE BLANC D'ARSENIC. — GUÉRISON PAR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ.

Monsieur,

La note suivante qui vient de m'être communiquée par M. Bergeron, médecin fort distingué à Mers, me paraît de nature à intéresser vos lecteurs.

Fonquet, perruquier, ivrogne, âgé de 35 ans, dans un accès de *delirium tremens*, avala un gros et demi d'oxide blanc d'arsenic. Une demi-heure auparavant il avait mangé une soupe. On lui donne des secours, et une demi-heure également après l'ingestion du poison, il commence à boire de grands verres d'eau, tenant en suspension du tritoxide de fer hydraté. En douze heures il a employé tout l'oxide provenant de la décomposition de cinq onces cinq gros de tritosulfate de fer. Il n'a éprouvé aucune colique violente; et, 24 heures après, à peine offrait-il quelque malaise. Il a eu des vomissemens, mais ces vomissemens étaient presque tous composés des substances qu'il buvait si complaisamment.

Agréez, etc.

G. MONOD.

Paris, 16 août 1835.

VARIÉTÉS.

— La Société de médecine de Lyon avait mis au concours pour l'année 1835 les deux questions suivantes:

1° *Du cancer utérin, faire connaître toutes ses causes, indiquer exactement son diagnostic et l'éclairer autant que possible par des autopsies cadavériques.*

Décrire le traitement préservatif et curatif de cette maladie.

2° *Examen général de la constitution atmosphérique de la ville de Lyon et de ses faubourgs.*

Établir ses différences suivant les diverses sections de cette localité.

Indiquer exactement son influence sur la santé publique et les modifications qu'elle imprime aux maladies.

Exposer les moyens préservatifs à employer contre son action pernicieuse.

Sur la première question, adoptant à l'unanimité les conclusions du rapport de sa commission, la Société a décerné le prix (une médaille d'or de 300 fr.) à M. TÉALLIER, médecin à Paris, et une mention honorable à M. REIGNIER, interne des hôpitaux de Paris.

Aucun mémoire n'ayant été envoyé sur la seconde question, elle est retirée du concours.

La Société décernera, dans le mois d'octobre 1837, une médaille d'or de la valeur de 300 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante:

Des avantages et des inconvéniens de la médication par le froid dans les maladies internes.

Indiquer son mode d'action sur l'organisme.

Préciser par des observations cliniques les cas où elle doit être mise en usage, l'époque à laquelle on doit y avoir recours, et celle où il convient de la cesser.

Une seconde médaille d'or également de la valeur de 300 fr., sera accordée à l'auteur du meilleur mémoire sur cette autre question:

Quelles sont les maladies auxquelles sont plus particulièrement exposés les ouvriers en soie de la ville de Lyon?

Indiquer les améliorations introduites depuis la fin du dernier siècle dans l'hygiène de cette classe d'industriels.

Préciser celles dont elle est encore susceptible, et les moyens de les réaliser.

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés francs de port avant le 1er juin 1837, à M. le docteur Rougier, secrétaire-général de la Société, place de la Préfecture, à Lyon.

Chaque mémoire devra porter en tête une épigraphe, qui sera répétée dans un billet cacheté contenant le nom et l'indication de la demeure de l'auteur.

— La société d'émulation du Jura, qui, le 27 octobre 1833, a consacré avec solennité, par une inscription, la maison dans laquelle Xavier Bichat est né, à Thoirette, canton d'Arinthod, arrondissement de Lons-le-Saulnier, avait, dès cette époque, formé le projet d'élever à ce grand homme un monument dans sa commune natale, sur les limites des deux départemens qui se disputent l'honneur de le compter parmi leurs plus illustres citoyens.

La société a adopté, par sa délibération du 28 avril dernier, le projet d'une fontaine monumentale surmontée du buste de Bichat. Elle invoque le concours des médecins, des hommes de lettres, de ceux qui cultivent les sciences, et généralement celui de tous les appréciateurs du génie de Bichat, et de tous les amis de la gloire nationale, pour l'aider à élever le monument projeté.

Une commission a été formée à Paris, parmi les membres de la société médicale du Jura, pour recevoir les souscriptions; elle se compose de:

MM. le lieutenant-général baron BERNARD, pair de France, aide-de-camp du roi;
COLIN, procureur-général près la Cour royale de Dijon, membre de la chambre des députés;
CORDIER, ancien inspecteur des ponts-et-chaussées, membre de la chambre des députés;
DALLOZ, avocat aux conseils du roi et à la Cour de cassation;
Le lieutenant-général baron DELORT, aide-de-camp du roi, membre de de la chambre des députés;
DROZ, de l'Académie française et de celle des sciences morales et politiques;
JANET, conseiller à la Cour royale de Paris, ancien député du Jura;
JOUFFROY, professeur de la Faculté des sciences, de l'Académie des sciences morales et de la chambre des députés;
MARJOLIN, professeur de la Faculté de médecine de Paris;
NODIER, chancelier de l'Académie française;
ORDINAIRE, docteur en médecine et directeur de l'Institut royal des Sourds-et-Muets;
POUILLET, professeur de la Faculté des sciences et directeur du Conservatoire des arts et métiers;
ROUX, professeur à la Faculté de médecine de Paris, de l'Académie des sciences, et chirurgien de l'Hôtel-Dieu;
ROUX DE ROCHELLE, ancien ministre de France aux Etats-Unis;
SOALIN, docteur de la Faculté de médecine de Paris,
Et CUYÉTANT, docteur de la même Faculté, membre de l'Académie royale de médecine, et secrétaire perpétuel de la société d'émulation du Jura.

La souscription est ouverte chez M. Cuyétant, à Paris, rue Taranne, n° 10.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU MAL VERTÉBRAL DE POTT; par M. NICHET, chirurgien en chef désigné de l'hôpital de la Charité à Lyon.

(Suite et fin — Voir le dernier numéro.)

La paralysie ne nous a jusqu'ici occupés que d'une manière accessoire; dans les observations déjà rapportées, le plus souvent elle n'existait pas; d'autres fois, on l'a trouvée à un faible degré; dans quelques cas enfin, elle était très-prononcée et a toujours coïncidé avec une forte compression de la moelle. Nous allons maintenant chercher à saisir les rapports qui existent entre ce symptôme et les diverses altérations du rachis et de la moelle épinière.

OBS. XIV. — Joseph Regis Villard, âgé de 26 ans, a servi pendant trois ans, deux ans comme cavalier et un an comme fantassin; il était alors fort adonné à la masturbation. C'est vers la fin de 1831 qu'il sentit les premières atteintes de son mal. Pendant un effort pour soulever un lourd fardeau, il éprouva dans les lombes une si vive douleur qu'il eut bien de la peine à se redresser. Cette douleur se calma pour revenir souvent dans les divers mouvemens du tronc ou de la tête. S'il courait, la douleur se faisait sentir dans les flancs; il était obligé de s'arrêter; ses jambes étaient lourdes.

Ce n'est que six mois après ces premiers accidens que la gibbosité vertébrale fixa son attention; il encourait souvent des corrections de la part de ses chefs pour sa mauvaise tenue à cheval. On finit par le faire passer dans l'infanterie, où il servit encore une année après laquelle il fut définitivement réformé, deux ans après l'invasion des premiers symptômes.

Après une longue route qu'il fit à pied pour retourner dans son pays, ses jambes devinrent douloureuses et difficiles à mouvoir; il ne pouvait marcher que pour se rendre du premier étage au rez-de-chaussée; il restait assis tout le jour; le feu le plus ardent ne pouvait le garantir du froid aux extrémités inférieures; le soir, lorsqu'il voulait monter l'escalier, il était obligé de transporter ses jambes d'une marche à l'autre avec ses deux mains.

Lorsqu'il fut admis dans mon service, il portait une gibbosité au niveau de la neuvième vertèbre dorsale; les membres inférieurs étaient flasques et tombaient comme des corps inertes; les pincemens les plus forts n'étaient point perçus jusqu'au niveau de l'ombilic; la vessie se laissait distendre par l'urine, et on était obligé de le sonder plusieurs fois par jour.

Deux larges cautères furent appliqués sur les côtés de la gibbosité, et le malade resta étendu dans son lit. Sous l'influence de ce traitement les mouvemens et la sensibilité revinrent aux membres inférieurs; au bout de deux mois, il pouvait les tenir élevés et les porter dans tous les sens, et il sentait vivement les pincemens exercés sur la peau; le cathétérisme était devenu inutile.

Après cinq mois de traitement il put se promener dans la salle avec le léger appui d'un bâton; mais encore les muscles du dos étaient faibles, et je lui fis garder le lit pendant plus de deux mois. Après une année de séjour à l'hôpital, les membres et le tronc avaient acquis toute la force et la souplesse qu'on pouvait désirer; malgré la flexion de la colonne, restée la même qu'au début du traitement,

Feuilleton.

ESQUISSE SUR LES EAUX MINÉRALES.

(Deuxième article.)

Voulez-vous voir la société en raccourci, et cependant telle qu'elle est en réalité? voulez-vous étudier les hommes sous les aspects les plus divers, les plus singuliers, connaître le monde, ce véritable théâtre de folies dramatiques? eh bien! fréquentez les eaux minérales les plus célèbres. Ne vous contentez pas d'en visiter une seule, car vous tomberiez dans l'assurance et le pédantisme d'un habitué qui a vu et bu, et par cela même n'est jamais sobre d'enthousiasme et de médisance, selon les résultats. Il ne faut pas non plus se presser de juger et de conclure; le mieux est de voir, bien voir, et d'attendre. En suivant cette méthode, on se convaincra bientôt que la foule qui se presse aux eaux représente la cité en miniature; il y a là comme une sorte d'optique scénique très capable de bien faire connaître l'état social. De plusieurs pays se dirigent en effet et se concentrent sur un seul point un grand nombre de personnes de position, de mœurs, de caractère, d'éducation très-différens, et qui pourtant n'ont qu'un seul but, guérir ou s'amuser, ou, mieux encore, guérir en s'amusant, ce qui est le comble de l'art et de la philosophie. Là se forme donc une *réunion* où les rangs se rapprochent, mais sans se confondre; où tous les argens s'échangent, où les sentimens, les passions, les opinions, les préjugés se déguisent et ne se montrent que de profil, où les misères dorées et les misères à nu se trouvent face à face, où, bercé par l'espoir de guérir en s'amusant, car c'est le point essentiel, on écoute la médecine et ses douces paroles, on boit les doses prescrites, on se baigne, on s'expose à la douche, puis on lit, on se promène, on joue, on danse, on fait de la musique, on tâche de faire un fonds commun de jouissances, de nouvelles, de médisances, de malices; de troquer de l'ennui contre de la fatigue ou du plaisir, enfin d'achever sa saison le plus tranquillement et le plus gaîment possible. Voilà ce qu'on appelle en général la *vie des eaux*, vie bien différente de celle que nous avons remarquée dans notre article précédent; vie agréable, douce, commode, donnant parfois la décevante illusion, le mirage de cet être fantastique qu'on appelle bonheur.

On ne doit donc pas s'étonner de trouver des réunions fort nombreuses aux bains de mer les plus réputés et aux eaux minérales les plus en faveur. Chacun accourt à ces sources régénératrices et vivifiantes, faire provision de santé, de repos, de plaisir. « Chacun y fait emplette et d'amans et d'amis. » Êtres souffrans,

le malade marchait presque toute la journée. Quarante cautères avaient déjà été appliqués successivement; et ce jeune homme se croyant guéri demandait avec instance qu'on lui supprimât les deux derniers.

Au mois de mars 1835, ayant eu l'imprudence de se coucher à un soleil brûlant, il fut frappé d'une arachnitis cérébrale à laquelle il succomba.

Nécropsie. Les vertèbres affectées sont les neuvième et dixième dorsales; la partie antérieure de leur corps a disparu; on en trouve de nombreux débris nécrosés, mêlés à de la matière tuberculeuse diffluente. Une certaine quantité de cette matière a filtré au devant du ligament vertébral postérieur, par un petit espace ménagé à gauche entre les deux vertèbres malades. Au niveau de cet épanchement la dure-mère offre une tache brune de la largeur d'une pièce de trente sols. La moelle épinière ne présente aucune altération sensible. La huitième vertèbre a subi un commencement de destruction. Sa surface et ce qui reste des deux vertèbres suivantes sont transformés en un tissu blanc, dur, éburné. Les cartilages qui unissaient les vertèbres malades sont réduits en une matière muqueuse adhérente aux inégalités des os. Le ligament vertébral antérieur, dans le lieu qui correspond aux vertèbres détruites, est très-épaissi et légèrement soulevé par deux ou trois cuillerées de sérosité qui tient en suspension de la matière tuberculeuse.

Les poumons sont crépitans et ne renferment aucun tubercule.

L'arachnoïde et surtout la pie-mère sont profondément injectées.

Sur le côté gauche des trois premières vertèbres lombaires, entre le psoas et le péritoine, se trouve un vaste kyste parfaitement circonscrit et rempli de matière tuberculeuse diffluente.

Ce jeune homme fit un effort qui fut suivi de douleur dans le dos et d'incurvation; cet effort ne fut certainement qu'une cause occasionnelle, car depuis long-temps le malade avait contracté l'habitude de la masturbation, et il éprouvait de la faiblesse dans les reins.

Il a pu faire un long service avec sa gibbosité, ses jambes n'étant point paralysées: ce n'est qu'à une époque avancée de la maladie que la paralysie a paru. L'ouverture du cadavre a montré que la destruction des vertèbres avait procédé d'avant en arrière; elle a dû commencer dans le point le plus éloigné de la moelle, et l'époque où la paralysie s'est montrée doit correspondre au moment où la destruction d'une portion postérieure du corps des vertèbres a laissé tomber dans le canal vertébral une certaine quantité de matière tuberculeuse. Il en est résulté pour les méninges et la moelle une légère compression et une inflammation qui ont donné lieu à la paraplégie. A la vérité, nous n'avons trouvé que de bien faibles traces d'inflammation; mais les exutoires entretenus et renouvelés pendant plus d'une année ont dû combattre cette inflammation et faire ainsi disparaître la paralysie.

Il est important de remarquer la forme de la paralysie; il n'y avait point cette raideur comme tétanique si fréquente dans le mal de Pott; les membres étaient, au contraire, flasques et indolens; cela coïncide avec le peu d'énergie de la cause irritante et avec l'inflammation peu profonde de la moelle. Aussi les mouvemens et la sensibilité sont-ils facilement revenus sous l'influence des moyens de l'art. Nous verrons dans un instant d'autres lésions anatomiques coïncider avec d'autres formes de paralysie.

Remarquez encore la dureté et le poli des vertèbres altérées, et mettez-les en rapport avec les mouvemens que le malade a exécutés avant sa paralysie et après la complète disparition de ce symptôme.

Je dois mentionner enfin le vaste foyer tuberculeux isolé dont nous avons déjà trouvé plusieurs exemples, et qui est un argument en faveur de la nature tuberculeuse de la maladie vertébrale.

Si un accident n'eût pas abrégé la vie de ce malade, les vertèbres se seraient usées par le frottement continuel, la flexion de la colonne n'aurait fait qu'augmenter, la poitrine se serait déformée, les côtes se seraient rapprochées jusqu'au contact, et après quelques années on aurait trouvé les mêmes lésions que chez le sujet de l'observation X.

Obs. XV. — Un homme de 35 ans entre à l'hôpital pour une gibbosité peu prononcée au milieu du dos, accompagnée de faiblesse dans les membres inférieurs; on lui applique des cautères au voisinage de l'incurvation; la force ne tarde pas à revenir aux membres et le malade quitte l'hôpital. De retour chez lui il laisse fermer les cautères, et la paralysie reparait. Rentré à l'hôpital au bout de trois mois, il peut marcher, mais avec lenteur et précaution. Il a besoin d'un appui; la sensibilité est parfaitement conservée. La gibbosité est indolente. Quelques jours après son retour à l'Hôtel-Dieu, il est subitement pris de perte de connaissance, avec dilatation et immobilité des pupilles, agitation, contractions spasmodiques des membres, fièvre; il meurt au bout de trente-six heures.

Nécropsie. L'arachnoïde et la pie-mère qui tapissent le pont de Varole, plus épaisses et plus résistantes que dans l'état normal, sont de couleur gris-de-perle; les ventricules latéraux contiennent quatre cuillerées de sérosité.

Cinq vertèbres dorsales sont dénudées en avant; entre elles et le ligament vertébral antérieur soulevé on trouve une couche épaisse de matière tuberculeuse concrète; le corps d'aucune de ces vertèbres n'est complétement érodé; un seul cartilage intervertébral a disparu. Les deux corps vertébraux rapprochés par sa destruction commencent à s'user en avant. Derrière les vertèbres malades il s'est fait un épanchement de matière tuberculeuse concrète, qui a légèrement repoussé en arrière le ligament vertébral postérieur; au niveau de cet épanchement les méninges sont un peu épaissies, et la moelle parait un peu plus dure que dans l'état normal.

Il est facile d'apercevoir la grande analogie de cette observation avec la précédente. Des deux côtés nous voyons un léger degré de paralysie cédant facilement à l'emploi des exutoires, et nous trouvons à l'ouverture du cadavre, dans les deux cas, un épanchement de matière tuberculeuse trop peu abondant pour produire la compression de la moelle, mais suffisant pour déterminer son inflammation et celle des méninges. C'est cette inflammation qui entretenait la paralysie; c'est elle que les cautères ont combattue; c'est à elle qu'étaient dues les altérations légères de structure de la moelle et de ses membranes. Chez les deux sujets, les tubercules étaient situés primitivement entre les vertèbres et le ligament antérieur, et avaient passé secondairement dans le canal vertébral, chez le premier, par une perte de substance du tissu osseux; chez le second, par l'espace que le cartilage détruit avait laissé vide.

Obs. XVI. — Nicolas Dumas, âgé de 13 ans, portait une gibbosité à la partie supérieure de la région dorsale. Sa volonté n'avait aucune influence sur ses membres inférieurs, dont les muscles étaient frappés d'une raideur tétanique; la sensibilité y était conservée. Les muscles du tronc étaient d'une faiblesse extrême. Lorsqu'on l'asseyait sur son lit, il n'avait pas la force de s'y tenir: il tombait à droite ou à gauche. La respiration était un peu gênée. Il attribuait sa maladie à une chute qu'il avait faite une année auparavant en voulant sauter un fossé. Ce malade mourut cinquante jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu. Pendant son séjour quatre cautères furent appliqués au dos; la teinture alcoolique de noix vomique fut administrée à l'intérieur; le tout sans la moindre amélioration dans les mouvemens des membres inférieurs. Au contraire leur sensibilité, qui à l'entrée du malade était intacte, ne cessa de décroître.

Deux jours avant sa mort cet enfant éprouva subitement une grande oppression qu'il attribuait à la présence d'un corps étranger placé derrière les clavicules. Il succomba rapidement à l'augmentation toujours croissante de la difficulté de respirer. (Par M. Clement, chirurgien-interne.)

Nécropsie. La plèvre gauche contient un demi-litre de sérosité purulente; une poche formée par le ligament vertébral antérieur, doublé par les plèvres, fait une saillie très-prononcée au-devant de quatre vertèbres dorsales dont le corps est dénudé et rongé en partie. La cavité de cette poche est occupée par de la sérosité

épuisés par de longues et trop réelles maladies, vieillards qui languissent au bord de leur tombe, jeunes gens qui se sont hâtés de vivre, hommes blasés courant après la vivacité des plaisirs et ne trouvant que celle des douleurs, jeunes beautés malades de désirs rentrés, vieux débauchés croyant à la fontaine de Jouvence, douairières essayant de raviver des charmes quinquagénaires, etc., tous composent une société plus ou moins nombreuse, subdivisée ensuite en réunions particulières, en petites coteries, dont les idées, les préjugés, les manières de voir plus ou moins opposées forment ensuite les nuances du tableau principal. C'est surtout dans les grands établissemens thermaux qu'on peut prendre une idée positive de ce genre de public; c'est là qu'on se presse, qu'on s'entasse, qu'on s'agglomère, dût-on y éprouver du malaise et des privations. Mais on a été à telles eaux où la société se réunit, et on ne peut avouer décemment que celles-là. Aussi un jeune fashionable écrivait-il de Baden à un de ses amis: nous sommes mal logés, mal nourris et chèrement, mais c'est charmant.

Toutefois, un médecin qui sait observer ne tarde pas à découvrir dans cette brillante cohue de certaines eaux minérales, de notables différences, malgré l'apparente uniformité qui règne dans l'établissement. Une chose bien remarquable, c'est que la première et la plus fondamentale division qu'on puisse établir ici est celle des malades et de ceux qui se portent bien ou à peu près. Ces deux catégories, mais surtout la seconde, peuvent ensuite se subdiviser en espèces et en variétés très multipliées.

Cependant on peut le dire, la classe la plus nombreuse aux eaux minérales qui jettent un certain éclat, est encore celle des malades. La plupart, convaincus qu'ils ne retrouveraient qu'à ces sources bienfaisantes la santé, trésor qu'on dissipe si follement, accourent dans cette espérance. Ah! si l'on pouvait remonter de proche en proche à la cause première de tant de maux, de douleurs si variées, on la trouverait presque inévitablement dans un désordre moral; c'est là le point initial de presque toutes nos misères et de nos maladies. Pauvre humanité! toujours fustigée par les passions, toujours hors de la ligne du vrai, et retombant sans cesse dans le même délire. Ce qu'il y a de certain, c'est que les quatre cinquièmes des malades qui vont aux eaux, y sont conduits par des infirmités dont la cause primitive est dans une âme souffrante et le malaise d'un esprit sans repos. Voilà pourquoi la médecine philosophique peut si aisément s'enrichir de belles observations aux établissemens thermaux. C'est aux eaux minérales qu'on peut étudier facilement les douleurs morales comprimées, refoulées par la vie sociale, mais minant sourdement le corps qui les recèle. Là s'observent ces funestes ébranlemens de l'imagination, ces troubles plus ou moins cachés du cœur qui se traduisent par des phthisies, des paralysies, des langueurs d'estomac, des engorgemens des viscères, et cette foule de maux qu'on voit pulluler de toutes parts dans le champ de l'existence. D'ailleurs il ne faut pas croire que ce soient toujours les passions mauvaises qui usent les fragiles ressorts de notre économie. Combien ne voit-on pas, aux eaux minérales, d'hommes dont la conduite est irréprochable, de tendres mères de famille, des pères dévoués au bien-être de leurs enfans, de jeunes gens instruits et laborieux, de magistrats respectables, de savans, d'artistes, de gens de lettres distingués, etc. Mais le sort les a persécutés, mais leur confiance a été trahie, mais ils ont perdu des êtres chéris, mais ils sont aigris par les mécomptes de la gloire et de la fortune, mais une implacable Némésis semble attachée à leur destin. Soyons-en sûrs, quand on en est à ce point, le malheur et le chagrin conduisent bien vite à la maladie; on y arrive comme l'aiguille arrive à l'aimant.

mêlée à des masses de matière tuberculeuse. Le corps de la cinquième vertèbre dorsale a complètement disparu ; on n'en trouve que des débris nécrosés. La quatrième et la sixième vertèbres se touchent et sont à moitié usées. Des saillies osseuses aiguës s'élèvent en arrière du corps de la quatrième vertèbre, et s'enfoncent dans le tissu de la dure-mère. Cette membrane et l'arachnoïde qui la tapisse sont d'un rouge noir et ont double d'épaisseur. L'arachnoïde médullaire est légèrement injectée. La moelle paraît intacte ; à la surface des vertèbres qui ne sont que dénudées, on voit des excavations arrondies qui contiennent de la matière tuberculeuse très-consistante.

La lésion du mouvement se présente ici sous une forme que nous n'avions pas encore observée ; les muscles ne sont pas relâchés, ils se montrent au contraire durs, raides comme une barre de fer, et s'opposent d'une manière énergique au jeu des articulations ; mais aussi, au lieu de trouver dans les membranes rachidiennes des traces légères d'inflammation, nous y voyons une injection profonde et une grande augmentation de leur épaisseur et de leur consistance. Ce n'est plus un simple épanchement de matière tuberculeuse qui a produit cette inflammation, mais bien des pointes osseuses profondément enfoncées dans les membranes, et qui ont dû nécessairement faire sentir à la moelle leur action irritante. Pourrait-on s'étonner que les cautères n'aient eu aucune action sur une paralysie qui reconnaissait pour cause une altération aussi profonde ?

Obs. XVII. — Une femme de la campagne, âgée de 45 ans, admise à l'Hôtel-Dieu en juillet 1834, portait une gibbosité dorsale indolente ; les membres inférieurs avaient perdu leurs mouvemens volontaires. Leurs muscles étaient dans un état de raideur permanente ; pour fléchir la jambe sur la cuisse on était obligé d'employer un effort considérable ; mais dès qu'on avait porté cette flexion jusqu'à l'angle droit, le talon allait brusquement frapper contre la fesse. Il en était de même pour l'extension ; d'abord difficile, elle s'opérait ensuite brusquement comme par l'effet d'une secousse électrique. La sensibilité de la peau était dans l'état normal ; mais il existait sur le trajet des nerfs des douleurs vives et continuelles qui privaient la malade de sommeil, et que les plus fortes doses de préparations opiacées ne pouvaient calmer. Les forces étaient encore assez bien conservées. Deux cautères appliqués sur les côtés de la gibbosité et renouvelés souvent n'apportèrent aucun changement à cet état des membres inférieurs. Après un séjour de cinq mois à l'hôpital cette femme retourna à la campagne où elle passa l'hiver. Au printemps de 1835, elle revint à l'hôpital présentant les signes les plus caractéristiques de la phthisie pulmonaire. Le marasme était à son comble. La flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin était si solide, qu'aucun effort ne pouvait leur faire perdre cette position. Les douleurs des membres inférieurs avaient perdu de leur violence. L'expectoration, les sueurs et le dévoiement étaient si abondans que la mort ne tarda pas à arriver.

Nécropsie. Les poumons partout adhérens sont farcis d'une multitude de tubercules, la plupart à l'état miliaire.

Le sommet de la gibbosité est formé par l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale. Le ligament vertébral antérieur n'est point soulevé, et se moule exactement sur l'angle rentrant de la gibbosité. Son incision laisse voir un dépôt de matière tuberculeuse épaisse, occupant la place du corps de la huitième vertèbre qui a disparu en grande partie. Ce qui en reste postérieurement présente la forme d'un coin ; tout-à-fait séparé de la neuvième vertèbre, il est enfoncé dans le canal vertébral et presse contre le ligament postérieur et la dure-mère. Dans le point correspondant à cette pression, cette membrane est épaissie, rouge, fongueuse à l'extérieur, et entourée d'un enduit de matière tuberculeuse. A la même hauteur l'arachnoïde spinale est d'un brun foncé, et la moelle présente une coloration grise qui contraste avec la blancheur des portions voisines. Le cordon nerveux n'a rien perdu de sa consistance ordinaire, mais on y voit une dépression légère correspondant à la huitième vertèbre.

Les septième et neuvième vertèbres sont inégales, excavées par de nombreux tubercules. Leur tissu n'a rien perdu de sa structure, ni de sa consistance ; nulle part on n'y trouve des surfaces lisses et éburnées, telles que nous en avons observé dans d'autres cas.

Les colons ascendant et transverse sont d'un rouge foncé à leur surface interne : leur membrane muqueuse est boursouflée et parsemée d'ulcérations profondes et étroites. Un grand nombre de ganglions mesentériques enveloppés d'un kyste sont transformés en matière crétacée.

L'impotence des membres inférieurs avec contracture permanente correspond encore ici à une inflammation chronique des méninges et de la moelle produite et entretenue par la pression d'une partie osseuse ; l'irritation qui résulte du contact incessant d'un corps dur et inégal est probablement la circonstance à laquelle on doit rapporter la forme particulière qu'affecte dans ces cas la paralysie. Aussi remarquez l'impuissance désespérante des exutoires les plus profonds. Lorsque les fonctions des membres inférieurs sont troublées dans le mal vertébral, c'est toujours la contractilité qui est d'abord altérée, soit qu'il y ait relâchement ou augmentation de tonicité ; cela se voit dans la dernière observation, aussi bien que dans les précédentes. La cause en est dans la position de l'agent qui comprime et qui irrite la moelle, dont l'influence s'exerce toujours d'avant en arrière, et affecte d'abord les cordons antérieurs de la moelle. Or, on sait que ces cordons sont les excitateurs des mouvemens volontaires. Plus tard, si la cause productrice de l'inflammation ou de la compression s'exerce plus profondément, elle atteint les cordons postérieurs, et la sensibilité diminue et finit par s'éteindre complètement.

Chez ce dernier sujet, la matière tuberculeuse, au lieu d'être molle, diffluente, délayée par de la sérosité, était homogène et concrète ; le ligament vertébral antérieur non soulevé rendait les rapports des vertèbres altérées presque invariables ; ces os étaient hérissés d'aspérités, creusés de cavités, de véritables cavernes occupées par des masses tuberculeuses arrondies ; leur tissu n'était ni plus dur ni plus mou que dans l'état naturel. Point de surfaces lisses, point de tissu osseux endurci, nuls débris osseux nécrosés. D'où vient que ces altérations qui se rencontrent si souvent ne se trouvaient pas ici ? Cela tenait à l'immobilité presque absolue à laquelle l'impotence des membres inférieurs avait condamné la malade. L'éburnation des vertèbres est toujours l'effet des frottemens ; les abcès résultent de l'irritation des parties molles, circonstances que le repos a éloignées. Aussi avons-nous pu voir dans toute leur pureté les résultats de l'impression des tubercules sur le tissu osseux.

DEUXIÈME PARTIE. — CONCLUSIONS.

L'altération du rachis qui accompagne le mal vertébral de Pott, a pour principe le tubercule scrophuleux.

Cette production morbide se rencontre sous diverses formes dans le rachis et ses dépendances. 1° Tantôt on trouve une ou plusieurs masses arrondies dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ; ces masses, blanches, jaunes ou grises, sont renfermées dans des cavités régulières closes ou en communication avec des cavités voisines semblables, ou bien dans des cavités ouvertes au devant de la vertèbre, ou dans le canal vertébral. 2° D'autres fois, mais plus rarement, la matière tuberculeuse se trouve épanchée dans les petites cellules du tissu spongieux, qui n'a subi d'autre altération qu'une diminution de consistance. 3° Des masses amorphes de matière tuberculeuse, plus ou moins volumineuses, sont souvent déposées au-devant du corps des vertèbres et soulèvent le ligament antérieur, ou bien dans le canal vertébral, entre le ligament postérieur et les os.

Il est aussi beaucoup de maladies que l'opulence et l'oisiveté couvent pour ainsi dire sous leurs ailes. Le plaisir, la fortune et le pouvoir, ces trois idoles que nous prenons sans cesse pour la félicité, sont précisément celles qui exigent davantage le sacrifice de la santé ; leurs victimes sont par conséquent nombreuses aux eaux minérales. On y voit plus d'un homme riche, bien constitué, mais qui, livré à toute l'impétuosité de ses désirs, finira par mériter l'épitaphe suivante, jadis faite pour un grand seigneur : Ci gît M..., qui excessivement riche, mais dénué de sagesse, mourut vainqueur de sa santé, de sa force, de sa fortune et de sa réputation. Toutefois, la cause morale qui fournit peut-être le plus de malades aux eaux minérales est l'ambition, le désir effréné de parvenir. Combien d'hommes long-temps soumis au régime surexcitant des passions politiques tombent ensuite épuisés, haletans, par suite de leurs efforts. Le chemin qu'ils se sont tracé, le but qu'ils ont entrevu, les moyens de l'atteindre ; voilà ce qui a fixé leur attention, concentré leurs facultés. La seule chose qu'ils n'aient pas calculée, c'est la maladie qui les attend pour les dévorer. Ils voulaient *arriver*, et ils sont en effet arrivés à la douleur, à la souffrance et au dégoût. Ils ont conjuré la fortune, mais on ne sait pas par combien de travaux, de revers patiemment supportés, de fatigantes épreuves, de violence sur eux-mêmes, ils ont acheté ses faveurs. Or, comme ces profondes et constantes agitations morales n'ont jamais lieu sans une vive réaction sur l'économie, il est rare que cette économie ne s'altère pas, et l'on en voit les tristes résultats aux établissemens thermaux. C'est surtout à la fin des grands mouvemens politiques ; des sessions parlementaires où de graves intérêts ont été discutés, qu'on voit ce genre de malades affluer aux eaux minérales. On a dit que deux sessions équivalaient à une épidémie ; il n'y a pas autant d'hyperbole qu'on le croit dans cette plaisanterie, et les médecins en sont les justes appréciateurs.

Quant à ceux qui fréquentent les eaux minérales sans être malades, on les distingue assez facilement des premiers. Mais comme leur but est tout autre que celui de guérir, on ne les voit guère que dans les établissemens où se forment de grandes réunions. Presque tous, il est vrai, échappent pour le moment à la juridiction médicale, mais l'observateur philosophe peut y trouver d'utiles enseignemens sur les mœurs et l'état de la société. Parmi ces pseudo-malades, on remarque le diplomate coureur, qui, n'ayant rien à faire, va aux eaux, selon la coutume depuis long-temps établie ; l'homme faisant profession de voyageur sentimental, mettant sur son carnet, heure par heure, ses émotions, ses sensations, et qui à coup sûr fera du *moi* le héros de son livre ; l'économiste, qui dans son bain, les tablettes à la main, balance les produits des états, s'établit juge entre Adam Smith, Say, Malthus, Ricardo et autres capacités chiffrantes ; l'utopiste, véritable entrepreneur de réorganisation sociale, dont les plans sont infaillibles, rêvant sans cesse aux évolutions organiques, critiques et symboliques de la société ; le philosophe morose, humoriste, qui croit au contraire qu'il n'y a plus rien à faire de notre pauvre monde, que la société est un vrai cadavre incapable de subir aucune palyngénésie régénératrice ; l'homme positif, qui explique tout par des chiffres, des rentes et *du bien au soleil* ; l'auteur romantique et l'auteur dramatique, qui préparent pour l'hiver suivant des ouvrages nouveaux ; l'artiste voyageur, dont l'album s'enrichit souvent d'excellentes scènes dans ces établissemens ; le riche désœuvré qui va aux eaux pour aller quelque part, parfait composé d'indifférence et d'égoïsme, dont le but unique est de s'amuser sans s'inquiéter de ces idées pleines de passions, de violence et de vie, qui se remuent dans

Le tubercule peut se développer dans toutes les régions de la colonne vertébrale, mais il est plus fréquent au dos qu'au cou et aux lombes. Il attaque ordinairement le corps de la vertèbre; mais on l'a vu quelquefois établir son siége dans les lames et les apophyses épineuses ou transverses. Développé dans le corps de la vertèbre, le tubercule peut en occuper le centre ou bien quelqu'un des points de la circonférence. La maladie peut être bornée à une seule vertèbre; mais le plus souvent elle s'étend à deux ou à un plus grand nombre. Lorsque la lésion organique se fixe sur une des deux premières vertèbres cervicales, elle peut affecter d'abord l'arc antérieur ou postérieur de l'atlas, le corps de l'axis ou l'apophyse odontoïde; ou enfin l'une des quatre masses latérales. Dans tous les cas, les phénomènes qui en résultent sont très-différens de ceux que développe l'altération tuberculeuse des autres vertèbres.

Les tubercules naissent souvent dans les cartilages inter-vertébraux, qui en sont affectés seuls ou simultanément avec la substance des vertèbres.

Quel que soit le siége primitif du tubercule, son effet le plus immédiat, le plus constant, le plus général, c'est de faire éprouver à l'os une perte de substance, de creuser une cavité dans laquelle il se loge. Les portions d'os qui forment les parois de ces cavités, conservent leur consistance et leur structure ordinaire. On distingue très-bien les cellules du tissu spongieux; il n'y a point d'injection; en sorte que cette perte de substance paraît s'être faite sans inflammation, par le seul fait du dépôt de la matière tuberculeuse et de la pression qu'elle a exercée sur l'os.

Les tubercules sont souvent en contact immédiat avec la substance osseuse, dans les inégalités de laquelle ils semblent incrustés; d'autres fois, et c'est surtout lorsque les parois sont lisses, il existe entre l'os et la production nouvelle une fausse membrane ténue, vasculaire, qui semble destinée à garantir l'os du contact du corps étranger.

Lorsque les tubercules occupent le centre du corps d'une vertèbre, ils le détruisent en procédant vers la périphérie, et le réduisent bientôt à une sorte de coque osseuse trop faible pour résister au poids des parties supérieures; il se rompt, et la colonne s'incline en formant un angle dont le sommet correspond à la vertèbre brisée.

Si les tubercules développés dans le corps d'une vertèbre sont logés dans plusieurs cavités, celles-ci sont séparées par des cloisons qui résistent pendant un certain temps; mais enfin le poids du corps et les mouvemens finissent par les briser, par les réduire en esquilles, et l'inclinaison a lieu ordinairement d'une manière brusque, au moment de la rupture des cloisons.

Situés à la face antérieure des corps des vertèbres, les tubercules les usent d'avant en arrière, toujours avec plus ou moins de lenteur. Aussi la difformité ne se prononce jamais brusquement dans ces cas; elle a lieu au contraire par des progrès presque insensibles; et comme plusieurs vertèbres se trouvent alors intéressées à la fois, la gibbosité se rapproche un peu de la forme courbe, tandis que lorsqu'une seule vertèbre est détruite, l'inclinaison est exactement anguleuse.

Un dépôt tuberculeux derrière le corps des vertèbres existe rarement seul; il exerce très-peu d'influence sur la production de la gibbosité; il se borne ordinairement à déprimer légèrement les méninges et la moelle, et surtout à développer sur ces organes une irritation qui produit et entretient la paralysie.

L'inclinaison de la colonne vertébrale a quelquefois lieu sur un des côtés; cela arrive lorsque les tubercules ont détruit une vertèbre dans ce sens.

Situés dans les masses latérales ou dans les arcs de l'atlas, la production tuberculeuse en opère la destruction avec une grande rapidité, à cause du peu de volume de ces parties. La tête s'incline du côté de la portion détruite; les ligamens se relâchent ou se déchirent, et la moelle subit une compression funeste.

L'apophyse odontoïde étant usée par le tubercule, un mouvement brusque de rotation de la tête a déterminé un changement subit dans les rapports des deux premières vertèbres, la compression de la moelle, et la mort.

Une ulcération des cartilages articulaires des deux premières vertèbres, produite par le tubercule ou indépendante de cette lésion organique, ramollit, allonge les ligamens qui unissent entre elles les deux premières vertèbres; l'atlas glisse en avant et en bas; son arc postérieur rétrécit le canal vertébral et comprime la moelle; l'odontoïde portée en arrière concourt au même résultat, la paralysie va sans cesse croissant, et le malade finit par mourir asphyxié.

Les cartilages intervertébraux conservent presque toujours la plus parfaite intégrité au milieu de la destruction que le tubercule a fait subir aux os qu'ils unissent; mais lorsque ceux-ci ont complétement disparu, les cartilages isolés sont ramollis, dissous par le liquide et enlevés par l'absorption. Il peut se faire encore que deux cartilages mis en contact par la disparition de la vertèbre qui les séparait soient usés par le frottement.

Dans des cas plus rares, le tubercule se développe au sein d'un cartilage ou à son voisinage; il y détermine une inflammation ulcérative qui le consume. Alors les deux vertèbres s'inclinent l'une vers l'autre, ou bien elles sont tenues dans leurs rapports primitifs par une production osseuse nouvelle qui prévient la déformation du rachis.

La paralysie accompagne souvent, mais non constamment le mal vertébral. Quand elle existe, la paralysie est bornée aux organes situés au-dessous de la lésion vertébrale.

Dans la plupart des cas, il y a simple lésion du mouvement. La lésion simultanée du mouvement et du sentiment existe plus rarement. D'autres fois, il y a contracture permanente des muscles avec ou sans abolition de la sensibilité, ou bien avec des douleurs vives dans les membres contracturés. Cette dernière forme de paralysie n'a pas de rapport nécessaire avec le mal vertébral; si j'en juge par les observations que j'ai recueillies, elle est la moins fréquente de toutes, quoi que Pott en ait dit.

L'impotence des membres n'est point sous la dépendance de la courbure du rachis; la gibbosité peut exister sans paralysie, la paralysie sans gibbosité; quand elles coïncident, la gibbosité restant la même, la paralysie peut disparaître. Ces remarques, Pott les avait déjà faites et parfaitement exprimées.

La luxation spontanée de la première vertèbre cervicale me paraît être le seul cas où le déplacement des vertèbres produit la compression de la moelle et la paralysie.

Dans la plupart des ouvertures de cadavres on trouve comme cause de paralysie une ou plusieurs des altérations suivantes: 1° Un épanchement de matière tuberculeuse entre les vertèbres et les méninges; 2° de la matière tuberculeuse dans la moelle épinière, qui a subi quel-

---

les entrailles de la société: tout se réduit pour lui à un matériel de plaisir et de besoins; enfin cette espèce nomade de beau monde, qu'on voit aux eaux dans la belle saison, en hiver au balcon de l'Opéra, à la table de jeu des plus grandes maisons; au printemps, sur les routes de la Suisse et de l'Italie; hommes, du reste, qui affectent un grand luxe, savent jouer tous les jeux et tirent parfaitement le pistolet; ils sont quelquefois désignés sous le nom de mystérieux des eaux. On ne finirait pas si l'on voulait examiner toutes les nuances qui composent le tableau d'un établissement balnéaire dirigé sur une grande échelle. D'ailleurs, ces nuances se mêlent, se confondent à chaque instant; le mouvement est si actif, les rapports sociaux sont si nombreux, si variés, qu'on peut dire qu'après la presse, un des grands moyens de civilisation est assurément les eaux minérales. Il est inutile de dire combien l'art de guérir peut faire de recherches utiles dans de pareilles circonstances. Que d'affections diverses, que de caractères de maladies, que de symptômes bizarres, que de traitemens opposés, que de passions contraires à étudier pour un médecin intelligent, instruit, comprenant la haute portée de son art. Chaque établissement d'eau thermale peut être considéré, indépendamment des rapports pathologiques ordinaires, comme une sorte de *clinique morale* très-profitable à la science et à l'humanité. R.-P.

— M. le docteur Requin vient d'être chargé par M. le ministre du commerce de porter secours aux cholériques du Midi, et d'observer la marche de l'épidémie d'Avignon. M. Dalmas a été envoyé à Lyon dans le même but. Ces deux choix, qui portent sur deux médecins aussi recommandables par leur savoir que distingués par leurs qualités personnelles, exerceront sans doute une grande influence sur le moral des malades, et ne pourront qu'être profitables à la science, si pauvre encore après tant d'expériences désastreuses.

— M. Mille d'Aix nous adresse une note sur la cause du choléra, qui renferme des faits intéressans et des réflexions très-judicieuses. Nous l'insérerons dans notre prochain numéro. Il en est de même d'une lettre de M. le docteur Lemazurier, de Versailles.

— *Cours d'études médicales méthodiques*, par M. A. Sanson. M. Coste a commencé une serie de leçons sur l'ovologie, dans lesquelles les faits nouveaux propres au professeur sont élucidés par des dessins qu'il a tracés lui-même d'après nature. Sur la demande de plusieurs élèves, M. Coste résumera dans la prochaine séance la substance de ses trois premières leçons, lundi, 31 août, à onze heures du matin, à l'amphithéâtre Quesneville, rue du Colombier, n° 25.

Le vendredi 4 septembre, M. A. Sanson commencera ses leçons d'anatomie comparée envisagée dans ses rapports avec la physiologie humaine.

— *Nouvelles recherches à donner aux noyés et asphyxiés*, par C.-C.-H. Marc, docteur en médecine, médecin du roi, membre du conseil général de santé, du conseil de salubrité, directeur des secours aux noyés et asphyxiés, membre de l'Académie de médecine, etc., etc.

Un vol. in-8° de 504 pages et de 16 planches gravées. Paris, 1835, prix 16 fr. A Paris, à la librairie médicale et scientifique de E. Crochard, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13.

quefois une solution de continuité complète (le professeur Serre de Montpellier, GAZETTE MÉDICALE, 1830); 3° des tubercules dans les méninges; quelquefois la matière est comme infiltrée dans le tissu des membranes; d'autres fois elle forme un noyau isolé, un tubercule qui a son enveloppe propre; tantôt plusieurs tubercules paraissent s'être développés d'abord isolément, puis s'être confondus en une seule masse plus ou moins volumineuse, et qui comprime la moelle d'autant plus que les membranes sont toujours épaissies (M. Ollivier d'Angers, Maladies de la moelle épinière, 759); 4° le ramollissement de la moelle dans une plus ou moins grande étendue; 5° une plus grande dureté du cordon rachidien; 6° un épaississement et une injection de la dure-mère et de l'arachnoïde; 7° des pointes osseuses enfoncées dens ces membranes.

Certaines de ces causes déterminent la paralysie par compression : tel est le déplacement de la première vertèbre sur la seconde. La présence des tubercules dans le canal vertébral peut également produire la compression et l'irritation du tissu nerveux; cependant je dois dire que dans la plupart des cas l'épanchement m'a paru trop peu abondant pour déterminer une compression notable; il s'est borné à produire sur les méninges et la moelle une inflammation dont j'ai presque toujours trouvé des traces non équivoques. D'ailleurs les exutoires, qui font si souvent disparaître la paralysie, sont bien plus propres à combattre une inflammation qu'à enlever un agent de compression. Enfin il est certaines causes qui n'agissent évidemment qu'en irritant les parties, tel est le contact et la pénétration des esquilles, pénétration toujours trop peu profonde pour causer une véritable compression.

On trouve un rapport exact entre les diverses formes de paralysie et les lésions organiques. Ainsi, lorsqu'il a existé une abolition complète et simultanée du sentiment et du mouvement, l'autopsie montre soit un étranglement très-prononcé de la moelle, soit une interruption complète ou un ramollissement de cet organe. La paralysie avec contracture coïncide avec une inflammation entretenue par un agent irritant, comme des pointes osseuses.

L'abolition isolée de la contractilité musculaire avec relâchement tient à une cause irritante légère. Si l'énergie de cette cause augmente, l'abolition de la sensibilité vient s'y joindre; si l'irritation est combattue par des moyens efficaces, on voit reparaître d'abord la sensibilité, puis les mouvemens. On peut donner une explication de cette marche de la paralysie, en admettant que les cordons antérieurs de la moelle sont primitivement et principalement affectés, et que l'irritation ne s'étend que consécutivement aux cordons postérieurs : ce qui confirme cette théorie, c'est que, dans les cas où le mouvement est seul lésé, la cause irritante vient toujours du côté des corps des vertèbres, et n'exerce d'abord son action que sur les cordons antérieurs.

D'après ce que nous venons de dire sur les causes de la paralysie, on ne sera point étonné que les exutoires, si efficaces contre la dernière forme, échouent complètement contre les deux premières, et surtout contre la paralysie avec contracture.

La gibbosité vertébrale avec interruption complète de la moelle a quelquefois coïncidé avec la persistance du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs. (M. Ollivier, obs. 42, p. 381.) C'est surtout lorsque cette altération, existant dans un point très-inférieur, plusieurs nerfs pouvaient encore se porter de la partie supérieure à la gibbosité aux membres inférieurs. Ajoutez que dans les compressions lentes, la portion de moelle située au-dessous de la gibbosité jouit d'une véritable indépendance des parties supérieures, et suffit pour entretenir les mouvemens (Ollivier).

L'influence qu'exerce le tubercule sur la texture des vertèbres doit être soigneusement étudiée. Nous avons vu que son premier effet sur le tissu osseux est une perte de substance, l'os conservant autour de la production morbide ses propriétés normales, et semblant seulement usé par une lime. A la surface de la perte de substance, l'os est lisse ou bien inégal; il conserve sa coloration normale, ou bien il est injecté à une légère profondeur; les masses tuberculeuses, en se rapprochant, isolent des lames de substance vertébrale qui tombent en mortification et que l'on trouve au milieu du pus et des débris tuberculeux. Un séquestre plus ou moins volumineux est quelquefois le seul débris d'une vertèbre que le tubercule a cernée de tous côtés. La matière tuberculeuse infiltrée détermine l'absorption d'une partie des cloisons de la substance spongieuse des vertèbres, et la mortification des autres, qui se laissent briser avec la plus grande facilité. La présence du tubercule excite souvent dans les vertèbres un travail réparateur dont l'effet est la production de colonnes osseuses étendues d'une vertèbre à l'autre. Ces colonnes fixent les vertèbres, et mettent des limites à leur destruction. L'organe producteur de cette substance osseuse nouvelle est le plus souvent le ligament vertébral antérieur, soulevé et enflammé par des tubercules superficiels. Une vertèbre en partie détruite et réduite à la forme d'un coin peut se réunir avec celle qui la précède ou avec celle qui la suit, au moyen d'une lame cartilagineuse intermédiaire qui assure l'immobilité de la colonne vertébrale, et qui s'oppose aux progrès de l'incurvation. Ces résultats favorables ne sont obtenus que par un repos absolu et long-temps prolongé, auquel les malades ne s'astreignent que très-rarement.

Il arrive bien plus souvent qu'une destruction vertébrale qui reconnaît pour principes des tubercules peu volumineux et peu nombreux, gagne une grande partie de la colonne par suite du frottement continuel qui consume la substance osseuse; nous avons vu dans un cas huit vertèbres dorsales consumées par ce mécanisme. Une si vaste perte de substance n'est même compatible avec la vie qu'à la région dorsale, parce que les côtes prêtent au rachis un soutien qu'il ne trouverait pas dans les autres régions. Malgré la vaste étendue du délabrement, la solidité de la colonne est si grande qu'elle fait croire à une véritable guérison. Dans ces circonstances, le tissu des vertèbres est lisse, poli, blanc et dur comme de l'ivoire, et rend un son clair à la percussion.

On voit que toutes ces lésions vertébrales se réduisent en résumé à la perte de substance, à l'injection, à la nécrose, à l'éburnation et à la production de nouvelle substance osseuse. Si nous n'avons pas noté le gonflement des vertèbres, leur ramollissement et leur carie, altérations si souvent mentionnées par les auteurs, c'est que nous ne les avons jamais trouvées, et il y a lieu de croire qu'elles n'ont été admises que par suite d'une observation superficielle et inexacte.

On a souvent répété que l'inflexion du rachis dans le mal de Pott était l'effet du ramollissement et de l'affaissement d'une ou de plusieurs vertèbres, qui avaient en même temps augmenté de volume; cette opinion, qui était celle de Pouteau et de Portal, avait déjà été exprimée en termes très-clairs dans le premier mémoire de Pott. Boyer, qui a écrit long-temps après ces auteurs, l'a exactement reproduite : « La dégénération que les vertèbres éprouvent dans le mal vertébral ou mal de Pott, ne diffère en rien dès le principe de celle qu'ont subie les autres os qui sont rachitiques : elles sont souvent ramollies sans être cariées. La colonne épinière peut perdre alors une grande partie de sa longueur sans que sa continuité soit rompue; ce qui est rendu extrêmement probable, on pourrait même dire démontré, par le succès des moyens propres à arrêter les progrès de la maladie; ils seraient certainement inutiles si la suppuration avait lieu et si la destruction du corps des vertèbres était consommée. » (*Dict. des sciences médicales*; art. gibbosité.)

Cependant Pott avait déjà dit (deuxième mémoire) : « Dans mon premier traité j'ai décrit les os sur lesquels la maladie avait établi son siége comme tuméfiés et augmentés en volume; mais après de plus amples recherches et un examen plus approfondi, je suis convaincu qu'ils ne le sont pas... Les corps des vertèbres sont toujours dans un état d'altération qui consiste plus à les corroder qu'à augmenter leur volume. »

Ainsi Pott déclare qu'il s'est trompé; son erreur venait certainement de ce qu'il avait pris la matière tuberculeuse accumulée au-devant des vertèbres pour le corps même de ces os gonflé et ramolli. Quant à Boyer, la manière dont il s'exprime montre que son ramollissement n'était qu'une supposition imaginée pour expliquer les guérisons. Or, il est au moins douteux que des cautères soient jamais parvenus à rendre sa consistance à un os ramolli.

Aujourd'hui l'on rapporte l'incurvation de la colonne dans le mal de Pott à une ostéite. La vertèbre enflammée se gonfle et se ramollit; si cette inflammation passe à l'ulcération et à la suppuration, cela constitue la carie, qui a pour conséquence l'incurvation du rachis et les abcès par congestion. On admet d'ailleurs une carie superficielle qui ne déforme point la colonne épinière, et une carie profonde qui produit ce résultat. Si à l'ouverture des cadavres on trouve les os éburnés et des esquilles dans le voisinage, cela vient de ce que l'ostéite s'est terminée par la nécrose; la partie mortifiée a été séparée, et l'induration a mis un terme à l'inflammation de la partie restée vivante. Telle est la doctrine de la plupart des modernes. Elle est spécieuse, mais elle n'est pas vraie.

Nous voyons souvent sur les extrémités articulaires l'ostéite avec ramollissement et ulcération, et cependant la nécrose, l'induration, le développement d'ostéides y sont extrêmement rares, malgré la situation superficielle de la partie et le repos auquel on peut l'assujétir; or on voit que dans le mal de Pott ces prétendues terminaisons de l'ostéite sont très-fréquentes.

Sans sortir des maladies de la colonne vertébrale, pourrait-on expliquer dans cette doctrine pourquoi la carie superficielle qui ne produit pas la déformation de l'épine entraîne si souvent la mort, tandis

que la carie qui attaque tout le corps de la vertèbre se termine si souvent par la guérison? Le professeur Boyer semble n'admettre qu'avec regret l'identité de ces deux maladies; « elle (la carie des vertèbres) offre, dit-il, deux variétés bien remarquables par la différence de leurs effets, et peut-être de leur nature. » (*Malad. chir.* t. III, p. 493.) Il est en effet absurde d'admettre qu'une maladie guérit souvent quand elle s'étend à tout un os, tandis qu'elle est constamment mortelle quand elle n'en affecte qu'une partie.

Les sujets atteints du mal de Pott meurent souvent de toute autre maladie avant que la lésion vertébrale soit bien avancée. Dans ces cas où la maladie ne fait que commencer, on devrait trouver les vertèbres ramollies, suppurantes; or, cet état du tissu osseux que j'ai si souvent rencontré dans les extrémités articulaires, il ne m'a été donné que bien rarement de l'observer dans les vertèbres; et alors il n'y était que d'une manière accessoire, comme complication et au même titre que la carie des côtes ou des os des membres.

Quand l'ostéite des membres se termine par nécrose, les séquestres qui s'échappent sont inégaux, anguleux, percés comme de l'éponge, légers, faciles à briser; les séquestres que l'on trouve dans le mal de Pott sont des masses plus ou moins étendues, lisses, blanches et dures comme de l'ivoire. Cette différence ne peut tenir à la structure diverse des os affectés, puisque leur organisation est identique. Cela vient uniquement de ce que, dans les premiers cas, l'os était enflammé, ramolli et raréfié au moment où il a été frappé de mort, tandis que dans le second il possédait sa structure normale.

Dans la carie l'os fournit une matière liquide de couleur lie de vin; dans le mal de Pott, la matière qi e l'on trouve autour des vertèbres offre tous les caractères des tubercules caséeux ou ramollis. Le tissu de la vertèbre autour des tubercules est dur et sonore, tandis que l'os carié qui suppure est ramolli et rend nn son mat.

Le mal de Pott est susceptible d'un grand nombre de complications dont plusieurs sont beaucoup plus dangereuses que l'affection vertébrale. Nous avons déjà mentionné l'inflammation des méninges et de leur moelle, leur dégénérescence tuberculeuse, la carie des vertèbres, celle des côtes ou des extrémités spongieuses des os des membres; mais sous le rapport de la fréquence et du danger, il faut mettre au premier rang les tubercules pulmonaires, que nous avons rencontrés sur les neuf dixièmes des sujets dont nous avons fait l'autopsie; c'est par le poumon que périssent la plupart des individus atteints du mal de Pott. Des tubercules peuvent d'ailleurs se rencontrer dans tous les points de l'économie : nos observations nous en ont montré dans le péritoine, l'épiploon, le mésentère, la prostate, dans les couches celluleuses inter-musculaires des lombes, de la paroi abdominale, de la cuisse; enfin dans un cas ils étaient disséminés tout autour du tissu fibreux qui enveloppait les vertèbres malades, et ils n'avaient avec la lésion vertébrale qu'un simple rapport de coïncidence. Ces tubercules produisent par leur fonte des abcès idiopathiques, ou même des abcès par congestion entièrement indépendans de l'affection du rachis, mais qui constituent des complications souvent dangereuses. Des masses tuberculeuses suivies d'abcès par congestion, placées au-devant du rachis, peuvent faire croire à une maladie vertébrale sans qu'il y ait aux vertèbres la moindre lésion. Il n'est pas sans exemple qu'on ait pris pour un abcès par congestion en voie d'absorption par suite de la guérison d'une carie vertébrale, ce qui n'était en réalité qu'une masse tuberculeuse ramollie. J'ai disséqué dernièrement le cadavre d'un enfant de douze ans, mort avec une gibbosité dorsale; il y avait eu, pendant la vie, une abondante sécrétion de mucosités bronchiques, dont la cause me parut résider dans le voisinage de la vaste poche qui contenait la matière tuberculeuse; mais il existait sur ce même sujet une complication bien plus extraordinaire : c'était une oblitération complète de toute la portion abdominale de la veine cave inférieure et des deux veines iliaques primitives, par un *coagulum* fibrineux, dur, blanchâtre, adhérent et disposé par couches concentriques. Ainsi fut expliquée une énorme infiltration des membres inférieurs et du ventre, dont la cause était restée fort obscure. Cette infiltration, en favorisant la production d'énormes escarres aux fesses, était devenue la principale cause de la mort du sujet.

Les recherches d'anatomie pathologique n'auraient pas atteint leur véritable but, si, en nous éclairant sur la manière d'agir des moyens thérapeutiques, elles n'imprimaient à leur emploi une direction plus rationnelle. D'après l'idée que nous nous sommes faite de la nature du mal de Pott, essayons d'expliquer la manière d'agir des moyens qui ont obtenu le plus de succès dans cette maladie.

1° *Evacuations sanguines.* Lorsqu'il existe de la douleur au niveau de la gibbosité, à la base de la poitrine, à l'épigastre, aux lombes, on prescrit avec avantage les évacuations sanguines locales. On pense généralement que les sangsues agissent en combattant l'ostéite vertébrale, à laquelle ces douleurs sont rapportées. Il m'est impossible de partager cette opinion : j'ai constamment vu l'affection tuberculeuse des vertèbres exempte de douleur lorsqu'elle n'était accompagnée d'aucune complication du côté de la moelle; et toutes les fois que le malade s'est plaint de douleurs, si la mort m'a permis d'examiner l'état des organes, j'ai toujours trouvé une inflammation plus ou moins profonde de la moelle et de ses membranes. C'est donc à cette inflammation que les douleurs se rapportent, c'est à elle que doivent s'adresser les évacuations sanguines.

2° *Exutoires.* Peu de temps après l'application des cautères, les douleurs, s'il en existait, cessent complètement; la respiration et les mouvemens du tronc deviennent plus faciles; la courbure semble se redresser un peu; les membres inférieurs reprennent peu après leurs mouvemens et leur sensibilité. Au bout de quelques mois les malades marchent et se livrent à des travaux assez rudes, lors même que la gibbosité est très-prononcée. Quand le mal est arrivé à ce point, on se persuade que la lésion organique est arrêtée dans sa marche, et que la réunion des vertèbres s'est opérée soit d'une manière immédiate, soit par le développement de colonnes osseuses; et c'est aux cautères que l'on rapporte cet heureux événement. Cette opinion nous semble tout-à-fait gratuite. En effet, des malades chez lesquels de ces prétendues guérisons avaient été opérées ayant succombé à d'autres affections, nous avons pu constater par la dissection que les vertèbres étaient érodées, tuberculeuses, dures et éburnées; que la continuité de la colonne vertébrale était interrompue à l'endroit de la gibbosité, et qu'il n'existait aucune tentative de réunion. Nous avons trouvé de faibles traces de spinitis et de méningite, restes d'une lésion plus profonde, que la suppuration prolongée des cautères avait fait disparaître; les douleurs, la paralysie avaient diminué en proportion de cette inflammatinn. Dans les cas où nous avons trouvé les douleurs et l'impotence rebelles aux exutoires, nous avons découvert que l'inflammation spinale dépendait d'une cause inamovible et très-énergique.

Quant à l'altération des vertèbres, sa marche est tout-à-fait indépendante des exutoires; elle est toujours proportionnée à la quantité de tubercules dont ces os sont pénétrés, et aux mouvemens que le tronc exécute.

L'idée que nous émettons sur la manière d'agir des cautères diffère beaucoup de celle qu'on admet généralement. On prétend que les exutoires portent leur action sur les vertèbres malades, et font disparaître la carie dont on les suppose affectées. Après avoir exprimé cette opinion, le professeur Boyer a la bonne foi d'écrire ces lignes remarquables. « Cependant nous n'avons jamais eu occasion de nous assurer de l'état » des choses par l'autopsie, et de vérifier ce que devient alors la subs» tance de l'os malade. Nous ne pouvons pas dire non plus quel est l'état » de la moelle épinière et de ses enveloppes, etc. » (*Traité des mal. chir.*, t. III, p. 498). Son opinion sur l'action des cautères n'était donc qu'une hypothèse; aucun fait ne lui servait de base.

3° *Repos et position.* L'excellence du repos et de la position horizontale n'a été contestée que par bien peu de personnes. Les mouvemens et le poids du corps hâtent la fonte des tubercules; ils brisent les vertèbres affaiblies par de vastes pertes de substance; ils usent par le frottement celles qui sont déjà dénudées; ils irritent la moelle et augmentent les douleurs et la paralysie; en enflammant les parties molles situées au devant du rachis, ils favorisent les abcès par congestion; ils peuvent briser des colonnes osseuses déjà formées; si l'affection réside sur les deux premières vertèbres, ils produisent une compression subitement mortelle; or, le repos et la position horizontale préviennent ou retardent la plupart de ces accidens.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les archives du mois de juin contiennent : 1° un *mémoire sur les maladies du système lymphatique*, par M. Velpeau; 2° la fin des *recherches sur les caractères chimiques de la salive, considérés comme moyen de diagnostic dans quelques affections de l'estomac*, par M. Donné : nous en rendrons compte ultérieurement; 3° *recherches sur la dysentérie*, par M. Thomas de Tours, deuxième article; 4° un *rapport sur les mémoires adressés au concours de la Société médicale d'émulation, sur la question des ruptures de l'utérus*; 5°

observation de corps étrangers dans l'estomac, le vagin et l'urètre, qui ont causé la mort après deux mois de séjour, par M. Sonnié-Moret. C'est un exemple de monomanie suicide par les moyens les plus singuliers : la femme s'était introduit dans le vagin un compas en cuivre ; dans l'urètre un paquet de fils de fer tordus ensemble ; dans l'estomac des clous, des fragmens de laiton élastique de bretelle au nombre de vingt-cinq, formant ensemble une longueur de 11 pieds 5 pouces.

MÉMOIRE SUR LES MALADIES DU SYSTÈME LYMPHATIQUE, par A. VELPEAU, professeur de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Charité.

La rareté des bons travaux sur le sujet de ce mémoire, la baute position de l'auteur, et surtout l'attention avec laquelle il s'est occupé de ces recherches tout-à-fait spéciales depuis bientôt vingt ans, sont autant de motifs pour présenter une analyse aussi exacte que possible de ce travail, dans lequel il étudie séparément l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et celle des ganglions.

Le tissu lymphatique est susceptible de s'enflammer par une multitude de causes, dont la plupart cependant ont agi primitivement sur d'autres organes ; ainsi, d'après M. Velpeau, presque toutes les maladies du système lymphatique tiennent à ce que des fluides altérés ou produits par l'inflammation s'y sont introduits par voie d'absorption ou par imbibition, et l'ont parcouru de la périphérie au centre, ou y ont été retenus d'une manière quelconque. Cette considération doit dominer l'étude de l'étiologie de ces phlegmasies ; c'est donc dans leur faculté d'absorption que réside la principale cause des phlegmasies de ces vaisseaux, qui peuvent se charger de matières hétérogènes capables de les enflammer partout où il y a maladie et un foyer morbide ; sous ce rapport même, ces phlegmasies offrent deux variétés bien distinctes, suivant que les liquides altérés qui les produisent sont à l'abri du contact de l'air, ou suivant qu'ils ont subi primitivement ou secondairement l'action de l'air extérieur.

La propriété délétère qu'attribue ici M. Velpeau à l'air atmosphérique, dépend-elle réellement du contact qui s'exerce entre l'air et les fluides exposés, ou n'est-elle pas le résultat d'influences différentes et jusqu'ici mystérieuses ? c'est ce qui n'est point examiné ici. Cependant l'auteur convient que la phlegmasie des lymphatiques, qu'il appelle angioleucie, est beaucoup moins fréquente qu'on ne le supposerait en remarquant combien sont fréquentes les causes qui doivent exposer les fluides de l'économie malade au contact de l'air ; c'est qu'il faut, outre cette circonstance, des conditions d'un autre genre pour qu'elle devienne une cause occasionelle. Parmi ces conditions il signale spécialement l'enfance et la vieillesse, le tempérament lymphatique, l'abondance et surtout certaine quantité malfaisante des fluides absorbés. L'étiologie de l'angioleucie n'est donc pas plus avancée que celle de presque toutes les autres maladies ; la cause efficace nous échappe constamment, et nous ne pouvons indiquer les causes occasionelles que d'une manière extrêmement vague.

L'étude des symptômes est plus avancée : on peut assez facilement reconnaître l'angioleucie, même à une époque peu éloignée de son développement. Les symptômes sont locaux et généraux ; les premiers varient suivant que la phlegmasie porte sur le plan superficiel ou sur le plan profond des vaisseaux lymphatiques.

Quand le mal débute par les vaisseaux sous-cutanés, on trouve habituellement un changement dans la lésion préexistante ; la suppuration dont elle était le siége s'est tarie subitement ou a pris brusquement une grande extension ; un réythème se montre autour des plaies et des plaques rouges ou rosées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Ces plaques, d'abord éloignées, se rapprochent et finissent par se confondre et constituer un véritable érysipèle ; une douleur âcre et une chaleur morbide quelquefois sans gonflement, d'autres fois avec un gonflement considérable, sont encore des symptômes de l'angioleucite superficielle ; mais celui qui est le plus constant, c'est le gonflement des ganglions où vont se rendre les vaisseaux enflammés.

Lorsque le plan profond des vaisseaux lymphatiques est pris le premier, c'est la douleur qui fixe d'abord l'attention. Cette douleur n'est ni rayonnante, ni diffuse ; elle ne revient point par accès, mais elle est fixe, disséminée comme par foyers, et d'une intensité inégale sur les différens points. Le gonflement se présente aussi sous forme de noyaux épais, et non par plaques. La rougeur n'apparaît qu'après ces deux symptômes, et est extrêmement superficielle.

Il est rare que les deux plans des lymphatiques restent long-temps affectés l'un sans l'autre.

Parmi les *phénomènes généraux*, il n'en est pas un seul qu'on puisse considérer comme caractéristique : on peut les distribuer en deux groupes dont l'un est le produit de l'inflammation, tandis que ceux du second indiquent l'infection du sang. Au rang du premier sont la fièvre d'invasion, l'accélération du pouls, etc., etc. ; pour le second sont tous ceux qui appartiennent aux fièvres adynamiques et ataxiques des auteurs.

L'angioleucie peut se terminer par résolution, par induration, par suppuration et par la mort. Les détails dans lesquels entre M. Velpeau montrent bien que l'angioleucie est une maladie extrêmement grave et qui mérite toute la sollicitude des praticiens.

L'angioleucie doit être traitée comme toutes les phlegmasies ; les saignées générales et locales, les émolliens. Quant aux vésicatoires, ils ont été souvent essayés par M. Velpeau, et ils sont incapables de faire rétrograder ou d'éteindre l'inflammation : leur action se borne à hâter, à décider la suppuration ou la résolution lorsqu'ils sont appliqués sur le point culminant des masses indurées.

L'auteur n'a employé l'*eau froide* que dans deux cas. La région enflammée avait été couverte de compresses en plusieurs doubles, soutenues par une bande pendant deux jours. Le tout fut continuellement imbibé d'eau à la température ordinaire ; mais la douleur et le gonflement augmentèrent tellement qu'il fallut y renoncer.

Quand l'angioleucie est superficielle, la *compression* peut l'éteindre en quelques jours, lorsqu'on peut commencer cette compression au-dessous et la continuer au-delà des points affectés.

Les *onctions mercurielles*, que M. Velpeau a employées dans le traitement de plusieurs maladies qui ont quelque rapport avec l'angioleucie, ne lui ont point encore fourni de résultats très positifs dans cette dernière maladie. La tuméfaction des ganglions, les stries, les rubans rosés ont, il est vrai, constamment diminué dès le premier jour sous l'influence des frictions mercurielles. Il en a été de même de la tuméfaction générale et des autres accidens inflammatoires chez trois sujets où la résolution a paru avoir été amenée par l'emploi de ce moyen ; mais dans douze autres cas, la suppuration a fini par s'établir, comme on le voit à la suite des autres traitemens. Lorsqu'il a recours à ce moyen, l'auteur fait faire trois onctions de 2 gros chaque, dans les vingt-quatre heures, sur toute l'étendue et même un peu au-delà des régions douloureuses ; mais aussitôt que la fluctuation se manifeste sur un point, quelque obscure qu'elle soit, il faut employer le bistouri. Un purgatif tous les trois ou quatre jours n'est pas à dédaigner.

M. Velpeau termine son mémoire en donnant le diagnostic différentiel de l'angioleucie, qu'il cherche à distinguer de la phlébite, de la neurite, de l'érysipèle simple ; nous regretons que la nature des détails qu'entraîne cette discussion ne nous permette pas d'en présenter ici l'analyse, ainsi que celle de l'article consacré à l'anatomie pathologique de cette maladie.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les cahiers d'avril et mai contiennent : 1° un article de *philosophie médicale, à propos d'un Abrégé de l'histoire de la médecine*, par M. Gibert ; 2° *deux articles sur la clinique de M. Lisfranc*, par M. Durand ; c'est une partie des leçons de ce professeur sur les tumeurs blanches, que nous avons données récemment d'une manière complète ; 3° *de l'emploi des mercuriaux dans le traitement des maladies des yeux*, par M. Gérard ; 4° la fin du *mémoire sur l'histoire médicale des mineurs de la houillère de Decise*, par M. Valat, avec un extrait du rapport de M. Double sur ce travail.

Les numéros de juin et juillet contiennent : 1° *considérations cliniques sur trois observations d'anatomie pathologique recueillies à l'hôpital de Lagrave*, par M. A. Dupau ; 2° *mémoire sur un nouveau traitement de la brûlure*, par M. Velpeau ; 3° *histoire d'une monomanie homicide guérie par les vermifuges*, par M. Foureau de Beauregard ; 4° *fracture de l'os hyoïde et kyste de la langue*, observation par M. Auberge ; 5° un troisième article *sur la dysenterie épidémique de Bretagne*, par MM. Verger et Chauvin ; 6° *lettre de M. Dugès au sujet d'un nouvel instrument d'obstétrique.*

DE L'EMPLOI DES MERCURIAUX DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES DES YEUX, par M. GÉRARD.

Le calomel à haute dose est, dit M. Gérard, d'une efficacité incontestable dans les maladies inflammatoires entre les mains d'un praticien prudent ; cependant son administration doit être soumise à quelques règles générales dont on ne pourrait trop s'écarter sans inconvénient et même sans danger pour le malade. Ainsi l'auteur dit avoir vu

des gastro-entérites rebelles au traitement le mieux dirigé, survenir sous l'influence de l'usage du calomel, et l'une d'entre elles se terminer d'une manière funeste. Il dit aussi avoir vu un homme chez lequel on avait voulu pousser trop loin la salivation, mourir d'une congestion cérébrale.

Bien que nous ne nous laissions pas épouvanter par ces faits qui peuvent être vrais, mais où les accidens ont pu aussi ne pas dépendre uniquement de l'administration du calomel, cependant nous connaissons toute l'énergie de ce moyen employé à haute dose, et nous pensons qu'on ne peut prendre trop de précautions pour empêcher les accidens, pour peu qu'elles ne nuisent pas à l'action du médicament.

Une recommandation à laquelle M. Gérard attache un grand prix, c'est de supprimer l'emploi du calomel aussitôt qu'il se développe un peu de rougeur aux gencives. Dès ce moment, dit-il, la révulsion est commencée, la salivation devient abondante, et 36 ou 48 heures après il survient des aphthes dans la bouche.

Trois observations pleines d'intérêt sont rapportées ici, et prouvent l'efficacité des mercuriaux à doses élevées. Ainsi, chez le sujet de la première, qui était atteint d'une ophthalmie bien aiguë, 36 grains de calomel ont été pris pendant trois jours sans accident; le quatrième, les gencives se gonflent, le ptyalisme se manifeste, et le calomel est supprimé; le cinquième jour, l'amélioration était évidente, et le dixième jour, le malade était complètement guéri et de son ophthalmie et du ptyalisme.

Chez le sujet de la deuxième observation, le même moyen, employé dans des circonstances analogues, a produit le même effet; mais chez celui de la troisième, le calomel à la dose de 36 grains n'ayant pu être supporté que pendant deux jours à cause des coliques et des vomissemens qu'il déterminait, M. Gérard le remplaça par des frictions avec une once d'onguent mercuriel double, qui furent faites pendant trois jours sur les membres inférieurs. Le ptyalisme étant survenu, on suspendit les frictions, et la malade ne tarda pas à guérir complètement.

FRACTURE DE L'OS HYOÏDE CHEZ UN HOMME AYANT DEPUIS HUIT ANS UNE TUMEUR ENKYSTÉE DE LA LANGUE; par M. AUBERGE.

Nous avons déjà consigné dans la GAZETTE MÉDICALE deux observations détaillées de la fracture de l'os hyoïde, lésion qu'on devrait juger fort rare, à voir le silence presque complet que gardent sur ce point les auteurs, et qui cependant le serait bien moins que d'autres beaucoup plus connues, puisqu'en moins de deux ans voici le troisième fait qui a été publié.

OBS. — Un père de famille de 55 ans fut saisi à la gorge par le fameux chouan Poulain, homme très-fort et qui se trouvait dans un état complet d'ivresse. Aussitôt des douleurs aiguës se firent sentir dans la région antérieure du cou, qui était gonflée et ecchymosée; le malade crut entendre un bruit pareil à celui d'un corps solide qui se brise. Les efforts de prononciation et de déglutition augmentaient la douleur. Le toucher fit reconnaître une fracture de la branche droite de l'os hyoïde, un déplacement que cette partie de l'os avait subi du côté du rachis. D'ailleurs, le doigt porté dans l'arrière-gorge rencontra de petites esquilles qui avaient percé la membrane muqueuse. Il y avait en même temps des symptômes de congestion cérébrale qu'il fallait avant tout combattre. Quatre saignées, des pédiluves sinapisés, etc., permirent au bout de quelques heures de s'occuper de la fracture. Voici comment s'y prit l'auteur, qui ne connaissait aucun précédent capable de le diriger.

Les deux mâchoires maintenues écartées au moyen d'un rouleau de linge très-serré placé entre les dents, il introduisit l'indicateur gauche dans la bouche jusqu'au lieu de la fracture, et repoussa de dedans en dehors le fragment enfoncé qu'il avait reconnu, tandis qu'avec les doigts de la main droite placés extérieurement, il prenait un point d'opposition sur la branche gauche de l'os fracturé. Il parvint ainsi sans beaucoup de peine à mettre les fragmens dans des rapports convenables.

Le siége de la fracture ne permettait pas l'emploi d'un bandage. Le malade fut condamné à l'immobilité, au silence, à la diète; la tête fut légèrement penchée en arrière, et une compresse imbibée de vinaigre camphré fut appliquée sur la région laryngée inférieure et soutenue à l'aide d'une bande médiocrement serrée. On fit arriver les tisanes et des alimens liquides dans l'estomac au moyen d'une sonde placée dans l'œsophage. Au bout de deux mois, la fracture était complètement consolidée.

L'auteur regarde comme extraordinaire que la pression des doigts ait suffi pour briser cet os; bien loin de partager cet étonnement, nous sommes surpris au contraire que la fracture produite par une pareille cause ne soit pas plus commune. Voici probablement les conditions qui la rendent si rare. Chez les enfans, chez les femmes, et même chez les hommes adultes qui n'ont pas la voix très-grave, le larynx remonte presque sous la mâchoire; l'os hyoïde plus haut encore; et lorsqu'on les saisit à la gorge, même en leur renversant la tête en arrière, c'est à peine si les doigts peuvent atteindre les deux bouts de l'arc hyoïdien, que les mouvemens instinctifs de déglutition tendent encore à faire remonter. Il faut pour que l'appréhension en soit facile, que le larynx et l'os hyoïde descendent très-bas, que la tête soit rejetée fortement en arrière, les mâchoires rapprochées, et la main brusquement portée presque immédiatement sous le menton. Mais alors le moindre effort suffit pour arriver à un de ces deux résultats, la luxation de l'une des grandes cornes ou la fracture de l'os, principalement dans la longueur de cette apophyse. M. Auberge conçoit que la strangulation et la pendaison, au moyen d'un lien très-fort, puissent quelquefois amener cette fracture; en effet, il n'y a rien à cela d'impossible; seulement le lien dans la pendaison est généralement placé plus bas que l'os, et celui-ci en remontant, se met à l'abri de toute atteinte. « Cette fracture, poursuit l'auteur, s'observait plus particulièrement chez les malheureux qui subissaient la peine du garrot. Dans ce cas on s'explique très-bien la fracture par le nœud de la corde placée autour du cou du supplicié, que l'on serre progressivement avec un bâton court. » Nous ne connaissons point d'observation de ce genre et ne saurions dire ce qui en est. Au reste, il paraît assez probable qu'un lien ainsi serré, portant fortement les cornes de l'hyoïde entre la colonne vertébrale, le fracturerait dès que la pression serait portée trop loin; ce serait là un mécanisme différent de celui qui a été d'abord indiqué.

L'individu qui fait le sujet de cette observation portait en outre une tumeur enkystée de la langue que l'auteur enleva environ un an après, par énucléation; après quoi trouvant le kyste sain, il le saisit par son fond avec des pinces, et l'isola en le disséquant dans toute l'étendue de sa circonférence; procédé qu'il attribue à M. Brachet de Lyon, et qui a paru à ce praticien bien préférable au procédé ordinaire, c'est-à-dire à la dissection du kyste sans l'ouvrir. M. Brachet se fonde sur ce fait anatomique, que la plupart des tumeurs enkystées ne contractent avec les parties ambiantes que de très-faibles adhérences. Cela est vrai de beaucoup de tumeurs, et principalement de celles qui se développent sur le cuir chevelu; mais alors sir A. Cooper et Dupuytren ont mis en usage un procédé bien plus simple encore; c'est de vider largement le kyste, puis de le saisir par une des lèvres de l'incision, soit avec des pinces, soit avec les doigts garnis d'une serviette, et de l'arracher tout d'un trait. Nous avons rapporté, il y a trois ans, dans la GAZETTE MÉDICALE, des exemples frappans de l'efficacité de ce procédé.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA BRULURE, par M. VELPEAU.

La brûlure est une affection qui a été de tout temps connue, et pour laquelle aussi de tout temps on a imaginé des remèdes et des méthodes de traitement. La liste complète des inventions de ce genre serait bien longue et sans doute bien fastidieuse; est-ce une raison toutefois pour les dédaigner en masse, sans s'assurer au moins si ce qu'on rejette ne remplirait pas mieux telle indication donnée que ce qu'on admet avec aussi peu de motifs? Ce serait, à notre avis, une chose extrêmement utile que de faire une étude raisonnée de cette thérapeutique si embrouillée de la brûlure, d'y porter autant que possible la lumière, de nous dire en un mot quels sont les moyens, sinon préférables à tous les autres, car les faits manqueraient sans doute pour porter un jugement aussi précis, mais du moins ceux qui méritent d'être expérimentés concurremment, et entre lesquels on peut faire un choix. M. Velpeau a déjà tenté quelques expériences comparatives de ce genre; et voici les résultats auxquels il est arrivé.

Prenons d'abord les quatre premiers degrés de la brûlure généralement admis; érythème, vésicules, ulcération du derme, escarrification de toute la peau. L'érythème ou premier degré, abandonné à lui-même se résout souvent du deuxième au huitième jour; sinon il se transforme en érysipèle ou passe au second degré. Celui-ci, que M. Velpeau propose d'appeler *brûlure phlycténoïde*, ne guérit jamais pour peu que la lésion soit étendue, sans que l'épiderme se détache et que le derme dénudé suppure; il lui faut donc 15, 20 et même 30 jours. L'exulcération demande un mois et plus; l'escarrification exige d'abord 10 à 20 jours pour l'élimination des escarres; puis 15 jours à six semaines pour la cicatrisation. Jamais du reste ces trois degrés ne se terminent sans traitement par résolution primitive.

Voici maintenant ce qui arrive quand on traite la brûlure par les moyens actuellement le plus vantés:

1° L'eau froide constamment tenue en contact avec la partie brûlée suffit presque toujours pour amener en trois ou quatre jours la guérison du premier degré. Au second degré elle modère le plus souvent, mais n'empêche pas absolument le suintement purulent, ni l'inflammation; au troisième, ses avantages sont encore moins manifestes; et elle serait plutôt nuisible qu'utile au quatrième, en retardant la séparation

des escarres. Dans ces trois degrés, on ne doit donc y recourir qu'à titre de moyen accessoire et si l'inflammation était trop forte.

2° La *compression méthodique* mérite la préférence partout où elle peut être appliquée. Pour le premier degré, des compresses et une bande suffisent. Dans le deuxième, il faut au préalable enlever les phlyctènes, absterger la plaie et la couvrir d'un linge criblé, enduit de cérat, puis d'une couche mince de charpie. Elle agit, comme l'eau froide, en mettant obstacle au développement de l'inflammation, et convient également sous ce rapport au troisième et au quatrième degré; mais elle n'a pas, comme l'eau froide, l'inconvénient d'exposer le malade à contracter des rhumes, des inflammations même, soit des membranes muqueuses, soit des séreuses.

3° Le *coton cardé*, les *aigrettes du typha*, ne servent à rien dans le premier degré et ne conviennent aucunement dans le quatrième. Employés de bonne heure dans les deux autres, ils absorbent toutes les humidités de la partie à mesure qu'elles se forment, et la dessèchent si rapidement que la cicatrice se développe quelquefois au-dessous dans l'espace de 8 à 15 jours; mais souvent aussi ils se transforment en une sorte de croûte qui n'empêche ni l'inflammation, ni la suppuration. En résumé, ils n'ont donc que peu de valeur.

4° La *solution de chlorure alcalin*, à peu près aussi efficace que l'eau froide, est même un peu plus résolutive. Dans les trois derniers degrés, elle hâte la détersion et la cicatrisation, surtout chez les sujets lymphatiques, et lorsque les bourgeons celluleux restent grisâtres, blafards, ou qu'ils tardent trop à se montrer. A part cette qualité détersive, qu'ils partagent d'ailleurs avec la décoction de quinquina, les solutions de kréosote, de nitrate d'argent, etc.; les chlorures alcalins ne valent pas la compression; M. Velpeau assure les avoir employés depuis 1824 et 1825 sur plus de cinquante malades, et après cette série d'expériences il ne craint pas d'affirmer qu'on en a singulièrement exagéré la valeur.

5° La *solution d'extrait de saturne*, légèrement sédative, moins excitante et plus résolutive, convient mieux que les chlorures dans les deux premiers degrés et moins dans les deux derniers. Sa puissance est fort restreinte cependant, et elle régularise bien plus qu'elle n'arrête la marche de la brûlure.

6° Les *cataplasmes de farine de lin* à nu sur le mal, calment l'irritation, enlèvent l'épiderme soulevé, favorisent l'élimination des escarres, et tarissent promptement la suppuration chez les sujets jeunes et sanguins. On aurait tort toutefois d'insister sur leur emploi quand ils n'ont pas modifié les surfaces d'une manière avantageuse dans l'espace de quelques jours.

7° Les *sangsues*, appliquées autour ou très-près des escarres, modèrent l'inflammation, mais n'abrégent que très-peu les périodes propres de la maladie principale.

8° Le *cérat simple* et le *cérat de Galien* ne conviennent point dans le premier degré, et sont moins avantageux dans les trois autres que les cataplasmes, jusqu'à détersion complète. Quand il ne reste de la brûlure qu'une plaie ou un ulcère, il vaut mieux en enduire un linge criblé de trous qu'on recouvre ensuite de charpie, que d'en charger des plumasseaux.

9° Le *cérat safrané* de M. Larrey, plus siccatif et plus sédatif, est un des meilleurs topiques qu'on puisse appliquer sur les brûlures du deuxième, du troisième et du quatrième degrés, quand elles sont très-douloureuses, très-irritées, ou disposées à suppurer trop abondamment. En ce sens, il a presque la même efficacité que les cataplasmes.

10° Un liniment précieux dans les brûlures superficielles, surtout à la face, est celui que l'on fait avec parties égales d'*huile* et d'*eau de chaux*. Il suffit d'en oindre quatre à cinq fois par jour les parties avec un pinceau ou les barbes d'une plume, pour guérir en cinq ou six jours, sans bandage ni appareil, les larges brûlures érythémoïdes et quelques-unes de celles du deuxième degré.

11° La *pulpe de pomme de terre*, *l'urine*, ne réussissent pas mieux que l'eau de saturne. Il en est de même de *l'éther*, de *l'eau-de-vie*, quoique leur manière d'agir soit un peu différente.

12° Mais le moyen auquel M. Velpeau donne la préférence et qu'il croit avoir employé le premier, c'est l'usage des bandelettes agglutinatives dont on recouvre la région malade. Elles arrêtent constamment la brûlure au premier degré, pourvu qu'on les laisse six ou huit jours en place. Dans le deuxième degré on enlève préalablement l'épiderme et on déterge la plaie; la guérison est encore à peu près constante du quatrième au sixième jour, c'est-à-dire à la fin du premier au second pansement; car les bandelettes peuvent n'être renouvelées que tous les trois, quatre, cinq ou six jours. Dans le troisième degré, il faut dix, quinze ou vingt jours pour la cicatrisation complète. Elles conviennent également dans le quatrième degré.

Il faut que chaque bandelette ou lanière ait de 8 à 12 lignes de large et qu'elle puisse faire une fois et demie le tour de la partie brûlée; la première placée un pouce au-dessous, la dernière un pouce au-dessus; toutes se recouvrant aux deux tiers les unes les autres, partout bien perpendiculairement sur toute la circonférence du membre, se croisant sur une région saine et comprimant également partout. S'il n'y a qu'érythème sans gonflement, on peut se contenter d'une seule application. S'il y a plaie, avec suintement ou suppuration abondante, il faut les changer d'abord tous les deux jours. Il est facile de saisir et de modifier ces indications.

Au total, c'est une espèce de guètre dans laquelle on emprisonne la brûlure; aussi M. Velpeau ne l'applique qu'aux membres; et même il ne la conseille pas dans les brûlures très-étendues. Chez quelques personnes aussi la peau la supporte mal; elles augmentent l'inflammation ou même déterminent un érysipèle. La composition de l'emplâtre n'est pas non plus indifférente; une toile trop fine ou trop épaisse, trop ou trop peu chargée, ne convient pas; le diachylon des hôpitaux vaut mieux sous ce rapport que celui des pharmaciens de la ville, qui contient trop de résine ou de graisse et pas assez de plomb.

A part ces contre-indications, les bandelettes déterminent la formation rapide d'une cicatrice lisse, polie, très-extensible, sans noyaux ni rugosités, et qui se forme à la fois sur presque toute la surface de la plaie. L'étendue ni la forme de cette surface n'influent point sur le résultat; M. Velpeau en a vu, qui avaient cinq pouces dans un sens et six pouces dans l'autre, se dessécher en six jours, tandis que d'autres qui n'étaient pas plus larges qu'un centime ont exigé dix et quinze jours.

Dix-neuf observations détaillées de brûlures au deuxième, troisième et quatrième degrés, viennent à l'appui de ces assertions. En les résumant on trouve que la cicatrisation complète a eu lieu: trois fois dans l'espace de cinq jours; trois fois en six jours; cinq fois en sept jours; deux fois en huit; deux fois en dix, une fois en quatorze, une fois en seize; et enfin une en vingt-trois jours seulement. Ni la région du corps, ni l'âge du malade, ni la largeur de la brûlure n'ont influé sur ce temps. Des plaies qui n'ont duré que cinq jours, l'une siégeait sur le dos du pied, l'autre sur l'avant-bras. Dans la série de six jours, on en trouve une à l'avant-bras, deux à la plante du pied, deux à la jambe. Pour celle de sept jours, un cas appartient à la main, un à l'avant-bras, un au dos du pied, et le quatrième à la jambe. C'est au dos et à la plante du pied, il est vrai, que se rapportent les brûlures de huit, de quatorze et de seize jours, et à la jambe que siégeait celle de dix jours; mais celle de vingt-trois jours occupait le membre supérieur, et la longueur plus grande du traitement s'explique par la profondeur plus considérable de la lésion.

Comment agissent les bandelettes? Lorsque Baynton les appliqua sur des viscères, on attribua leur efficacité à la compression. Mais M. Velpeau a essayé comparativement le bandage roulé, en recouvrant préalablement la plaie ou de cérat, ou de charpie sèche, ou de charpie sèche, ou de charpie chlorurée, ou de taffetas gommé, d'une lame mince de plomb, d'emplâtre divin, etc.; et il a vu que les effets étaient fort différens, c'est-à-dire que ces diverses espèces de compression guérissaient assez souvent la brûlure, mais lentement, de proche en proche, tandis que le propre des bandelettes est de cicatriser la plaie sur tous ses points à la fois; en sorte qu'une surface de quatre à six pouces est aussi promptement desséchée qu'une de six à dix lignes.

Si la compression ne rend pas compte de ce succès, il semblait que la raison dût en être cherchée dans la matière emplastique même. M. Velpeau a donc traité les brûlures à divers degrés avec des disques de diachylon gommé, de diapalme, d'emplâtre divin, d'onguent de la mère, d'onguent de Geneviève, etc.; et il a trouvé qu'en effet le diachylon produisait de meilleurs effets que ces diverses autres compositions, mais moins bons que sous forme de bandelettes. Celles-ci paraissent même plus efficaces que les disques de diachylon soutenus par le bandage compressif ordinaire, sans doute parce qu'elles exercent une compression plus exacte. En résumé, il y a donc à la fois dans le nouveau moyen une action compressive unie à une action médicamenteuse.

Au reste, depuis 1829, M. Velpeau a essayé d'étendre la méthode de Baynton à presque toutes les solutions de continuité anciennes ou récentes des membres, aux ulcères qui suivent la gangrène de la peau, les érysipèles phlegmoneux, aux plaies suite d'opérations avec perte de substance, aux ulcères syphilitiques, scrophuleux, et même aux lupus, aux dartres rongeantes, et à certains ulcères qu'on aurait pu prendre pour des ulcères cancéreux; et il en a retiré des avantages surprenans.

Seulement il importe alors de n'y recourir qu'après la disparition ou le recollement des clapiers, qu'après avoir visité la surface malade en la touchant une ou deux fois avec le nitrate acide de mercure. Enfin, enhardi par ces résultats, il est allé plus loin encore, et a essayé les bandelettes contre des inflammations sous-cutanées sans solution de continuité. Des noyaux phlegmoneux fort aigus, déjà aussi larges que la main; des masses variqueuses entourées d'un érysipèle phlegmoneux datant déjà de trois jours, ont été emprisonnés dans une bottine de bandelettes, et très-promptement arrêtées. C'est un sujet qu'il se réserve de traiter plus longuement plus tard, et sur lequel il appelle l'attention des praticiens.

DE L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS DE COLCHIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE RHUMATISMALE; par M. CONSTANT.

Depuis long-temps on emploie le *colchicum automnale* dans le traitement du rhumatisme articulaire, en Angleterre et en Allemagne. En France même, quelques praticiens en font un usage fréquent. Il est donc difficile de croire que cette substance soit aussi inerte ou même aussi malfaisante qu'on l'avance journellement. Mais ce qui manque à ce médicament, c'est une formule scientifique pour ses effets thérapeutiques aussi bien que pour la manière de l'administrer.

C'est la teinture des semences qui a été employée dans un grand nombre de rhumatismes à la clinique de M. le professeur Chomel, pendant le semestre qui vient de s'écouler. On a commencé par la dose de dix à quinze gouttes de teinture dans quatre onces d'eau édulcorée avec le sirop de gomme. La dose la plus élevée qui ait été administrée dans les vingt-quatre heures, a été de deux scrupules. Ce médicament n'a pas été supporté de la même manière par tous les malades auxquels on l'a administré. Il a inspiré à quelques-uns une répugnance invincible: ils avaient, disaient-ils, l'estomac trop faible pour le supporter; ils éprouvaient des nausées, des vomissemens et des douleurs épigastriques. Ces cas ont été en très petit nombre, et il a suffi, pour faire cesser les accidens gastriques, de supprimer le colchique, ou simplement d'en diminuer la dose.

Ce médicament a paru porter son action spécialement sur les voies digestives, la peau et le système nerveux; une diarrhée plus ou moins abondante, avec ou sans colique, n'a pas tardé à se montrer chez les individus soumis à l'emploi du vin de colchique. Ses effets salutaires ont paru en rapport avec l'abondance des évacuations alvines. Dans un cas où il n'est pas survenu de diarrhée, les symptômes du rhumatisme n'ont éprouvé aucune modification notable.

Quant aux sueurs qui se montrent chez différens sujets soumis à l'emploi de la teinture de colchique, on ne doit pas se hâter de les regarder comme un des effets du médicament. On sait que dans le rhumatisme articulaire aigu les malades sont souvent tourmentés par d'abondantes sueurs. La propriété diaphorétique du colchique ne paraît pas aussi bien établie que son action purgative. Quant aux modifications que ce médicament exerce sur le système nerveux, elles sont incontestables, mais elles varient suivant les sujets; les uns se plaignent de rêves pénibles; d'autres accusent, dans le trajet des membres, des douleurs qu'ils attribuent à l'usage du colchique; d'autres au contraire sont promptement débarrassés de leurs douleurs; ils dorment d'un sommeil paisible et profond qu'ils n'avaient pas goûté avant l'emploi de cette médication.

Au reste, depuis long-temps l'action purgative de ce médicament était connue, et les expériences précédentes n'ont rien ajouté à ce que la science possédait déjà sur ce sujet; mais le seul point qui soit réellement en discussion, c'est de savoir si les préparations de colchique jouissent d'une propriété anti-rhumatismale, comme le prétendent beaucoup de médecins étrangers, propriété qu'elles ne devraient point à leur action purgative, mais à une action spéciale. Sous ce rapport les expériences de M. Chomel ont déjà démontré qu'elles ont une influence sur le système nerveux, influence qui peut ne pas dépendre de leur action purgative. C'est cette influence qu'il faut étudier surtout dans les cas, où pour nous servir d'une expression admise dans la science, le colchique est toléré.

En résumé, les faits ne permettent pas de révoquer en doute l'action thérapeutique du colchique. La durée du rhumatisme a été notablement abrégée dans quelques cas; mais dans aucun de ceux observés dans les salles de M. le professeur Chomel, on n'a observé une disparition subite des symptômes locaux et généraux sous l'influence de cette médication.

M. Constant termine sa communication par deux faits qui viennent à l'appui des considérations que nous venons de présenter, et qui ont été déjà publiés dans la dernière revue clinique de l'Hôtel-Dieu, ainsi que quelques-unes des considérations générales qui précèdent.

III. BULLETIN CLINIQUE.

Voici un nouveau recueil qui mérite l'attention et les encouragemens des médecins. Exclusivement consacré aux faits cliniques de nos hôpitaux, il est destiné à remplir une lacune que le plan plus général des autres journaux avait laissée depuis long-temps. Parmi les faits nombreux dont se composent les premières livraisons, il en est plusieurs qui nous semblent assez importans pour devoir être reproduits ici avec leurs titres principaux.

NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE INTERMITTENTE, CONSÉCUTIVE A UNE IRRITATION DES GLANDES LACRYMALES, observée par M. LHÉRITIER.

L'étiologie des névralgies est encore enveloppée d'une grande obscurité; les travaux de Berlinghieri, de Ch. Bell et de beaucoup d'autres pathologistes ont à peine signalé quelques-unes des causes nombreuses qui paraissent se lier au développement des névralgies. Le fait suivant ajoutera aux connaissances que nous avons déjà sur ce sujet.

OBS. — Mademoiselle D..., âgée de 26 ans, quitte sa mère pour revenir à Paris, qu'elle habite ordinairement, et pleure pendant quarante heures. De retour chez elle, elle éprouve une violente céphalalgie avec sensation de tension à la partie postérieure du globe oculaire; il y a constipation. Malgré l'emploi des pédiluves et des lavemens, les douleurs deviennent à dix heures du matin déchirantes derrière l'œil gauche, s'irradiant vers la caroncule lacrymale, l'angle interne des paupières et la fosse nasale du même côté. L'accès dure trois heures avec rougeur de la joue, épiphore, écoulement de mucus nasal. (Sulfate de quinine, 24 grains; liniment avec l'huile et l'extrait de belladone.)

Le lendemain, à neuf heures, l'accès se reproduit du même côté et occupe spécialement le nerf sus orbitaire. Les douleurs sont atroces; la circulation générale est active; le pouls est à 130 pulsations. L'accès dure une heure. (Saignée du bras; sulfate de quinine, 30 grains; lavement purgatif.)

Le troisième jour, nouvel accès, mais à droite; les douleurs sont moins violentes. Le quatrième jour, elles ont gagné le cuir chevelu et s'accompagnent de vomissemens. (Huit sangsues sont appliquées vers l'angle externe de l'œil et le sulfate de quinine est continué.) La maladie n'a point reparu.

RHUMATISME AIGU FIXÉ PRIMITIVEMENT SUR LES INTESTINS ET LE COEUR, ENVAHISSANT ENSUITE LES ARTICULATIONS. Observation communiquée par le docteur ROUSSEL.

Les observations de rhumatisme interne primitif sont assez rares; un a même long-temps agité la question de savoir si le rhumatisme interne pouvait exister primitivement. Pinsart et Barthez se prononcèrent pour l'affirmative; mais la majorité des observateurs sans nier absolument qu'il pût exister, se retranchaient derrière le petit nombre de faits cités à l'appui de son existence.

OBS. — M. M..., âgé de 21 ans, se plaignait de douleur rénitente dans l'abdomen; ses intestins lui semblaient prêts à se déchirer; aucun autre symptôme qu'un malaise général. Sa maladie fut regardée comme une colique et combattue par une potion calmante, le lavement opiacé et les cataplasmes sur l'abdomen.

Le lendemain, la douleur persiste, malgré une saignée et une application de 15 sangsues.

Le quatrième jour de la maladie, la région du cœur est douloureuse; à l'aide de l'auscultation et de la percussion, il est facile de constater une hypertrophie de cet organe; les articulations fémoro-tibiales deviennent douloureuses; celles des poignets n'offrent que de la raideur; l'épine dorsale est, surtout dans la région cervicale, le siége de vives douleurs. La respiration est très-gênée; 110 pulsations par minute. Diagnostic: « Rhumatisme aigu. » Deux saignées sont pratiquées dans la journée et suivies d'un peu d'amélioration.

Le malade apprit alors que déjà il avait eu une maladie analogue, laquelle avait cédé à l'emploi de sept saignées.

Les douleurs n'ayant que légèrement diminué, et le pouls restant de 108 à 120 malgré l'application de 15 sangsues et de cataplasmes avec la digitale, quatre autres saignées sont pratiquées successivement, et un vésicatoire est appliqué sur la région précordiale. A dater de ce moment, et surtout de la mise en activité du vésicatoire, les douleurs diminuèrent; le pouls s'abaissa à 90 et la convalescence fut rapide.

Dans ce cas, l'intestin paraît avoir été attaqué avant toutes les autres parties, et les souffrances ont gagné ensuite la région précordiale, et plus tard enfin les articulations. L'auteur regarde cette observation comme un exemple de rhumatisme interne primitif; mais comme cette attaque n'était que la seconde, parce que le malade avait éprouvé déjà une affection tout-à-fait analogue, et comme la plupart des pathologistes savent que quand, dans une première attaque de rhumatisme, le cœur a été vivement affecté, il arrive souvent que dans les attaques suivantes c'est par le cœur que débute la maladie, ce fait est donc moins important que le titre sous lequel il est inscrit ne le ferait penser au premier abord. Cependant il est encore remarquable sous le rapport des nombreuses émissions sanguines qui ont été pratiquées, et malgré lesquelles la convalescence fut rapide.

PNEUMORRHAGIE (apoplexie pulmonaire); SON SIÉGE RECONNU PAR LA PERCUSSION; GUÉRISON FAVORISÉE PAR LA POSITION DU MALADE.

Tel est le titre d'une communication où nous trouvons l'histoire d'un malade qui fut pris, à la suite de grandes fatigues, d'une hémoptysie abondante et qui ne cédait que difficilement à l'emploi des évacuations sanguines; mais, au moment où la matité était le plus prononcée en arrière et à gauche, on fit coucher pendant quelques heures le malade sur le ventre. Dans cette attitude, la partie gorgée de sang devint plus élevée que les autres portions du poumon, et le liquide contenu dans les vésicules et les bronches devait facilement, en vertu de la pesanteur, s'écouler vers la trachée-artère.

Il y avait à peine une demi-heure que le malade était dans cette position, qu'il rendit par la bouche 8 à 10 onces d'un sang noir, qui à coup sûr avait séjourné dans les poumons; alors la respiration devint plus libre; la respiration et la sonoréité en arrière se rétablirent presque subitement, et le malade guérit complètement à l'aide de nouvelles saignées, du ratanhia et des sinapismes.

Quelque importance que l'on attache à ce cas et un autre où le rapporteur dit avoir observé les mêmes effets, on ne peut se dissimuler que le moyen proposé ici pourrait avoir des résultats funestes, et que le malade, au lieu d'obtenir de l'amélioration par la position, pourrait éprouver une suffocation imminente et mourir subitement.

DES ALTÉRATIONS CÉRÉBRALES AVEC PARALYSIE DU MÊME CÔTÉ; par M. DECHAMBRE, interne à la Salpêtrière.

Dix observations ont été publiées sur ce point de doctrine au rapport de l'auteur; mais la plupart, ainsi qu'il le dit avec beaucoup de justesse, manquent d'exactitude ou d'authenticité, ou enfin de détails suffisans. L'une de ces observations, publiée dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1831, n'est pas incomplète, comme le dit l'auteur, mais les phénomènes étaient un peu compliqués. Ainsi il y avait diminution de la motilité des deux côtés à la fois, mais beaucoup plus prononcée à gauche qu'à droite; et c'était du côté gauche que le ramollissement était le plus prononcé. Du reste, nous sommes d'accord avec M. Dechambre, pour dire que cette observation n'est point un exemple tranché de la forme morbide dont il s'occupe ici, et nous reconnaissons avec lui que les seules observations inattaquables jusqu'ici publiées, sont: 1° celle rapportée par Morgagni; 2° celle citée par M. Bayle; 3° celle de M. Leuret. A ces trois faits nous devons joindre les deux que M. Dechambre a recueillies lui-même, et qui ne doivent laisser aucun doute sur cette singulière anomalie. Nous les analyserons rapidement.

HÉMIPLÉGIE DROITE; RAMOLLISSEMENT DES CIRCONVOLUTIONS DE L'HÉMISPHÈRE DROIT.

OBS. I. — La femme Lyon, âgée de 84 ans, qui n'avait jamais éprouvé de paralysie, entra à l'infirmerie à la fin de décembre 1834 pour des étourdissemens, de la céphalalgie suivis de nausées. Le 31 janvier, perte subite de la parole, air de stupeur. Le bras droit retombe lentement; la bouche est déviée à droite.

Les deux jours suivans, la paralysie du bras augmente et s'étend à la jambe, la contracture et la connaissance disparaissent complètement.

Le 3 février, commissure gauche fortement relevée; la droite fume la pipe; œil droit constamment fermé; œil gauche alternativement ouvert et fermé; les deux membres droits sont entièrement inertes; les deux gauches sont souvent en mouvement. La sensibilité existe partout, mais plus faible à droite.

Du 3 au 8, jour de la mort, perte complète du sentiment dans le côté droit, mais non à gauche.

A l'autopsie, pratiquée quarante-six heures après la mort, on trouva dans l'hémisphère droit, et à égale distance de ses extrémités, trois ou quatre circonvolutions extrêmement réduites en une pulpe rougeâtre, tout autour de laquelle on trouve disséminées une foule de petites taches sanguines, véritables apoplexies partielles. A mesure qu'on pénètre plus profondément dans le centre ovale, la substance cérébrale, de moins en moins ramollie, prend successivement les teintes jaunes rougeâtres, jaunes foncées, fauves, grises, d'un blanc sale.

Rien à noter dans le lobe gauche du cerveau, dans le cervelet, la protubérance, la moelle allongée.

OBS. II. — On reçoit, le 28 décembre 1834, la femme Nota, âgée de 71 ans, affectée d'une rétention d'urine avec inflammation de la vessie. En 1831, elle avait perdu subitement connaissance et était tombée; depuis lors, diminution du mouvement dans tout le côté droit, léger embarras de la parole. A son entrée, la commissure gauche est sensiblement tirée en dehors; les mouvemens de la langue sont libres; la main droite serre moins que la gauche; elle traîne la jambe droite en marchant.

Le 11 janvier, la parole s'embarrasse davantage; la malade a l'air hébété; du reste, elle dit n'éprouver ni céphalalgie, ni étourdissemens, ni fourmillemens des membres. Le lendemain, ces symptômes avaient disparu après une saignée; mais ils revinrent avec plus d'intensité le 4 février. Le bras droit a perdu toute sensibilité; relevé il retombe lentement, non contracturé; la langue reste droite; la déviation de la commissure gauche se prononce davantage; la connaissance se perd graduellement, et les membres tombent dans une résolution complète.

A l'autopsie pratiquée après la mort, on trouve trois ou quatre circonvolutions à l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit, et les anfractuosités qui les séparent réduites à leur surface en une matière grise de consistance pultacée, qui ne s'étend pas jusqu'à la substance blanche.

Les recherches les plus minutieuses ne font découvrir aucune autre altération dans l'encéphale.

Les faits analogues à ces deux observations sont tellement rares, que l'on doit recueillir avec empressement tous ceux qui se présentent, jusqu'à ce qu'enfin le nombre en soit devenu assez grand pour que l'on puisse les soumettre à quelques considérations générales, et tenter de donner l'explication de cette déviation à l'une des lois les plus remarquables et les plus certaines de l'économie. Jusque-là toutes les explications seront impossibles. La seule remarque que nous ferons ici, et nous l'empruntons à M. Dechambre et à M. Bayle, c'est que dans ces cas les lésions cérébrales ont été presque constamment trouvées dans l'hémisphère droit.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 AOUT.

TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB.

M. Foucat, pharmacien à Haubourdin, près Lille, écrit à l'Académie qu'ayant appris que M. Gendrin avait présenté pour le concours aux prix Monthyon un mémoire sur l'emploi de l'acide sulfurique dans le traitement de la *colique des peintres*, il croit pouvoir revendiquer la priorité d'invention, ayant obtenu par ce procédé des guérisons dès le mois de juillet 1831, et ayant depuis ce moment guéri par le même moyen tous les malades qui se sont adressés à lui et qui sont déjà au nombre de plus de vingt. La limonade qu'il emploie habituellement est composée, pour une pinte d'eau, d'une demi-once d'alcool sulfurique, de 2 onces de magnésie et de quatre onces de sirop de gomme. Il donne de plus, matin et soir, une potion composée de demi-once d'huile de ricin, demi-once de sirop de limon, et d'un quart de grain d'opium.

La lettre de M. Foucat est renvoyée à la même commission que le travail de M. Gendrin.

ACTION DES ACIDES SUR LE SUCRE.

M. Malaguti adresse une note relative à l'action qu'exercent sur le sucre les acides très-étendus. Le résultat le plus remarquable auquel il est arrivé est celui que, quand on traite le sucre par une solution acidulée et à une température qui peut être inférieure à 95°, il se forme après un certain temps un ou deux produits qui sont toujours identiques, quel que soit l'acide qu'on ait employé; ainsi, avec le contact de l'air, il y a toujours formation d'acides ulmique et formique; sans ce contact, formation d'acide ulmique seulement.

— M. Biot dit que depuis long-temps on a étudié l'action des acides sur le sucre, et qu'on a reconnu, par exemple, que sous leur influence, mais à une température différente de celle dont parle M. Malaguti, il y a formation d'un sucre incristallisable et qui paraissait se conduire toujours de la même manière, quel qu'eût été l'acide qui eût présidé à sa formation.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE LA COMPRESSION ET DE LA RARÉFACTION DE L'AIR.

M. Magendie fait en son nom et celui de MM. Double et Savart un rapport sur les effets d'un appareil inventé par M. le docteur Junod.

Deux médecins anglais, MM. Clanny et Murray, ont essayé récemment, chacun isolément et à peu près à la même époque, de construire des appareils avec lesquels on pût soustraire un membre ou tout le corps entier à une partie de la pression atmosphérique. Ces instrumens, dit le rapporteur, paraissent avoir été de quelque utilité à l'époque où le choléra sévissait en Angleterre; mais peut-être ne sont-ils pas assez perfectionnés pour entrer dans la pratique journalière, et leurs inventeurs eux-mêmes ne semblent en avoir fait usage que dans un petit nombre de cas.

Un des appareils construits par M. Junod est disposé de manière à ce qu'une personne y puisse être enfermée hermétiquement, et soumise pendant un certain temps à une pression de plus ou de moins d'une atmosphère. Les effets observés dans ce cas ne différant pas sensiblement de ceux qu'on avait déjà signalés comme correspondant aux différences de pression atmosphérique, nous ne nous y arrêterons pas.

Sous le point de vue médical, cet appareil semble, aux commissaires, n'être pas susceptible d'application.

Il n'en est pas de même, dit le rapporteur, des instrumens que M. Junod propose pour diminuer ou pour augmenter la pression autour d'un membre; et on de nous en a fait depuis un an un fréquent usage à l'Hôtel-Dieu dans le traitement de plusieurs maladies graves.

Lorsqu'ils sont employés à faire le vide, ces cylindres ne sont, à vrai dire, que de grandes ventouses; mais les effets en sont assez prompts et assez énergiques pour que souvent la pâleur du visage et même la syncope suivent immédiatement

l'application. En soustrayant par ce moyen à la pression atmosphérique une large portion du corps, les liquides et surtout le sang y affluent, abandonnant celles situées hors de l'appareil. Ce déplacement est comparable jusqu'à un certain point à celui qui a lieu dans une hémorrhagie considérable, mais avec cette différence que, tandis que dans ce dernier cas une portion plus ou moins grande du sang est soustraite définitivement à la circulation, dans l'autre elle ne l'est que temporairement, et seulement pendant le temps où dure l'action de l'appareil.

Il n'est pas nécessaire, poursuit le rapporteur, d'indiquer ici dans quelles circonstances on devra mettre en usage les appareils de M. Junod; tout praticien sentira combien peut être précieux un moyen mécanique et certain d'attirer vers les membres le sang dont la congestion ou l'épanchement peut causer de si prompts et de si grands ravages dans les organes de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen, sans avoir ensuite à redouter les conséquences trop souvent funestes de la perte d'une grande quantité de ce liquide.

M. Junod, avons-nous dit, fait aussi servir ces cylindres à comprimer l'air autour des membres, avec l'intention d'en repousser le sang vers les organes intérieurs. Il assure avoir remédié par ce moyen à divers accidens résultant de pertes abondantes de sang; les commissaires n'ont pas eu occasion d'employer ainsi l'appareil, et ils ne pensent pas même que ce mode d'application soit aussi aisé ni aussi utile que l'autre.

En résumé, disent-ils, l'appareil de M. Junod nous paraît une importante acquisition pour la thérapeutique, surtout lorsqu'il est employé pour raréfier l'air; et parce que nous mettons beaucoup d'intérêt à ce que l'usage s'en répande, nous engageons l'auteur à le rendre aussi simple et aussi peu dispendieux que possible.

NOUVELLE MÉTHODE D'INVESTIGATION CHIMIQUE.

M. Biot dépose sous enveloppe scellée la solution d'un problème chimique auquel il est arrivé par un moyen nouveau.

En considérant, dit l'auteur, la variété presque infinie et toujours croissante des combinaisons que la chimie parvient à opérer, surtout parmi les produits les plus complexes, où un grand nombre de principes sont en présence; en voyant la facilité souvent excessive avec laquelle ces principes s'unissent ou se séparent sous des modifications de circonstances en apparence très-légères, on est conduit à soupçonner que des conditions d'état physique qui nous semblent pareilles, peuvent parfois être moléculairement très-dissemblables, de manière à entraîner des différences d'action chimique où nous ne supposions que des identités.

Par exemple, lorsqu'un produit, surtout un produit complexe, de ceux que l'on appelle organiques, est dissous dans l'eau, il peut arriver que les groupes atomiques qui le composent soient simplement disséminés parmi les groupes qui constituent l'eau, sans que les propriétés moléculaires individuelles des unes ni des autres soient changées: alors il y a seulement *mélange*. Mais il peut arriver aussi que dans d'autres cas les groupes atomiques qui constituent les deux corps s'unissent dans certaines proportions, de manière à former autant de groupes nouveaux doués de propriétés spéciales; alors il y aura ce qu'on appelle une combinaison, et l'on peut la concevoir telle qu'elle existe seulement dans l'état liquide du système, en sorte qu'on ne peut la découvrir alors en chassant l'eau par l'évaporation, parce que la combinaison se désunirait.

Je crois être sur la voie d'une méthode qui distinguera dans beaucoup de cas ces deux états de combinaison ou de mélange que la chimie a tant d'intérêt à discerner; mais du moins je suis certain qu'il existe un cas où cette distinction est nette et facile: c'est celui de l'acide tartrique dissous dans l'eau. Voici donc la question que je propose à ce sujet aux chimistes.

Lorsque des cristaux d'acide tartrique pur sont dissous dans des proportions d'eau diverses entre les températures de 22 à 26° centigrades, qui sont celles qui ont naturellement lieu en ce moment, y a-t-il combinaison ou mélange, c'est-à-dire le système actuel des deux corps, dans cet état actuel de solution aqueuse, a-t-il ou n'a-t-il pas des propriétés moléculaires dépendantes des proportions qui le constituent; et s'il en a de telles, peut-on assigner la loi physique qui les définit ou les exprime pour chaque proportion donnée des deux corps?

Si j'étais assez heureux pour attirer l'attention et les recherches des chimistes sur cette question simple, je ne doute pas que l'application des procédés dont ils disposent n'en fît sortir des connaissances très-utiles et des conséquences très-remarquables. En attendant d'eux cette épreuve, je demande la permission à l'Académie de déposer ici dans un paquet cacheté la solution que j'ai obtenue de la question dont il s'agit, et je la prierai de vouloir bien en faire l'ouverture dans la première séance de décembre.

SEICHE HEXAPODE DE MOLINA, RECONNUE POUR UN INSECTE ORTHOPTÈRE.

M. de Férussac lit une note sur cet animal, qui trop légèrement examiné par le premier observateur, a continué à être rangé par beaucoup de naturalistes dans un embranchement auquel il n'appartient réellement pas. Voici en quels termes cet être est décrit par Molina, qui pour la publication de son premier essai sur l'histoire naturelle du Chili, s'était caché sous le nom de Vidaure. « Le *poulpe* présente une forme si singulière, que lorsqu'il est immobile, on le prendrait pour une petite branche de marronnier. Il n'est pas plus gros que le petit doigt; sa longueur est d'un quart de pied, son corps est partagé en quatre ou cinq articles qui diminuent de volume vers la queue. La tête et la queue paraissent comme les extrémités tronquées de la branche à laquelle nous avons comparé l'animal. Lorsqu'il étend ses six pieds, on croit voir des racines, et on prend la tête pour l'extrémité du tronc. Lorsqu'on le touche avec la main nue, elle est engourdie pour quelques minutes, sans avoir aucun autre mal. On trouve dans la vessie de cet animal une liqueur noire qui peut servir d'encre.

La description contenue dans l'ouvrage que Molina publia plus tard sous son nom est comme calquée sur celle ci. Celle qu'avait donnée Frezier dans sa *Relation du voyage de la mer du Sud* nous offre aussi la comparaison avec un rameau tronqué. Mais l'auteur français ajoutait: « Les Chiliens, qui nomment cet » animal *pulpo*, disent qu'en le maniant avec la main nue, il l'engourdit pour » un moment, sans faire d'autre mal, ce qui me fait croire que c'est une sauterelle de la même espèce que celle que le père Dutertre a dessinée et décrite » sous le nom de *cocsigrue* dans son *Histoire des Antilles*, avec cette différence que je ne lui ai pas remarqué une queue à deux branches, ni les petites » excroissances en pointes d'épingle qu'il met à la *cocsigrue*. D'ailleurs, il ne » parle point d'une petite vessie qu'on trouve dans le *pulpo*, pleine d'une liqueur noire qui fait une très-belle encre à écrire. Quoi qu'il en soit, c'est » sans doute l'*arumatia brasilia* de Margraff. »

La cocsigrue et l'arumatia de Margraff sont l'une et l'autre des insectes orthoptères du genre spectre de Stoll, et la description de Frezier leur convient en tout point, à l'exception de ce qu'il dit de la petite vessie à noir, trait ajouté probablement parce qu'on aura confondu le *pulpo* insecte avec le *pulpo* mollusque.

Dans la première édition de son ouvrage, Molina avait ajouté: « Cet animal, » quoique n'ayant que six jambes ou bras, n'en est pas moins une véritable seiche. Ses bras sont armés de suçoirs presque invisibles, et sa tête informe et » courte est surmontée de deux antennes ou trompes. »

Si l'on pouvait admettre, dit M. de Férussac, que ces additions sont le fruit de l'observation directe de Molina, on devrait s'étonner que lui-même, et les auteurs qui ont adopté son espèce, aient voulu faire un hexapode d'un animal qui avait, suivant eux, six jambes et deux bras, ce qui en eût fait un octopode. Schneider ne fut pas coupable de cette inconséquence; il considéra l'espèce comme un céphalopode à six pieds et deux bras; il met pourtant cette restriction qu'il est vrai que cet animal a des suçoirs et deux longs bras, comme l'indique Molina; Frezier était beaucoup plus près de la vérité; mais ce qu'il dit de la bourse au noir a égaré ceux qui l'ont suivi. Gmelin, Bosc, Turton, Oken et Montfort ont adopté sans réflexion la seiche octopode de Molina. Montfort est allé plus loin; il suppose avoir trouvé parmi des dessins achetés chez un marchand d'estampes, et qu'il est, dit-il, très-porté à attribuer à Dombey, le portrait de l'espèce de Molina, et il l'a publiée sous le nom de *calmar tronçonné*. C'est, comme on le pense bien, un dessin imaginaire, mais fait de manière à correspondre assez bien à la description de Molina.

M. de Blainville, en examinant, à la fin de sa monographie des calmars, les espèces de Molina, s'exprime ainsi au sujet de la *sepia hexapodia*: « Ce qui » prouve cependant que cet animal si bizarre, et probablement décrit d'après » des souvenirs incomplets, appartient cependant à cette famille (celle des calmars), c'est qu'il rend une liqueur noire comme les seiches. »

L'erreur commise relativement à l'animal du Chili a porté d'autres auteurs à admettre de nouveaux calmars hexapodes. Ainsi, M. Tilesius a décrit sous le nom de *loligo linearis hexapodia* un individu trouvé sur des fucus de la mer de Corée, dans le voyage de Krusenstern. De même, M. Leach avait adressé à l'auteur du mémoire la description et la figure d'un individu qu'il considérait comme appartenant à l'espèce de Molina; cependant il ajoutait que peut-être la seconde paire dorsale n'était qu'enfoncée dans la tête.

De même que Molina avait pris de Frezier sa *seiche hexapode*, il a pris de Pernetti (*Voyage aux îles Malouines*) sa seiche à tunique. C'est-à-dire qu'il a appliqué le récit qu'on avait fait à ce dernier sur la force et la grandeur du fabuleux *encornet*, à un très-grand calmar commun sur les côtes du Chili et de l'Océan austral. Voici ce qu'il dit de son espèce:

« *Sepia tunicata*. — Je lui ai donné ce nom parce que l'animal, outre sa » peau, est couvert depuis les pieds jusqu'à la queue d'une seconde peau transparente, en forme de tunique. Son corps finit en deux ailes semi-circulaires » qui partent des deux côtés de la queue comme dans la *sepia sepiola*. Les navigateurs exagèrent beaucoup le volume et la forme de cet animal; cependant » il est sûr que celles qu'on prend dans la mer du Chili ne pèsent pas moins de » 150 livres. Leur chair est excellente, et on l'estime beaucoup. »

Montfort, comme de raison, a beaucoup renchéri sur ce qu'avait dit Molina; il assure avoir vu l'animal près du golfe Triste, dans une expédition qu'il fit avec les flibustiers. Il en donne une figure coloriée, et insiste sur la disposition élégante de la tunique, dans laquelle, dit-il, l'animal est enveloppé comme dans une lanterne.

Quelque étrange que dût paraître aux naturalistes cette tunique, beaucoup avaient, comme Montfort, admis l'espèce; tels sont, par exemple, Gmelin, Turton, Bosc et Shaw. A la fin, M. d'Orbigny est venu fournir l'explication de cette merveille. Il a observé dans les mers du Chili et dans tout l'Océan austral, c'est-à-dire dans les mers où Molina et Pernetti citent leur espèce, un grand calmar qu'il a nommé *loligo gigas*, et qui est souvent rejeté en nombre considérable sur les côtes du Chili. Lorsque ce calmar est mort, il s'enfle, la peau extérieure se gonfle, se détache, et ressemble alors à une sorte d'enveloppe diaphane qui entoure tout l'animal. On en voit souvent ainsi flotter à la surface de la mer, dit M. d'Orbigny, qui a reconnu dans cette espèce le *sepia tunicata* de Molina.

Schneider, qui avait bien aperçu que les descriptions exactes qui se trouvent dans le livre de Molina ont été en général empruntées à des ouvrages antérieurs, a vainement cherché où cet auteur avait pris celle de sa *sepia unguiculata*. S'il avait consulté la seconde édition du livre, il aurait vu que Molina l'avait puisée dans un livre qui est entre les mains de tout le monde, dans la relation du voyage de Cook. Seulement, il a placé près des côtes du Chili une espèce que Cook avait vue dans l'Océan austral, il est vrai, mais 36 degrés plus à l'ouest.

Il est étrange que le docteur Leach, en signalant des calmars armés de griffes, et que Lesueur, en proposant pour un autre de ces calmars la formation d'un nouveau genre, sous le nom d'*onychia*, n'aient pas vu que Molina avait pris sa description de celle de Banks. Lichtenstein est le premier qui l'ait rappelé en citant le passage de Molina, où cet emprunt est presque avoué.

Montfort, selon sa coutume, a fait au sujet de cette espèce une amplification de collége, et après avoir décrit ses terribles griffes, il fait un effrayant tableau de sa férocité.

MÉMOIRE SUR LA STRUCTURE INTIME DE DIVERSES PARTIES DU CORPS, PAR M. THOMSON.

M. Alex. Thomson, de l'université de Cambridge, a présenté le résumé suivant d'une série de recherches, faites pour la plupart sous les yeux de M. Coste, qui les a citées dans son mémoire sur l'allantoïde. Nous laissons aux observateurs le soin de les vérifier.

Système musculaire et ligamenteux.

1. Le muscle droit de l'abdomen n'est pas un muscle indépendant, mais il est composé de certaines fibres des tendons aponévrotiques des muscles grand et petit obliques et du muscle transverse, lesquelles après s'être entrelacées vis-à-vis des intersections aponévrotiques, se détournent un peu de leur trajet ordinaire pour prendre une direction plus verticale, redevenir charnues, et former les fibres ascendantes et descendantes qui constituent le muscle droit de l'abdomen. Le premier ordre de fibres provient du muscle petit oblique; le second ordre, des muscles grand oblique et transverse.

2 Chaque muscle pyramidal est formé par certaines fibres des tendons aponévrotiques des muscles grand et petit oblique, et aussi par des fibres tendineuses du bord interne du muscle droit de l'abdomen (du côté opposé). Toutes ces fibres s'entrelacent vers la ligne médiane; et redeviennent charnues pour constituer le muscle pyramidal du côté opposé.

3. Quand le muscle pyramidal paraît manquer, il est toujours remplacé par des fibres tendineuses provenant des mêmes muscles, et ayant un arrangement et des attaches semblables.

4. Le corps dit ligament suspenseur de M. Breschet est constitué de la même façon que le muscle pyramidal, par des fibres tendineuses des mêmes muscles. Il se fixe sur le sommet du corps du pubis, et ne se continue nullement avec le *fascia pelvia*, comme l'a décrit M. Breschet.

5. Les aponévroses qui couvrent les parties charnues des muscles abdominaux, ou celles qui se trouvent couchées entre les parties charnues de ces muscles, de même que le *fascia transversalis*, sont formées par des extensions fibrillaires des tendons aponévrotiques des muscles correspondants des côtés opposés. Ceci est la corroboration de la loi que j'ai déjà annoncée pour les muscles du périnée.

6. Je crois pouvoir démontrer que toutes les *aponévroses d'enveloppe* des muscles des membres sont également des tendons aponévrotiques des muscles des extrémités inférieures.

7. Le muscle petit palmaire ne renvoie aucune de ses fibres dans la peau, et ne prend pas naissance sur le ligament annulaire du corps. Il tire son origine, par un tendon distinct, du bord radial de la gouttière antérieure de l'os scaphoïde. Le muscle se répand en éventail vers le bord cubital de la main, et se termine par un tendon aponévrotique sur l'os pisiforme, l'apophyse unciforme de l'os unciforme, et surtout le bord interne de la face postérieure de l'os métacarpien du petit doigt.

8. Le muscle qu'on a nommé tenseur du *fascia lata*, n'est pas plus tenseur de cette aponévrose que ne le sont les autres muscles de la cuisse. C'est simplement un adducteur du membre abdominal, car il se termine en bas par un tendon large d'à peu près 2 pouces, comprimé de dehors en dedans, et qui se fixe à la fois au fémur, à la rotule, au sommet du peroné et au bord externe de la crête antérieure du tibia.

9. Tous les ligaments et tendons arrondis, qui sont plus étroits vers le milieu que vers les extrémités, doivent cet arrangement à une disposition spirale de leurs fibres, ou à une torsion de ces corps autour de leur plus grand axe.

10. Tous les fibro-cartilages développés dans la longueur des tendons, et tous les os et cartilages sésamoïdes sont développés dans des parties où les espaces entre les fibres des tendons et des ligaments sont traversés par des fibres des ligaments qui servent à les retenir en place.

11. Le muscle qu'on a nommé *peaucier* dans les animaux ne mérite point ce nom; car toutes ses fibres vers leurs deux extrémités sont attachées aux os; nulle de ses fibres ne perd dans le derme. Il est séparé du derme par une aponévrose bien distincte, dont les fibres traversent la direction des fibres du peaucier à peu près à angle droit.

12. Les ligaments jaunes se terminent toujours vers les os par des fibres inélastiques, blanches, nacrées, opaques ou tendineuses. On peut par conséquent les envisager comme intermédiaires entre les ligaments et les muscles.

13. Les fibres longitudinales des muscles du tube intestinal ne constituent point une couche distincte, mais s'entrelacent avec les fibres musculaires circulaires.

14. Le colon est tout-à-fait entouré de fibres longitudinales, qui sont seulement plus fortes vers les trois bandes longitudinales. Toutes ces fibres deviennent quelquefois charnues.

Système nerveux.

1. Le nerf accessoire spinal de Willis, au sortir du crâne, se divise en deux rameaux à peu près égaux, dont l'un se rend dans les muscles sterno mastoïdien et trapèze, et l'autre entre dans la gaine commune du huitième nerf. La branche musculaire reçoit, au sortir du crâne, une branche du huitième nerf à peu près du même volume, qu'on trouve long-temps isolée dans la gaine commune.

2. Les nerfs récurrens, décrits comme provenant seulement des nerfs vagues, sont composés (ainsi que les filets qu'on dit être donnés par les nerfs vagues aux nerfs du cœur) de deux parties : une, plus petite, provient du nerf vague; l'autre, plus grande, provient de la branche interne du nerf spinal accessoire de Willis, qui descend dans la gaine commune du nerf vague, sans qu'on puisse trouver qu'il entremêle ses fibres avec celles de ce nerf. J'ai trouvé cette disposition six fois, et deux fois la dissection a été conduite par mes amis.

3. La neuvième paire de nerfs a sa branche descendante constituée en grande partie par une branche du troisième nerf cervical, qui descend avec lui dans la gaine commune, sans pourtant entremêler ses fibres avec celles du neuvième.

4. La partie supérieure de la branche descendante du neuvième est constituée en grande partie par une branche du second nerf cervical, qui renvoie une de ses divisions en haut de la gaine commune avec la branche descendante du neuvième. Cette branche secondaire du deuxième nerf cervical, arrivée au point où la branche descendante du neuvième quitte la masse principale ou linguale de ce nerf, se partage en deux branches secondaires, dont l'une accompagne la partie linguale du neuvième, et l'autre remonte vers le crâne dans la gaine commune du neuvième, avant sa division en partie linguale et en partie descendante.

Système artériel.

1. L'artère épigastrique est, à l'état normal, toujours contenue dans la substance même du *fascia transversalis*.

2 L'artère épigastrique est aussi variable que les autres artères dans sa course et dans son origine.

3. Je l'ai vue quatre fois au côté interne d'une hernie inguinale directe, deux fois accompagnant le cordon spermatique, à travers l'anneau inguinal interne, pour rentrer dans l'abdomen en perçant la paroi postérieure du canal inguinal. Je l'ai vue pénétrer une fois la paroi postérieure du canal inguinal, traverser le ligament rond de la matrice et rentrer encore dans l'abdomen par la paroi postérieure du canal inguinal. Je l'ai vue trois fois former une anse suivant la ligne médiane de la paroi inférieure et antérieure de la hernie crurale. Je communiquerai plus tard à l'Académie les détails de ces faits avec les noms des médecins qui en ont été témoins.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 AOUT.—PRÉSIDENCE DE M. LISFRANC.

M. Bonnafons, médecin à Alger, envoie à l'Académie un mémoire statistique sur la ville d'Alger et ses environs. Il a voulu, dans ce travail, prouver par des chiffres exacts la salubrité de cette partie de l'Afrique; et les résultats qu'il dit avoir obtenus jusqu'ici ont surpassé son attente. Il se propose de donner suite à ce travail, mais désire auparavant connaître le jugement que l'Académie portera sur son premier essai M. Bonnafous rapporte ensuite, à la fin de sa lettre datée du 15 août, que le choléra venait d'éclater à Alger depuis environ huit jours. Il a commencé à sévir sur les condamnés aux travaux publics, puis sur la population juive, où il a fait d'assez grands ravages. La population maure n'en compte qu'une vingtaine de cas, et la population européenne n'a à déplorer jusqu'à présent que la mort de cinq ou six individus de la basse classe. Il commence à se déclarer sur les malades qui sont dans les hôpitaux. L'hôpital du Jardin-du-Dey est celui qui en offre le plus de cas.

Le choléra paraît avoir été importé à Alger de Toulon, par un soldat qui, après en avoir pris le germe dans cette dernière ville, est venu mourir au lazaret d'Alger. Tout le monde s'accorde à regarder cet accident comme la cause de l'apparition du choléra dans cette contrée. On prétend aussi qu'il est arrivé par terre de Blida ou de Meliana, où il fait, dit-on, depuis quelque temps, d'assez grands ravages. M. Bonnafous serait porté à admettre que, si le choléra existe réellement dans ces villes, le vent du desert soufflant presque constamment depuis quelques jours, serait l'agent principal de son apparition à Alger. Il termine en disant que, si l'Académie n'a pas de correspondant à Alger, et si elle veut l'honorer de sa confiance, il la tiendra au courant des progrès de cette affreuse maladie.

— M. Robert écrit de Marseille que le chiffre des décès cholériques est sans cesse décroissant; que déjà même il est descendu jusqu'à huit et même à sept, ce qui annonce que l'épidémie touche à sa fin. Tel sont même les progrès de l'amélioration sanitaire, que l'on a résolu de fermer dans quelques jours les bureaux de secours et les ambulances. La rentrée des émigrés n'a rien eu de fâcheux pour Marseille, tandis qu'à Toulon il y a eu en trois jours quatorze décès de rentrans. Tous les pensionnats et les prisons ont été à l'abri de l'épidémie, ainsi que la banlieue, où il n'est mort que quelques fuyards de Marseille. La maladie s'étend maintenant sur la rive gauche de la Durance, en montant vers les Alpes; mais jusqu'ici la rive droite a été respectée. Comme à l'ordinaire les premiers cas sont toujours foudroyans dans les pays qu'envahit le choléra. La position topographique, la stérilité du sol ou sa fertilité, la sécheresse ou son humidité, rien n'exerce un influence particulière sur ses effets.

M. Collineau lit un rapport sur le mémoire de M. Perronneau de Besson, ayant pour titre : *De la cautérisation avec le nitrate dargent solide dans les inflammations aiguës de la gorge*, adressé à l'Académie par le ministre de l'intérieur.

Le rapporteur, après avoir rappelé que cette médication n'est pas nouvelle, et avoir fait remarquer que les trois seules observations un peu détaillées communiquées dans le travail de M. Perronneau, sont des observations d'angine tonsillaire simple, propose d'écrire à M. le ministre que la cautérisation avec le nitrate d'argent solide dans les inflammations aiguës de la gorge, n'est pas une médication nouvelle; que les cas où elle est relatée sont connus de tous les praticiens, et que les faits émis par M. Perronneau à l'appui de son assertion, sont insuffisans sous tous les rapports. Les conclusions de la commission sont adoptées après une courte discussion.

— M. Esquirol présente, au nom de M. Cousin, médecin à Alger, un mémoire intitulé : *Note sur les aliénés de la partie du Nord de l'Afrique formant l'ancienne région d'Alger*. L'Académie accorde un tour de faveur pour la lecture de ce mémoire; mais après en avoir entendu une partie, elle décide qu'il sera renvoyé à une commission composée de MM. Esquirol, Ferrus et Pariset.

M. le président annonce à l'Académie que le gouvernement va s'occuper très-prochainement du projet de loi relatif à l'organisation du corps médical en France. Il pense qu'il serait à propos que le travail de la commission, dont M. Double est rapporteur, fût achevé et reçût la sanction de l'Académie, pour être adressé au gouvernement.

NOUVELLE MÉTHODE POUR LE TRAITEMENT DE LA DESCENTE DE MATRICE.

M. Laugier adresse quelques détails sur une méthode qu'il emploie pour le traitement de la chute de matrice. M. Velpeau ayant dit dans une des séances précédentes de l'Académie, que M. Laugier avait déjà plusieurs fois fait sans succès des tentatives sur la même femme à l'aide du nitrate acide de mercure dans l'intention d'amener le rétrécissement du vagin, et par suite la guérison de la descente de matrice, il a cru pouvoir faire cette communication à l'Académie. « Ces essais, dit M. Laugier, remontent à deux années, et à cette époque j'ai déposé au secrétariat de l'Académie des sciences un paquet cacheté qui contient mes vues à cet égard. J'y parlais aussi de l'emploi du cautère actuel comme devant être suivi de succès, mais j'avais voulu commencer par les moyens en apparence les plus doux. » Depuis, il a préféré le cautère rouge à blanc; l'opération ne dure pas une demi-minute; la plaie entraîne des escarres, des pertes de substance des cicatrices saillantes et bridées; elle n'est point d'ailleurs suivie d'accidens notables; elle remplit donc de prime abord toutes les conditions désirables pour la guérison des descentes de matrice.

Une femme actuellement en traitement à l'hôpital Necker a été opérée, il y a plus de trois semaines par le cautère actuel d'une chute de matrice du troisième degré. Elle a peu souffert à cause de la rapidité de l'opération et de la désorganisation non-médicale des parties touchées. L'inflammation a été modérée; à peine y a-t-il eu de la fièvre; et aujourd'hui la malade qui s'est levée plusieurs fois, malgré la défense expresse, s'est promenée dans la salle, a descendu les escaliers, sans que la chute de la matrice se soit reproduite et qu'elle ait éprouvé le sentiment de pesanteur que lui causait le trismus récent. « Je l'ai examiné ce matin, dit M. Laugier, le vagin est fort rétréci, mais non oblitéré, et si cette femme n'avait pas 57 ans toutes ses fonctions pourraient s'exercer avec régularité. » M. Laugier n'aurait pas communiqué ce fait unique si son nom n'avait été mêlé à la discussion, et il a cru devoir éclairer l'Académie sur cette circonstance et lui communiquer en même temps une méthode nouvelle qui lui paraît mériter son attention.

— M. Gérardin écrit à l'Académie que déjà, avant 1823, il avait eu la preuve que l'on pouvait remplacer les pessaires et guérir radicalement la descente de matrice par une opération chirurgicale. Son nom ayant été cité dans la discussion qui a eu lieu dernièrement à l'Académie à ce sujet, et M. Velpeau ayant fait connaître la part qu'il peut réclamer dans les tentatives actuelles de la chirurgie pour remédier aux chutes de matrice, il a voulu par cette communication assurer à l'opération son origine, et maintenir à la chirurgie française la priorité de l'invention, sinon celle de l'exécution.

— M. Villeneuve lit le rapport de la commission chargée de présenter un projet de réponse à la demande du ministre, sur le moyen de répression à opposer aux annonces dans lesquelles le charlatanisme s'appuie chaque jour du nom de l'Académie de médecine pour augmenter le nombre de ses victimes. Après la lecture de ce rapport, une discussion assez vive s'engage; mais sur l'observation de M. le président que l'heure est avancée et que le nombre des membres présens est peu considérable pour la discussion d'une question aussi importante, elle est renvoyée à la séance prochaine. Nous ferons connaître le commencement et la suite de cette discussion dans le prochain numéro.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE DE M. MAYOR, DE LAUSANNE, en réponse aux observations de M. Munaret sur les appareils hyponarthéciques.

Lausanne, le 16 juillet 1835.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire une lettre à mon adresse, que vous avez insérée dans la GAZETTE MÉDICALE du onzième de ce mois. Je ne gronderai pas M. le docteur Munaret pour la marche qu'il a cru devoir suivre (1), afin d'appeler l'attention des praticiens sur l'appareil hyponarthécique; et je m'empresse bien plutôt d'abonder dans son sens; tout en éclairant toujours mieux le sujet. Si le zélé médecin de Châtillon m'eût communiqué ses vues sur les modifications à apporter à mon moyen, je suis convaincu que je l'en aurais détourné. Voici mes motifs : 1° La planchette, avec la manière de la garnir, de la suspendre et d'y placer et fixer le membre brisé, n'est pas seulement usitée dans l'hôpital de Lausanne; mais son bienfait se fait journellement sentir dans nos villages, nos campagnes et dans l'asile du pauvre, sans qu'on se plaigne des inconvéniens que signale M. Munaret; 2° tout dans ces appareils est calculé en faveur de la simplicité, de la commodité, de la facilité, de l'économie, et on ne saurait y toucher sans compliquer mal à propos son mode d'agir, sans le compromettre peut-être, et sans le rendre d'une application de moins en moins utile et *populaire*; 3° depuis près de vingt-trois ans que j'en fais une étude approfondie et un usage *exclusif* (du moins pour *toutes* les fractures du membre inférieur), j'ai *toujours* observé que je parvenais constamment à le *perfectionner* à mesure que je le pouvais *simplifier davantage*; 4° plus je me suis appliqué à le rapprocher de cet état où le premier venu, en quelque sorte, peut le confectionner *lui-même*, en saisir aisément le mécanisme et l'appliquer partout et sans embarras, plus aussi j'ai eu de facilité à remplir les indications variées auxquelles il se prête si admirablement; 5° J'ai vu dans maintes occasions de prétendus *perfectionnemens*, des modifications soi-disant *précieuses*, des changemens qu'on m'assurait être *indispensables*, mais qui tous n'étaient réellement que des hors-d'œuvres, provenant de ce qu'on ne s'était pas donné la peine d'étudier bien l'appareil, d'en apprécier les ressources, et de tirer parti des points d'appui variés et des facilités infinies qu'il offre comme machine. Ces facilités consistent à pouvoir changer et incliner, dans divers sens et à volonté, la position du membre fracturé, à modifier l'action des plans musculaires par telle ou telle flexion des articulations; à favoriser, en un mot, toute espèce de mouvemens sur le lit, hors du lit, sur un fauteuil, dans une voiture, etc.; à donner toujours au membre une heureuse position, *quelles que soient les complications de la fracture et la date de l'accident;* à mettre constamment les fragmens en ordre, c'est-à-dire à les sortir des masses musculaires ou des troncs nerveux où ils sont peut-être implantés; à les affronter convenablement, à leur donner une direction normale, à empêcher leur vacillation, à procéder enfin à une réduction *immédiate* et aussi parfaite que possible, etc.; toutes choses qui peuvent parfaitement avoir lieu, tout en combattant avec énergie les accidens primitifs, et qui sont *indispensables*, si l'on veut arriver plus promptement et plus heureusement au but.

Je ne saurais donc assez recommander aux praticiens de se tenir en garde contre des difficultés apparentes, de subites inspirations et de hasardeuses innovations, et de rechercher plutôt *dans ce qui a été écrit et dans les données qu'on a déjà* les moyens de triompher des unes et de se passer tout-à-fait des autres.

Si malgré ces réflexions, qu'on pourra prendre aussi pour des avertissemens, M. le docteur Munaret et d'autres n'en persistent pas moins à rendre, dans certains cas exceptionnels, l'appareil hyponarthécique compliqué et bien différent de celui que j'ai recommandé dans mon nouveau système de déligation, je devrai croire qu'ils ont de bonnes raisons d'en agir ainsi, et qu'ils en trouveront peut-être de meilleures encore pour revenir plus tard à plus de simplicité. Quelques-unes des corrections du docteur de Châtillon, par exemple, sont même en sens inverse de l'*hyponarthécie*, puisque ce mot signifie et rappelle que l'attelle *doit n'être placée qu'en dessous*. Or, l'appareil Munaret serait, au contraire, une *pannarthécie*, c'est-à dire que des éclisses y viendraient étayer le membre brisé *de tous les côtés*. Mais ce surcroît de précautions n'est nullement nécessaire lorsqu'on a un épais sachet sur la planchette, qu'on sait y creuser une gouttière convenable, et qu'on connaît la manière simple et facile de faire agir une ou deux cravates pour diriger et fixer bien les fragmens.

Je regrette, pour les chirurgiens qui hésitent encore à adopter l'hyponarthécie et la suspension, et pour ce très-grand nombre d'autres qui ne veulent pas en entendre parler, que je ne puisse leur faire voir certains cas de fractures que j'ai en ce moment même dans mon service, à l'hôpital de Lausanne. Ils pourraient se convaincre que deux individus, ayant des fractures obliques du fémur vers son quart supérieur, se remuent très-facilement dans leur lit; qu'on refait ce lit aussi souvent qu'ils le désirent; qu'on les place dans un fauteuil à roulettes et qu'on les promène ainsi dans les salles sans aucun inconvénient; qu'on n'a presque plus retouché à leur appareil depuis sa première application; qu'ils ne s'en plaignent point; qu'un troisième adulte, ayant également une fracture de la cuisse avec une énorme contusion, a pu se déplacer et se soulever dans son lit dès le moment que le membre brisé a été attaché sur la planchette, et que celle-ci a été rendue mobile par la suspension.

L'intérêt redoublerait probablement encore à l'aspect d'un quatrième blessé (Carupt, âgé de 31 ans), sur les deux jambes duquel la roue d'un char pesamment chargé a passé le 29 juin dernier, et les a écrasées l'une et l'autre dans leur tiers inférieur. L'accident a eu lieu près de Bex, à dix lieues de Lausanne, et cependant, grace à l'hyponarthécie et à la suspension, cet homme a pu être conduit tout d'une traite, le surlendemain, à l'hôpital, *sur un petit char tout ordinaire*. Il a même dormi en route, et ne souffrait réellement que lorsque le char roulait sur les pavés. Il accusait surtout des douleurs *dans la jambe droite*. Celle-ci cependant était la moins maltraitée; mais les deux chirurgiens appelés (MM. Vullyamoz et Cachemaille de Bex) n'ayant qu'un seul appareil hyponarthécique sous la main, avaient cru pouvoir

(1) La lettre manuscrite avait été adressée directement à M. Mayor; mais la personne chargée de la remettre l'avait égarée. Cela explique l'observation de M. Mayor.

se contenter de la panser avec des attelles, à la manière ordinaire. La planchette fut donc réservée pour la jambe gauche, où existait une fracture comminutive, une plaie déchirée de 4 pouces de longueur sur 2 de largeur, et une hémorrhagie.

Les désordres étaient tels sur cette jambe gauche, qu'un des chirurgiens insistait sur l'amputation immédiate, et on croyait fermement qu'on débuterait par là à l'hôpital. Cependant, je le répète, ce membre, placé et suspendu mollement, était presque inaperçu pour le malade, tandis que l'autre, qui n'offrait pour complication qu'une plaie d'un pouce de longueur et quelques contusions, faisait horriblement souffrir. C'est qu'ici la fracture (et je prie qu'on note cette circonstance) était maintenue au moyen de l'appareil de Scultet et des trois attelles. Aussi, lorsque j'examinai ces deux membres fracturés, je n'observai rien d'extraordinaire au gauche, et le malade n'accusait de douleurs vives qu'à l'autre. Tout celui-ci était, en effet, très-chaud, le pied considérablement tuméfié, et l'appareil trop fortement serré par l'effet du gonflement survenu depuis son application. Je m'empressai d'enlever les liens, les attelles, les remplissages et les bandelettes de Scultet, afin de mettre au plus tôt le membre en pleine liberté, et de l'étendre *sans aucune entrave*, sur un appareil hyponarthécique recouvert d'un épais coussin de coton. Il était temps de procéder à ce nouveau pansement, à *cette délivrance*; car des phlyctènes, une teinte violacée et quelques autres avant-coureurs d'escarres gangréneuses annonçaient assez les dangers imminens que courait cette partie.

Des compresses trempées dans l'eau froide et fréquemment renouvelées rétablirent bientôt le calme; mais en contribuant à apaiser ici la violente douleur, elles la firent ressortir immédiatement sur la jambe gauche, laquelle devint presque aussitôt le siége *exclusif* de toute souffrance. C'est ainsi que nous vîmes se réaliser pleinement, en peu d'heures, cet axiôme médical : *dolor ingens minorem tollit*; et la sensibilité morbide s'émousser ou se reproduire plus intense sur l'une des jambes à mesure qu'elle sévissait ou s'affaiblissait sur l'autre, *et vice versâ*. Du reste, la jambe gauche de beaucoup la plus endommagée, et celle qu'on croyait dès lors vouée à l'amputation, offrit bientôt une plaie double de largeur, à surface pultacée et presque analogue à celle qu'on remarque dans la pourriture d'hôpital; elle était accompagnée d'une suppuration abondante et fétide, et d'assez vives douleurs. Celles-ci se calmèrent bien par les applications d'eau froide; mais la chaleur intense du membre, quelle que fût la fréquence de ces applications, faisait trop souvent passer les compresses du froid au chaud et du chaud au froid. Aussi j'eus bien vite pris mon parti au sujet et en faveur des *affusions froides par irrigation continue*. Rien ne fut en effet plus facile que de les diriger sur cette jambe, et rien de plus prompt que l'effet de ce moyen pour faire taire la douleur et changer l'aspect des tissus affectés. Cette métamorphose fut presque aussi subite que l'abaissement de la température, par l'arrosement non interrompu.

Pour avoir une idée de la facilité que j'eus de faire agir des courans d'eau sur cette jambe, et d'en diriger en général sur toute fracture traitée par l'hyponarthécie, je dirai que, dans ce mode de traitement, le membre est presque toujours entièrement à découvert, et seulement couché et *emboîté* sur un sac ou petit matelas de coton, et que ce dernier est protégé contre le sang, le pus ou tout autre liquide, par du taffetas gommé ou de la toile cirée. On voit donc que si on lave à grande eau un membre ainsi placé et maintenu, ou si on lance par-dessus un liquide par jets non interrompus, le sachet ne sera point mouillé, que le membre au contraire le sera partout, et que l'eau pourra ensuite être dirigée facilement dans un réservoir quelconque, par une autre pièce de toile cirée destinée à protéger le lit.

Depuis long-temps j'ai recours à l'eau comme à un topique *par excellence*; et l'on peut voir dans mes fragmens de chirurgie populaire et dans mon nouveau système de délégation, que j'en fais presque une panacée. Aussi j'ai applaudi aux moyens proposés et mis en usage par MM. Josse, Bérard, Breschet, Cloquet, etc., pour mieux tirer parti de ce précieux agent préventif et curatif d'un très-grand nombre d'affections. Je n'avais à ma disposition ni robinet, ni tube, ni siphon, ni rien de ce que j'ai vu tout récemment dans ce genre à Paris, au moment même où j'ai éprouvé un pressant besoin d'irrigation froide; mais je me suis aidé d'un moyen si simple et d'un usage si facile, si commode et si prompt, que je me félicite d'avoir été pris au dépourvu. Un vase quelconque en bois, propre à contenir une certaine quantité d'eau, et ajusté de manière à pouvoir être suspendu au-dessus du lit au moyen d'une corde, « sera percé à son fond d'un ou de deux petits trous au travers desquels » on fera passer une ficelle. Celle-ci sera conduite *immédiatement* sur » les endroits qu'on veut arroser, et servira de guide *sûr* au liquide, » soit qu'elle ait une direction perpendiculaire ou oblique, soit qu'on » la laisse immobile ou qu'on lui imprime toute espèce de mouvemens. »

Les avantages incontestables qui résultent de ce mode de transmission de l'eau, sont les suivans :

1° Il se trouve partout, toujours sous la main, sans embarras ni peine, même dans les chaumières et les endroits les plus reculés; il est donc destiné par là à devenir promptement *populaire* et d'un usage général, car la facilité d'avoir un moyen en décide presque toujours l'adoption immédiate.

2° Il n'exige pas que la partie qu'on veut soumettre à l'arrosement soit immobile et toujours placée sous le courant de l'eau. Celui-ci déploiera donc toujours bien exactement son effet, alors même que le membre changerait de position, ou ferait tel ou tel mouvement; car la ficelle suivra toujours exactement toutes les directions que prendra le malade.

3° Les mouvemens variés de ce dernier peuvent avoir lieu sans qu'on ait à redouter qu'il aille heurter contre un corps solide semblable à un tube de verre ou de métal.

4° L'irrigation a lieu sans choc ni secousse, et par un simple épanchement en *nappe* du liquide. Si cependant on tenait à avoir une certaine percussion en forme de douche, il suffirait de couper la ficelle de manière à ne la faire arriver qu'à telle ou telle distance au-dessus des parties qu'on voudrait humecter en les frappant.

5° Le volume du filet d'eau peut, sur-le-champ et à volonté, être augmenté ou diminué, soit en augmentant ou diminuant le nombre des trous et des ficelles, soit en les rendant plus ou moins petits.

6° Le liquide, en glissant le long de la ficelle, tend à se diviser et à s'évaporer, par conséquent à baisser la température.

Le malade aux deux fractures compliquées est donc aujourd'hui aussi bien qu'on puisse le désirer, et ses deux jambes suspendues ne l'empêchent point de se porter à droite ou à gauche, en haut ou en bas de son lit, et de s'asseoir. Il peut aussi, à chaque instant, s'assurer que ses membres ont une bonne conformation, que son accident, quelque grave qu'il ait été d'abord, n'aura probablement aucune suite fâcheuse; que nous sommes arrivés à temps pour enlever des attelles et un appareil dangereux, et que son transport rapide sur un char et sur une route de dix lieues, n'aura nullement nui à sa parfaite guérison. Les praticiens et spécialement les chirurgiens militaires, verront maintenant si, avec d'autres procédés, on pourrait avoir de pareils résultats. Aussi lisons-nous aujourd'hui dans nos feuilles publiques un article de M. le professeur Chavanne, président de la commission de nos hospices, dons lequel, en faisant connaître ce cas intéressant et d'autres analogues, il engage les chirurgiens à avoir de plus en plus confiance en l'hyponarthécie, et à y recourir, du moins lorsqu'il s'agira du transport des blessés à l'hôpital. Il est vrai que M. Chavanne n'est qu'un philantrope, un savant professeur de zoologie, un habile et zélé administrateur, et pas du tout chirurgien.

Je reviens à M. le docteur Munaret, et je le félicite surtout d'être un des premiers chirurgiens français qui aient entrevu les avantages qu'on peut retirer de l'hyponarthécie, jointe à la mobilité par la suspension, dans le traitement des fractures. Son exemple, il peut en être convaincu, ne manquera pas d'être suivi par d'autres chirurgiens de campagne ou de *province*, comme disent les savans. Toujours est-il qu'il sera curieux de voir une des belles conquêtes chirurgicales ne se répandre d'abord que dans les hameaux et les chalets, et n'arriver dans les hôpitaux de la capitale, et n'être profitable aux troupes de terre et de mer *que lorsqu'on ne pourra plus faire autrement*. Pourriez-vous me dire, monsieur, à quoi tient cette bizarrerie? Sommes-nous, peut-être, dans une de ces époques où l'on redoute l'examen, les innovations? N'y aurait-il donc plus rien à dire ni à faire au sujet du traitement des fractures? Ces affections seraient elles tellement rares et si peu importantes qu'elles ne valussent pas la peine d'occuper les bahies? L'origine de la planchette sur les bords du lac de Constance, et ses heureux développemens près des rives du Léman, répugneraient-ils aux bords de la Seine et de la Tamise?

Agréez, etc.

M. MAYOR.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

NOTICE STATISTIQUE SUR L'ASILE DÉPARTEMENTAL DES ALIÉNÉS ÉTABLI A ROUEN PENDANT LES DIX PREMIÈRES ANNÉES DE SON EXISTENCE (11 juillet 1825 à fin décembre 1834), présentée à M. le préfet de la Seine-Inférieure et à MM. les membres du conseil général du département, par M. L. DEBOUTTEVILLE, D.-M. P., directeur de cet établissement.

L'emplacement occupé aujourd'hui par cet utile établissement s'appelait autrefois le *Manoir de haute ville.* Il subit bien des métamorphoses avant d'arriver à sa destination actuelle; et M. Deboutteville nous apprend qu'il fut successivement entre les mains de grands seigneurs, de religieuses, des frères de l'école chrétienne jusqu'en 1792, où après l'expulsion de ces derniers il tomba dans le domaine public et fut successivement destiné à servir de prison révolutionnaire, d'arsenal, de maison de détention pour les prisonniers espagnols, et enfin de dépôt de mendicité.

A l'époque où la création d'une maison consacrée au traitement des maladies mentales fut arrêtée par les autorités du département de la Seine-Inférieure, il n'existait en France qu'un bien petit nombre d'établissements spécialement destinés aux aliénés. Le rapport présenté au roi par le ministre de l'intérieur en novembre 1818, ne fait mention que de huit hospices de ce genre, renfermant 1222 aliénés.

Cet établissement est situé à l'extrémité d'un quartier peu peuplé, dans un terrain sec et sablonneux, de la contenance de 70,000 mètres carrés, bien aéré et très-vaste; il offre toutes les conditions de la salubrité. On construisit cinq cours destinées aux aliénés des deux sexes qui devraient habiter dans des chambres séparées, puis un bâtiment contenant deux salles de bains, la machine à vapeur et les réservoirs qui doivent fournir l'eau à l'établissement; on répara aussi et l'on appropria à leur nouvelle destination les anciens bâtimens.

Les aliénés entretenus dans cet établissement qui conserve encore le nom de Maison de St-Yon, de l'un de ses anciens propriétaires se partagent en diverses catégories que nous allons faire connaître.

1° Les pensionnaires pour lesquels les familles paient une somme annuelle de 450 à 1,500 fr.

2° Les aliénés envoyés par les départemens voisins, moyennant une pension de 450 fr.

3° Ceux placés dans l'établissement par les communes ou hospices du département au prix de 350 fr.

4° Les indigens appartenant à des communes ayant moins de 10,000 fr. de revenu, et qui n'ont pas d'hospices; ils occupent dans l'asile des places gratuites dont le département fait les frais.

La répartition des places gratuites entre les arrondissemens a eu lieu dans la proportion de la population de chacun d'eux, déduction faite des communes qui ont plus de 10,000 fr. de revenu, ou dans lesquelles il existe un hospice et dont les aliénés ne sauraient être admis gratuitement dans l'asile.

Après être entré dans ces détails, qui ne seront pas sans intérêt à une époque où dans tant d'endroits on éprouve le besoin de créer des établissements analogues, nous allons suivre l'auteur dans l'exposé des résultats scientifiques obtenus à l'Asile de St-Yon.

De 1827 à 1834, il a été reçu 1096 aliénés dans l'établissement, dont 588 hommes et 508 femmes. Le nombre des aliénés du sexe masculin reçu pendant cette période est donc de 80 plus considérable que pour le sexe féminin, et même en faisant abstraction des cas de réintégration qui ont été de 14. Pour les deux sexes il y aura encore une différence de 48 pour les hommes. On peut donc légitimement conclure de ces faits de M. Deboutteville que l'aliénation mentale est sensiblement plus fréquente dans le département de la Seine-Inférieure chez les hommes que chez les femmes. Cette opinion, basée sur une série d'observations trop limitée pour être inébranlable, reçoit cependant quelque fixité des faits eux-mêmes, puisque, sur huit années il ne s'en trouve qu'une seule, l'année 1830, où le chiffre des femmes ait surpassé celui des hommes.

Ce résultat est opposé à l'opinion le plus généralement admise sur la fréquence de la folie pour chacun des sexes, et surtout à celle de M. Esquirol, qui conclut d'un très-grand nombre de faits recueillis en France et dans tout le reste de l'Europe, aussi bien que dans l'Amérique du Nord, que celui des hommes est à celui des femmes comme 37 est à 38; et ce travail de M. Esquirol repose sur 76,521 cas d'aliénation mentale. Quelle est la cause de cette différence? c'est ce que nous ne savons pas, et ce que M. Deboutteville n'a pas expliqué, au moins d'une manière satisfaisante. Doit-on l'attribuer à l'influence de l'industrie, qui, depuis plusieurs années, a pris un si grand essor dans le département de la Seine-Inférieure, qui a dû y augmenter la population mâle dans une proportion considérable, et a dû, en donnant une plus grande activité à l'intelligence, activer aussi les causes de l'aliénation mentale pour le sexe masculin. Si nous en voulions comme preuve rapporter un fait à l'appui de cette explication, nous citerions le nombre des aliénés appartenant à la ville de Rouen, rapproché de celui des aliénés fournis par le reste du département; la proportion, pour tout le département, était d'un aliéné pour 937 habitans, tandis que pour la ville de Rouen, le rapport des aliénés avec la population est d'un pour 462.

On admet généralement que le célibat et le veuvage sont les conditions de la vie les plus favorables au développement de la folie. Le tableau dans lequel M. de Boutteville a présenté l'état civil des aliénés reçus à l'Asyle, paraît au premier abord confirmer cette opinion; cependant l'auteur pense que cette circonstance pourrait peut-être être attribuée à l'influence de l'âge autant qu'à celle du célibat. L'époque de la vie où se rencontre le plus grand nombre de personnes non encore mariées étant le plus exposée à l'aliénation mentale. Quant au veuvage que l'on rattache ordinairement au célibat, il semblerait au contraire être une condition défavorable au développement de l'aliénation mentale.

M. Esquirol a remarqué avec beaucoup de justesse que la folie est plus hâtive chez les hommes que chez les femmes. Cette opinion est pleinement confirmée par la statistique de la maison de Saint-Yves.

Le travail de M. de Boutteville sur le résultat obtenu des traitemens employés à St-Yves, ne porte pas sur un nombre assez fort pour que les conclusions que l'on pourrait en tirer aient une valeur décisive. En effet, ce n'est que depuis deux années seulement qu'une note exacte est dressée à la sortie de chaque malade. L'ouvrage se termine par vingt-six tableaux ayant tous rapport aux questions qui sont traitées dans le texte. Les derniers présentent les recettes et les dépenses, et autres sujets purement administratifs qui ne pourraient nous intéresser que médiocrement, mais qui pourront être de quelque utilité aux administrateurs d'établissemens analogues.

EXISTE-T-IL DES AGENS THÉRAPEUTIQUES DONT L'EFFET NE SOIT OBSERVABLE QUE SUR LES SOLIDES OU SUR LES FLUIDES; Thèse soutenue à l'occasion du concours pour l'agrégation, par E. RUFZ, de la Martinique.

La question proposée par le jury du concours à M. Rufz, considérée médicalement, méritait à peine une réponse; considérée au contraire dans ses rapports avec le concours comme moyen de forcer le candidat à prendre une couleur au milieu de nos disputes interminables et surtout de sonder la profondeur de ses connaissances en histoire, en physiologie et spécialement en chimie et en physique expérimentales, elle offrait un vaste champ où le candidat pouvait tout à la fois faire connaître son érudition et faire preuve d'une bonne direction dans ses études.

Il fallait d'abord donner la définition des mots admis dans la construction de cette question, savoir: ce qu'est un *fluide*, ce qu'est un *solide*, ce que l'on entend par *agent thérapeutique* et surtout par *effet observable.* C'est ce que fait ici l'auteur, après quoi il passe à l'étude de chaque agent thérapeutique, examinant successivement l'influence de chacun d'eux sur les solides et sur les fluides. Ainsi, nous voyons que la saignée, l'eau, le fer, les purgatifs, le tartre stibié à haute dose, le mercure, le quinquina, l'opium, le calorique, etc., agissent constamment sur les solides et sur les fluides, sans qu'il soit possible de savoir sur lesquels ils ont exercé leur action primitive. On ne peut s'occuper ainsi de chacun de ces agens thérapeutiques sans citer une foule de faits intéressans et sans faire preuve de grande connaissances en pathologie; c'est ce que M. Rufz a fait en plusieurs endroits de sa thèse, peut-être même ne s'est-il pas assez renfermé dans la question qui lui avait été posée, et a-t-il été trop loin lorsqu'il a profité de son sujet pour établir la manière dont doit être dirigée de nos jours l'observation et la renfermer exclusivement dans ce qu'on appelle la méthode numérique; mais ce sont là de ces peccadilles légères qu'auront pas manqué de relever les compétiteurs intéressés, et que nous aurions nous même passées sous silence si l'auteur ne nous était connu par d'autres travaux qui annoncent le début d'une belle carrière mais empreint de cette nécessité de connaissances positives après lesquelles nous courons depuis long-temps, et qui semblent constamment nous échapper au moment où nous nous croyions sûrs de les atteindre.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES PARTICULARITÉS DE L'HISTOIRE DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR; par L.-Aug. Mercier, interne des hôpitaux.

PREMIÈRE PARTIE.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR L'INFLUENCE QU'ONT CERTAINES DISPOSITIONS ANATOMIQUES SUR LES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR CHEZ LES VIEILLARDS.

« A mesure qu'on avance en âge, dit Bichat, la gélatine va toujours en diminuant dans les os et la substance calcaire en y augmentant. Dans l'extrême vieillesse, cette dernière y domine tellement qu'elle y étoufferait la vie si la mort générale ne prévenait celle des os. (Anat. gén., t. 3.)

Aujourd'hui les opinions sont bien changées à cet égard; et si on consulte les ouvrages les plus récens, on y trouvera que non-seulement il ne se fait pas dans les os des vieillards un dépôt successivement croissant de matière terreuse, qu'au contraire cette matière y diminue, que la substance compacte n'y forme plus qu'une écorce très-mince, que ces os deviennent poreux et faciles à couper, que leur canal médullaire augmente en diamètre, et que les cellules des parties spongieuses se raréfient quelquefois à tel point qu'il se forme une espèce de canal médullaire dans des endroits où normalement il n'en existe pas, dans le col du fémur, par exemple. Ce que j'avais observé me semblait tellement militer en faveur de cette opinion, que pendant long-temps je n'en eus pas d'autre. Cependant comment se fait-il que Bichat, avec son talent pour l'observation, ait commis une erreur pareille? Telle est la réflexion qui me conduisit à de nouvelles recherches.

Alors je vis que si la réaction qui s'était opérée contre l'opinion ancienne était basée sur des faits, elle avait aussi dépassé les bornes de la vérité; que la cause de la dissidence résidait uniquement dans la diversité des parties osseuses dont la texture avait frappé l'attention. En effet, que l'on prenne une partie naturellement spongieuse, on trouvera que chez le vieillard elle le devient encore davantage, qu'elle est très-facile à briser, à scier, à couper, que le doigt s'y enfonce aisément, qu'en un mot elle se trouve tout-à-fait dans les conditions décrites par les auteurs contemporains. Si au contraire on examine la partie moyenne des os longs, on verra que si le canal médullaire augmente en diamètre, c'est uniquement aux dépens du tissu spongieux qui l'entoure. Ce tissu a même quelquefois totalement disparu, tandis que la substance compacte a augmenté d'épaisseur et de densité. Elle sonne presque comme du silex, et offre à l'action de la scie une grande résistance. Mais à mesure qu'on porte son examen près des extrémités, on voit le tissu spongieux reparaître, et le compacte diminuer pour disparaître à son tour.

Le canal médullaire augmente aussi en longueur, et il est facile de

Feuilleton.

ESQUISSE SUR LES EAUX MINÉRALES.

(Troisième et dernier article.)

Il est surtout une classe de maladies, les affections nerveuses, qu'on peut observer aux eaux minérales, dans leur développement le plus complet, notamment chez les femmes. En général, leur constitution est si frêle, leurs organes si délicats, leurs nerfs tellement irritables, qu'on ne doit pas s'étonner de trouver si souvent et en si grand nombre les femmes aux établissemens thermaux, c'est une observation faite depuis long-temps. Il est vrai de dire néanmoins que toutes celles qui vont aux eaux ne sont pas bien malades; beaucoup y sont conduites par des motifs qui n'ont qu'un rapport fort éloigné avec la médecine, et cependant ces rapports existent. Le célèbre Pope ayant aperçu une femme jeune et jolie aux eaux de Bath, lui demanda pourquoi elle prenait les eaux; par *pure fantaisie*, dit-elle; eh bien! reprit malicieusement le poète, vous ont-elles guérie? Mais Pope ignorait que le caprice est aussi une maladie chez certaines femmes, maladie qu'on guérit très-bien par l'usage des eaux minérales. Cela prouve que s'il est des femmes chez lesquelles l'indication de ce moyen thérapeutique est positive, cette indication existe encore chez d'autres, quoique d'une manière moins formelle. La santé de celles-ci, sans être évidemment altérée, manque pourtant de cet équilibre qui la rend durable. Fleurs pâles, étiolées, languissantes, elles ont besoin de la vie des champs, de la vie des eaux pour se ranimer. Les unes veulent glisser le plus légèrement possible dans les plaisirs du monde et de la coquetterie, les autres descendent la vie sans trop savoir où le courant les entraîne. Il est aussi des types de jeunes vieilles femmes qui ont les prétentions des deux âges; mais toutes semblent éprouver à certaine époque de l'année, la nécessité de changer de lieu, d'atmosphère et d'habitudes. Lassées des plaisirs étiquetés, de la gêne des préjugés, elles ont besoin d'air, de soleil, de liberté, de mouvement, d'expansion physique et morale; s'y opposer, c'est compromettre leur santé. Vous m'avez envoyé aux bains de ***, écrivait une dame à son médecin; je n'en attends aucun soulagement, et savez-vous pourquoi? C'est qu'elles sont presque dans mon voisinage. Son docteur l'envoya à deux cents lieues, et elle guérit.

C'est ici qu'on peut remarquer le privilége qu'ont plusieurs dames de composer, de s'arranger, avec leur docteur, comme autrefois avec leur directeur, cela tient à nos mœurs actuelles. Avec son médecin, dit un homme d'esprit, une femme adroite est dans sa chambre comme un ministre sûr de sa majorité; elle se fait ordonner à son gré le repos, la distraction, la campagne ou la ville, les eaux ou le cheval, selon son bon plaisir et ses intérêts. Une chose certaine, c'est que la complaisance de quelques médecins pour leurs clientes est à un point inconcevable. Voici un exemple entre mille de ce qui se passe dans ces singulières consultations. Un docteur traitait madame de *** pour un rhume. — Eh bien, madame, lui dit-il, où en sommes nous aujourd'hui? — Voyez, dit-elle, en présentant son bras, que le docteur retint long-temps, car il était fort beau. — Nous en verrons la fin

voir comment se fait cette opération de la nature, car la raréfaction du tissu aréolaire des extrémités est d'autant plus grande qu'on s'approche plus de leur centre ; et les parties centrales sont elles-mêmes d'autant plus raréfiées qu'elles sont plus proches du canal médullaire, qui, de la sorte, semble ne s'effacer qu'insensiblement. Qu'on suppose alors que le travail d'absorption en vienne au maximum, et l'on aura une cavité qui ne sera qu'une continuation, un prolongement de la cavité normale.

Les vastes aréoles du tissu spongieux des os des vieillards sont remplies, suivant les auteurs, d'une matière semi-liquide blanchâtre qu'ils appellent *graisse, huile médullaire*. J'établirai encore à ce sujet une distinction qui, je crois, n'a pas été faite jusqu'à présent, c'est qu'avec une raréfaction égale du tissu osseux et un âge également avancé, la couleur de cette matière varie non-seulement suivant les individus, suivant les maladies qui ont amené la mort, mais encore suivant les os qu'on examine. Toutes les nuances, entre le brun sanieux et le blanc sale, peuvent se rencontrer ; mais bien que toutes puissent se présenter dans tous les os, elles paraissent cependant avoir chacune un siége spécial. Ainsi, dans la grande majorité des cas, les os du tronc sont d'une couleur foncée, ressemblant assez souvent à celle de la rate, tandis que les os des membres, même dans leurs parties spongieuses, en ont une semblable à celle de l'huile d'olive figée. L'os iliaque, quelques parties de l'omoplate et du crâne tiennent le milieu.

Peut-on établir un rapport entre l'abondance de cette matière blanchâtre qu'on appelle huile médullaire, et l'embonpoint du sujet? Il m'est actuellement impossible de répondre à cette question; cependant je puis dire que c'est chez des individus extrêmement maigres, d'anciens goutteux, etc., que je l'ai rencontrée en plus grande quantité. Aussi je serais tenté de croire que c'est à tort qu'on lui a dernièrement accordé une influence sur la fragilité des os, et qu'on a ainsi expliqué la fréquence plus grande des fractures chez les vieillards replets, comme s'il n'existait pas chez eux un assez grand nombre de circonstances défavorables sous ce rapport, sans avoir besoin de recourir à cette explication.

C'est la raréfaction du tissu osseux, bien plus que son défaut d'élasticité, qui prédispose les vieillards aux fractures; car, qu'on le remarque bien, c'est assez rarement par le milieu que leurs os longs se brisent. Mais cette raréfaction a encore un autre effet, c'est de permettre aux parties qui en sont le siége de s'affaisser sous le poids du corps; et de là résultent diverses déformations. C'est ainsi que j'ai vu plusieurs fois les bords supérieur et inférieur des vertèbres se déjetant dans la poitrine et l'abdomen, y faire des saillies variables en grosseur, et dont une, formée par le bord inférieur de l'avant-dernière lombaire, et surtout par le bord supérieur de la dernière, avait le volume de la moitié d'un œuf de poule. C'est ainsi qu'on doit encore expliquer certaines variétés du *morbus coxæ senilis*. Pressé entre le poids du corps et la résistance qui lui vient soit du sol, soit du plan sur lequel la hanche repose, le col du fémur se raccourcit et devient plus épais; en même temps il s'enfonce dans la tête et en augmente le volume, ce qui rend les mouvemens difficiles et douloureux, et produit le rebord que forme assez souvent la tête autour du col, et que quelques auteurs ont beaucoup trop généralement attribué à un dépôt de matière calcaire en cet endroit. Plus bas on verra une observation où un rebord semblable existait dans le seul point où la tête éprouvât une pression. Enfin, comme dernier exemple de déformation des os, je citerai le changement que l'âge amène dans la direction du col du fémur, lequel, au lieu de l'angle obtus qu'il forme avec le corps chez les jeunes gens, lui devient perpendiculaire chez les vieillards, par suite de la pression que le poids du corps exerce sur lui.

On a regardé cette direction du col comme une des causes de la fréquence de ses fractures dans un âge avancé; mais, s'il est vrai que cette direction prédispose singulièrement aux fractures qui ont lieu par suite de chute sur les pieds ou sur les genoux, ne doit-on pas aussi convenir avec M. Chassaignac (Paris, 1835, thèse n° 89), que quand ces individus tombent sur la hanche, cette disposition doit avoir un résultat contraire? Le choc se transmettant à la cavité cotyloïde presque en suivant l'axe du col, ce dernier a moins de tendance à se redresser, par conséquent moins de tendance à se rompre. Il ne s'agit donc plus, pour décider si cette circonstance prédispose les vieillards à la fracture qui nous occupe, que de savoir auquel de ces deux genres de chutes ils sont plus exposés, celles sur les pieds ou celles sur la hanche. Or, si sur trente observations recueillies à la clinique de Desault, vingt-quatre avaient succédé à des chutes sur la hanche, et six seulement sur les pieds ou les genoux, la différence ne doit-elle pas être beaucoup plus grande encore chez les vieillards, surtout ceux des hospices qui ne sont que très-rarement exposés à tomber de haut, chez qui la faiblesse musculaire trahit si souvent les efforts de la volonté, et dont une des maladies les plus fréquentes a pour effet d'atterrer instantanément les malheureux qui sont debout quand elle s'en empare. Concluons donc qu'en somme la direction perpendiculaire du col du fémur sur le corps est une condition heureuse pour la vieillesse.

Mais si malgré cette perpendicularité cet appendice se brise, et cela arrive souvent, il en résulte quelques effets dont je vais m'occuper.

1° Dans les chutes sur la hanche, la fracture ne se fait pas de bas en haut comme quand le col fait avec le corps un angle obtus; toutes les fibres sont rompues simultanément comme par écrasement, et le col s'enfonce dans le corps de l'os. Cette circonstance n'est pas rare chez les vieillards, et on en a déjà publié plusieurs exemples. Travers a même vu un cas où le grand trochanter étant fendu verticalement, le col se trouvait engagé entre les deux fragmens. C'était probablement ainsi que s'était brisée la pièce présentée par M. Fleury à la société anatomique (troisième bulletin, nouvelle série), pièce dans laquelle le grand trochanter, *comme fendu par un coin*, présentait une fracture béante en haut, s'effaçant peu à peu en bas où l'on voyait cesser toute trace de solution de continuité. Quoi qu'il en soit, personne que je sache n'a cherché à expliquer les circonstances anatomiques qui prédisposent à cette pénétration du fragment cotyloïdien dans l'autre.

2° Lorsqu'un individu tombe sur la hanche, deux points seulement du fémur portent à terre, le condyle externe et le sommet du grand trochanter. Par cela seul et par la contraction spasmodique des muscles qui du bassin vont s'insérer à cette dernière éminence, elle tend à rentrer en dedans; mais le col du fémur offre une résistance, et si la tête s'est abaissée, la résistance s'exerce perpendiculairement sur la base du grand trochanter, un peu au-dessous du point sur lequel porte l'action du sol. De ce concours de circonstances, il résulte que cette apophyse, pour se porter en dedans, fait un mouvement de bascule sur le point de résistance et se rompt de dehors en dedans. Que sera-ce

---

dans une huitaine, dit-il, avec l'air satisfait. Continuez : Eau de poulet, nourriture légère, se tenir chaudement et ne pas sortir. — Que dites-vous donc là, docteur? Je compte bien aller ce soir à un concert où doivent chanter mes nièces; j'ai promis. Je serai vêtue chaudement, et je n'aurai qu'un pas à faire de ma voiture à la salle de musique. — Allez et revenez de suite. — Quoi! je ne pourrai pas voir le commencement du bal? — Restez-y quelques momens; mais ne partagez pas les folies. — Je n'aurai garde : ni walse, ni galop; une ou deux contredanses seulement, où je ne ferai que marcher. — J'y consens; mais point de souper. — Eh! qu'importe, docteur, que je mange ici ou là mon aile de poulet? — Soit; point de liqueurs au moins? — Ah! un verre de punch pour mûrir mon rhume! — Essayez, mais ne restez pas trop tard.

La dame dansa beaucoup, soupa bien, but des liqueurs et ne rentra qu'à quatre heures du matin. Le lendemain, elle avoua tout au docteur, qui ne la trouva pas plus mal, et en rit comme un fou avec elle (1). Certes, il est difficile d'exercer la médecine avec plus de laisser-aller. Pourtant ne soyons pas des censeurs trop rigides pour notre confrère; qui de nous, graves docteurs, a toujours su résister aux insinuantes paroles, aux gracieuses câlineries d'une jeune et jolie femme?... Il y a donc des cas en effet, où un médecin habile, pénétrant, peut conseiller les eaux à certaines femmes, sinon pour le mal présent, au moins pour le mal à venir. On sait que Tronchin avait acquis dans le dernier siècle un grand empire sur les dames les plus distinguées de la cour; mais il ne s'en servit que pour leur donner d'excellens conseils. Il parvint même à leur faire prendre de l'exercice; il les obligea *à marcher elles-mêmes*, comme il s'en vantait avec raison. Cependant Tronchin n'a jamais refusé son consentement à une femme qui lui demandait à aller aux eaux; bien plus, il lui en laissait presque toujours le choix. Sans doute beaucoup de femmes font usage de ce moyen de guérison pour des motifs frivoles, leur santé étant peu compromise; mais dans ce cas l'imagination se rassure, les nerfs se calment et la santé se raffermit; précisément parce qu'elles ont fait quelque chose pour leur santé, elles sont tranquilles. Peu de chose en médecine, mais fait à propos, produit parfois de bons effets. On a vu une dame fréquenter pendant quinze ans les mêmes eaux, seulement pour s'entretenir douces *la peau, l'haleine et la voix*, trois choses en effet dont la douceur importe beaucoup à quiconque veut encore plaire. Si on en croit le père Lacoste, Marguerite de Valois se consolait de la perte de ses grandeurs et des malheurs du royaume, *par la seule vue de l'ivoire de son bras*. Les médecins attentifs qui pèsent tout à la balance de la raison et de l'expérience se gardent bien de considérer ces faits comme de simples futilités, de pures misères de boudoir; ils y découvrent des rapports cachés entre l'organisme et les affections de l'âme, et par conséquent la source d'une infinité de maladies. Qu'on se figure bien que la médecine n'est pas une science d'abstraction, mais d'application, qui puise souvent dans l'étude des hommes ses plus belles considérations. L'école du monde est aussi une école pratique qu'il ne faut jamais négliger.

Ces réflexions paraissent tellement vraies, que parmi les femmes qui demandent à aller, soit aux eaux minérales, soit aux bains de mer, il est des distinc-

(1) Nous rappellerons à ceux qui seraient tentés de nier la vérité de cette anecdote, un fait assez connu. C'est que la duchesse d'A..., une des femmes les plus brillantes de la cour de Louis XV, paria avec quelques-unes de ses amies qu'elle se ferait ordonner l'arsenic, et même à doses assez élevées, par le docteur Gastaldy, son médecin; elle gagna complètement son pari le surlendemain.

si le col s'enfonce au moment de la chute dans le grand trochanter, et en diminue la solidité en détruisant ses parties centrales.

Toutes ces données du raisonnement se trouvent vérifiées par les faits; car si le col peut être fracturé seul chez les vieillards, parfois aussi la fracture a lieu au-dessous du grand trochanter, qui reste adhérent au col, et le plus souvent, si j'en crois le petit nombre d'autopsies que j'ai faites, le grand trochanter et le col sont séparés l'un de l'autre et isolés tous deux du fragment inférieur. Souvent même dans ce cas l'extrémité supérieure de celui-ci est creusée par la partie la plus externe du fragment cotyloïdien qu'on y trouve logée, ce qui prouve que l'influence que j'attribuai à la pénétration du col dans le grand trochanter sur la fracture de ce dernier n'est pas une simple supposition. Sur huit autopsies de fractures de l'extrémité supérieure du fémur, faites par moi dans l'espace de quinze mois à l'hospice de la Vieillesse (hommes), j'ai rencontré trois fois la fracture du col, une fois celle du grand trochanter restant adhérent au col, et quatre fois une double séparation du col et du grand trochanter. Plusieurs exemples de ce dernier genre furent présentés à la société anatomique; plusieurs se trouvent consignés dans les recueils périodiques, et tous appartiennent à des vieillards; aussi je me contenterai de rapporter brièvement à l'appui de tout ce que je viens de dire, les deux observations suivantes, dont j'ai conservé les pièces depuis que mon attention a été éveillée sur ce point. On trouvera dans la deuxième partie de ce travail celle où le col restait adhérent au grand trochanter (1).

Obs. I. — Au commencement du mois de septembre 1834, on apporta à la salle de chirurgie un homme très-âgé qui, en sortant de l'hospice s'était heurté le pied contre la barre transversale qui se trouve au bas de la grille et était tombé sur la hanche droite, comme l'attestait une ecchymose très-large et très-brune qui existait sur cette région.

Lorsqu'on vit la rotation du membre en dehors, son raccourcissement, et qu'on eut senti la crépitation, malgré qu'il n'y eût aucun signe de fracture du corps du fémur, on n'eut pas de doute sur l'existence d'une fracture de son col. On mit sous le jarret quelques coussins destinés à mettre tous les muscles dans le relâchement sans être assez élevés pour exercer une traction sur le fragment inférieur.

Mais dès l'entrée de ce malade ses facultés intellectuelles parurent l'avoir abandonné. Était-il tel antérieurement? c'est ce que ne rend pas probable la permission qu'on lui avait donnée de sortir. Dans son délire il dérangea plusieurs fois son appareil, voulut se lever bien qu'il ne pût se soutenir sur le membre malade. Au bout de trois jours il tomba dans une adynamie qui fit prévoir sa fin prochaine; et le sixième jour après sa fracture, il mourut.

A l'autopsie on trouva un épanchement sanguin considérable, surtout à la partie interne de la cuisse où l'infiltration s'étendait jusqu'au tiers inférieur entre les muscles. Voici l'état de l'os: fracture transversale du grand trochanter à cinq ou six lignes au-dessous des empreintes tendineuses qui couvrent le sommet de cette éminence qui est en outre fracturée verticalement à l'union de ses deux tiers postérieurs avec son tiers antérieur; col fracturé tout près du corps de l'os; petit trochanter détaché, adhérent au muscle iliaque et presque resté en place.

L'extrémité externe du fragment cotyloïdien avait réduit les fragmens du grand trochanter à leur couche la plus superficielle. De plus il offrait en bas une pointe qui, se trouvant en rapport avec le centre du corps de l'os, l'avait creusé et s'y trouvait logée. Il était facile de voir par la disposition de ces fragmens que c'était le col qui, en s'enfonçant dans le corps, avait heurté par son bord inférieur le petit trochanter et l'avait rompu. Les fragmens du grand trochanter, comme s'ils eussent éprouvé un mouvement de bascule sur l'extrémité externe du col, avaient leur extrémité supérieure portée en dedans, tandis que l'inférieure se portait en dehors du corps, sur lequel elle anticipait un peu. Ces dernières parties étaient unies entre elles par quelques brides de tissu fibreux qui transmettaient aux fragmens du grand trochanter une partie des mouvemens imprimés à la portion crurale du fémur.

En général les os de cet homme, quoique volumineux, sont très-friables.

Obs. II. — Cottereau, âgé de 84 ans, entra à l'infirmerie, le 26 février 1835, pour un délire accompagné de tous les autres signes d'une méningite chronique exaspérée. Le 1er mars, l'infirmière lui ayant ôté les liens qui le retenaient dans son lit, il se leva, voulut marcher et tomba sur la hanche droite. Il fut relevé et couché, et ce n'est que deux jours après que voulant voir l'effet local des sinapismes qu'on lui mettait, on s'aperçut du raccourcissement de la jambe et de sa rotation en dehors. On ne put obtenir de crépitation. Le malade, malgré son délire, accusait une vive douleur dans la hanche affectée. D'abord on essaya quelques coussins sous le jarret, mais comme il ne remuait plus et qu'il urinait continuellement sous lui, on ne tarda pas à les lui ôter.

La maladie du cerveau continua de faire des progrès et un œdème érysipélateux du bras gauche vint hâter la terminaison fatale (12 mars).

Autopsie. Les sinus de la dure-mère contiennent beaucoup de sang, l'arachnoïde et les ventricules beaucoup de sérosité citrine; la pie-mère est injectée, ramollie; la substance grise sous-jacente offre aussi quelques traces de ramollissement.

A la partie externe de la hanche droite on trouve au-dessous du fascia lata un épanchement de sang qui ne communique point avec celui de la fracture et provient très-probablement de l'action directe de la chute. Une fracture transversale existe à quelques lignes au dessous des rugosités qui couvrent la face externe du grand trochanter lequel est séparé du reste. La base du col du fémur rompue et enfoncée perpendiculairement dans l'épaisseur du corps, offre inférieurement un angle qui creuse l'extrémité supérieure du fragment inférieur (comme dans l'observation précédente). Du sang est épanché entre les fragmens. Rien n'annonce une tendance à la consolidation.

Dans ces deux observations, la tête remise en place était beaucoup plus abaissée qu'elle ne l'est chez l'adulte; sa partie la plus élevée ne dépassait pas le sommet du grand trochanter.

Les applications à la pratique doivent être l'objet constant des recherches du médecin; aussi je regarderais l'anatomie pathologique comme une science presque vaine si elle n'apportait son contingent à l'art de guérir. Quelles sont donc les conséquences pratiques que nous tirerons des réflexions et des faits qui précèdent.

C'est que chez un vieillard il ne faut pas se contenter de reconnaître une fracture du col du fémur, il faudra avoir soin d'examiner le grand trochanter, et voir, au moyen des signes indiqués par les auteurs pour reconnaître sa fracture, s'il est encore adhérent au corps de l'os. Cette connaissance est indispensable, car il est évident que si cette apophyse est libre, elle remontera, obéissant à l'action des muscles fessiers. Si donc on applique sur le fragment inférieur un appareil à extension continue, qu'en résultera-t-il? Que les fragmens se trouvant tous trois éloignés les uns des autres, la fracture sera placée dans les circonstances les plus défavorables pour sa consolidation. En conséquence, celle-ci ne se fera pas, ou bien nécessitera un temps tellement long, qu'avant d'être parfaite les vieillards seront épuisés par l'inaction et les maladies qu'elle enfante, les parties qui portent le poids du corps se couvriront d'escarres, et le malade ne tardera pas à marcher du marasme à la mort. Il faudra donc, quand on aura reconnu cette fâ-

(1) Ces faits de fracture du grand trochanter, de pénétration du col dans son épaisseur prouvent que le plus souvent la fracture est produite par une chute sur la face externe de cette apophyse. Cependant on verra plus loin que je crois que dans quelques cas la fracture du col peut se faire d'avant en arrière ou d'arrière en avant.

---

tions importantes à établir. Lorsque le temps a déjà marqué leurs charmes de sa fatale empreinte, et que, selon l'expression anglaise en parlant de l'âge, elles sont du mauvais côté de quarante, presque toujours alors, en exceptant toutefois le cas précis de maladie, il est rare qu'une femme se rende aux eaux minérales pour autre chose que pour s'amuser et se distraire. Quoi de plus trivial de chercher le bonheur chez soi, au coin de son feu, au milieu de ses amis de tous les jours? On va donc au loin essayer de combattre une des infirmités qui respectent le moins les riches, l'ennui. Que doit faire ici le médecin au cas qu'on le consulte? Evidemment laisser agir, sachant très-bien que l'ennui est vraiment une maladie. Il est aussi des jeunes femmes, mais d'un esprit inquiet, mobile, que rien ne peut fixer. Toujours promptes à pourchasser le plaisir en tous lieux, les eaux minérales célèbres leur en promettent une abondante moisson; aussi y accourent-elles, affectant de s'enivrer de ces passions que soufflent nos romantiques auteurs; elles ont toujours des maladies de nerfs, un horrible malaise d'esprit, de la mélancolie, beaucoup de vague dans l'ame, cela s'appelle un immense besoin d'aimer. Leur langage est exagéré, hyperbolique, toujours marqué d'expressions consacrées par la mode; autrefois, par exemple, il s'agissait toujours de nature, de sensibilité; maintenant l'ame est le mot par excellence. Ainsi une femme *qui jette son ame dans sa voix* en chantant avec goût, qui sait même *galoper avec ame*, a nécessairement atteint une perfection *délirante*. Il ne faut pas s'étonner dès lors que tant de talens fassent les délices des réunions et des cercles brillans de certaines eaux minérales. Eh bien! presque toujours à la fin de la saison, l'état physique et moral de ces jeunes femmes est beaucoup amélioré. Soit lassitude, soit contentement, soit enfin pure satiété, leur esprit est plus tranquille, moins exigeant, et par cela même les forces du corps mieux équilibrées, la santé plus égale et plus ferme. Vous voyez bien que le médecin ne peut faire autrement que d'envoyer ces dames aux eaux minérales de leur choix.

Mais, selon moi, qu'on se garde bien de les conseiller à certaines jeunes personnes, ou jeunes femmes, d'une organisation très-nerveuse, très-impressionnable, et qui cachent sous un état valétudinaire incertain, une pensée ardente et concentrée. Il y a ici un triple danger, d'abord les eaux, presque toujours stimulantes, puis le mouvement, l'activité turbulente des réunions, enfin les lieux mêmes où se trouvent la plupart des établissemens thermaux. Cette dernière cause est très-essentielle à remarquer. On ne saurait croire l'étonnante impression que font sur des imaginations vives, un site agreste et pittoresque, de hautes montagnes, d'effroyables glaciers, d'horribles précipices, de vieux chênes séculaires, des torrens dont le fracas ébranle et captive l'imagination. Un de nos grands poètes a dit:

Il est une langue inconnue
Que parlent les vents dans les airs,
La vague aux bords grondans des mers,
L'astre endormi dans la vallée, etc.

Or, c'est précisément ce langage qui agite prodigieusement de jeunes têtes très-inflammables; de là un goût prononcé pour la solitude, pour la rêverie, pour cette délectable mélancolie des souvenirs, qui charme tant les ames délicates, mais d'où résulte une sorte d'exaltation morbide des nerfs, plus ou moins cachée, et toujours dangereuse. J'ai été consulté, il y a quelques années, pour une jeune demoiselle à laquelle on avait recommandé les bains de mer. Eh bien! le majestueux aspect de l'Océan, le balancement de ses flots, le vaste horizon qui se dé-

cheuse complication, abaisser s'il est nécessaire (1) le grand trochanter par les moyens indiqués par Desault, se contenter de maintenir le membre immobile, de fixer la pointe du pied dans une position convenable, et ne pas exercer de tractions sur le membre inférieur, ou n'en exercer que de très-faibles, et dans les cas seulement où le malade sera assez robuste pour résister à un décubitus prolongé sur le dos (2); peut-être même, vu la fréquence de cette lésion, devrait-on tenir une conduite semblable toutes les fois que le diagnostic serait obscur et que la contusion paraîtrait assez forte pour que le grand trochanter fût rompu; car quel mal en résulterait-il quand même cette complication n'existerait pas? Les mouvemens seraient moins libres, le membre un peu plus court? Mais que sont ces inconvéniens mis en balance avec une mort presque inévitable? D'ailleurs, les vieillards ne tiennent guère pour la plupart à plus ou moins de rectitude dans la marche, et leur âge ne leur permet plus de routes longues et pénibles. Ajoutons que, par suite même de l'affaiblissement sénile, la rétraction du membre ne sera pas aussi considérable qu'elle le serait chez un adulte placé dans les mêmes conditions. M. Murat, instruit par l'expérience, se contente de mettre sous le jarret de ses malades quelques coussins qui ne servent qu'à fléchir la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, et n'exercent aucune traction sensible sur le fémur, et cependant j'ai vu sortir de son service plusieurs vieillards qui, après s'être exercés à marcher pendant plusieurs semaines, ne présentaient que trois quarts de pouce ou un pouce au plus de raccourcissement. L'extension continue fait infiniment plus souffrir les malades et ne donne que rarement de plus beaux résultats.

DEUXIÈME PARTIE.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR, AVEC ROTATION DE LA POINTE DU PIED EN DEDANS.

Les muscles qui ont pour action de tourner le membre abdominal en dehors l'emportent tellement en nombre et en force sur leurs antagonistes, qu'on aurait pu affirmer *à priori* que ce mouvement dût avoir lieu toutes les fois que le col du fémur est rompu. Cependant cette remarque ne fut faite et vérifiée que par Foubert, et, chose singulière, une remarque contraire remonte jusqu'à A. Paré. Ce chirurgien avait appliqué un appareil à une dame qui avait une jambe plus courte que l'autre, et dont le grand trochanter faisait saillie sur l'os des îles. A une *seconde* visite, l'appareil était dérangé, le membre raccourci de nouveau *et le pied tourné en dedans*. La crépitation qu'il sentit lui fit connaître la maladie qu'il avait à traiter. Cette observation parut tellement en contradiction avec toutes les autres que Louis et Sabatier (*Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. IV) cherchèrent à dénaturer les expressions de cet auteur pour les mettre en rapport avec ce qu'on observe journellement. Mais l'observation de J.-L. Petit (*Traité des maladies des os*) n'offre pas d'ambiguïté et ne put se prêter aux mêmes interprétations. Un chirurgien avait pris une fracture du fémur pour une luxation (les signes différentiels étaient alors loin d'être vulgairement connus); le blessé, malgré la prétendue réduction, continuant d'éprouver des douleurs très-vives, fit appeler J.-L. Petit, qui trouva le grand trochanter remonté de quatre travers de doigt et la *pointe du pied tournée en dedans*. Depuis cette époque, plusieurs autres faits de ce genre ont été recueillis, et bien que dans son immense pratique M. Boyer n'en ait jamais vu, que M. Dupuytren n'en ait vu qu'un ou deux (*Leçons orales*, tom. I), je serais porté à croire qu'avec les moyens actuels de publicité ces faits ne tarderont pas à se multiplier. M. Michon en a présenté un exemple à l'une des dernières séances de la société anatomique. En voici deux autres que j'ai recueillis en moins d'un an.

(1) Je dis : *s'il est nécessaire*, car très-souvent il y a eu peu ou pas de séparation entre le grand trochanter et le fragment inférieur, ce qui tient à ce que tous deux sont également entraînés en haut. Je crois même que cette circonstance rendra cette complication de la fracture du col bien plus difficile à reconnaître qu'une fracture simple du grand trochanter.

(2) Dans ces doubles fractures, le plan incliné pourrait avoir en outre un inconvénient qui lui est propre, c'est de faire faire au corps du fémur, avec le grand trochanter, un angle plus ou moins ouvert en avant. Outre que cela se conçoit facilement, j'ai une pièce consolidée qui le prouve.

OBS. III. — Recordon, âgé de 74 ans, entra le 30 décembre 1833 à la salle de chirurgie. Là on diagnostiqua une luxation du fémur gauche en haut et en dehors, et ce fut probablement le délabrement de la santé du malade et les douleurs trop vives qu'il ressentait qui empêchèrent de tenter des manœuvres de réduction. A mon entrée dans ce service (février 1834), on me fit part du diagnostic qui avait été porté, et effectivement un grand nombre de signes semblaient indiquer sa justesse. La jambe était demi fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin; la pointe du pied était portée en dedans et le genou l'était à un tel degré qu'il s'enfonçait continuellement sous le jarret du côté sain, et que pour l'en empêcher on était obligé de mettre des coussins en dessous afin de l'élever au niveau de l'autre genou. C'était la contraction des muscles de la partie interne de la cuisse qui produisait ce phénomène. La main sentait dans la fosse iliaque externe une tumeur que l'on prenait pour la tête du fémur. Je cherchai à porter un peu le genou du côté malade en dehors, mais il en résulta de si vives douleurs que je cessai aussitôt mes tentatives. On aurait dû rechercher si les mouvemens imprimés au fémur se transmettaient au grand trochanter, si le sommet de ce dernier était le centre de ces mouvemens, s'il y avait continuité entre les deux parties du fémur; on ne le fit pas. Cela prouve que dans des cas pareils il faut beaucoup d'attention pour éviter les méprises.

Dans le courant de février, Recordon éprouva du côté de la poitrine et des voies urinaires quelques accidens qui se calmèrent, mais vers le commencement de mars, son intelligence, qui n'était déjà pas très-nette, se troubla davantage; des idées tristes le poursuivirent continuellement, et le 21 mars il expira.

A l'autopsie on trouva la dure mère très-adhérente au crâne; de la sérosité dans l'arachnoïde, etc.

Dans la dissection de la hanche gauche je commençai par détacher les fessiers par en haut, croyant rencontrer au-dessous la tête du fémur, dans la fosse iliaque externe. Ma surprise fut grande quand je trouvai une fracture du fémur immédiatement au-dessous du grand trochanter. Le fragment supérieur adhérent au col était tiré en arrière par les muscles qui s'insèrent dans la cavité digitale et formait la tumeur qu'on avait prise pour la tête du fémur. La traction en arrière paraissait avoir été grande, car de ce côté la substance de la tête s'était affaissée, formait derrière le col un rebord analogue à celui qu'offre la circonférence des champignons autour de leur pédicule. La tête s'était dans quelques points soudée dans cette position. Voici l'état de la fracture : elle était tout-à-fait parallèle à la ligne qui du grand trochanter se rend au petit, mais un peu au-dessous, de sorte que le petit trochanter se trouvait presque en entier adhérent au fragment supérieur. La surface fracturée de ce fragment aurait regardé directement en dehors, si le col eût été dans sa direction naturelle, mais elle *s'inclinait légèrement en arrière* à cause de la traction du col dans ce sens.

Ce cas se trouvant en contradiction avec toutes les explications données jusqu'à présent sur la rotation du pied en dedans, je le décrirai avec minutie. Le bord antérieur de la surface fracturée du fragment su-

---

couvre, le je ne sais quoi enfin, qui donne si bien alors le sentiment de l'infini, faisaient une telle impression sur la jeune malade, qu'on fut obligé de renoncer à ce moyen, les palpitations de cœur, les spasmes nerveux, ne faisant qu'augmenter. Il arrive encore que la seule pensée de parcourir un pays pittoresque, de se trouver dans de nouvelles sociétés, soit dans l'espoir d'émotions vives, ou dans celui de trouver les types qu'on a rêvés, excite l'imagination et produit d'assez bizarres conceptions. Il y a peu d'années qu'on a vu partir de Paris, pour des eaux minérales éloignées, une jeune demoiselle montée sur un âne, et ne faisant que quatre à cinq lieues par jour, tandis qu'une berline, bien pourvue de ce qui était nécessaire pour un long trajet, suivait pas à pas la modeste monture de notre voyageuse. N'est-il pas évident que si dans ce cas, vous ajoutez à l'exaltation intérieure qui existe déjà, des impressions du dehors vives et soutenues, vous pouvez déterminer de graves accidens? Le grain est dans le sillon, prenez garde à la récolte. Je pourrais citer plusieurs exemples à l'appui de ces assertions.

Mais, dira-t-on, comment distinguer ces organisations éminemment irritables, *prédisposées* aux maladies, d'une foule d'autres personnes dont les affections ne sont souvent que chimériques? Cela est quelquefois assez difficile, il faut bien l'avouer. Mais une timidité passionnée, l'amour de la solitude et de certaines lectures, ce dégoût, cet *écœurement* des choses matérielles, qui se manifeste chez quelques jeunes personnes, sorte de somnambulisme intellectuel qui absorbe pour ainsi dire la vie d'action; des émotions délatrices de leurs plus secrètes pensées dans des occasions favorables, de la tendance à l'enthousiasme, aux choses extraordinaires, peuvent guider le praticien. A la vérité, il faut avoir du discernement, de l'habitude du monde, connaître même la langue et la logique des passions; mais ne sont-ce pas là les attributions essentielles du vrai médecin dans tous les cas?

On voit par ce qui vient d'être dit, qu'indépendamment des cas formes de maladie, il en est encore où l'on peut permettre l'emploi des eaux minérales, et d'autres où il faut se garder d'y recourir. En général, il y a bien des choses à dire et à faire encore sur les établissemens thermaux, surtout en France. Les progrès existent sous bien des rapports, mais ces progrès sont toujours lents et quelquefois contestables. Avouons-le franchement : les travaux se multiplient, les livres s'amoncèlent, les rapports s'accumulent, et néanmoins on n'a rien de précis, de complet sur la plupart des eaux minérales. Il faudrait pourtant savoir à quoi s'en tenir sur bien des points importans; d'abord si elles sont susceptibles d'une classification, et quelle serait la meilleure; relativement à leurs effets, connaître ce qui est fondé sur des faits irrécusables, et ce qui n'est que le vain bruit de la renommée, autrement ce que l'expérience avoue et ce qu'elle rejette positivement; faire la part de l'influence des *eaux*, *des airs et des lieux*, et celle de l'action purement médicamenteuse de l'eau minérale; ce qu'on doit espérer de leur imitation plus ou moins perfectionnée; ce que les analyses les plus exactes et les mieux faites, laissent encore à désirer; ce qu'on peut attendre des résultats moraux de leur emploi; enfin ce qu'elles jettent de richesse et d'aisance dans les pays où elles se trouvent. Il y a sur cet objet une série de problèmes d'un grand intérêt pour la science, l'humanité et la civilisation.

R.-P.

— Le concours pour l'aggrégation en chirurgie à la Faculté de Paris a été terminé le lundi 31 août. MM. Sédillot, Lenoir, Larrey et Malgaigne ont été nommés agrégés.

périeur était émoussé par les frottemens du fragment inférieur, qui était fortement porté de ce côté par suite de sa rotation, et, lorsque je présentai cette pièce à la société anatomique, un membre aussi distingué par ses connaissances que par son aménité, mais qui dans un travail rendu public avait adopté l'opinion de Dupuytren, attacha une grande importance à l'inclinaison de cette petite surface en avant; mais elle ne formait pas le quart de la surface totale, et une preuve qu'elle était le résultat des frottemens, c'est que la surface du fragment inférieur était pareillement usée en avant, et tandis que tout le reste s'adaptait parfaitement, cette petite partie seule ne pouvait le faire : l'usure du bord antérieur des deux surfaces de la fracture formait un angle ouvert en devant. Cette remarque est tellement facile à faire, que je l'avais notée à une époque où je n'avais aucune idée particulière sur ce sujet; maintenant je suis encore à même d'en vérifier et d'en faire vérifier l'exactitude, puisque je conserve la pièce.

Des muscles rotateurs en dedans, le tenseur du fascia lata était le seul qui s'insérât sur le fragment inférieur, tandis que le grand fessier, le pectiné, les trois adducteurs qui y prenaient attache avaient tous pour action de le tourner en dehors.

Un épanchement considérable de sang noir et grumeleux environnait les fragmens.

Obs. IV. — Voisin, âgé de 63 ans, carrier, eut, sept ans avant sa mort, une attaque d'apoplexie qui lui paralysa complétement le côté gauche. Depuis ce temps il resta toujours couché. Quatre ans après il fut pris subitement de douleurs violentes dans la hanche droite, et c'est pour cela qu'il entra à l'infirmerie, dans le service de M. Prus.

Là on trouva le membre abdominal droit raccourci, le grand trochanter remonté, le pied et le genou tournés en dedans; et comme le malade ne se souvenait pas d'être tombé sur la hanche, que son état général était fortement détérioré et qu'il avait des signes certains de scorbut, on crut à une luxation spontanée, erreur qui fut partagée par un grand nombre de personnes qui virent et soignèrent ce malade pendant son long séjour à l'infirmerie. En conséquence on administra des anti scorbutiques à l'intérieur et des cautères furent appliqués sur la hanche douloureuse. L'état général s'améliora, mais le membre abdominal droit resta dans le même état, toujours sensible aux moindres mouvemens.

Vers la fin du mois de mars 1835, des escarres survinrent sur les parties comprimées, et la mort eut lieu le 28 avril suivant. Trois ans après son apoplexie les membres paralysés s'étaient rétractés, et à sa mort le talon gauche était au-dessus du genou droit.

A l'ouverture on trouva en dehors du corps strié et de la couche optique du côté droit un kyste fibreux, dont les parois étaient rapprochées d'un côté à l'autre. Il y avait induration rouge de la substance environnante.

La hanche droite, au lieu d'une luxation, nous offrit une fracture du col du fémur. La tête contenue dans la cavité cotyloïde était réduit à une coque cartilagineuse remplie par une substance presque pourrie. Tout le col avait disparu. Le grand trochanter était lui-même fracturé transversalement vers sa base, mais cette fracture était certainement postérieure à la mort, car : 1° elle avait une couleur rose qui contrastait avec la couleur noire de l'autre fracture; 2° les deux surfaces étaient hérissées de petites aspérités qui s'engrenaient parfaitement, ce qui ne se serait pas présenté si cette fracture eût été tant soit peu ancienne.

Le grand trochanter et le corps étaient en contact, et ils étaient eux-mêmes rapprochés de la tête. Une lame fibreuse, épaisse d'une ligne, séparait postérieurement les surfaces de l'ancienne fracture. Tout autour de ces parties il y avait un amas de sanie fétide et noire. Aucune trace de tendance à la consolidation.

Ces malades ne sont pas morts peu de temps après l'accident que leur survint; cependant cette circonstance n'affaiblit nullement à mes yeux la valeur de leur observation, 1° parce qu'aussitôt après leur accident ils furent observés par des hommes instruits qui constatèrent alors ce que j'ai vu plus tard; 2° parce qu'en admettant même que dans ces deux cas la rotation eût eu lieu consécutivement par suite de mouvemens inconsidérés imprimés au membre, ce serait une preuve de plus en faveur de l'opinion que je vais donner sur les causes de cette rotation. Mais avant de le faire, examinons celles qui ont été successivement émises.

A. Syme a pensé que ce fait pouvait tenir à ce qu'il y avait fracture du grand trochanter, et que la fracture était telle que les muscles pyramidal et jumeaux, etc., s'insérant sur le fragment supérieur, le moyen fessier restait adhérent à l'inférieur (*Edinburgh medical and surgical journal*, april, 1826). Ce concours de circonstances est assez dénué de possibilité, pour que, *à priori*, on soit presque en droit de rejeter cette opinion. Mais, même en l'admettant, se rendrait-on bien compte du phénomène? Si les fibres antérieures du moyen fessier sont rotatrices en dedans, les postérieures n'ont-elles pas un effet tout opposé? N'en est-il pas de même du grand fessier, du psoas iliaque, des adducteurs (1)? Ne contrebalanceront-ils pas surabondamment la portion musculaire dont on invoque l'influence? D'ailleurs je pourrais me contenter d'une seule remarque, c'est que cette disposition n'existant pas sur les pièces que je possède, cette cause ne pourrait être regardée comme générale.

B. Ekl a attribué cette rotation à ce que le col du fémur s'implantait obliquement dans le fragment inférieur (*Ergebnisse in dem Klinikum zu Landshut*, 1826). Ici encore la même remarque, c'est que mes observations ne viennent pas à l'appui de cette opinion. La seule conclusion qu'on pourrait tirer de ce fait qui peut s'être présenté sur le cadavre, c'est que la cause fracturante aurait agi de manière à imprimer au fémur un mouvement de rotation en dedans; l'enclavement ne pourrait être regardé que comme l'ayant maintenu dans cette position.

C. Une opinion qui obtient plus de faveur, est celle de Dupuytren. Il pense que la rotation qui nous occupe a lieu dans les cas où la fracture s'est faite au col de dehors en dedans et d'arrière en avant, de telle sorte que la pointe du fragment crural est en avant, et la pointe du fragment cotyloïdien en arrière (1). Cette théorie séduit au premier abord; mais si, malgré l'autorité de son illustre auteur, on la soumet à l'analyse, on verra, je crois, que, comme celles qui précèdent, elle n'explique rien. En admettant qu'elle démontrée que dans des cas pareils il n'y a pas d'obstacle à ce que le pied puisse se tourner en dedans, explique-t-elle pourquoi il se porte dans ce sens, quel est le principe du mouvement? je ne le pense pas. Bien plus, je ne crois pas que cette disposition des fragmens rende cette rotation plus facile, car, que le pied se porte en dedans ou en dehors, il faut toujours que le fragment crural forme avec l'autre un angle ouvert en dehors dans le premier cas, en dedans dans le second. Un effort à peu près égal sera nécessaire dans les deux cas. On m'objectera qu'il pourrait se faire que, près de la tête du fémur, les deux fragments soient maintenus en contact par le ligament orbiculaire qui ne permettrait pas d'écartement dans cet endroit. Je ne nie pas la possibilité de ce fait, mais il restera toujours à expliquer pourquoi le corps du fémur se porte en avant. On n'invoquera pas l'action musculaire, car au contraire c'est un grand trochanter que s'insèrent les plus puissans des muscles rotateurs en dehors. Les muscles auraient bien plutôt pour effet de tirer ce fragment en arrière, de l'appliquer contre le fragment cotyloïdien, et de prévenir ainsi toute espèce de déplacement. Si A. Cooper a observé la particularité signalée par Dupuytren sur le cadavre d'un sujet dont la pointe du pied était tournée en dedans, je suis persuadé que dans une foule d'autres cas, avec les mêmes conditions anatomiques, on aura ou bien une absence de déplacement, ou bien, et plus souvent encore, une rotation tout-à-fait contraire. Au reste, faisons une dernière remarque. On suppose, dans cette théorie, que les surfaces fracturées restent en contact : or, c'est ce qui n'a presque jamais lieu, car, dans la majorité des cas où cette rotation fut observée, le membre était raccourci et le fragment crural remonté. Qu'on relise, pour s'en convaincre, les observations de Paré et de J.-L. Petit. Il faut donc chercher une autre explication. Si je ne puis me flatter de l'avoir trouvée, du moins celle que je vais donner se concilie très-bien avec les deux observations exposées ci-dessus.

J'ai déjà donné à entendre que la grande prépondérance des muscles rotateurs en dehors sur leurs antagonistes était le plus grand obstacle à ce que la rotation pût se faire en dedans. Il est évident d'après cela que le moyen le plus efficace, je ne dirai pas de produire, mais de favoriser cette rotation, serait de détruire ou de diminuer l'action de ces muscles. Or, ceux qui agissent sur l'extrémité supérieure du fémur, c'est-à-dire les plus puissans, peuvent perdre leur influence de plusieurs manières : 1° quand la fracture a lieu au-dessous de leurs insertions; 2° quand le grand trochanter est rapproché de l'os iliaque, soit parce que le col a été écrasé, broyé, enfoncé dans le corps du fémur, soit parce que le fragment inférieur a glissé sur l'autre et s'est porté en avant ou en arrière. Dans ces derniers cas, les muscles en question sont d'autant plus relâchés que le rapprochement est plus grand entre le grand trochanter et l'os des îles. Quant au psoas iliaque, son action pourra devenir nulle, ou bien parce que ce muscle restera adhérent au fragment supérieur, ou bien parce qu'il sera séparé de tous deux par suite de la rupture du petit trochanter.

(1) Je ne parle ici que des cas où le corps du fémur est indépendant de sa tête, car quand cet os n'est pas fracturé, je doute que les psoas iliaque et adducteurs tournent le membre en dehors comme on le suppose généralement. En effet, le fémur n'exécute pas des mouvemens de rotation sur son axe, mais seulement des arcs de cercle dont la tête est le centre. Ce n'est donc que quand le grand trochanter se porte en avant que la pointe du pied se tourne en dedans et elle ne se tourne pas en dehors sans que le corps de l'os ne se porte en arrière. Or, une action évidente des muscles en question, si on en excepte les faisceaux qui s'insèrent en haut près de la tubérosité ischiatique, est de porter le fémur en avant; voilà donc un mouvement en opposition avec l'autre dont on les gratifie.

(1) C'est d'après M. Sanson (*Dict.* 15 vol. t. 8) que j'attribue cette opinion à Dupuytren. M. Chassaignac (thèse) la donne comme étant d'A. Cooper. M. Marx (*Journ. hebd.* 1832, t. 6, p. 264) l'attribue aussi à Dupuytren; mais il me semble avoir donné une obliquité contraire à celle que j'ai décrite comme produisant la rotation en dedans. Il y a là erreur évidente, et cette erreur a été copiée par les rédacteurs des *Leçons orales*, t. 2, p. 109.

Maintenant, en admettant la possibilité de quelques-unes de ces circonstances, ne serait-il pas facile de concevoir entre deux ordres de muscles si inégaux en force un état voisin de l'équilibre, un état dans lequel le pied porté en dedans ou en dehors par une cause quelconque gardera presque indifféremment l'une ou l'autre position ? Je dis plus: aucune de ces circonstances ne me paraît indispensable, surtout chez les sujets faibles et débiles, chez ceux dont le système musculaire est affaibli par des maladies ou par les années; car on n'a pas assez fait attention à ce fait, qu'il suffit de porter la pointe du pied en dedans pour transférer de ce côté le centre de gravité, qui dans l'état ordinaire se trouve en dehors de l'axe du membre. C'est une expérience bien facile à faire quand on est horizontalement couché sur le dos; on sent alors que si on veut porter en dehors la pointe du pied mise primitivement en dedans, il faut un effort de la volonté pour que la totalité du membre décrive autour du talon l'arc de cercle nécessaire à cette transposition. La difficulté sera encore plus grande si la jambe est tant soit peu fléchie sur la cuisse. Or, s'il en est ainsi dans l'état sain, qu'est-ce donc quand le fémur est brisé, surtout quand les rotateurs supérieurs n'agissent plus sur lui ? D'ailleurs, une fois le malade relevé après sa chute et couché, les couvertures pèsent ordinairement sur ses pieds jusqu'à l'arrivée du chirurgien, et si le pied du côté malade est tourné en dedans, n'est-il pas clair que pendant tout ce temps il ne pourra se reporter en dehors? En preuve que la rotation en dedans ne dépend ni de la disposition des fragmens ni de l'insertion des muscles (1), je pourrais citer ce passage de l'observation de J.-L. Petit: « Ayant pris le pied, j'en tournai la pointe en dehors *sans résistance.* » Je pourrais encore m'appuyer sur l'autorité de Chelius, qui dit, dans son Traité de chirurgie, § 617, que souvent dans ces cas le membre se tourne en dehors quand on lui fait quitter sa rotation en dedans pour le ramener à sa direction normale. Sur le malade qui fait le sujet de la première observation de cette deuxième partie, je n'ai pas pu le faire; mais outre que les tentatives ont été extrêmement faibles à cause des douleurs qu'éprouvait ce malade, je ferai remarquer que le genou était fléchi, les muscles de la partie interne de la cuisse contractés, le sommet du fragment inférieur dirigé en dehors, de sorte que le moindre mouvement avait pour effet de pousser ce fragment plus en dehors et de l'enfoncer dans les chairs. D'ailleurs c'était au bout d'un temps assez long, et alors les parties ont contracté de nouveaux rapports, le tissu cellulaire qui les unit s'est enflammé, induré bien loin autour du foyer purulo-sanguin qui avoisine la fracture, et de l'altération de ce tissu résultent de la difficulté dans les mouvemens, et une douleur excessive.

Quelles sont donc les causes capables de donner au fémur la position dont il s'agit? voici celles que je suppose : 1° Il peut arriver, que tout en tombant sur la hanche, le malade tombe plus en arrière qu'en avant, et que le grand trochanter soit poussé dans ce dernier sens. C'est probablement à cette cause qu'il faut rapporter l'obliquité signalée par Dupuytren et A. Cooper, et le cas de rotation en dedans observé par ce dernier. Alors il pourrait arriver que des parties molles fussent poussées par le choc dans l'angle ouvert en dehors et en arrière formé par les deux fragmens, et empêchassent l'inférieur de pouvoir être reporté facilement en dehors. La fracture de Voisin donne un certain degré de probabilité à cette supposition. On se souvient qu'une lame fibreuse séparait la partie postérieure des deux surfaces. 2° Après la chute, les douleurs provoquées par les moindres mouvemens, feront que le plus souvent le malade ne cherchera pas même à se relever; mais si, dans l'intention de s'aider de ses mains, il se porte en avant en roulant sur le côté blessé, la pointe du pied pourra se tourner en dedans en même temps que le grand trochanter se portera en avant. Dans ce cas l'obliquité indiquée par Dupuytren favoriserait plus cette rotation qu'une obliquité contraire, mais la favoriserait moins, selon moi, qu'une absence totale d'obliquité. 3° Enfin la dernière cause et celle qui, je crois, agit le plus souvent, ce sont les mouvemens qu'on imprime au membre, la position qu'on lui donne en mettant le malade sur le lit; car, que le pied soit tourné en dedans ou en dehors, on a vu plus haut pourquoi il gardera presque indifféremment l'une au l'autre de ces positions.

Mais, me dira-t-on, comment se fait-il que la dernière position soit incomparablement plus fréquente que la première? Je ne reviendrai pas sur l'action des muscles grand fessier jumeaux, obturateurs, etc., toutes les fois qu'ils peuvent agir sur le fragment crural; mais voici une considération qui ne me semble pas à dédaigner. Celui qui relève le blessé lui passe ordinairement un bras derrière le dos et l'autre sous les jarrets; les jambes de celui-ci se trouvent rapprochées lorsqu'on le couche. Alors, outre que la jambe saine empêche l'autre de s'incliner de son côté, l'on sait que si, de la cavité cotyloïde, on mène une ligne idéale qui gagne directement le talon sur lequel le membre est appuyé quand la pointe du pied se dirige en haut, on trouve que la plus grande partie de l'épaisseur de ce membre, que son centre de gravité, en un mot, se trouve en dehors de cette ligne, et c'est cet excédant de poids qui contribue encore d'une manière très-puissante à l'entraîner de ce côté.

En résumé, telle est mon opinion: ce n'est point une disposition anatomique soit normale, soit pathologique, qui porte la pointe du pied en dedans dans les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, où cette rotation se présente, et je me fonde sur ce que

1° Les muscles rotateurs en dehors de la cuisse l'emportent beaucoup en force sur leurs antagonistes, et une facture où ces derniers agiraient seuls sur le fragment inférieur, est presque impossible.

2° Les divers auteurs ont adopté des opinions différentes, suivant la différence des fractures qui se sont présentées à eux accompagnées de cette rotation.

3° Il n'est pas d'opinion émise jusqu'à présent qui n'ait été contredite par des faits différens ou même contraires; car on a observé cette rotation avec des fractures intra et extra-articulaires, avec des fractures du col et des fractures au-dessous du grand trochanter, comme on en a vu un exemple plus haut.

Le relâchement des fessiers, des obturateurs jumeaux, etc., et certaines dispositions des fragmens, ne font que rendre plus facile la production de cet effet; ainsi la cause ne peut être trouvée que dans les circonstances extérieures que j'ai signalées.

(1) Depuis que ce mémoire est achevé, j'ai appris que le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE avait déjà signalé le peu d'influence qu'ont les dispositions anatomiques sur la rotation en dedans, qu'il attribue au plan sur lequel le membre est étendu. Mais outre que cette opinion n'a pas reçu les developpemens nécessaires et qu'elle n'est pas assez connue puisque je ne l'ai trouvée dans aucun des traites *ex-professo* même les plus récens; j'ai cru que la mienne en différait assez sous le rapport des causes auxquelles j'attribue cette rotation pour pourvoir être livrée à la publicité.

ACCOUCHEMENS.

OBSERVATION RELATIVE A UN ACCOUCHEMENT AVEC DÉCHIRURE D'UNE PORTION DE L'UTÉRUS, DU COL ET DU VAGIN; par M. le docteur BLEYNIE, de Limoges; suivie d'une note sur les ruptures de l'utérus; communiquée par M. J.-B. PIGNÉ, interne des hôpitaux.

OBS. — La femme N..., âgée de 34 ans, demeurant à demi-lieue de la ville, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une santé habituellement bonne, ayant déjà eu deux grossesses heureuses, la dernière il y a trois ans, enceinte de neuf mois et s'étant mal portée dans cette grossesse, éprouvait depuis huit jours un malaise général et des coliques qui, étant devenues plus fortes le 11 avril dernier, la firent appeler la sage-femme. Celle-ci arriva à sept heures du soir, et trouva la malade en proie à d'assez fortes coliques s'irradiant de l'ombilic vers les lombes; le col offrait un commencement de dilatation. Deux heures après, coliques plus fortes, rupture des membranes, légère hémorrhagie. Cet écoulement de sang alarma la sage-femme; mais dans la crainte d'envoyer inutilement à la ville pour chercher un accoucheur, le sang ne coulant pas du reste en trop grande abondance, elle se décida à attendre le jour. Cependant les douleurs persistaient, lorsque vers une heure après minuit les fortes coliques cessèrent pour ne plus reparaître et céder la place à une douleur sourde répandue dans tout l'abdomen, douleur qui étouffait la malade (ce sont ses expressions), et ne lui permettait pas le moindre mouvement sans lui faire pousser les hauts cris. Cet état persista jusqu'à six heures du matin, époque de mon arrivée, et où je recueillis de la bouche de la sage-femme et de la malade elle-même, les renseignemens qu'on vient de lire.

La femme était couchée sur le dos; elle me dit qu'elle souffrait de tout le ventre et qu'elle étouffait. L'abdomen était très-douloureux au toucher; la masse intestinale, ainsi que ce que je crus être l'utérus contenant le fœtus, étaient déjetés et pendaient du côté droit. Dans cette position, il ne me fut pas possible d'arriver par le toucher jusqu'à l'orifice du col; une légère quantité de sang s'écoulait par le vagin. Voulant bien m'assurer de l'état des choses, je fis descendre la malade du lit, la plaçai sur un fauteuil et pratiquai le toucher avec facilité.

Le doigt indicateur de ma main gauche porté dans le vagin rencontra l'orifice du col de l'utérus à gauche de l'angle sacro-vertébral, à la hauteur du détroit supérieur. L'ouverture pouvait avoir un pouce de diamètre au plus. A l'orifice, se présentait un corps convexe, mou, granuleux, facile à repousser en haut; c'était le placenta. Lorsque je le soulevais, il s'écoulait un peu plus de sang. Après cet examen, la malade, qui se plaignait d'une grande fatigue, fut mise au lit, et j'attendis quelques instans, dans l'espoir de voir survenir quelques contractions; il n'en vint pas. Le sang ne cessait de couler, mais en petite quantité; il me sembla que le ventre augmentait de volume. Aussitôt, dans la crainte d'une hémorrhagie interne, je me décidai à terminer l'accouchement.

La femme fut placée en travers du lit, et je me mis à l'œuvre. Arrivé à l'orifice du col, je fus surpris de la facilité avec laquelle ma main, après avoir repoussé à droite le placenta qui se présentait le premier et qui était décollé, s'introduisit dans l'utérus. Ne trouvant pas le fœtus immédiatement après, j'allai

plus avant, et rencontrai la tête dans la fosse iliaque gauche. Pour arriver aux pieds, je commençai à parcourir la région antérieure du fœtus; mais à mesure que ma main avançait, la tête fuyait en haut et à gauche, et à peine étais-je arrivé au front, que je sentis une espèce de demi-cercle mince qui embrassait transversalement la figure du fœtus, laquelle regardant à droite, c'est-à-dire vers la cavité de l'utérus en cet endroit; pour m'expliquer plus clairement, c'était les bords d'une déchirure qui comprenait en même temps le col, une portion du corps dur de l'utérus et la portion du vagin insérée en cet endroit du col; en effet, après avoir dépassé ce demi-cercle, ma main se trouva dans la cavité abdominale en contact avec les viscères intestinaux au milieu desquels flottait le fœtus. Etonné avec raison de cette fâcheuse découverte, je retirai mon bras, dont la sortie fut suivie de quelques caillots et d'un flot de sang, et j'envoyai chercher mon confrère, le docteur Voisin. Mais sans attendre son arrivée, tant les instans me paraissaient précieux, je me mis de nouveau à la manœuvre, et j'amenai le placenta, qui décollé était devenu inutile à l'enfant, et aurait pu me gêner. A peine fut-il extrait de la matrice où il était resté, que cet organe se contracta. L'ouverture formée par la déchirure ne se ferma point, et il me fut facile de passer directement de la cavité du vagin dans celle de l'abdomen, et d'aller à la recherche des pieds, que je trouvai dans l'hypocondre droit; pour y arriver, ma main passa par-dessus la matrice, qu'elle trouva contractée, dure, plus grosse que le poing. Sa surface péritonéale était couverte d'un très grand nombre de granulations, dont les plus fortes étaient du volume d'une lentille. La version fut assez facile; j'amenai le fœtus par un pied, l'autre m'ayant échappé. L'extraction jusqu'à la tête ne fut pas difficile. Cette dernière partie offrit plus de difficultés qu'on n'en rencontre ordinairement; je les attribuai au défaut de contractions, ou du moins à leur inutilité; car toute la manœuvre se passant en dehors de la matrice, celle-ci ne pouvait s'appliquer sur la tête du fœtus. Un spina ventosa que portait l'enfant à la hauteur des premières lombaires me fit soupçonner une seconde cause de difficultés; j'avais probablement affaire à un fœtus hydrocéphale, et dans cette supposition le volume de la tête, qui était un obstacle à son passage, ne devait bientôt plus en être un par suite de l'allongement que des tractions continues et méthodiques feraient subir au crâne. C'est ce qui arriva: la tête franchit; un flot de sang la suivit. J'avais extrait un fœtus à terme, mort, du sexe féminin, hydrocéphale à un très-haut degré; la tête avait 17 pouces de circonférence horizontale; les hémisphères cérébraux étaient réduits à l'épaisseur d'un demi-pouce; les ventricules, extrêmement dilatés, contenaient un liquide séreux à peu près incolore. L'enfant portait en outre, comme nous l'avons dit, un spina ventosa de la grosseur d'un œuf de pigeon.

La femme fut mise sur son lit, la tête et les épaules élevées, afin de faciliter l'écoulement du sang qui pouvait se trouver épanché dans l'abdomen; il en sortit peu, et son écoulement n'étant pas plus considérable qu'après un accouchement ordinaire, je me retirai à dix heures du matin, quatre heures après mon arrivée. A une heure, je revins. Tout son mal, disait la malade, était dans son ventre; elle croyait l'avoir *pourri*. A six heures, les douleurs se trouvant les mêmes, je prescrivis 40 sangsues sur l'abdomen; 15 seulement furent appliquées. Le lendemain, la malade avait eu une assez bonne nuit, mais sans sommeil; la toux qui lui était survenue lui causait beaucoup de douleurs dans les hypocondres; le ventre était douloureux et météorisé; les lochies coulaient bien. Vingt sangsues sur le ventre furent prescrites, et 12 seulement appliquées. Malgré ce petit nombre, la péritonite ne fut pas très-intense; elle se termina par un léger épanchement qui n'était plus sensible le dixième jour après l'accouchement; il y avait toujours un peu de *fièvre*. Le douzième jour, le docteur Voisin et moi constatâmes l'existence d'une profonde déchirure au col de l'utérus, du côté gauche, déchirure qui comprenait le col dans toute sa longueur. Les lochies avaient une odeur de pus bien prononcée.

Cependant la malade se plaignait toujours d'une grande gêne dans le ventre, qui augmentait surtout par la marche. Je palpai avec soin les parois abdominales et je trouvai, à la hauteur de l'ombilic, une tumeur dure, douloureuse au toucher, de la grosseur d'un œuf d'oie, mobile, et qui semblait contenue dans les replis du péritoine; elle était bien distincte de la matrice, dont le ballottement ne se communiquait pas à elle. Du reste, cette tumeur se dissipa peu à peu, et aujourd'hui la malade est parfaitement guérie. La déchirure du col est toujours manifeste, mais bien cicatrisée. Il ne m'a pas été permis d'appliquer le spéculum pour bien constater l'état de la cicatrice.

Il est naturel de vouloir connaître la cause de la déchirure dont on vient de lire l'observation; c'est aussi ce que je cherchai à faire dès que j'eus constaté ce grave accident. La sage-femme me dit n'avoir fait d'autre manœuvre que le simple toucher. Les renseignemens que je recueillis auprès des personnes qui n'avaient pas quitté la malade, et auprès de cette dernière, ne purent me fournir aucun éclaircissement sur ce point. De plus, en réfléchissant sur les détails précis qui me furent donnés par la sage-femme et par la malade elle-même, détails d'où résulte qu'après de fortes coliques arrivées à une heure du matin, en l'absence de toute manœuvre de la sage-femme, la malade cessa d'éprouver les douleurs de l'enfantement, et fut en proie à une douleur lourde répandue dans tout le ventre, et accompagnée de grands étouffemens, signes du passage de l'enfant dans l'abdomen. En songeant à l'état de la maladie qui avait duré pendant toute la grossesse, circonstance qui devait rendre le tissu de la matrice moins résistant; en considérant que l'utérus contenait un fœtus hydrocéphale, autre circonstance qu'on a observé coïncider avec le ramollissement de l'utérus, je suis porté à croire que la déchirure a été spontanée, c'est-à-dire occasionée par les efforts seuls de l'accouchement, et j'entends par là l'action combinée des contractions et de la pression de la tête sur l'orifice du col.

Le mécanisme de la déchirure et le passage de l'enfant dans l'abdomen n'ont pas besoin d'explication. L'extraction s'explique aussi naturellement; le col étant déchiré dans toute son étendue, et la division comprenant une portion du vagin, la déchirure ne pouvait pas se refermer par suite de la contraction de l'utérus, comme il arrive lorsque la rupture est toute comprise dans le corps de cet organe. L'hémorrhagie n'a pas été considérable, bien que le placenta fût décollé; il devait en être ainsi, puisque la matrice vide du fœtus avait pu se contracter suffisamment. La cicatrisation a été prompte; on sait qu'il en est ainsi des plaies abritées de l'air. Dans un bon nombre d'accouchemens le col se déchire et se cicatrise promptement. Quant à la tumeur observée dans l'abdomen, était-ce un épanchement séreux enkysté? était-ce un caillot de sang?

Les indications pratiques résultant de cette observation sont assez saillantes pour me dispenser de les faire ressortir.

A. Bleynie, D.-M. P.

Limoges, le 5 juillet 1835.

NOTE COMMUNIQUÉE PAR M. PIGNÉ, externe des hôpitaux.

Vous m'avez demandé une note sur les ruptures de l'utérus, pour faire suite à l'observation intéressante que M. Bleynie vous a envoyée. Il me serait impossible de vous en adresser une plus complète que l'article inséré par *Meissner* à la page 277 de la première partie de son ouvrage intitulé: *Progrès et conquêtes de l'art obstétrical dans la première période du 19e siècle.* La première moitié renferme les cas suivis de mort; la seconde, qui contient les cas avec guérison, prouve combien la nature est forte, et quel espoir consolateur elle peut encore donner au praticien dans des circonstances aussi graves.

J.-B. Pigné,
Interne des hôpitaux.

On doit peut-être chercher la cause du petit nombre de faits consignés sur la rupture de l'utérus, dans le peu d'ouvertures que l'on faisait autrefois; car cet accident arrive bien plus fréquemment qu'on ne le pense généralement. M. Keever (1) prétend qu'on le rencontre plus souvent chez les femmes du peuple, que dans celles d'un rang plus élevé; que même il est assez rare chez ces dernières. Sur 8,600 qui ont été faits dans l'espace de trois ans à l'hôpital de Dublin, il y a eu 20 cas de rupture, ce qui fait 1 sur 430.

Ch. Frizel (2) avait, six ans auparavant, donné d'autres proportions. Ainsi, sur 2484 accouchemens, il a rencontré 4 ruptures, ce qui fait 1 sur 621.

M'K. croit que le sexe de l'enfant a une grande influence sur ces ruptures, car sur 20 exemples il n'a trouvé que 5 filles et 15 garçons. Clarke croit que cela peut tenir à ce que la tête des garçons a des diamètres plus grands.

Les déchirures de l'utérus surviennent toujours subitement dans des accouchemens tantôt faciles, tantôt difficiles. Au moment d'une crise la malade éprouve tout à coup, dans un point fixe de l'abdomen, une douleur excessivement vive, tout-à-fait différente de celles de l'accouchement; les contractions de la matrice cessent ou deviennent irrégulières; il survient une faiblesse générale, une syncope, un saignement abondant par le col de l'utérus, des vomissemens et une respiration pénible (Ramsbotham) (3). A ces symptômes M'Keever ajoute une anxiété très-grande, des contractions de la face, des gémissemens, des élancemens dans la région précordiale, de la douleur dans l'abdomen, plus forte à la moindre pression. La sensation distincte d'une partie du fœtus, que l'on peut reconnaître à travers les parois de l'abdomen. L'utérus déchiré peut encore, dans quelques cas, avoir assez de force pour expulser l'enfant. Il n'existe pas, dans tous les cas, un changement notable dans la forme de l'abdomen.

Friedler (4) ajoute encore un certain bruit que l'on perçoit au moment de la déchirure, et un sentiment particulier des mouvemens de l'enfant tout-a-fait différent de celui que l'on percevait avant la déchirure. En général il n'y aura aucun doute sur la nature du mal, lorsqu'avec les symptômes ci-dessus indiqués on ne sent plus la partie de l'enfant que l'on avait sentie à l'ouverture du col de l'utérus (Burns) (5).

(1) Th. M'Keever, Practical remarks on lacerations of the uterus and vagina with cases. London, 1824.

(2) Transactions of the association of fellows and licenciates of the king's college, vol. II, 1818.

(3) Practical observ. in Midwifery with a sellection of cases, part. 1. London, 1821.

(4) Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde, vol. II, cah. 2.

(5) Grundsaetze der Geburtshülfe. Stettin, 1820, p. 535.

Le pouls est, comme dans les syncopes, petit et faible, devient de plus en plus accéléré; les extrémités sont froides, les forces s'affaissent, et la mort survient ordinairement. La tête est-elle enclavée dans le bassin; il est plus difficile de reconnaître une rupture de l'utérus; il en est de même des cas où la partie inférieure du corps de l'enfant est seule passée dans la cavité abdominale (Naaldenberg) (1).

Les causes de la rupture de l'utérus sont très-variables; on doit compter parmi elles une action mécanique externe ou interne; un coup, une chute, une pression accidentelle, des tentatives de version, le refoulement d'un fœtus en partie sorti, l'application du forceps, etc.; des obstacles mécaniques apportés à l'accouchement: une saillie démesurée de la ligne iléo-pectinée, des exostoses, des tumeurs stéatomateuses, des indurations squirrheuses, des ulcérations (P.-W. Dewees) (2). Burns (3) pense que la contraction subite et spasmodique d'une des couches musculeuses de l'utérus peut avoir quelque influence sur sa production ainsi que la vu une fois Guibert (4); Thulstrup (5) ajoute à ces causes l'inflammation et la gangrène de la matrice; Naaldenberg croit encore avec raison qu'une grossesse volumineuse et le peu d'épaisseur des parois de l'organe sont encore des causes prédisposantes (6); Stein (7) l'a rencontré aussi dans une dégénérescence sarcomateuse de l'utérus.

Toutes les parties de l'utérus peuvent devenir le siége d'une rupture; le plus souvent cependant on la rencontre au col de cet organe et presque toujours la solution de continuité affecte une direction oblique (8). Stein (9) pense que le côté gauche du col en est beaucoup plus souvent affecté que le droit, pourvu toutefois qu'elle ne soit due ni à une ulcération, ni à une autre affection organique.

La déchirure de l'utérus peut survenir à toutes les périodes de la grossesse. Ainsi P. dell' Ara (10) en cite un cas au troisième mois de la gestation; Malacarne (11) en cite un autre au quatrième mois; dans tous ces cas il doit y avoir une altération organique de l'utérus. Th. Flatt (12) a eu occasion d'observer un cas dans lequel une femme au sixième mois de la gestation se réveilla le matin par une vive douleur qui suivit une rupture de l'utérus; elle mourut dans la journée bien que ni la veille ni les jours précédens elle n'eût été incommodée. Saxtorph (13) a observé un cas de rupture à la même époque de la gestation; elle avait été déterminée par l'effort que fit la femme pour soulever un fardeau; la malade vécut encore six semaines. Moulin (14) cite un cas où la rupture survint au milieu d'une danse. Shillito (15) rapporte un cas de rupture spontanée chez une femme enceinte depuis sept mois, et qui déjà avait en onze enfans. Le col de la matrice était induré et son ouverture fermée; la malade mourut le vingt-cinquième jour après la rupture; et le douzième après l'extraction d'un fœtus en état de putréfaction. On a encore rencontré cette rupture à la suite d'efforts pour lever un fordeau, Collineau (16), à la suite d'une émotion vive, Duparque (17). Buchheim (18) a observé aussi un cas de rupture dans une grossesse plus avancée; la femme mourut et l'ouverture ne fut pas faite.

La rupture de l'utérus arrive beaucoup plus souvent au moment de l'accouchement. D'Ontrepont (19) en a vu un cas à la suite d'une affection cancéreuse de la matrice, le segment inférieur de la matrice et le vagin étaient couverts d'un grand nombre d'excroissances carcinomateuses. Schaw (20) rapporte le cas d'une femme qui mourut pendant sa 2ᵉ couche à la suite d'une déchirure de la matrice. Cet organe se trouva coupé par la crête saillante de l'os des îles et le bras du fœtus passa dans l'abdomen par la déchirure. W. Church (1) donne encore un exemple d'un pareil accident dû à un amincissement notable des parois de l'utérus. Bengiovanni (2) vit une déchirure survenir par suite d'une pression exercée sur l'abdomen au moment des douleurs de l'accouchement. Nægele (3) a vu un cas dans lequel la mort survint, bien que l'accouchement se fît normalement et que l'enfant fût sorti par les voies naturelles. Costin (4) décrit deux cas analogues. Le cas rapporté par Fuchsius (5) est plus remarquable; l'utérus était squirrheux, la grossesse abdominale, le placenta adhérent à l'ovaire; vers la fin de la grossesse l'utérus se déchira d'une trompe de Fallope à l'autre; si l'opération césarienne eût été pratiquée à temps, l'enfant eût peut-être été sauvé. Seegert (6) a observé une rupture de l'utérus qui eut lieu à la suite de contractions de l'organe qui contenait un enfant hydrocéphale; la ponction de la tête avait été négligée. Parton (7) cite un cas de rupture dans lequel l'enfant eût pu être sauvé si l'opération césarienne avait été pratiquée. S. Phinney (8) a été témoin d'un fait dans lequel il y eut déchirure de l'utérus, accouchement par les voies naturelles, et mort de la mère trois jours après. P. Modie (9) rapporte un cas analogue: le col de l'utérus était déchiré à la partie antérieure. Thulstrup (10) trouva, chez une personne qui était morte pendant l'accouchement, l'utérus déchiré à son côté droit; la tête de l'enfant était encore dans la cavité utérine et son corps dans l'abdomen. Ch. Bleghorough (11), Clough (12), Coffin (13), ont décrit des cas semblables. Holmested (14) en a vu où l'accouchement se termina à la suite de la version; les viscères de l'abdomen passaient à travers la déchirure et la mère mourut le cinquième jour. Naaldenberg (15) a vu une déchirure survenir pendant que la tête était déjà descendue dans le petit bassin. Kottmann (16) ayant rencontré le même accident dans les mêmes circonstances pratiqua immédiatement l'opération césarienne sur la ligne blanche, mais l'enfant était déjà mort. Sander (17) a communiqué un cas où une rupture semi-lunaire avait son siége obliquement au-dessus du vagin; elle était la suite des tentatives de version pendant le travail. Joerg (18) a fait connaître un cas dans lequel la rupture s'était faite spontanément au moment de contractions très-légères. Burns (19) rapporte plusieurs cas semblables pris dans les ouvrages anciens et modernes, et pense que les femmes, très-irritables et qui sont souvent saisies de crampes, ou dont le bassin est rétréci ou enfin dont la ligne iléo-pectinée est très-saillante, ont une grande prédisposition à cet accident. M. Keever (20) a observé une femme chez laquelle l'utérus était largement déchiré en arrière de la symphyse du pubis; l'enfant et le placenta étaient passés dans l'abdomen; les viscères de cette cavité faisaient hernie dans la matrice, et la femme était très-bien portante trente heures après la déchirure; elle mourut quarante heures après. Dans quelques cas enfin on ne reconnaît la cause de la mort de la femme en couche qu'à l'autopsie (21).

Les déchirures de la matrice sont au dernier point dangereuses lorsqu'elles se font pendant le travail de l'accouchement; car les eaux, l'enfant, le placenta, le sang, tout passe dans la cavité abdominale. Cependant nous possédons un certain nombre de faits qui prouvent qu'alors même que le chirurgien doit avoir perdu tout espoir, la nature agit seule, guérit la malade, et révèle jusqu'à un certain point la marche qu'elle a suivie.

---

(1) Specimen obstetrico-medicum sistens observ. de uteri ruptura. Leeuwarden 1801.
(2) The Philadelphia journal of the medical sciences, vol. I, n° 1, novembre 1820.
(3) Ouvrage déjà cité, p. 533.
(4) Archives générales de médecine, nov. 1825.
(5) Magazine for naturvidenskaberne. Christiania, 1825, cah. 1.
(6) Voyez Burns, ouvrage cité, p. 535.
(7) Christ, Diss. de conceptione tubaria. Marbourg, 1812, p. 236.
(8) Burns, p. 532.
(9) Le même, pag. 231.
(10) Nuovi commentary di medicina e di chirurgia. Padua, tom. III, 1819.
(11) Hamburger Magazin der auslaendischen Litteratur, etc., vol. VII, cah. 3, 1824.
(12) The London medical repository, vol. VII, mai.
(13) Gesammte Schriften. Copenhag., 1802, p. 274.
(14) Archives générales de médecine. Paris, 1825, nov.
(15) Transactions of the associated apothicaries, etc. London, 1823, vol. I.
(16) Journal de méd., chirurg., pharm. Paris, 1824 fev.
(17) Même journal.
(18) Allgemeine medicinische Annalen des 19ten Jahrunderts, oct. 1823, page 1431.
(19) Abhandlung und Beitraege geburtshülflichen Inhalts, part. 1, Würtzb., 1822.
(20) On the nature and treatment of the distorsions, etc. London, 1823.

(1) The Philaldelphia journal of the med. sciences; nov. 1822.
(2) Notizen aus dem Gebiete der Natur-und Heilkunde, par Froriep, vol. VII, n° 9, 1824.
(3) Erfahrungen und Abhandlungen, etc. Mannheim, 1812.
(4) The London medical repository. London, vol IV.
(5) Siebold's, Journal für Geburtshülfe, etc. Francf., vol. II, cah. 2, page 261.
(6) Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde, vol. II, cah. 1.
(7) The London medical and physical journal, vol. XLVI, nov. 1821.
(8) The New-England, journal of medicine, etc. Boston, avril 1821.
(9) The Edinburgh med. and surgical journal, n° LXXX, juil. 1824.
(10) Magazin for naturvidenskaberne. Christiana, cah. 1, 1825.
(11) The London medical repository, vol. III, 1814.
(12) The London medical repository, vol. III, 1815.
(13) The London medical and physical journal, mai 1815.
(14) The London medical repository, sept. 1824. — Memorie di mathematica et di physica della societ. itali. Modena.
(15) Specimen obstetrico-medicum, etc.
(16) Siebold's Journal, etc., vol. III, cah. 2, p. 316.
(17) Sammlung auserlesener Abhandlungen, etc. Berlin, 1811.
(18) Schriften zur Befoerderung der Kenntniss des Weibes, part. II, page 106.
(19) Grundsaetze der Geburtshülfe, p. 532.
(20) Ouvrage cité plus haut.
(21) Rust's Magazin, vol. XVIII, cah. 2. — Archives générales de médecine tom. II, mai. — Oswald, Journal de Siebold, vol. V, cah. 1, p. 151.

Scott (1) a observé un cas dans lequel l'ouverture de la matrice n'était point encore dilatée lorsqu'il survint des douleurs si vives, que le col de l'utérus et la portion vaginale de cet organe en furent déchirés. L'accouchement se termina; l'abdomen se ballonna considérablement; trois semaines après la femme était parfaitement guérie; elle conserva seulement un léger prolapsus. Th. Haden (2) a publié un cas semblable suivi du même résultat. Fasola (3) décrit un cas dans lequel, pendant le travail de l'accouchement, il y a eu chute complète de l'utérus, déchirure de cet organe, sortie de l'enfant. On remit l'utérus en place, et la mère guérit très-bien. Capon et Coquin (4) firent l'opération césarienne trente heures après une rupture de l'utérus; la femme guérit. Une mulâtresse eut, pendant le travail, une rupture de l'utérus; l'abdomen s'affaissa, et la femme fut soulagée. Trois mois après elle commença à rendre des os de fœtus par le rectum. Rossi (5) père et fils firent une opération césarienne six heures après une rupture; ils retirèrent un enfant mort, et la mère guérit sans aucun accident. Un des faits les plus rares que possède la science, est certes celui que Brock (6) a fait connaître. Une femme en couche fait quelques mouvemens; il survient une déchirure de l'utérus; les douleurs cessent. Trois jours après Brock ne peut toucher la malade à cause des douleurs qu'elle éprouve. Au neuvième jour le placenta, en putréfaction, sort par le vagin; les pieds de l'enfant se présentent (avant la rupture la sage-femme avait senti la tête); on exerce quelques tractions; les pieds viennent et entraînent avec eux le bassin de l'enfant, le tout putréfié. Bientôt il se forme un abcès dans la région ombilicale; Brock l'ouvre, et il en sort la partie supérieure de l'enfant. La mère fut bientôt guérie. Ch. Frizel rapporte un cas dans lequel une femme, enceinte pour la septième fois, éprouva une rupture de l'utérus; une anse d'intestin passa dans la déchirure; il la refoula dans l'abdomen, et la guérison marcha si rapidement, que la malade avait repris ses travaux le seizième jour. R. Wood (7) vit un fœtus putréfié sortir par une déchirure de la portion vaginale de l'utérus. Quinze jours après la malade était encore dans un danger imminent; les matières fécales et des lambeaux du placenta sortaient et par le rectum et par le vagin; mais bientôt les forces de la malade se relevèrent, et elle guérit parfaitement. Lambron (8) pratiqua deux fois avec succès l'opération césarienne une fois dix-huit heures, et une autre deux heures après la déchirure de l'utérus. Stein (9) jeune communique un fait dans lequel le col de la matrice était induré et très-épais. Il chercha à faire des incisions pour faciliter la sortie de l'enfant et au moment où il introduisait le forceps il se fit une large déchirure de la paroi antérieure de l'utérus et la paroi postérieure de la vessie; la femme guérit. M'Keever (10) eut à faire à une déchirure considérable de la paroi antérieure de l'utérus, ayant introduit la main dans la cavité de l'organe, il sentit les intestins qui faisaient saillie par la déchirure, et cependant dix jours après la malade était guérie. Plusieurs autres praticiens ont aussi fait connaître des cas de rupture avec guérison; ils sont moins intéressans que ceux que nous avons cités. Wagner a vu un cas où l'atrophie de l'utérus suivit sa rupture.

Consultez encore :

Hufeland's Journal für Geburtshülfe, vol. XLV, 1817.

The London medical and physical journal, vol. XXXV, juin 1816.

Dans tous ces cas de succès, une prompte délivrance fut la cause probable de la guérison.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

REVUE CLINIQUE DE CET HÔPITAL PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE 1835.

Mortalité des enfans phthisiques pendant le printemps. — Phthisie granuleuse produisant la suffocation des maladies du cœur. — Hémoptysie foudroyante. — Phthisie pulmonaire, suite de rougeole. — Pneumo-thorax traité avec succès par les opiacés. — Péritonite aiguë; angine gangréneuse. — Congestion cérébrale simulant une hémorrhagie double du cerveau. — Méningo céphalite terminée par la guérison.

L'aphorisme d'Hippocrate *autumnus tabidis malus*, vrai pour la Grèce et pour les contrées méridionales de l'Europe, cesse de l'être pour les pays septentrionaux. A Paris et à Londres, c'est le printemps qui est surtout fatal aux phthisiques. Cette saison, par les brusques variations de température qui l'accompagnent, favorise le développement des phlegmasies thoraciques auxquelles résistent difficilement les sujets déjà atteints d'anciennes lésions de parenchyme pulmonaire. Les inflammations aiguës du poumon, de la plèvre et des bronches sont beaucoup plus souvent mortelles chez les enfans tuberculeux que chez les adultes. Aussi voit-on moins rarement dans le jeune âge les tubercules déterminer ces effrayantes destructions d'organes qu'on rencontre à un âge plus avancé.

Les faits que nous avons observés pendant ce trimestre, viennent justifier ces réflexions. La mortalité de la plupart des enfans admis à l'hôpital a été causée par la phthisie pulmonaire. Pendant le mois d'avril, sur 25 nécropsies auxquelles nous avons procédé ou assisté, 19 étaient relatives à des sujets tuberculeux. Chez 15 les tubercules ont été, sinon la cause unique, du moins une des causes déterminantes de la mort. Chez 4 seulement cette lésion n'était que secondaire. Dans le mois de mai la proportion des tubercules a été un peu moins forte. En juin, elle a été seulement de 1 sur 3. Il résulte du reste d'un relevé de plus de 200 phthisiques dont nous avons pratiqué la nécropsie depuis plus de deux ans, que l'affection tuberculeuse du poumon fait un grand nombre de victimes parmi les enfans. Plus des deux cinquièmes des enfans qui succombent à l'hôpital offrent les traces de cette affection.

Comme dans nos précédentes revues cliniques nous n'avons point encore appelé l'attention sur la phthisie pulmonaire chez les enfans, nous en rapporterons quelques observations dans celle-ci, en ayant soin de ne choisir sur un grand nombre de faits que ceux qui ont présenté quelques circonstances remarquables.

PHTHISIE GRANULEUSE PRODUISANT L'ÉTAT DE SUFFOCATION DES MALADIES DU COEUR; COMPRESSION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE PAR UNE TUMEUR AYANT SON SIÈGE DANS LES GLANDES MÉDIASTINES DÉGÉNÉRÉES.

Obs. I. — Caroline Bonnin, âgée de 14 ans, apprentie couturière, est transportée à l'hôpital des Enfans le 14 avril. Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, d'une taille élevée, n'offrant aucun vice de conformation du thorax, est née d'une mère qui a succombé à la phthisie pulmonaire. Dans son enfance, elle a été sujette elle-même aux ophthalmies et aux engorgemens glanduleux; elle porte encore à la partie latérale gauche du cou une masse de ganglions qui paraissent avoir subi la dégénérescence tuberculeuse. A l'âge de 12 ans, elle a été affectée d'une phlegmasie aiguë de poitrine qui l'a retenue cinq semaines au lit. Dans les dix-huit mois qui ont suivi, elle paraît avoir joui d'une bonne santé; mais depuis cinq mois toux et diarrhée presque continuelles; gêne de la respiration; douleur de poitrine siégeant tantôt entre les épaules, tantôt dans le trajet du sternum; fièvre quotidienne revenant surtout le soir, et souvent précédée d'un frisson; sueurs nocturnes; dépérissement progressif; du reste, jamais d'expectoration, jamais d'épistaxis ni d'hémoptysie; elle n'a cessé pendant ce laps de temps de vaquer à ses occupations habituelles. Depuis trois jours seulement, fièvre continue, orthopnée, douleur vive de la partie antérieure et moyenne du thorax, anorexie. (Repos du lit; diète.)

A la visite du 15, nous trouvons la malade couchée sur le côté droit, en proie à une dyspnée intense; la face est injectée, les lèvres violettes, la parole entrecoupée, la respiration se répète 48 fois par minute; une vive douleur se fait sentir vers la base de la poitrine antérieurement; la toux est fréquente; l'expectoration nulle; la sonorété du thorax est conservée; l'auscultation ne fait entendre autre chose que du râle muqueux à droite et à gauche; pas de bronchophonie ni de pectoriloquie; le pouls est petit, irrégulier et très-accéléré; les battemens du cœur offrent la même faiblesse et la même irrégularité que les pulsations artérielles; la région précordiale fait une légère saillie; la langue est large et humide; l'appétit nul; pas d'évacuations alvines depuis trois jours. (On applique 8 sangsues sur le côté gauche de la poitrine; on prescrit des pédiluves et des maniluves chauds, et on accorde du lait.)

Le 16, les mêmes symptômes persistent.

Le 17, dans l'après-midi, violent accès de dyspnée; suffocation imminente. (Cataplasmes sinapisés sur les membres.)

Le 18, la dyspnée est plus intense; la face présente une teinte violacée; la respiration est haute costale et se répète 64 fois par minute; le pouls donne 150 pulsations petites et irrégulières; la saillie de la région précordiale paraît toujours très-manifeste; la percussion de cette région et de la partie inférieure du sternum rend un son clair; les bruits du cœur sont entièrement masqués par le râle muqueux de la poitrine, qui se rapproche du gargouillement. La malade se plaint qu'elle étouffe; elle réclame un traitement énergique; son intelligence est nette; il n'existe aucun trouble des fonctions locomotrices et sensoriales; les membres inférieurs ne présentent pas d'infiltration séreuse. (On applique un vésicatoire sur le devant de la poitrine.)

Pendant les deux jours qui suivent, la dyspnée présente des alternatives de rémission et d'exacerbation. La malade succombe le 20 avril dans l'état de suffocation qui caractérise les maladies organiques du cœur, conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

A l'ouverture du cadavre, nous constatons un amaigrissement notable qui porte surtout sur les extrémités inférieures; la rigidité cadavérique est très-prononcée; la tumeur qui siége sur la partie latérale gauche du cou est formée par des ganglions transformés en masses tuberculeuses ramollies en quelques points.

Dans le crâne, nous trouvons les sinus de la dure-mère et les vaisseaux de la

(1) Medico-chirurgical transactions, etc., vol. XI, part. II, 1821.
(2) Transact. of a society for the medical knowledge. London, vol. II, 1800.
(3) Annali universali di medicina, etc. Milano, vol. XXIII, sept. 1822.
(4) Giornale di medicina pratica, etc. Padua, vol. III, 1813.
(5) Salzb. medi-chirurg. Zeitung, n° 6; janv. 1819.
(6) The London medical repository, vol. VIII, 1817.
(7) The London medical repository, vol. XV, n° 90, 1821.
(8) Dictionnaire des sciences médicales, vol. XL X, p. 249, art. *Ruptures de l'utérus*.
(9) Die Lehranstalt der Geburtshülfe zu Bonn, p. 163.
(10) Ouvrage cité plus haut.

périphérie du cerveau gorgés de sang. La substance cérébrale n'a subi aucune altération ; elle n'est le siége d'aucune production morbide.

Dans la poitrine existent de graves lésions ; les bronches sont gorgées d'un mucus puriforme ; la muqueuse qui les tapisse est d'un rouge vif. La bronche droite, immédiatement au-dessous de sa bifurcation, est comprimée par une masse de ganglions tuberculeux. Toutes les glandes médiastines sont transformées en masses caséiformes. L'artère pulmonaire se trouve comprimée par deux de ces tumeurs, ayant chacune le volume d'un œuf de poule. Les deux poumons offrent une teinte rosée à l'extérieur ; ils sont libres d'adhérences. Sous la plèvre pulmonaire, on aperçoit une multitude de granulations grises demi-transparentes, plus nombreuses au sommet qu'à la base. En pratiquant des incisions en divers sens dans le parenchyme pulmonaire, on retrouve les mêmes granulations, au milieu desquelles apparaissent quelques tubercules d'un blanc jaunâtre ; elles sont extrêmement multipliées et entourées partout d'un tissu sain et crépitant. Le parenchyme pulmonaire contient peu de sang et de sérosité. Le cœur a son volume normal ; ses orifices sont libres ; son enveloppe renferme 2 onces environ de sérosité limpide.

L'abdomen ne présente à noter que quelques ganglions mésentériques tuberculeux et une teinte rougeâtre de toute la muqueuse gastro-intestinale sans ramollissement, telle qu'on l'observe chez les sujets qui ont succombé aux affections du cœur. Quelques tubercules soulèvent la muqueuse çà et là. En quelques points de l'intestin grêle, cette membrane est ulcérée.

Le sujet de cette observation nous offre un exemple remarquable de phthisie granuleuse. Cette forme de phthisie est l'une des plus graves et des plus dangereuses. Nous avons vu dans quelques cas ces granulations se former rapidement, envahir dans l'espace de quelques semaines une grande étendue du parenchyme pulmonaire et se terminer brusquement par la mort. Ces sortes de phthisies aiguës s'observent principalement chez les enfans à la suite de la rougeole et de la coqueluche. Il s'en est présenté quelques cas à notre observation pendant le cours de ce même trimestre. Les signes stéthoscopiques ne sont dans cette forme que d'un faible secours ; aussi avons-nous fondé dans le cas qui nous occupe notre diagnostic sur les symptômes généraux et les signes commémoratifs, lorsque la malade a été soumise à notre observation. Cette vive douleur survenue depuis trois jours, et siégeant à la partie antérieure du thorax, l'orthopnée, la fréquence, la petitesse et l'irrégularité du pouls, jointes à la saillie de la région précordiale, pouvaient faire soupçonner l'existence d'une phlegmasie aiguë du péricarde. Toutefois l'absence de son mat à la partie inférieure du sternum et de tout bruit anormal dans la région précordiale, ne confirmèrent point ce soupçon. Pendant le peu de jours que la malade resta dans l'hôpital, la dyspnée fit chaque jour des progrès, et la mort eut lieu par asphyxie. A l'ouverture du cadavre, la seule lésion aiguë observée a été la phlegmasie des bronches. L'enveloppe du cœur, la plèvre et le parenchyme pulmonaire dans l'intervalle des granulations, qui étaient extrêmement multipliées, n'ont offert aucune trace de phlegmasie aiguë. Une des causes qui n'ont pas été sans influence sur les accès de suffocation qu'a offerts la malade, c'est la compression de l'artère pulmonaire par cette masse tuberculeuse formée au sein du médiastin.

PLEURÉSIE AIGUE ; HÉMOPTYSIE FOUDROYANTE PENDANT LA CONVALESCENCE ; MORT ; APOPLEXIE PULMONAIRE ; TUBERCULES DES POUMONS, DE L'ABDOMEN ET DU CERVEAU.

OBS. II. — Rey Lucrèce, 11 ans, cheveux bruns, peau brune ; assez forte constitution ; éprouvait de la toux depuis quelques jours, quand le 9 mai, se trouvant à l'école, elle fut prise d'un frisson violent, qui l'obligea à rester chez elle ; dans la soirée vomissement ; douleur du côté gauche de la poitrine ; fièvre ; dyspnée ; cet ensemble de symptômes persiste jusqu'au 12, où, transportée à l'hôpital, elle nous offre l'état suivant ; décubitus sur le côté droit ; face rouge animée ; toux sèche ; dyspnée ; douleur du côté gauche de la poitrine, augmentant par la toux et par les mouvemens inspiratoires qui se répètent 42 fois par minute ; la peau est chaude ; le pouls accéléré (116 pulsations) ; le bruit respiratoire est plus faible à gauche qu'à droite ; le son ne paraît pas notablement diminué, on n'entend pas d'égophonie. On pratique une saignée du bras qui fournit un sang couenneux, et on applique le lendemain 12 sangsues *loco dolenti*. Sous l'influence de cette médication, la douleur se dissipe ; la fièvre se calme ; il se forme néanmoins un léger épanchement dans le côté gauche de la poitrine, reconnaissable à la matité du son et à l'égophonie. La convalescence paraît s'établir, mais d'une manière lente. La malade commence à se lever dans les derniers jours du mois ; mais elle est prise tout à coup, et sans cause connue, d'accidens analogues à ceux dont elle était affectée au moment de son entrée. On a de nouveau recours aux émissions sanguines. Les accidens se calment ; mais il survient une diarrhée opiniâtre ; la toux persiste ; des accès de fièvre se manifestent surtout le soir. La malade dépérit progressivement. Cette jeune fille présentait cet ensemble de symptômes qui nous faisaient soupçonner un travail de tuberculisation pulmonaire, quand le 15 juin, à 6 heures du matin, étant assise sur son lit où elle attendait son déjeuner, elle est prise tout à coup d'une hémoptysie très-abondante. Un sang vermeil et spumeux est rendu à la fois par la bouche et par le nez ; on envoie chercher l'interne de garde, mais à son arrivée la malade avait succombé.

Au moment de la visite nous trouvons deux crachoirs pleins d'un sang coagulé, que surmonte une mousse rutilante. Les linges qui entourent la malade sont également pénétrés par le liquide.

A l'ouverture du cadavre qui est pratiquée le lendemain, nous trouvons du sang coagulé dans le larynx, la trachée et les bronches. La muqueuse qui tapisse ces parties est rouge, mais ne présente ni ulcérations, ni ramollissement, ni épaississement. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés et tuberculeux, les uns en totalité, les autres en partie. Des fausses membranes épaisses et faciles à déchirer unissent le poumon gauche à la plèvre costale. La cavité pleurale contient à la base environ deux onces de sérosité sanguinolente. En incisant le parenchyme pulmonaire, on trouve à la surface de la coupe plusieurs rondelles de la largeur d'une pièce de dix à quinze sous, entourées d'un tissu légèrement rosé et crépitant ; le parenchyme pulmonaire au niveau de ces rondelles qui sont les unes vermeilles, les autres violacées, présente une extrême mollesse. La pression en fait sortir une certaine quantité de sang. Outre ce sang épanché, le poumon gauche contient de nombreux tubercules miliaires.

Le poumon droit est libre ; il renferme aussi quelques granulations et présente dans son lobe inférieur deux ou trois rondelles analogues à celles qui ont été observées dans le poumon gauche.

Le cœur a son volume normal ; ses cavités ne sont ni dilatées, ni hypertrophiées ; ses orifices sont libres ; son tissu est flasque et décoloré. Dans les ventricules est contenue une assez grande quantité de sang ayant la couleur et la consistance de la gelée de groseille. Rien de particulier dans les gros vaisseaux. Sous le feuillet séreux qui tapisse le cœur existe, vers la base de cet organe, un tubercule du volume d'une lentille ; entre les feuillets séreux et fibreux du péricarde on aperçoit un chapelet de 7 à 8 tubercules pisiformes.

Dans l'estomac nous trouvons un caillot sanguin du volume d'un œuf de poule. Dans l'iléon existent quelques tubercules sous-muqueux et deux ou trois ulcérations siégeant au niveau des plaques de Peyer. Le gros intestin est sain. Des fausses membranes parsemées de tubercules unissent le foie au diaphragme. L'organe sécréteur de la bile renferme aussi quelques tubercules et quelques kystes bilieux. La rate et les ganglions mésentériques sont également tuberculeux.

Bien que le cerveau n'eût donné pendant la vie aucun signe de souffrance, pour compléter nos recherches nécroscopiques, nous pratiquons l'ouverture du crâne, et nous trouvons à la partie supérieure de l'hémisphère droit, à un demi-pouce de la scissure interlobaire, un tubercule blanc-verdâtre, du volume d'une aveline. Du reste, l'arachnoïde et la pie-mère sont parfaitement saines. La pulpe nerveuse qui entoure le tubercule est exempte d'altération ainsi que le reste de l'encéphale.

Quoique cette malade, au moment de son admission, n'eût présenté que les symptômes d'une pleurésie aiguë, il est extrêmement probable qu'elle portait déjà dans les poumons des granulations qui n'ont pas été sans influence sur la production de la phlegmasie de la plèvre. Cette maladie a paru céder un moment aux évacuations sanguines, puis elle a récidivé ; mais avant comme après la récidive, nous avons observé quelques symptômes généraux qui indiquaient un travail de tuberculisation dans le parenchyme pulmonaire.

L'hémoptysie qui a terminé les jours de la malade a été véritablement foudroyante ; elle nous a rappelé ce cas de Corvisart dans lequel, à la suite d'une mort subite, on trouva un épanchement sanguin qui avait déchiré le poumon et rempli la cavité de la plèvre. Dans le cas qui nous occupe, l'exhalation sanguine a eu lieu à la surface des bronches et dans le parenchyme pulmonaire lui-même, qui a offert des traces manifestes d'*apoplexie*. L'année dernière, à pareille époque, nous avons observé les accidens et les lésions analogues chez un sujet qui était également atteint d'une phthisie pulmonaire commençante.

Quant au tubercule du cerveau, il n'a donné lieu à aucun symptôme, son existence n'a été constatée que sur le cadavre. Plusieurs fois il nous est arrivé de rencontrer des productions analogues dans le cerveau d'individus qui n'avaient présenté pendant la vie aucun trouble des fonctions intellectuelles, locomotrices et sensoriales. Ce cas est tellement fréquent à l'hôpital des enfans que pour nous assurer si réellement un tubercule plus ou moins volumineux peut exister dans l'encéphale sans donner lieu à aucun symptôme, nous avons pris le parti de noter avec soin l'état des fonctions de la vie de relation chez tous les phthisiques, et d'explorer toujours soigneusement les centres nerveux après la mort. D'après ce fait et plusieurs autres, nous pouvons affirmer que des tubercules volumineux du cerveau peuvent rester complètement latens.

PHTHISIE PULMONAIRE SUITE DE ROUGEOLE ; GARGOUILLEMENT, PECTORILOQUIE, SON MAT ; VASTES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES.

OBS. III. — Caroline Keller, âgée de 9 ans, née à Paris, issue de parens sains, ayant eu dès son enfance quelques engorgemens glanduleux et diverses exsudations du cuir chevelu, n'a été affectée d'aucune maladie grave jusqu'à l'âge de 8 ans. A cette époque elle contracte la rougeole qui parcourt sa marche d'une manière fort irrégulière. Dans l'année qui suit la disparition de cet exanthème, toux presque continuelle, douleur de poitrine siégeant tantôt à gauche, tantôt à droite ; dyspnée, hémoptisie abondante qui s'est renouvelée deux fois ; alternatives de diarrhée et de constipation, puis diarrhée continuelle, dépérissement progressif. Cette jeune fille ne s'est jamais alitée ; elle a conservé un appétit vorace, parfois bizarre ; elle n'a pris que des tisanes insignifiantes ; elle porte un vésicatoire au bras.

Admise à l'hôpital le 18 mai, elle nous offre l'état suivant :

Habitude extérieure. Cheveux châtains ; peau blanche satinée ; cils très-allongés ; engorgement des ganglions cervicaux du côté droit ; thorax bien conformé ; pas d'infiltration des membres inférieurs ; amaigrissement général ; face pâle ; décubitus élevé.

Appareil respiratoire. Toux fréquente suivie d'une expectoration abondante de crachats puriformes d'un blanc verdâtre, contenant quelques grumeaux blanchâtres, débris probables de matière tuberculeuse; raucité de la voix; sensation de picotement au larynx pendant les efforts de toux; gêne notable de la respiration; 48 inspirations par minute; nulle douleur de poitrine; à gauche et en avant le son est mat dans toute la hauteur de la poitrine; gargouillement et pectoriloquie des plus manifestes depuis la clavicule jusqu'à la région précordiale; en avant et à droite la percussion donne un son clair; le bruit respiratoire est net et fort; en arrière l'auscultation et la percussion du côté gauche donnent les mêmes signes qu'antérieurement; à droite le son est obscur supérieurement, et l'on entend du râle muqueux à grosses bulles; la percussion est douloureuse, surtout à gauche.

Appareil circulatoire. Le pouls donne 100 pulsations le matin, et 120 le soir; la peau est médiocrement chaude, et se couvre la nuit d'abondantes sueurs; on observe sur la poitrine et le ventre de nombreux sudamina.

Appareil digestif. Langue naturelle; pas de gêne de la déglutition; quelques vomissemens par intervalles à la suite des efforts de toux; appétit conservé; tension et douleur du ventre; diarrhée accompagnée de coliques; cinq à six évacuations dans les 24 heures.

Appareil de l'innervation. Céphalalgie passagère qui n'existe pas le matin; ouïe nette; vue intacte; intelligence très-développée; forces musculaires suffisantes pour permettre à la malade de se lever et de se promener dans les salles.

L'ensemble de ces signes ne laissant aucun doute sur les graves désordres dont les viscères thoraciques et abdominaux étaient le siége, on porte un fâcheux pronostic; on prescrit à la malade la décoction blanche le lichen d'Islande, et on lui permet de légers potages.

Aucun changement ne se manifeste les jours suivans. L'auscultation et la percussion fournissent les mêmes renseignemens.

Le 23, nous constatons sous l'omoplate du côté droit du gargouillement sans pectoriloquie.

Le 26, hémoptisie peu abondante. La malade expectore deux cuillerées environ de sang spumeux et rutilant.

Le dépérissement fait chaque jour des progrès; l'ensemble des symptômes que nous avons signalés persistent jusqu'à la mort, qui a lieu après une courte agonie, le 15 juin.

OUVERTURE DU CADAVRE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Marasme; tumeur dans la région sous-maxillaire droite, formée par deux ganglions du volume d'un marron d'Inde, ayant subi la dégénérescence tuberculeuse; pas de rigidité cadavérique.

Crâne. Les vaisseaux des méninges sont médiocrement injectés; les glandes dites de Pachioni sont très-développées; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est légèrement infiltré de sérosité limpide; la substance encéphalique ne présente aucune modification notable de sa consistance et de sa coloration normales, et ne renferme aucun produit morbide.

Cou et poitrine. L'épiglotte est rouge et épaissie; ses bords sont érodés; le larynx et la trachée sont rouges, surtout vers leur partie postérieure, et ne présentent pas d'ulcérations. La muqueuse bronchique est rouge et notablement épaissie, surtout dans les tuyaux qui communiquent avec les excavations tuberculeuses. Des adhérences anciennes unissent le poumon gauche à la plèvre costale. Le lobe supérieur de ce poumon est transformé en une vaste caverne pouvant loger une orange de moyen volume, et contenant une petite quantité de liquide lie de vin, au milieu duquel nagent quelques fragmens de matière tuberculeuse. Dans le lobe inférieur existent cinq ou six petites excavations pouvant loger chacune une aveline. Autour de ces cavernes le tissu pulmonaire contient de nombreux tubercules à l'état de crudité. A droite on trouve à la partie postérieure du lobe supérieur trois autres excavations. La partie antérieure de ce lobe, ainsi que les lobes moyen et inférieur sont seuls perméables à l'air. Toutes les glandes médiastines ont subi la dégénérescence tuberculeuse. Le cœur et le gros vaisseau sont exempts d'altération.

Abdomen. La muqueuse gastrique, en contact avec un liquide brunâtre exhalant une odeur acide, est complètement ramollie dans le grand cul de-sac; sa consistance est diminuée dans le reste de son étendue. La muqueuse du gros intestin présente d'espace en espace quelques rougeurs sans ramollissement; on observe çà et là quelques tubercules lenticulaires. Les plaques sont saillantes, mais non ulcérées; la muqueuse du colon est rouge et ramollie; deux ou trois ganglions mésentériques présentent de la matière tuberculeuse au centre; le foie, la rate et les reins sont exempts d'altération.

Dans ce cas toutes les altérations trouvées sur le cadavre étaient prévues. L'auscultation et la percussion du thorax nous ont permis de constater les ravages produits par l'affection tuberculeuse, et d'en mesurer l'étendue. Le siége des altérations a été diagnostiqué avec une précision mathématique. Qu'on se rappelle le gargouillement, la pectoriloquie et la matité constatés dans toute l'étendue du côté gauche, la résonnance de la poitrine et l'intégrité du bruit respiratoire à la partie antérieure droite seulement, et qu'on rapproche ces signes des lésions observées après la mort dans les deux poumons. Nous avons cité ce fait pour prouver que chez les enfans l'auscultation et la percussion dans les affections pulmonaires fournissent des renseignemens aussi exacts que chez l'adulte.

PNEUMO-THORAX SUITE DE LA RUPTURE D'UNE CAVERNE DANS LA CAVITÉ PLEURALE; EMPLOI DES OPIACÉS A HAUTE DOSE; GUÉRISON.

OBS. IV. — Hordet (Rosalie), 14 ans et demi, forte, bien constituée, d'un embonpoint considérable, quoiqu'elle soit issue de parens qui ont succombé à la phthisie pulmonaire, entre à l'hôpital le 6 janvier, dans la division des ophthalmies, pour une taie de la cornée; elle se lève chaque jour et s'occupe même du service des salles; elle a toussé pendant une grande partie de l'hiver, mais la toux ne s'est jamais accompagnée de symptômes généraux et n'a jamais contraint la malade à garder le lit.

Dans la nuit du 4 au 5 avril, cette jeune fille est prise subitement d'une vive douleur du côté gauche de la poitrine et d'une gêne extrême de la respiration. (On pratique une saignée du bras; on couvre les membres inférieurs de sinapismes.) Transportée dans la division des maladies aiguës, elle nous offre à la visite du 6 les symptômes suivans: Face rouge; lèvres violacées; orthopnée; parole entrecoupée; voix affaiblie; respiration très-accélérée, 54 inspirations par minute et 130 pulsations petites et régulières; douleur de tout le côté gauche de la poitrine augmentant par la toux, la percussion et la pression intercostale; le décubitus latéral est impossible; la malade est couchée sur le dos, la tête et la partie supérieure du tronc soulevés par plusieurs oreillers; la poitrine percutée rend un son clair à droite et tympanique à gauche. Ce côté est plus dilaté que le droit; son pourtour a cinq centimètres de plus que celui du côté opposé; l'oreille appliquée sur le côté dilaté permet d'entendre un tintement métallique qui est surtout manifeste pendant l'inspiration, la toux et la phonation; le bruit respiratoire est tout-à-fait nul; à droite, la respiration est pure et manifestement exagérée. Du reste, sauf une légère diarrhée qui est survenue cette nuit, les voies digestives sont en bon état. La nutrition n'a subi aucune altération. La malade conserve beaucoup d'embonpoint; le système musculaire est très-développé. L'intelligence est nette; il n'y a pas eu de sommeil depuis deux jours. (On applique un large sinapisme sur le côté gauche de la poitrine pendant un quart d'heure, et on prescrit: Mauve, julep gommeux, diète.)

Le 7, 150 pulsations, 32 inspirations; même douleur du côté gauche; voix presque éteinte; accès de dyspnée par intervalles; suffocation imminente; toux extrêmement fréquente; expectoration purement catarrhale; l'auscultation et la percussion du thorax fournissent les mêmes renseignemens que la veille.

Le 8, 60 inspirations, 144 pulsations; persistance de la douleur du côté gauche et du tintement métallique; insomnie opiniâtre. (On accorde une demi-once de sirop diacode pour le soir.)

Le 9, la malade a dormi pendant une partie de la nuit; la douleur du côté est moins vive; la gêne de la respiration persiste; 54 inspirations, 140 pulsations.

Frappés du soulagement qui a suivi l'administration du sirop diacode, nous engageons Jadelot à le prescrire à une dose plus élevée; on en donne une once le 10 et 2 onces le 11 et le 12.

Le 13, nous trouvons au moment de la visite la malade dormant d'un profond sommeil, elle est couchée sur le côté gauche. A son réveil, elle nous raconte que la douleur du côté gauche est entièrement dissipée, qu'elle peut se coucher indifféremment sur les deux côtés; le pouls est descendu à 112; la respiration se maintient à 42; le son est devenu mat inférieurement à gauche; le côté de la poitrine est toujours dilaté; le tintement métallique est toujours très-manifeste. (On continue le sirop diacode à la dose de 2 onces.) Dans la journée, la malade prend des potages; elle demande même à se lever. Nous l'engageons à garder le lit et à rester autant que possible couchée sur le côté affecté.

Le 15, la malade dort la nuit d'un profond sommeil, mais n'offre aucun signe de narcotisme; elle ne se plaint nullement de la tête; les pupilles sont à l'état normal; la douleur de côté est toujours nulle; l'auscultation, pratiquée sans déplacer la malade, qui est toujours couchée sur le côté gauche, permet d'entendre le tintement métallique seulement pendant la toux; la voix est moins faible; elle est simplement voilée; la peau est moite; le pouls plus calme; la diarrhée a cessé; la malade continue à prendre des potages dans la journée, et le soir 2 onces de sirop diacode.

Le 15, 100 pulsations, 34 inspirations; la toux, rare la nuit, revient par quintes fatigantes pendant le jour, et elle est suivie d'une expectoration de crachats purulens d'un blanc verdâtre, contenant quelques grumeaux de consistance caséeuse. (Même prescription.)

Du 15 avril au 1er mai, la malade est maintenue constamment couchée sur le côté gauche; on ne l'ausculte pas pour ne pas la déplacer; la toux persiste; les crachats sont toujours purulens; la voix devient de plus en plus forte; la douleur de poitrine est tout-à fait nulle.

Le 1er mai, la malade se lève et prend un quart d'alimens; le pouls donne 104 pulsations; la respiration se maintient à 36. La malade est facilement essoufflée. Le tintement métallique persiste; mais les jours suivans, il subit quelques modifications; tantôt il n'est perceptible que pendant la toux, tantôt il est nul en arrière et se fait entendre seulement en haut et en avant.

Aucun accident ne survient jusqu'au 19 mai. La malade se trouve à cette époque dans un état assez satisfaisant pour quitter l'hôpital et se rendre à Amiens auprès de ses parens. La veille de sa sortie, elle marche assez librement; mais il lui serait impossible de courir; elle est essoufflée après le moindre exercice; son embonpoint est conservé; les voies digestives ne donnent aucun signe de souffrance; la toux persiste; elle est grasse et suivie d'une expectoration purement catarrhale; la voix est toujours un peu voilée; le côté gauche de la poitrine, qui était plus dilaté que le droit, est maintenant plus affaissé; le bruit respiratoire est plus faible à gauche qu'à droite; mais on n'entend ni gargouillement, ni pectoriloquie, ni tintement métallique; le son est moins clair à gauche qu'à droite, ce qui peut tenir à la formation de fausses membranes; 32 inspirations par minute; 100 pulsations; ventre indolent; selles quotidiennes. Pendant les trois premières semaines de son séjour à Amiens, la malade n'a pas éprouvé de grave indisposition.

La douleur du côté gauche du thorax survenue brusquement et ayant acquis rapidement son summum d'intensité, la sonoréité tympanique et l'ampliation de ce côté de la poitrine, jointes au tintement métallique et à l'absence complète du bruit respiratoire, ne nous laissèrent aucun doute sur l'existence d'un pneumo-thorax. Les renseignemens que nous recueillîmes ensuite sur les antécédens de la malade, ne nous permirent pas de douter que ces accidens ne fussent le résultat d'une perforation de la plèvre au niveau d'une excavation tuberculeuse. Le pronostic était des plus graves. Nous déplorions d'autant plus l'im-

puissance de l'art contre un tel accident, que la malade était pleine de force et de vie au moment de l'invasion, qu'elle conservait un embonpoint considérable, que le poumon droit était entièrement perméable à l'air, et que tout portait à croire que dans le poumon gauche les lésions étaient très-circonscrites. Une saignée du bras fut d'abord pratiquée pour remédier à la dyspnée et combattre en même temps la phlegmasie de la plèvre qui en était le point de départ. Des synapismes furent promenés sur les membres inférieurs; on en appliqua même sur le côté du thorax affecté, dans l'intention de produire une dérivation salutaire. Tous ces moyens ne procurèrent qu'un soulagement passager; la maladie marchait, et tout annonçait une fâcheuse et prochaine terminaison.

Pour remédier à l'insomnie qui tourmentait la malade, et diminuer en même temps la douleur à laquelle elle était en proie, on lui prescrivit pour la nuit une demi-once de sirop diacode, qui procura un sommeil et un soulagement notables. Cette légère amélioration nous mit sur la voie d'une nouvelle indication : nous nous rappelâmes alors les merveilleux succès obtenus par les docteurs Graves et *Stockes* de Dublin, à l'aide de l'opium à haute dose dans le traitement de la péritonite suite de perforation intestinale; nous engageâmes M. Jadelot à insister sur les opiacés. On éleva la dose de sirop diacode à 2 onces, équivalant à quatre grains d'opium environ. Sous l'influence de cette médication la douleur de côté se calma; le décubitus latéral devint possible. Nous engageâmes la malade à se tenir couchée sur le côté affecté, dans le but de faciliter l'adhésion des deux feuillets de la séreuse. Nous n'ignorions pas que le résultat était plus difficile à obtenir dans la poitrine que dans l'abdomen; qu'une plus ou moins grande quantité de gaz était sans cesse interposée entre le poumon et les parois thoraciques. On n'en continua pas moins la prescription des opiacés, et six semaines après l'accident le tintement métallique avait disparu; le côté gauche du thorax s'était affaissé; une partie du poumon affecté était devenue perméable à l'air; l'état général était assez bon pour permettre à la malade d'entreprendre un assez long voyage. Quatre mois se sont écoulés depuis l'invasion du pneumo-thorax, et cette jeune fille respire encore.

PÉRITONITE AIGUE; ANGINE GANGRÉNEUSE; PNEUMONIE LOBULAIRE.

OBS. V. — Julie Becquet, âgée de 9 ans, d'une faible constitution, s'étant beaucoup fatiguée à porter une jeune sœur de 2 à 3 ans, se plaignait depuis quelques temps du ventre, et éprouvait des alternatives de diarrhée et de constipation, quand, le 12 juin, elle fut prise de vomissemens qui se renouvelèrent les trois jours suivans, et s'accompagnèrent de douleur abdominale permanente, de fièvre et de diarrhée. Dans la nuit du 15 au 16, redoublement de fièvre, délire, criailleries continuelles.

Le 16, jour de l'entrée à l'hôpital, décubitus dorsal; anxiété extrême; face pâle; altération profonde des traits; respiration accélérée, se répétant 54 fois par minute; pouls petit, concentré à 144 pulsations; langue rouge, effilée et sèche; nulle gêne de la déglutition; soif vive; pas de vomissemens dans la matinée; abdomen douloureux dans toute son étendue, proéminent autour de l'ombilic et ne pouvant supporter la plus légère pression; les évacuations alvines sont assez nombreuses; la malade les rend dans son lit, lorsque la garde ne prévient pas ses besoins. Elle est dans l'immobilité la plus complète, ne peut se mettre sur son séant à cause de la tension et de la douleur du ventre. Malgré la gêne de la respiration, la malade ne tousse pas; l'auscultation et la percussion du thorax pratiquées antérieurement ne donnent que des signes négatifs. On applique douze sangsues à l'épigastre et autour de l'ombilic, et des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

Le 17, face grippée, persistance de la tension et de la douleur du ventre; même diarrhée que la veille; 132 pulsations, 48 inspirations; 8 sangsues à l'anus; boissons fraîches avec chiendent et réglisse.

Le 18, mêmes symptômes (bains tièdes).

Le 19, 140 pulsations, 60 inspirations; même anxiété, même douleur du ventre, arrachant sans cesse des cris à la malade. Cataplasme très mince sur l'abdomen; demi lavement émollient; sinapismes aux membres inférieurs.

Le 20 et le 21, les vomissemens se renouvellent; l'abdomen est toujours tendu, ballonné et très-douloureux à la pression; le malade peut à peine supporter le poids des couvertures; la face est toujours grippée; la langue sèche comme un morceau de parchemin; la diarrhée persiste; la respiration est toujours notablement gênée; la malade n'accuse aucune douleur de poitrine; 128 pulsations, 42 inspirations; nouvelle application de sangsues sur l'abdomen; un quart de lavement émollient.

Le 22 et le 23, aux symptômes abdominaux se joint une toux assez fréquente et humide; l'expectoration est nulle; la respiration est toujours notablement gênée; l'état de la malade ne permet pas de pratiquer l'auscultation. On se borne à appliquer un sinapisme sur le côté gauche de la poitrine pendant un quart d'heure.

Le 25, la voix est profondément altérée; la malade porte sans cesse les doigts dans sa bouche, comme pour en arracher un corps étranger qui s'oppose à la déglutition ou au passage de l'air; l'articulation des sons est très-difficile; on n'entend qu'avec peine quelques-unes des paroles prononcées par la malade; interrogée sur le siége de son mal, elle répond *partout.*

La malade succombe le 26, ayant conservé jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et n'ayant offert à aucune époque de sa maladie ni éruption typhoïde, ni sudamina.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Habitude extérieure. Amaigrissement peu prononcé; nulle rigidité cadavérique.

Tête. Les vaisseaux de la périphérie du cerveau en sont médiocrement injectés; les membranes sont intactes; la substance cérébrale conserve sa couleur et sa consistance normales.

Cou et poitrine. Le pharynx est tapissé par une matière brunâtre, visqueuse, exhalant une odeur de gangrène. Sa membrane muqueuse est violacée, inégale, épaissie en quelques points et détruite dans d'autres. Les amygdales, la luette et l'épiglotte n'offrent que du gonflement et de la rougeur. L'œsophage et les voies aériennes sont exempts d'altération. Hépatisation rouge du tiers postérieur du lobe inférieur gauche; lobe supérieur renfermant plusieurs noyaux du volume d'un pois à celui d'une aveline à l'état d'hépatisation rouge et grise. État sain du poumon dans l'intervalle de ces noyaux. Pas un seul tubercule ni dans les poumons, ni dans les ganglions bronchiques. A droite le parenchyme pulmonaire ne présente qu'un léger engouement de la partie postérieure. Rien au cœur ni aux gros vaisseaux.

Abdomen. Il ne s'écoule pas de sérosité à l'incision de la paroi antérieure de l'abdomen; le grand épiploon est fortement injecté et sa surface est baignée par un liquide séro-purulent. Deux verres du même liquide sont contenus dans l'excavation du bassin. Une exsudation albumineuse très molle unit quelques anses et recouvre une portion de la surface convexe du foie. Les ganglions mésentériques sont rouges et ramollis. La muqueuse gastrique est pâle et diminue de consistance. La muqueuse du canal intestinal offre le même état. Les follicules isolés ne sont pas altérés; les plaques de Peyer sont à peine apparentes, elles n'offrent ni engorgement, ni ulcération, ni perforation; les autres viscères abdominaux sont exempts d'altération.

L'ensemble des symptômes qui caractérisent la péritonite aiguë s'est offert chez le sujet de cette observation : l'ouverture du cadavre nous en a fait découvrir les traces. Nous avons rapporté ce cas parce que c'est le premier de ce genre que nous ayions observé à l'hôpital des Enfans depuis trois ans. La péritonite aiguë primitive y est extrêmement rare; les phlegmasies chroniques du péritoine y sont au contraire extrêmement communes. La forme tuberculeuse en particulier est celle qu'on y observe presque exclusivement. La cause de l'affection abdominale nous a, dans ce cas, complétement échappé. La malade, qui a joui de toute son intelligence pendant presque toute la durée de sa maladie, a affirmé qu'elle n'avait été soumise à aucune violence antérieure. Nous n'avons rencontré aucune perforation de l'intestin. Les symptômes ont été caractéristiques; le traitement antiphlogistique, assez énergiquement employé, aurait peut-être triomphé de la péritonite, s'il n'eût existé de graves complications.

L'angine gangréneuse n'a été constatée que sur le cadavre. Au moment de l'admission de la malade, il n'existait aucune gêne de la déglutition. Deux jours avant la mort seulement, la malade portait sans cesse les doigts à l'intérieur de la bouche, comme pour en arracher un corps étranger. Cette seule circonstance, jointe à une assez grande fétidité de l'haleine, nous aurait engagés à explorer l'arrière-bouche, si la malade n'avait été agonisante.

L'impossibilité de mettre la malade sur son séant à cause des vives douleurs dont l'abdomen était le siége, nous a également empêchés de suivre le développement de la pneumonie, qui, comme l'affection de la gorge, est restée latente, et a certainement contribué à accélerer le terme fatal.

CONGESTION CÉRÉBRALE SIMULANT UNE HÉMORRHAGIE DOUBLE ET CONSIDÉRABLE DU CERVEAU.

OBS VI. — Gérard (Julie), âgée de 14 ans, d'une forte constitution, née d'un père qui a succombé à une affection cérébrale aiguë, après deux ans d'aliénation mentale, suite de revers de fortune, éprouva dans la première quinzaine d'avril quelques maux de tête passagers, de légères coliques et de la constipation, qui ne l'empêchèrent pas de se livrer à ses occupations habituelles, et qui furent considérés comme les prodrômes de la première menstruation. Le 15 avril, elle n'accuse aucune espèce de malaise, prend régulièrement ses repas et se couche bien portante. Le lendemain, à l'heure du lever, elle est trouvée dans son lit sans connaissance et entièrement privée de mouvement. Cette jeune fille se trouvant dans une pension d'orphelines, on appelle aussitôt le médecin de l'établissement, qui n'arrive qu'à une heure après midi, et ordonne qu'on la transporte immédiatement à l'hôpital des Enfans. A son arrivée, elle est visitée par l'interne de garde, qui se borne à prescrire *des sinapismes sur les membres inférieurs!*

Le 17, à huit heures du matin, vingt quatre à trente heures après l'invasion de la maladie, elle nous offre l'état suivant.

Habitude extérieure. Embonpoint considérable; stature élevée; décubitus dorsal; face violacée; occlusion des paupières; dilatation et immobilité des pupilles; abolition complète de la vue.

Intelligence. Perte absolue de connaissance; réponses nulles; coma troublé de temps en temps par quelques gémissemens.

Motilité. Résolution des quatre membres, qui soulevés et abandonnés à leur propre poids, retombent sur le lit comme des masses inertes.

Sensibilité obtuse à droite et à gauche, mais non entièrement abolie.

Appareil digestif. Déglutition gênée; pas de trismus; ventre indolent; pas d'évacuation depuis l'invasion de la maladie.

Appareil respiratoire. Respiration stertoreuse, se répétant 36 fois par minute.

Sécrétion. Excrétion des urines involontaire. (On prescrit immédiatement une saignée de 3 palettes, une application de 20 sangsues autour du cou et un lavement purgatif.

La saignée est pratiquée au moment de la visite; elle ne fournit que 2 ou 3 onces de sang. On applique les sangsues à onze heures; mais pendant cette application le pouls s'affaiblit, la peau se refroidit, le coma devient plus profond, et la malade succombe sans convulsions, à trois heures après midi.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

Etat extérieur. Cadavre bien conformé; système musculaire et tissu adipeux très-développés; pas de rigidité cadavérique.

Tête. Le crâne est très-petit comparativement à la stature du sujet; il est très-déprimé latéralement; les vaisseaux et les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang; l'arachnoïde est sèche et conserve sa transparence normale; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien n'est point infiltré de sérosité; les circonvolutions sont légèrement applaties et fortement pressées les unes contre les autres; la substance grise, soit dans les circonvolutions, soit dans les corps striés et les couches optiques présente partout une teinte d'un rose vif; la substance blanche est fortement sablée; la pulpe nerveuse est ferme et ne présente à l'intérieur ni caillot sanguin, ni aucun produit morbide. Les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée à café de sérosité limpide; la voûte à trois pilliers et la partie postérieure des parois ventriculaires paraissent avoir un peu moins de consistance que le reste de l'encéphale. Le cervelet présente la même injection que le cerveau; la protubérance annulaire est ferme, mais n'est pas plus injectée que dans l'état normal.

La moelle épinière n'a pas été examinée.

Thorax. Les deux poumons sont libres d'adhérences, ils contiennent une assez grande quantité de sang, mais ne présentent ni ramollissement, ni induration, ni tubercules. Les bronches et les glandes bronchiques sont à l'état sain. Le cœur de volume ordinaire, renferme dans ses cavités une assez grande quantité de sang, en partie liquide et en partie coagulé; ses parois ne sont ni hypertrophiées, ni amincies; ses orifices sont libres.

Abdomen. La muqueuse gastro-intestinale est exempte d'altération; les autres viscères obdominaux contiennent un peu plus de sang que dans l'état normal, mais ne présentent aucune lésion de texture.

La marche de cette affection a été celle d'une violente hémorrhagie cérébrale. Toutefois, lorsque la malade a été soumise à notre observation, nous avons hésité à admettre l'existence d'une hémorrhagie des centres nerveux, affection qui est extrêmement rare à la période de la vie qui nous occupe. Les signes que nous offrit alors cette jeune fille étaient ceux de la compression cérébrale. Cette compression, ainsi que l'examen anatomique l'a démontré, était due à une forte congestion des hémisphères cérébraux. Cette congestion s'observe fréquemment avec des formes et des degrés différens chez les jeunes filles pléthoriques qui sont arrivées à l'époque qui précède la première menstruation.

Du reste, cette affection si grave et si rapidement mortelle n'était pas au-dessus des ressources de l'art. Nous ne doutons pas que si de larges émissions sanguines eussent été pratiquées au moment où la malade fut trouvée dans son lit privée de mouvement, on n'eût fait disparaître ces graves accidens; mais lorsqu'on prescrivit la saignée générale, il était trop tard : trente heures environ s'étaient écoulées depuis l'invasion de la maladie; la malade succomba quelques heures après.

MÉNINGO CÉPHALITE SURVENUE APRÈS LA BRUSQUE DISPARITION D'UNE ANCIENNE AFFECTION HERPÉTIQUE; EMPLOI DES ANTIPHLOGISTIQUES ET DES RÉVULSIFS CUTANÉS; GUÉRISON.

OBS. VII. — Aimée Domergue, âgée de 12 ans, d'un tempérament lymphatique et d'un embonpoint considérable, entre à l'hôpital le 10 juin, dans la division des dartreuses, pour un eczema chronique occupant une partie du cou et des quatre membres, et fournissant une exhalation séreuse assez abondante. On la soumet à l'usage des bains sulfureux. L'affection herpétique diminue sous l'influence de cette médication, et disparaît brusquement le 27, à la suite d'un bain froid prescrit à une choréique et administré par erreur à la malade, qu'on laisse une demi-heure dans la baignoire, malgré ses cris. Dès le lendemain céphalalgie, nausées, inappetence, malaise général, qui persistent trois jours. Dans la nuit du 30 juin au 1er juillet, accès épileptiforme, perte complète de connaissance, contraction sporadique des membres du côté droit, résolution de ceux du côté gauche. On applique des sangsues derrière les oreilles, et les accidens cessent au bout de deux heures environ.

Le 1er juillet, céphalalgie intense occupant le côté droit de la tête; vive sensibilité des yeux à la lumière; trouble de la vision; face rouge, animée; pouls petit, irrégulier; nausées et vomissemens. (Bain de vapeur avec application de compresses froides sur la tête; huit sangsues aux cuisses.) Dans la nuit, nouvel accès epileptiforme analogue au précédent.

Transportée dans la division des maladies aiguës, cette jeune fille nous offre, à la visite du 2, les symptômes suivans : Céphalalgie extrêmement intense occupant la totalite de la tête, et accompagnée d'élancemens douloureux dans les oreilles, qui arrachent des cris à la malade; face légèrement violacée; auxiété et agitation extrêmes; réponses tantôt justes, tantôt incohérentes; éblouissemens et cécité complète par intervalles; dilatation et oscillation des pupilles; engourdissement des membres; sensibilité de la peau un peu moins vive à gauche qu'à droite; respiration accélérée, inégale, suspirieuse par instans (54 inspirations par minute); pouls petit, irrégulier; vomissemens presque continuels; constipation. (Potion de Rivière; une cuillerée de sirop d'éther matin et soir; frictions des membres avec éther acétique; un vésicatoire à chaque cuisse; maniluve et pediluve chauds.) Immédiatement après la visite, somnolence, subdelirium par instans; à 3 heures, retour des convulsions qui persistent pendant un quart d'heure.

Le 3, la malade est dans un état voisin du coma; elle répond par oui et par non aux questions qu'on lui adresse, ne reconnaît point sa mère, ne peut distinguer aucun objet à quelque distance qu'on le place de ses yeux, et par momens éprouve des hallucinations de la vue; elle croit voir des personnes absentes, les montre avec le doigt; la face est toujours violacée, la bouche légèrement déviée à droite, ainsi que la langue; l'engourdissement des membres est plus prononcé à gauche qu'à droite; lorsqu'on interroge la malade sur le siége de son mal, elle porte la main sur le côté droit de la tête. (8 sangsues derrière l'oreille droite; lavement laxatif.) Peu de temps après l'application des sangsues, hémorrhagie de la narine droite.

A cinq heures l'assoupissement cesse : la malade entr'ouvre les yeux, reconnaît sa mère et répond aux questions qu'on lui adresse. Nouvelle épistaxis par la narine droite dans la soirée.

Le 4, l'intelligence est nette, la vue intacte, la céphalalgie a complétement disparu; pas d'engourdissement ni de douleur des membres; simple sentiment de courbature; pouls régulier à 96; respiration à 36; une évacuation abondante à la suite du lavement laxatif administré la veille. La malade réclame des alimens; on lui accorde du lait, et on continue l'application de synapismes sur les membres inférieurs.

Le 5, le mieux se soutient, la céphalalgie n'a point reparu; la malade ne conserve autre chose qu'une légère déviation de la langue à droite, qui disparaît les jours suivans.

Du 6 au 9, pas de nouvel accident; on donne deux bains de vapeur; on applique un cautère au bras, et la malade quitte l'hôpital entièrement guérie.

Dans ce cas, la cause sous l'influence de laquelle se sont développés les accidens cérébraux, a été manifeste. La céphalalgie, les vomissemens et les convulsions qui se sont successivement montrés après la disparition brusque de l'affection herpétique, indiquaient évidemment l'existence d'une phlegmasie des méninges et du cerveau. Les révulsifs cutanés, les émissions sanguines, en ont fait promptement justice. Si une terminaison aussi heureuse s'observe si rarement à l'hôpital des Enfans, c'est que la méningite, chez les sujets qu'on y amène, est presque constamment arrivée à la période de compression. Or, à cette période, tous nos moyens thérapeutiques échouent dans l'immense majorité des cas. Ici nous avons en quelque sorte assisté au développement de la maladie; elle a pris naissance sous nos yeux; la cause était bien manifeste; aussi les indications ont-elles été bien saisies et la terminaison a-t-elle été heureuse.

T. CONSTANT, D.-M. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. LOUYER-WILLERMAY.

La correspondance comprend les trois communications suivantes :

EMPLOI DU GUACO CONTRE LE CHOLÉRA.

Le ministre du commerce annonce à l'Académie qu'ayant invité le préfet de l'Herault à lui faire connaître le résultat des essais tentés avec le guaco dans son département, cet administrateur n'a pu donner des renseignemens que sur les expériences faites à Montpellier. M. Dugès, après avoir employé le guaco dans les hôpitaux de la ville, a déclaré qu'il n'avait pas conçu une haute idée de la puissance de ce médicament. Cette substance a été experimentée sur plusieurs cholériques par les médecins de l'hôpital Saint-Eloi et de l'hôpital général, sans qu'ils en aient retiré aucun résultat avantageux. Enfin M. Dubreuil a ajouté qu'il avait reçu, l'an dernier, deux bouteilles de liqueur de guaco confectionnée au Mexique, et que, la veille même, cette liqueur ayant été administrée à une cholérique, la malade n'en avait pas moins succombé.

CHOLÉRA DE MARSEILLE.

M. ROBERT écrit, en date du 26 août, que les 21, 22 et 23, après trois jours d'orage et de pluies très-abondantes, le choléra a un peu augmenté. Mais le 24, un vent Sud-Est ayant soufflé toute la journée, le ciel étant chargé d'épais nuages et l'air étouffant, il y eut le 25, sur 46 décès, 30 choleriques. Le 26, le vent tourna au Nord-Ouest; il n'y avait à quatre heures que 28 décès, dont 15 par le choléra.

CURE RADICALE DES HERNIES, par M. GERDY.

M. Gerdy annonce qu'il a amené un malade opéré et guéri de la hernie par la méthode de l'*invagination*. Ce malade est dans la salle d'attente, où tout le monde peut le voir.

Nous avons examiné cet homme, qui est jeune et d'une complexion assez robuste. La hernie était inguinale du côté droit, peu ancienne, et l'anneau peu dilaté. Il n'en existe aujourd'hui aucune trace; l'anneau même ne peut être découvert, pas plus que le noyau de tégumens qui le bouche et qui semblerait devoir laisser une tumeur appréciable au toucher. On voit seulement au-dessus de l'anneau une espèce d'arc de cercle formé par les cicatrices des sutures; et à la racine du scrotum de ce côté, là même où la peau a été invaginée, un petit gonflement dur et rougeâtre, dont la pression cause quelque douleur au malade. Quelques membres témoignent l'appréhension que la marche n'y détermine quelque ulcération. Le malade, debout, tousse avec force sans que la moindre impulsion

à l'endroit de l'anneau donne lieu de craindre une récidive. Il est opéré depuis six semaines.

Voici quelques détails nouveaux sur cette opération qui ne nous paraît pas avoir été généralement bien comprise, sans doute parce qu'elle n'était pas assez clairement décrite dans la lettre adressée par M. Gerdy aux deux Académies, et que nous avons reproduite en son temps; mais nous tenons ce qui va suivre de M. Gerdy lui-même.

C'est avec l'indicateur gauche, dont la pulpe est tournée en avant, qu'il pousse dans l'anneau la peau de la racine du scrotum, et en détermine, pour nous servir de son expression, l'invagination. Le doigt demeure dans le cul-de-sac formé par cette portion de peau, et l'applique autant que possible contre la paroi externe du canal inguinal. Sur la pulpe du doigt l'opérateur fait glisser une aiguille courbe armée d'un fil double, avec laquelle il traverse, de dedans en dehors, la peau invaginée et les parties molles qui la recouvrent, en sorte que l'aiguille sort à l'extérieur, à quelques lignes au-dessus du niveau de l'anneau. Le fil passé, on retire l'aiguille, on l'enfile à l'autre bout du fil, et on passe cet autre bout, de même que le précédent, à quelques lignes de distance, de façon que, les deux bouts sortant à l'extérieur, le fond du cul-de-sac cutané soit retenu dans l'anneau et suspendu par l'anse qu'ils y forment. On dédouble alors chaque extrémité du fil, et on l'arrête sur un rouleau de diachylon, comme dans la suture enchevillée. Cette première anse retient le centre du cul-de-sac cutané; on en passe une seconde du côté externe, une troisième du côté interne, en sorte qu'il y a en tout trois anses dont les six chefs sont serrés sur six chevilles à l'extérieur. Puis on enflamme le cul-de-sac cutané avec l'ammoniaque, et on attend son oblitération.

Dans tous les cas, dit M. Gerdy, il arrive un phlegmon qui embrasse les parties comprises entre les six piqûres et même les parties ambiantes. Ce phlegmon se termine par suppuration; mais le pus se vide par les piqûres, et ne nuit en rien au succès du procédé. Quand l'adhésion est complète, on coupe les fils et on les retire. Comme dans cette sorte de suture ils ne forment qu'une anse ou un demi-cercle, ils n'ont pas cette tendance à couper les parties qu'ils embrassent que l'on remarque dans la suture entrecoupée, où ils forment des cercles complets.

Voilà sept fois que M. Gerdy tente son opération. Sur des hernies récentes et où l'anneau était peu dilaté, elle a toujours réussi; sur des hernies volumineuses et avec dilatation notable de l'anneau, elle a constamment échoué, et l'auteur la regarde désormais comme inutile. On pourrait croire que l'aiguille et les fils doivent traverser au moins la partie antérieure du sac herniaire constitué par le péritoine; M. Gerdy affirme le contraire. Le doigt qui refoule la peau tient en même temps celle-ci écartée du sac; et comme la pulpe du doigt sert de conducteur à l'aiguille, il est impossible que le sac soit intéressé. Il ajoute d'ailleurs qu'il a essayé, sur un cadavre atteint d'une hernie crurale, de traverser le péritoine avec l'aiguille, en portant la pointe de l'instrument beaucoup plus en arrière qu'il ne fait sur le vivant; et la dissection a fait voir que le péritoine n'avait pas été atteint.

L'ordre du jour est la suite de la discussion du rapport de M. Villeneuve. Nous allons donner ici l'analyse de ce rapport avec l'ensemble de la discussion.

RAPPORT DE LA COMMISSION NOMMÉE PAR L'ACADÉMIE POUR LUI PROPOSER LES MOYENS DE RÉPRESSION A EMPLOYER DANS LES CAS D'ANNONCES QUELCONQUES OU L'APPROBATION DE LA COMPAGNIE SE TROUVE USURPÉE.

Depuis long-temps on s'étonnait de l'audace de certains charlatans à présenter au public leurs prétendues inventions comme sanctionnées par l'approbation de l'Académie, et en même temps de l'indifférence de la compagnie en présence de telles impostures. Enfin, dans la séance du 17 février dernier, à l'occasion d'une de ces approbations supposées prise par un sieur Hossard, et signalée par MM. J. Cloquet, François et Londibert, l'Académie nomma une commission pour rechercher les mesures à prendre contre un pareil abus.

Les charlatans qui font métier de pareilles annonces n'ont pas tous la même audace: les uns se contentent de dire de leurs remèdes qu'ils ont été *présentés à l'Académie*; d'autres mettent: *approuvé par l'autorité* ou *par l'Académie*, sans dire laquelle; d'autres enfin impriment hardiment: *approuvé par l'Académie royale de médecine*.

Les deux premières formules sont des faux-fuyans inventés pour échapper à l'accusation d'imposture, mais qui n'en abusent pas moins le public peu au courant des formes et des expressions académiques. La commission signale un autre genre de réticences fort communes parmi les inventeurs de remèdes secrets. Quand le rapport leur a été défavorable, ils tâchent d'en extraire quelques phrases insignifiantes, telles que celle-ci: *Le remède dont il est question ne contient que des substances connues et usitées en médecine*; ou bien: *se compose de substances qui n'ont rien de nuisible*, etc., etc. Aussitôt une annonce pompeuse est lancée dans le public, et souvent même adressée à chacun de nous. Heureuse encore l'Académie s'il n'est pas ajouté dans cette annonce que, dans un enthousiasme général, la compagnie a voté à l'unanimité des remercîmens à l'inventeur de cette précieuse découverte. Enfin celles où on annonce l'approbation de l'Académie de médecine ne sont pas les moins nombreuses. Le *Paraguay-Roux*, la *Médecine électro pathique*, se vantent dans tous les journaux, depuis *le Corsaire* jusqu'au *Constitutionnel*, d'une approbation qui ne leur fut jamais donnée.

Tout le monde a senti l'urgence de faire cesser un pareil état de choses. L'Académie se doit à elle-même de faire respecter sa dignité; mais aussi chacun de ses membres doit tenir la sienne, et ne pas la commettre en donnant à ces inventeurs de remèdes des louanges qu'ils ne manquent pas de publier. Cette réserve doit être surtout sévèrement obligatoire pour ceux qui par leur position sont appelés à faire connaître officiellement les décisions de l'Académie, dussent-ils faire violence à l'obligeance de leur caractère; ils doivent savoir non-seulement refuser toute espèce d'approbation, mais encore éviter toute correspondance, dont le charlatanisme sait si bien se prévaloir pour abuser le public; ce qui, assure-t-on, est déjà arrivé. (On rit.)

Un des premiers soins de la commission a été de rechercher s'il existait dans le Code pénal actuel un article directement applicable à ce genre de faux. Le Code pénal ayant été trouvé muet, un des membres de la commission a interrogé les premiers magistrats du parquet, qui lui ont assuré que dans l'ancienne législation, pas plus que dans la nouvelle, il n'existait de pénalité applicable à l'espèce de délit qu'on leur signalait. Il ne reste donc à l'Académie que le droit commun, *la publicité*, pour démentir les faussetés qu'on lui attribue. La commission propose donc d'adopter les résolutions suivantes:

1° Il sera demandé, dans le projet d'organisation médicale que l'Académie doit présenter au gouvernement un article de pénalité contre tout individu qui usurperait d'une manière quelconque l'approbation de la compagnie.

2° L'Académie fera immédiatement insérer dans le *Moniteur*, comme seul authentique, la liste des médicamens, inventions ou procédés auxquels elle a déjà donné son approbation; et à l'avenir, seront publiées officiellement par la même voie les nouvelles approbations qu'elle accordera.

3° En attendant l'existence de la pénalité demandée dans l'article 1er, toutes les fois que l'approbation ou la sanction de l'Académie aura été usurpée dans une annonce et d'une manière quelconque, le conseil d'administration devra, si l'annonce est dans un journal, faire insérer dans la même feuille un démenti formel à l'assertion reconnue fausse. Si l'annonce existe dans une brochure, un prospectus, etc., le démenti sera inséré dans le *Moniteur*, et dans l'un ou l'autre cas, publié dans les divers journaux de médecine.

4° Les différens membres de la compagnie seront invités à ne donner individuellement aucune approbation, aucun certificat, aucune attestation, etc., aux auteurs, inventeurs, possesseurs de méthodes de traitement, de médicamens, de procédés ou d'inventions quelconques rentrant dans les attributions de l'Académie.

Ont signé: PLANCHE, MARC, EMERY, ADELON; VILLENEUVE, *rapporteur*.

M. NACQUART, plus chatouilleux, dit-il, que qui que ce soit sur ce qui touche sa susceptibilité personnelle et l'honneur de l'Académie, s'élève contre la facilité avec laquelle les membres de la compagnie et l'Académie elle-même se laissent aller à l'approbation. Il réprouve donc la deuxième conclusion, qui forcerait de publier trop de hontes académiques, et termine en pensant que la sévérité, la circonspection, le vague et l'oubli doivent seuls faire justice de l'abus qu'on signale, puisque l'Académie éprouverait trop de déboire à ne pas passer l'éponge sur le passé.

MM. Emery, Dupuy et Marc soutiennent la deuxième conclusion du rapport. M. Marc cite trois ou quatre remèdes approuvés par l'Académie et proposés au gouvernement. Il affirme que ce sont les seuls, et ne voit rien de honteux à publier le passé.

M. EMERY soutient le fond du rapport et sa forme; il veut qu'on réagisse contre le faux et l'absurde, et cite entre autres exemples la pommade de M. Campoin, les malades qu'elle ne guérit pas, les incurables qu'elle dupe (il s'est servi du mot le moins dur): il se prononcerait pour la non-rétroactivité, mais il prétend qu'on peut justifier le passé. Il rappelle avec quelle circonspection on a expérimenté sur le remède de M. Olivier.

M. NACQUART, à propos de la première conclusion, veut qu'on exprime seulement le regret qu'une pénalité n'existe pas, et qu'on renvoie cette conclusion à la commission de l'organisation médicale.

Après ces observations la première conclusion est adoptée.

C'est sur la seconde conclusion qu'on avait à reprendre la discussion dans la séance actuelle.

M. CORNAC. Je suis surpris que la commission n'ait pas saisi cette occasion de démasquer les divers genres de charlatanisme à l'aide desquels on abuse le public. Outre les remèdes qu'on présente à l'Académie et qu'elle désapprouve, il y a une foule de découvertes de même force qui se présentent sous la protection d'un brevet d'invention. Ainsi j'ai compulsé le *Bulletin des lois* depuis 1830; et j'y ai trouvé des brevets décernés pour des *bandages*, des *pessaires*, des *seringues*, des *instrumens de lithotritie*; pour des *pommades à guérir les cors aux pieds* (on rit), des *pois à cautère* (on rit sur plusieurs bancs), des *corsets pour la taille*; pour diverses pâtes ou fécules, le *racahout*, le *caïffa*, le *pain de fécule de pomme de terre*; pour *un appareil respiratoire universel* (oh! oh!), une *eau qui fait pousser la chevelure* (on rit); pour une *double ceinture gastrique carminative* (on rit), des *brosses électriques*, un *électro-moteur qui doit faire disparaître la migraine*, etc., etc.; et pour m'en tenir aux brevets d'invention accordés à des pharmaciens, il y en a pour le *sirop d'asperges*, pour la *pâte de Regnauld*, pour la *pâte de réglisse*, pour la *kinine préparée sans alcool*, pour des *tablettes anticatarrhales*; enfin pour couronner dignement cette liste, le gouvernement a accordé un brevet d'invention pour un *baume propre à rajeunir!* (Rire général.) Il faut signaler au gouvernement les abus qui résultent d'une telle condescendance. Du reste, le mal est trop grand pour espérer même de le pallier avec les moyens indiqués par la commission; et quant à présent nous ne pouvons qu'en gémir. Mais cela fait sentir le besoin de mettre un frein efficace à l'avenir à ce débordement de charlatanisme; et je propose de renvoyer cette question à la commission chargée du projet de réorganisation.

M. MARC. M. Cornac a oublié que la commission actuelle était chargée de trouver des moyens d'empêcher qu'on n'abusât du nom de l'Académie, et non de s'opposer à toutes les espèces de charlatans. Pour cet abus des brevets d'invention, la loi est là; elle permet d'en accorder pour des machines, mais non pour des remèdes secrets; et l'administration a été contre la loi et contre ses devoirs en en accordant de cette sorte. On sait ce que c'est d'ailleurs que ces brevets; vous inventeriez une nouvelle manière de vous moucher que vous pourriez en avoir un. (On rit. — UNE VOIX: Il ne serait pas même besoin qu'elle fût nouvelle!)

M. CHEVALLIER demande que M. Cornac raye de sa liste la kinine préparée sans alcool. L'auteur, M. Thiboumery, est un homme très honorable; son nouveau procédé pour obtenir la kinine est une découverte industrielle d'une haute importance; il ne faut pas le confondre avec des charlatans. (M. Cornac: Il est rayé.)

M. FRANÇOIS s'étonne qu'on ne puisse poursuivre les charlatans qui abusent du nom de l'Académie. C'est un faux comme un autre, et qui doit être prévu par la loi.

M. BOULAY. La discussion me paraît s'écarter beaucoup du point où elle était arrivée dans la dernière séance; tout le monde était à peu près d'accord pour admettre que l'insertion au *Moniteur* des remèdes approuvés par l'Académie n'aurait lieu qu'à l'avenir. Je reprends cette proposition.

M. Villeneuve pense que l'Académie ne doit pas reculer devant la publicité donnée à ses décisions, pas plus pour le passé que pour l'avenir; d'ailleurs, c'est un moyen de faire faire au charlatanisme lui-même sa propre police; ainsi ceux qui n'ont pas eu l'approbation de l'Académie ne permettent à aucun autre l'usurpation d'un pareil titre.

M. Nacquart. Il y a des raisons puissantes pour ne pas revenir sur le passé; ce serait une nouvelle sanction donnée par l'Académie à des remèdes qu'elle a déjà malheureusement approuvés.

M. Castel. Nous cherchons bien loin un moyen que nous avons sous la main. L'approbation de l'Académie est une propriété qu'elle a droit de défendre. Quand on prétend l'avoir obtenue, faites insérer dans le même journal que cela n'est pas. Si on dit seulement que tel remède vous a été présenté, publiez le lendemain que vous l'avez désapprouvé. Après deux ou trois rectifications de ce genre, soyez sûrs qu'on ne s'y exposera plus.

M. Villeneuve. Cela est prévu par l'art. 3.

M. Nacquart. Puisque l'on *s'enfonce* dans la discussion (rire général), permettez-moi d'ajouter une observation. Il y a beaucoup de charlatans qui croient avoir l'approbation de l'Académie quand ils ont celle d'une vingtaine d'académiciens.

On demande la mise aux voix de l'amendement de M. Nacquart, qui consiste à laisser le passé dans l'oubli. Quelques mains se lèvent pour, un plus petit nombre contre; la plus grande partie des membres ne votent pas. M. le président déclare qu'il est adopté; aussitôt de nombreuses réclamations s'élèvent; M. Villeneuve réclame la priorité de la mise aux voix pour l'article de la commission.

Plusieurs voix. La priorité est aux amendemens; d'ailleurs c'est voté!

M. Double. La priorité est à un amendement tant que celui-ci ne forme pas un article tout nouveau qui détruit celui de la commission; alors ce n'est plus un amendement, mais un nouveau projet, et c'est celui de la commission sur lequel on doit voter d'abord.

M. Villeneuve relit l'article. M. Nacquart demande alors qu'on en retranche le premier paragraphe, qui a rapport aux approbations déjà données.

M. Pariset. Mais si vous ne commencez que d'aujourd'hui à insérer vos approbations dans le *Moniteur*, les charlatans auront la ressource de dire que leur approbation est antérieure. D'ailleurs il n'y a pas tant de remèdes approuvés; à peine si on en compte trois ou quatre.

M. Double. La question est très grave, et j'avoue que mon opinion n'est pas suffisamment arrêtée. D'une part je vois un immense avantage pour l'Académie à déclarer que depuis sa fondation elle n'a accordé que trois ou quatre approbations de ce genre; d'autre part il n'est pas sans inconvénient de donner ainsi, comme on l'a dit, une sanction nouvelle à des remèdes peut-être trop légèrement approuvés. Mais en définitive l'inconvénient est peu de chose, l'avantage est immense. Je crois donc qu'il faut renvoyer l'article à la commission, pour qu'elle le modifie en ce sens. (Appuyé!)

M. Villeneuve. Mais il n'y a rien à modifier; l'article est tout-à-fait dans le sens indiqué par M. Double.

M. Velpeau. Messieurs, avant tout, je me demande quelle sera réellement l'utilité de ces insertions. Vous publierez que trois ou quatre remèdes ont eu votre approbation; cela empêchera-t-il les autres de dire qu'ils l'ont eue? Il n'y a qu'un moyen de parer à ces abus, c'est de repousser en masse et presque sans exception tous ces remèdes qu'on vous présente pour se servir ensuite de votre nom; et je suis véritablement affligé de voir l'Académie perdre un temps précieux à entendre les rapports qu'on lui fait sur ces remèdes.

M. Villeneuve. La réponse à ces observations se trouve dans l'art. 3.

M. Double. Il résulte de la discussion que tout moyen répressif nous manque; c'est perdre le temps que d'aller plus loin. Je crois qu'il faut ajourner ceci jusqu'à la présentation du projet de loi sur l'organisation médicale; alors vous aurez un article de loi qui prohibera tout remède secret.

M. Nacquart. Je propose alors le renvoi du rapport de M. Villeneuve à la commission du projet de réorganisation médicale. (Appuyé.)

M. Villeneuve. Je demande cependant une exception pour le dernier article; c'est un article de famille et qui peut être adopté dès aujourd'hui.

M. Double. J'appuie cet article de toutes mes forces, et je demande qu'il soit adopté séance tenante. Pour les caractères faibles, qui ne savent pas affliger en refusant, et je suis peut-être du nombre (on rit), ce sera un motif de refus à la fois très-naturel et très-poli lorsqu'on viendra près de nous quêter des approbations. (Appuyé!)

M. Villeneuve relit l'article; M. Nacquart propose de dire que *les membres de l'Académie s'engagent*. (Appuyé!) L'article ainsi amendé est adopté.

M. Cornac. Je désirerais aussi que M. le secrétaire perpétuel fût prié de ne point accuser réception de semblables remèdes adressés à l'Académie; on s'est prévalu plus d'une fois de quelques expressions polies de sa plume obligeante comme d'une approbation. (On rit.)

— M. Carus qui assiste à cette séance, communique à l'Académie deux dessins pris sur nature, concernant une grossesse utérine interstitielle. Nous rendrons compte dans le prochain numéro de la discussion élevée à ce sujet.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES SECOURS A DONNER AUX ASPHYXIÉS, par C.-C.-H. Marc, D.-M., médecin du roi, membre du conseil supérieur de santé, directeur des secours aux noyés et asphyxiés, etc.

Si nous recevons avec une vive reconnaissance tous les travaux qui ont pour objet des recherches nouvelles qui ajoutent des faits nouveaux aux faits déjà connus, et étendent le domaine de la science, nous ne devons pas accueillir avec moins de faveur les ouvrages destinés à nous faire connaître tout ce qui a été fait ou proposé d'utile sur un point spécial, et où l'auteur, s'oubliant le plus souvent lui-même, se borne à rapporter les travaux des autres, à les discuter et à faire connaître leur valeur? Que deviendraient les plus belles découvertes, les plus utiles travaux s'ils n'étaient mis en évidence et coordonnés avec les autres faits scientifiques? Il est quelques sujets qui demandent à être revus de temps en temps pour recevoir les améliorations que chaque jour amène dans l'état de nos connaissances. Tel est par exemple le sujet du livre de M. le docteur Marc. Bien qu'aucune découverte d'une haute importance n'ait été faite sur ce point de physiologie depuis quelques années; cependant diverses recherches spéciales ont ajouté aux connaissances déjà acquises et aucun des ouvrages qui existent maintenant sur ce sujet ne représentait exactement l'état actuel des connaissances. Le travail de M. Marc n'est point seulement un de ces écrits populaires destinés à répandre parmi les masses des connaissances toujours très-superficielles, mais qui trouvent des applications fréquentes, c'est encore un travail scientifique où toutes les questions qui se rattachent au sujet et conduisent à des applications curatives sont soumises à un examen scientifique, approfondi et impartial. Pour arriver à cet examen M. Marc a puisé à une variété de sources considérables et emprunté aux auteurs anglais, français et allemands tout ce qui a pu jeter quelque lumière sur le sujet dont il s'occupe.

S'il est important de rappeler un asphyxé à l'existence et d'indiquer les moyens propres à opérer cette espèce de résurrection, il n'est pas moins utile de prévenir les accidens par de bonnes lois sanitaires, par l'achat et l'entretien des moyens de secours et de sauvetage, par l'organisation de sociétés de secours et par la publication opportune de documens populaires sur les premiers soins à administrer. Tels sont les sujets des quatre parties que comprend l'ouvrage de M. Marc.

Dans la première il expose les moyens de prévenir le danger d'être asphyxié, et de retirer promptement du milieu asphyxiant les personnes qui s'y trouvent plongées, et donne une description souvent détaillée des divers appareils destinés à prévenir cet accident. Aussi nous trouvons dans les premières pages la description de l'appareil aussi simple qu'ingénieux que vient d'inventer M. le colonel Paulin, commandant du corps des pompiers de la ville de Paris. L'auteur dit avoir assisté à une expérience faite avec cet appareil, et avoir reconnu qu'il remplit parfaitement les conditions qu'on en attendait. « Un sapeur-pompier, dit-il, qui en était revêtu, est descendu dans un caveau où l'on avait mis le feu à un amas considérable de paille sèche et mouillée, de fagots, de résine et de soufre. Le sapeur y est resté le temps nécessaire pour éteindre l'incendie, et n'en ressortit qu'après vingt minutes de séjour, sans offrir d'autre changement physique qu'une forte accélération du pouls (130 par minutes), accélération facile à expliquer par l'élévation extraordinaire de la chaleur dans le souterrain. » Mais l'un des plus grands avantages de cet appareil, c'est de pouvoir être appliqué avec plus de facilité encore à tout autre milieu asphyxiant, dans les cas où il n'y a pas d'incendie; car alors le secouriste ne sera pas incommodé par l'extrême élévation de la température qui agit au moins sur les parties du corps non garanties par l'appareil. Aussi nous ne pouvons que nous associer au désir exprimé ici par M. Marc, que tous les entrepreneurs de travaux de vidange et de curage soient munis d'un semblable appareil.

Le philantrope doit aussi chercher à diminuer le nombre chaque jour plus considérable des accidens qui arrivent sur mer. Lorsqu'on consulte les calculs qui ont été faits de la perte d'hommes occasionée annuellement par les naufrages, on est conduit à des résultats effrayans. Aussi aurait-on le droit d'être étonné du peu d'intérêt que l'on a attaché chez nous à la recherche des moyens propres à diminuer le nombre des victimes, jusqu'à ce que l'effrayante et douloureuse catastrophe arrivée dernièrement en face d'un de nos ports de mer, le naufrage de *l'Haabet-Anker*, eût vivement fixé l'attention. Et cependant chez nos voisins, les Anglais, qui attachent un si haut prix à la vie du marin, les bateaux de sauvetage sont employés depuis déjà plus de 30 ans. C'est sur le modèle du plus parfait de ces bateaux qu'a été construit celui dont le gouvernement a fait don dernièrement au port de Boulogne. M. Marc entre dans des détails pleins d'intérêt sur la construction de ce bateau, sur la manière de le diriger, et sur les expériences auxquelles il a été soumis dans le port dont nous venons de parler. Après avoir indiqué tous les moyens employés pour retirer les naufragés de l'eau ou aller à la recherche de leur corps sous l'eau, et avoir noté en passant une foule d'appareils la plupart inconnus, mais dont plusieurs pourraient être d'une grande utilité, et parmi lesquels nous distinguons la drague et autres appareils inventés par Miller, les scaphandres, qui devraient être beaucoup plus fréquemment employés qu'ils ne le sont aujourd'hui, le bateau traineur de Ritzler pour porter

secours aux individus tombés sous la glace, et une foule d'autres appareils analogues, l'auteur passe à la seconde partie, dans laquelle il recherche quels sont les secours médicaux qu'il convient d'administrer aux asphyxiés.

Sans examiner quelle est la cause de la mort chez l'asphyxié, M. Mare suppose comme constant que l'asphyxie par submersion s'accompagne de la cessation de trois fonctions essentielles, savoir, la respiration, la circulation et la calorification. C'est donc vers le rétablissement de ces trois fonctions que doivent se diriger les efforts de celui qui est appelé à donner des secours à un noyé. Les moyens employés pour obtenir ce résultat sont étudiés séparément dans autant de chapitres; mais comme le rétablissement de la respiration entraîne nécessairement celui de la circulation et de la chaleur, c'est vers ce point que se dirige spécialement l'attention de l'auteur, et parmi les moyens indiqués, le premier qui se présente, le plus naturel et le plus facile, c'est l'insufflation faite soit de bouche à bouche, soit au moyen d'une canule ou d'un tube. L'auteur examine à cette occasion et en passant plusieurs questions qui ne sont pas dépourvues d'intérêt. Ainsi, on a soutenu long temps que dans la mort par submersion l'eau n'était pas entraînée dans les voies de la respiration; mais M. Mare, adoptant l'opinion du docteur Albert, pense que l'on ne peut nier que l'eau ne pénètre dans les bronches, et il en trouve la preuve dans les expériences faites sur les animaux par plusieurs physiologistes, qui, ayant fait périr des chiens dans de l'eau colorée, ont retrouvé la même couleur à l'intérieur des bronches et dans la présence des graviers et du sable, que l'on trouve assez fréquemment dans les bronches des sujets qui se sont noyés dans des eaux courantes.

Dans ces derniers temps, on avait blâmé l'emploi de l'insufflation des poumons dans le cas d'asphyxie comme devant être plutôt nuisible qu'utile dans le plus grand nombre des cas. On avait même été jusqu'à attribuer à l'insufflation une diminution dans le nombre des noyés rappelés à la vie depuis que l'on a adopté ce moyen. Pia, avait-on dit, obtenait le retour à la vie des huit neuvièmes des noyés, tandis que de nos jours, malgré les progrès des sciences médico-chimiques et les ouvrages les plus récens, on ne sauve plus que les sept neuvièmes ou les deux tiers de ceux auxquels on administre des secours, et l'on n'hésitait pas à attribuer ce défaut de succès à l'insufflation de l'air dans la poitrine. Cette doctrine fut approuvée par les commissaires de l'Académie des sciences; des expériences furent faites sur les animaux, sur le cadavre, et l'on trouva à la suite de l'insufflation forcée de larges déchirures dans le tissu des poumons. M. Marc ne prend pas la défense de l'insufflation forcée; bien plus, il en repousse l'emploi par d'autres motifs; mais il n'admet pas que le nombre des sujets arrachés à la mort soit réellement moindre que du temps de l'échevin Pia, fondateur et directeur des établissemens de secours, et signale la cause de l'erreur commise ici en faveur des moyens employés dans le dix-huitième siècle. Dans le calcul des succès obtenus par Pia, de 1772 à 1778, il n'est question que des submergés chez lesquels les secours étaient praticables, et dans ce nombre sont également compris les individus retirés de l'eau avant que l'asphyxie par submersion eût eu lieu, tandis que le chiffre des noyés retirés de l'eau depuis 1821 jusqu'à 1826 comprend non-seulement ceux chez lesquels les secours étaient praticables, mais encore ceux qui ont séjourné plusieurs jours, plusieurs mois même dans l'eau. Au reste, lors même que la différence indiquée serait réelle, il ne faudrait pas encore accuser l'insufflation; car elle est rarement pratiquée, tandis que déjà elle l'était du temps de Pia. L'auteur fait en outre remarquer que diverses circonstances qui n'existaient pas ou qui n'agissaient pas du temps de Pia au même degré qu'aujourd'hui, rendent les succès des secours plus difficiles. Ainsi, l'accroissement du commerce de la capitale, l'augmentation du nombre des bateaux qui recouvrent la rivière, l'établissement du canal de la Villette et surtout cette fureur pour le suicide qui va toujours en augmentant, sont des conditions très-défavorables pour l'époque actuelle.

L'insufflation est rarement employée et même l'auteur, après avoir rapporté les expériences de M. Albert, croit qu'elle doit être entièrement bannie du nombre des secours que l'on administre aux noyés, non parce que l'air infiltré déchirerait les cellules pulmonaires ou nuirait à l'hématose par son méphytisme, mais parce que, pendant le procédé de l'insufflation, l'épiglotte étant abaissée par la colonne d'air, cette colonne ne peut par conséquent pénétrer dans les poumons. Il n'importe donc pas tant d'insuffler de l'air que d'exciter les poumons et de les rendre impressionnables à l'action de l'air atmosphérique, et c'est plutôt par l'expiration artificielle que par l'inspiration qu'il sera possible d'atteindre ce but. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter même sommairement quelques-unes des nombreuses et intéressantes expériences faites par M. Marc lui-même, pour connaître le meilleur procédé opératoire à suivre, et constater les inconvéniens et les avantages de l'insufflation et de l'aspiration; mais ces expériences et les conclusions que l'auteur en a tirées ne peuvent être lues que dans l'ouvrage lui-même, et nous sommes obligé de les passer sous silence, ainsi que tout ce qu'il dit des mouvemens imprimés au thorax et de l'emploi du galvanisme et de l'électricité.

Nous nous arrêterons quelques instans sur l'emploi de la saignée chez les asphyxiés, car ce point, assez généralement mal connu, a occupé spécialement l'attention du savant auteur, qui pense que l'on ne doit jamais pratiquer le saignée au commencement d'une asphyxie. L'on ne peut, dit-il, y avoir recours que dans les cas où, chez un sujet jeune, vigoureux, la respiration, la circulation et la chaleur étant complètement rétablies, les symptômes d'un congestion cérébrale commenceraient ou continueraient à se manifester. On ne saurait croire combien sont funestes les résultats de l'habitude où sont même beaucoup d'hommes de l'art de pratiquer la saignée générale chez tous les sujets chez lesquels ils peuvent soupçonner ou l'asphyxie, ou une menace d'apoplexie. L'ouvrage de M. Marc contient plusieurs exemples de cas de funestes erreurs, il préfère l'emploi de quelques sangsues ventousées derrière les oreilles.

Nous n'indiquerons pas tous les moyens employés pour ranimer la chaleur chez les asphyxiés: il suffit de se reporter à quelques années en arrière, et de se rappeler tous ceux qui ont été ou inventés ou retrouvés à l'occasion du choléra.

Parmi tous les moyens stimulans employés pour réveiller les propriétés vitales chez les asphyxiés, il n'en est pas qui ait été le sujet d'autant de discussions que les lavemens de fumée de tabac. Pendant plus d'un demi-siècle ils ont été considérés partout comme le moyen le plus efficace, comme un moyen presque exclusif de rappeler les noyés à la vie, sans qu'on eût songé à porter la moindre atteinte à l'extrême confiance que jusque là ils avaient inspirée. Mais à une époque récente, plusieurs médecins se fondant plutôt sur des opinions théoriques que pratiques, ont non seulement contesté leur utilité, mais les ont même signalés comme nuisibles, et ont en conséquence conclu à ce qu'on les écartât du nombre des moyens à employer pour ranimer les asphyxiés. Après une discussion animée et dans laquelle l'auteur cite une foule de faits en faveur de l'emploi de ces lavemens, il termine en rappelant que, bien qu'il soit impossible de démontrer leur efficacité d'une manière évidente, cependant on ne peut les bannir du nombre des secours à administrer aux asphyxiés; car, de tous les cas où ils ont été employés, il n'en est pas un seul où ils aient eu un effet fâcheux.

Le galvanisme est trop rarement employé non-seulement dans les cas d'asphyxie par submersion, mais aussi dans tous les autres modes d'asphyxie. De tous les moyens opposés à cet accident, celui-là serait peut-être le plus énergique et le plus fructueux, s'il pouvait l'être à temps.

Dans un ouvrage de la nature de celui de M. Mare, on devait s'attendre à trouver des indications pour tous les cas d'asphyxie; c'est aussi ce que nous y observons dans une série d'articles spéciaux destinés à indiquer l'ordre dans lequel on doit employer les secours médicaux dans les différentes espèces d'asphyxie. Ces articles, comme au reste toutes les autres parties du volume, n'ont rapport qu'à la pratique. L'application pratique, l'indication des moyens à employer pour secourir les malheureux asphyxiés, tel paraît avoir été le but unique de l'auteur; et nous pouvons dire qu'il l'a rempli avec tout le succès qu'on avait le droit d'attendre de ses lumières et de ses études spéciales. Il eût sans doute été facile à M. Marc, en plaçant en tête de son ouvrage quelques discussions physiologiques sur l'asphyxie, et même quelques détails anatomiques, d'en faire deux ou trois volumes; mais quelque avantage que le lecteur eût pu en retirer, la circulation de l'ouvrage eût été diminuée; il serait arrivé dans un moins grand nombre de mains, et le but de l'auteur philantrope n'aurait pas été atteint; tandis que tel qu'il est, il trouvera place non-seulement dans toutes les bibliothèques, mais encore dans les mains de tous ceux qui desirent connaître les moyens que l'on doit employer dans ces accidens qui se présentent presque toujours inopinément, et où le moindre retard peut être cause de l'insuccès de tous les efforts.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 37. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonoement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre.—On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

CHOLÉRA-MORBUS.

Note sur le choléra épidémique, par Alexandre Thomson, docteur-médecin du collége de Saint-Jean de l'université de Cambridge, etc.; lue à l'Académie de médecine dans la séance du 29 août 1835.

Ayant fait des recherches sur le choléra épidémique dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Pitié, dans le mois d'avril 1832, et plus tard dans les provinces, je crois qu'il est de mon devoir de vous en communiquer les résultats. Je tâcherai d'être aussi bref que possible. L'obligeance de M. Velpeau m'avait mis à portée d'examiner tous les sujets cholériques morts dans son service, ce que j'ai fait avec le plus grand soin, en présence des commissaires nommés pour le choléra, envoyés de Marseille, d'Espagne et de la Belgique, de telle sorte que les résultats que j'offrirai sur les apparences cadavériques sont d'une certaine valeur. Dix de ces observations ont été recueillies avec le soin le plus scrupuleux avant et après la mort. Tous ces malades sont morts dans la période bleue. C'est donc de ces dix cas seulement que je tire mes conclusions, quoique les conclusions se trouvent appuyées par toutes les autopsies que j'ai faites et que j'ai vu faire.

ÉTAT CADAVÉRIQUE.

1° Fluidité ou semi-fluidité, et coloration en noir du sang de tout le corps, soit dans les artères, soit dans les veines.

2° Égale quantité de sang dans les veines et les artères de toutes les parties du corps, sauf dans la cavité du crâne et dans le canal rachidien.

3° Injection de sang noirâtre ou violet dans les petits vaisseaux, qui ordinairement ne charrient que la partie blanche du sang, et qui se

Feuilleton.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Monsieur,

J'ignore tout-à fait votre opinion sur le magnétisme animal; mais ce que je sais, c'est que vous recherchez la vérité. Permettez-moi donc de vous faire connaître le résultat de quelques expériences que j'ai entreprises sur ce sujet.

Il faut vous prévenir d'abord que je n'ai ni la prétention ni les moyens d'engager une discussion sur l'ensemble des faits qui fondent la doctrine du magnétisme. M. Rostan l'a dit avec raison : en semblable matière les raisonnemens ne sont rien, l'expérience est tout. Seulement, comme il a poussé la générosité jusqu'à engager lui-même ses lecteurs à ne pas le croire sur parole, je vous l'avoue, j'ai suivi son conseil : je n'ai pas cru.

Je n'ai pas cru, mais j'ai essayé de croire; j'ai humilié ma petite raison devant l'étrangeté des faits, et non-seulement je n'ai pas imité l'orgueil des médecins qui dédaignent même de tourner la tête pour les voir, mais je les ai cherchés; j'ai essayé de les produire; je me suis fait magnétiseur.

Dans mes recherches, j'ai eu la main heureuse; car je suis tombé tout d'abord sur une ancienne connaissance du malheureux Georget, l'ardent défenseur de la doctrine.

S'il vivait encore, il se rappellerait sans peine deux jeunes filles de l'année 1821 ou 22, deux enfans de la Salpêtrière. L'une était la pauvre Pétronille, somnambule favorite de M. Rostan, et dont il parle dans son article du dictionnaire en vingt-un volumes, fille de beaucoup d'esprit, m'a-t-on dit, qui voyait admirablement l'heure par la nuque, et qui, après avoir illustré de son nom l'histoire du somnambulisme, est allée mourir inglorieusement dans je ne sais quel hôpital de Paris. L'autre, son amie, s'appelait Manoury, dite Braquette; depuis, elle s'est mariée à un homme qui n'avait pas peur des sorcières, et s'appelle aujourd'hui veuve Brouillard. Celle-là était entre les mains de Georget et de plusieurs autres médecins; elle avait alors quelque trente ans, une intelligence bornée, assez de fraîcheur, de l'enjouement; elle était atteinte d'un dévoiement chronique, de fréquentes attaques d'épilepsie. Affaiblissement de la constitution; prédominance du système nerveux; voilà les deux conditions les plus favorables pour faire une bonne somnambule; elles sont à peu près les mêmes aujourd'hui, sauf de l'enjouement en moins et de l'âge en plus. L'affection intestinale a continué; les attaques d'épilepsie sont beaucoup plus rares. J'insiste sur ces conditions, parce que leur importance est généralement établie. Quant à l'identité de la personne, j'invoque les souvenirs de MM. Esquirol, Amussat et surtout de M. Mitivié, qui l'a parfaitement reconnue cette année. J'ajouterai, pour donner à mes

trouvent dans toute l'arachnoïde de la dure-mère crânienne et épinière ; dans tout le péritoine pariétal et visceral ; dans la muqueuse du pharynx et du larynx, de l'estomac et du tube intestinal, de la matrice, des calices des reins, des uretères de la vessie, de la trachée-artère et de la plus grande partie de ses embranchemens, et dans la pie-mère et le feuillet libre de l'arachnoïde de la moelle épinière.

4° Vacuité parfaite des veines superficielles et profondes de la pie-mère encéphalique, du plexus choroïdien et de la masse encéphalique.

5° Turgescence des artères cérébrales et du cervelet, avec du sang noir ou bleuâtre à la place du sang vermeil.

Je regarde ce fait comme le plus important. Il a été bien constaté par tous les assistans et par M. Velpeau, qui l'a cité dans son mémoire sur le choléra. (V. *Archives générales de médecine*.) Je suis sûr de l'exactitude de ce fait, depuis que je l'ai exposé en présence et à la satisfaction des commissaires surveillant les autopsies. Ils ont reconnu avoir observé le même phénomène; mais ils avaient été conduits, par la couleur bleue du sang, à regarder ces vaisseaux comme des veines; ils ont admis pourtant qu'avant ma démonstration ils ne les avaient jamais suivis jusqu'à leurs troncs, mais qu'ils les avaient toujours jugés d'après le premier coup d'œil.

6° Le fluide rachidien de Magendie était toujours en quantité d'une once à une once et demie, et par conséquent augmenté de beaucoup.

7° Une quantité considérable de sérum dans les ventricules du cerveau, et entre les circonvolutions cérébrales, dans les mailles celluleuses de la pie-mère.

8° Nonobstant l'injection des artères cérébrales, pâleur extrême des deux substances de l'encéphale.

9° Injection fine des deux substances médullaire et corticale de la moelle épinière, mais plus fine de cette dernière.

10° Extrême friabilité de la substance musculaire, du foie, de la rate et des reins.

11° Contraction et presque vacuité de la vessie.

12° Dans l'iléon, plus ou moins grande quantité de ces petits corps lenticulaires jaunâtres sous-muqueux, découverts et décrits par MM. Serres et Nonat.

Telles sont les seules altérations constantes.

Quoiqu'on ne puisse regarder la turgescence sanguine des capillaires par le sang noir comme la seule cause immédiate de la mort, elle serait, dans des circonstances ordinaires, envisagée comme plus que propre à causer un épuisement de l'énergie nerveuse suffisant pour donner la mort ou en être la cause immédiate.

Ne peut-on trouver la cause de la mort dans l'état des artères cérébrales? La cavité crânienne étant une enveloppe osseuse et incapable de céder, ne peut contenir qu'une certaine quantité de sang en circulation, ou n'a qu'un certain espace destiné à la circulation. Cet espace se trouve déjà beaucoup diminué par l'épanchement subit du sérum dans les ventricules, et entre les circonvolutions du cerveau. L'espace occupé par la partie artérielle du sang en circulation n'a pas diminué, puisque nous trouvons les artères avec leur volume normal et pleines de sang bleu. Les veines cérébrales sont vides, et leurs parois sont pressées l'une contre l'autre et nécessairement retenues dans cet état par le vis-à-tergo, c'est-à-dire par l'action du cœur. Dans ce cas, les artères cérébrales étant d'ailleurs maintenues pleines par l'action du cœur, elles cessent d'avoir une force suffisante pour se contracter de manière à surmonter le pouvoir du cœur, et n'ont, par conséquent, aucun moyen de se vider dans les veines, que nous avons trouvées fermées, ni même dans leurs propres extrémités affaissées. Or, il y a stase du sang dans les artères cérébrales, d'où il suit que, quoiqu'elles contiennent du sang, ce fluide n'avance pas, ne communique pas son influence au cerveau, et que la mort résulte de l'inanition prolongée de la masse encéphalique. Cet état du cerveau est celui qui a été décrit par Abercrombie sous le nom d'apoplexie simple. Si le sang est arrêté dans son cours vers une partie quelconque du système nerveux, la mort de la partie animée par la portion excentrique des nerfs, ou plutôt le froid, l'engourdissement, l'insensibilité et l'anéantissement de la force en sont la conséquence : bien plus, la stagnation de ce fluide (si indispensable pour revivifier les nerfs par son action périodique) dans le cerveau, l'organe par excellence, le foyer de la vie intellectuelle et le promoteur de la vie animale, produira le froid, l'engourdissement, l'insensibilité, l'anéantissement de la force musculaire, le dérangement de tous les organes, en un mot la mort (1).

PRODROMES DU CHOLÉRA ET DE LA CHOLÉRINE.

Je me rendis, en 1832, dans les villages de Nouvion l'Abbesse et de Festieux (dép de l'Aisne), contenant chacun environ 850 habitans. Là je vis plus de 70 cas de choléra bleu ou asiatique du plus violent caractère (plusieurs de ceux qui sont morts ont succombé peu d'heures après l'attaque), et de 3 à 400 cas de cholérine. Je ne perdis pas le tiers de ceux qui avaient été pris de vrai choléra bleu (c'est-à-dire 18 seulement), quoiqu'il fût combiné avec la suette picarde, ainsi que l'attestèrent le préfet et le conseil de santé. Pas un de ceux qui étaient pris de cholérine n'a été attaqué du vrai choléra, ce que je crois devoir attribuer au traitement. Aussi nul de ceux qui ont présenté les prodromes que je vais signaler, n'a été atteint du choléra après le traitement.

Beaucoup de circonstances ont empêché ces prodromes d'être observés à Paris et dans les grandes villes, mais dans les villages j'ai toujours pu les saisir. Après quelques jours de constipation et d'un sommeil long et pénible, il survenait une chaleur âcre avec sécheresse de la peau, sans frisson; légère diminution d'appétit, la chaleur et l'état de la peau restant les mêmes; bourdonnement des oreilles, surdité subite ordinairement d'une seule oreille, trouble de la vision avec des étincelles dans les yeux, certaine irritabilité de caractère, sentiment de gonflement dans le

(1) M. Velpeau, dans l'article des *Archives* déjà cité, en parlant de mon explication sur la cause de la mort, s'exprime ainsi : « Je ne pense pas devoir réfuter M. Thomson, qui, dans diverses feuilles volantes, a émis l'opinion que l'épanchement séreux et la stagnation artérielle dont je viens de parler ont pu causer la mort par leur pression soit excentrique, soit concentrique sur la substance du cerveau. Tout ceci se rattache évidemment à la turgescence universelle des tissus. » Sans indiquer positivement les expressions de celui qu'il cite, M. Velpeau devrait au moins donner exactement ses opinions. Ainsi, dans la feuille en question, j'ai seulement dit : « Le sang déjà noir et vicié se trouvant arrêté dans son cours vers sa destination, le cerveau se trouve privé du stimulant naturel ou de l'influence provenant du sang artériel, et la mort est la suite de son inanition. » Je n'ai donc pas parlé de *pression* ; bien au contraire, dans mon article sur l'apoplexie publié dans le deuxième numéro du *Magasin de l'université de Londres*, j'ai cherché à prouver qu'une compression du cerveau ne saurait avoir lieu.

---

expériences toute l'authenticité désirable, que j'ai été secondé dans le plus grand nombre par MM. Diday et Debron, mes collègues à la Salpêtrière, et une fois seulement par M. Boyer, interne à l'Hôtel Dieu; elles ont porté successivement sur chacune des facultés qui constituent le somnambulisme, en allant des plus simples aux plus extraordinaires. C'est toujours le meilleur ordre à suivre quand il s'agit de tours de force (1).

I. — Nous avons d'abord étudié l'influence des passes et de la volonté sur la production du sommeil magnétique. Presque aussitôt les yeux se ferment, clignotement des paupières, déglutition de la salive. Au bout de deux minutes, respiration haute et quelquefois légèrement ronflante; petites secousses convulsives de tout le corps; nulle réponse aux questions. Enfin, au bout de cinq à six minutes, elle répond qu'elle voit et qu'on peut se mettre en communication avec elle.

Certes, voilà qui est tout-à-fait classique. Jamais sommeil de somnambule ne fut plus régulier que celui-là. Eh bien! nous eûmes le courage d'oser soupçonner sa sincérité, et nous voulûmes faire une contre-épreuve. A cet effet, je l'avertis un jour que j'allais la magnétiser à distance par la seule influence de ma volonté, et je la priai de fermer les yeux par avance, dans la crainte de se distraire. Cette précaution lui parut toute naturelle. Ses yeux se ferment donc, et la voilà clignant de ses quatre paupières, avalant sa salive, s'agitant de petits mouvemens convulsifs, puis enfin s'endormant du plus beau sommeil, magnétique s'entend. Or, savez-vous où j'étais pendant que l'innocente se donnait tant de mal? J'étais vers ma fenêtre, le nez au vent, débitant tout ce qui me venait à l'esprit, pensant à tout, excepté à l'endormir, examinant seulement par intervalles ce qui se passait de son côté. J'ai recommencé plusieurs fois cette expérience, en dirigeant sur elle une volonté tout-à-fait négative, c'est-à-dire en voulant le plus fermement qu'il m'était possible qu'elle ne s'endormît pas; le résultat n'a jamais varié; jamais le sommeil n'a éprouvé le moindre retard ni la moindre modification.

La conséquence de tout ceci, c'est que la bonne dame se donnait des airs somnambuliques chaque fois qu'elle supposait à tort ou à raison que tel était le désir de son magnétiseur; elle était tellement sur ses gardes, que chaque fois que je fixais mes regards sur elle à dessein, ou que je paraissais me recueillir devant elle, quel que fût d'ailleurs dans ce moment l'objet de ma volonté, c'était toujours le même qu'elle supposait; et l'on conçoit ainsi quel beau jeu elle devait avoir vis-à-vis des magnétiseurs qui ne faisaient jamais mine de vouloir l'endormir sans en avoir formellement l'intention.

II. — Pour se faire entendre d'un somnambule, il faut être en communication avec lui par le contact. C'est bien là en effet, au dire de madame Brouillard, un des caractères de son somnambulisme; elle y tient et le répète sans cesse; aussi, pour cette raison ou pour toute autre, ne manque-t-elle jamais de tenir les mains de son interlocuteur fortement serrées dans les siennes. Dans cette position, elle l'interroge, lui répond avec un aplomb imperturbable, et cent personnes lui parleraient alors sans la toucher, qu'elle serait plus sourde pour eux qu'une statue. Mais engagez une conversation vive et animée sur un objet qui l'intéresse

(1) Nous regrettons d'avoir été forcé, par le défaut d'espace, de supprimer une partie de la lettre de M. Dechambre, tout ce qui avait trait à des réflexions générales, qui, bien que dictées par un esprit très-juste et très-philosophique, n'auraient rien ajouté à l'autorité de ses curieuses expériences.

ventre, étouffemens revenant de temps à autre, douleur ordinairement assez vive dans un ou plusieurs membres, malaise général avec un sentiment de stupeur, rougeur de la face et du front, injection vive et rouge de l'adnata et de la conjonctive, avec une sensation de sable dans les yeux; gonflement tympanitique du bas-ventre, accompagné de quelque dureté de cette partie; quelquefois gonflement des lèvres; le pouls toujours large, dur, vibratoire, et de 90 à 100 par minute; battemens des carotides. Tels sont les prodromes que j'ai invariablement notés, et qui, s'ils n'étaient pas traités sur-le-champ vigoureusement, ne manquaient jamais, après 36 ou 40 heures, d'être suivis de la cholérine ou du choléra.

TRAITEMENT DES PRODROMES DU CHOLÉRA.

Dès que j'étais prévenu par mes garde-malades ou lorsque j'observais moi-même cet état, je commençais par une saignée du bras pratiquée par une large ouverture (le malade étant debout) et jusqu'à syncope; puis, une heure après, un bain de pieds chaud et sinapisé, des frictions à sec avec la main sur le bas-ventre; le soir, 10 grains de calomel; 1 once et demie d'huile de ricin le lendemain matin; diète absolue; pour toute boisson, un peu d'eau d'orge; retour lent vers les alimens ordinaires après l'action des purgatifs : tel est le traitement complet que les prodromes ont exigé.

CHOLÉRINE. — SON TRAITEMENT.

Il est inutile de donner ici les signes bien connus de cette affection. Quant au traitement qui m'a toujours réussi, voici en quoi il consiste :

1° Repos parfait de l'esprit et du corps.

2° Applications de briques chaudes sous les aisselles, entre les cuisses et à la plante des pieds, souvent renouvelées. Ces briques doivent être bien enveloppées dans du linge.

3° Frictions toutes les deux heures sur le bas-ventre avec 1 gros d'huile de térébenthine.

4° Un quart de lavement contenant 1 once d'amidon bouilli avec 10 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham.

5° Une demi tasse d'eau contenant 25 grains de carbonate de soude.

6° Application sur le ventre d'une serviette pliée en trois, nouée de manière à le comprimer.

7° Diète absolue, même de boisson.

8° Etanchement de la soif par des gargarismes d'eau fraîche.

Ces moyens ne m'ont jamais manqué; ils ont cinq fois guéri une intitutrice qui pendant trente jours a eu cinq attaques de cholérine. Ayant été moi-même atteint deux fois de la cholérine pendant mon séjour à Festieux, ce traitement m'a également bien réussi.

CHOLÉRA. — SON TRAITEMENT.

1° Repos parfait, à tel point que je ne permettais pas au malade de se soulever pour aucune raison ou aucun besoin naturel.

2° Abstinence rigoureuse des fluides aussi bien que des solides.

3° Etanchement de la soif par des gargarismes d'eau froide.

Il est bon d'observer que toutes les fois que le malade, par accident ou par négligence, avalait l'eau, les vomissemens reparaissaient aussitôt.

4° Chaleur générale obtenue au moyen de briques chaudes et de couvertures de laine.

5° Toutes les cinq minutes, frapper légèrement avec des orties le tronc et les extrémités jusqu'au commencement de la réaction. Il faut que les orties (*urtica pilvifera*) soient fraîchement cueillies pour chaque troisième opération. A défaut d'orties, employer un liniment contenant une partie d'ammoniaque liquide sur 7 parties d'huile douce.

6° Vingt-cinq grains de sous-carbonate de magnésie (magnésie blanche); quelquefois, mais plus rarement la même dose de bi-carbonate de soude dans une once de sirop de gomme, et une petite cuillerée d'eau-de-vie répétée une seconde fois après une demi-heure dans quelques cas assez rares, arrêtaient toujours les vomissemens avec une rapidité presque magique.

7° Un quart de lavement contenant une once d'amidon et 25 gouttes de laudanum de Sydenham, manquait rarement d'arrêter la diarrhée. Quelquefois pourtant on était obligé de le répéter deux et trois fois avant d'obtenir ce résultat.

8° Dans les cas extrêmes, lorsque la réaction ne pouvait être obtenue par les moyens déjà indiqués, il était nécessaire d'ajouter au lavement de 20 à 40 gouttes d'essence de térébenthine.

J'ajouterai qu'on ne saurait espérer de sauver des cholériques, surtout dans les provinces, si l'on n'a à sa disposition un grand nombre de gardes-malades. Ces gardes-malades doivent être initiés à l'observation des changemens de la malad e. Le médecin doit visiter les cholériques au moins trois fois dans les vingt-quatre heures, accompagné d'un aide muni de tout ce qui peut être nécessaire; il doit être prêt à administrer lui-même au besoin tous les remèdes. On doit lui associer un second médecin pour les visites de la nuit.

La convalescence est toujours lente, et demande beaucoup de ménagemens. Voici ce qui m'a le mieux réussi.

Dans les trois premiers jours, un demi-litre de fécule à l'eau édulcorée, à laquelle on ajoutait une cuillerée d'eau-de-vie.

Pendant les quatrième et cinquième jours, la même quantité de fécule cuite dans du bouillon de veau; après, un litre de bon bouillon gras auquel on ajoutait du vermicelle ou du riz. Point d'autre boisson; un retour lent au régime ordinaire.

FORMULES DE DIVERSES PRÉPARATIONS EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Punch simple.

Prenez :	Bonne eau-de-vie,	4 onces.
	Sirop de gomme,	3 —
	Eau,	demi-litre.

Punch laudanisé.

Prenez :	Laudanum de Sydenham,	120 gouttes.
	Bonne eau-de-vie,	4 onces.
	Sirop de gomme,	3 —
	Eau,	demi-litre.

Punch tartarique.

Prenez :	Acide tartarique,	30 gouttes.
	Bonne eau-de-vie,	4 onces.
	Sirop de gomme,	3 —
	Eau,	demi-litre.

fortement; pressez-la de questions, et pendant qu'elle se débattra pour y répondre, retirez adroitement vos mains, faites cesser tout contact, puis laissez le champ libre à son caquetage, et vous verrez combien de fois il lui arrivera d'oublier qu'elle n'est plus dans les conditions voulues pour vous entendre.

Je sais bien qu'en croyant se tirerait d'affaire en disant : Le contact n'est pas toujours nécessaire pour le magnétiseur, et si j'ajoute qu'elle a commis la même faute avec un spectateur, il ajoutera bien vite à son tour : Ni même pour les spectateurs. Voilà encore un de ces subterfuges au moyen desquels le magnétisme se tire d'affaire, à peu près comme un mauvais joueur quand il est pris en flagrant délit et que le rouge commence à lui monter au visage. Mais il n'est pas applicable dans le cas présent, et il suffirait pour le prouver d'exprimer avec quelle espèce d'anxiété honteuse elle s'empresse de rétablir le contact dès qu'elle s'aperçoit qu'il est perdu. Voici d'ailleurs une expérience plus concluante. Je la quittai sous un faux prétexte, laissant à côté d'elle M. Debron; l'instant d'après, je revins avec un air empressé : « *Dites-moi, madame Brouillard...* » Et en même temps que je l'abordais avec ces mots, M. Debrou lui prenait la main. Trompée par cette coïncidence, elle la prit pour la mienne, et le colloque alla bon train. Un peu plus tard, M. Debrou retira sa main; je continuai à lui parler, toujours à distance; elle cessa de répondre : c'était naturel, personne ne la touchait plus.

Dans la même séance, nous avons porté une lumière le plus près possible de ses yeux maintenus ouverts, et elle n'a jamais témoigné la moindre impression. Nous avons porté brusquement nos doigts contre son œil, et l'œil est resté immobile. C'était merveilleux! Mais voilà qu'en faisant ces deux expériences sur nous-mêmes, mes collègues et moi, il s'est trouvé que nous étions aussi merveilleux qu'elle; car nous demeurions aussi impassibles. Je ne conçois pas qu'on ait cherché à étayer de pareils faits la réalité du somnambulisme. Notre héroïne nous a donné bien d'autres preuves de la force de sa volonté, comme vous le verrez par la suite.

Quand on cherchait à ouvrir ses paupières, on les trouvait fortement serrées l'une contre l'autre, et l'œil était convulsé en haut; et ce sont encore deux phénomènes sur lesquels on s'est extasié. Il est si remarquable, en effet, qu'une personne qui fait semblant d'être en somnambulisme, et qui a mille raisons de ne pas regarder en face celui qu'elle dupe, cherche à retenir ses paupières fermées! Mais enfin, il faut céder; les paupières vont s'ouvrir; un regard scrutateur va rencontrer le sien; elle va se troubler, rire, que sais je? rougir peut-être. Que fait-elle? Elle renverse l'œil en haut. En haut! pourquoi cela? Tout bonnement parce qu'il est beaucoup plus difficile de le renverser en bas.

III. — Nous savions que madame Brouillard avait été autrefois renommée pour la facilité avec laquelle on pouvait lui paralyser telle ou telle partie du corps par la seule action de la volonté. Nous avons commencé par faire comme tous les magnétiseurs. Je l'ai endormie; je me suis placé à quelque distance d'elle; je me suis recueilli; j'ai tendu quelques instans ma volonté, à l'intention de lui paralyser un bras; puis je me suis approché; j'ai soulevé le bras, et il retombait comme une masse; je l'ai pincé et il ne bougeait pas. Vous voyez bien qu'elle connaît son métier. Mais voilà une bien grosse malice! Une bonne somnambule, comme celle-ci, a un instinct admirable pour reconnaître quand on médite quelque chose sur elle; il suffit d'un air réfléchi, d'un silence autour d'elle, pour qu'elle se tienne sur ses gardes; et comme les expériences roulent dans un cercle très-rétréci, et que celle que je viens de rapporter est une des principales, la première

Potion de magnésie.

Prenez :	Sous-carbonate de magnésie,	1 once.
	Poudre de gomme arabique,	1 —
	Sirop de gomme,	demi-litre.
	Bonne eau-de-vie,	1 once.
	Eau de fleur d'orange,	quart d'once.

Deux cuillerées à la fois.

Pilules de calomélas pour les malades affectés des prodromes.

Prenez :	Calomel à la vapeur,	10 grains.
	Opium,	1 —

Pour une seule pilule.

Potion d'huile de ricin.

Prenez :	Huile de ricin,	demi litre.
	Poudre de gomme adragante,	demi-once.
	Sirop de gomme,	5 onces.
	Bonne eau-de-vie,	3 —
	Eau de fleur d'orange,	1 once et demie.

Lavement amidoné et laudanisé.

Prenez :	Amidon,	8 onces.
	Laudanum de Sydenham,	240 gouttes.
	Eau bouillante,	6 litres.

Pour faire huit lavemens.

Potage de fécule de pomme de terre pour les convalescens.

Prenez :	Fécule de pomme de terre,	4 onces.
	Sucre blanc,	6 —
	Eau,	4 litres.

Pour faire sept portions ou demi-bouteilles.

Eau d'orge pour les malades affectés des prodromes ou pendant la convalescence.

Prenez :	Orge perlé,	demi-livre.
	Bonne eau-de-vie,	4 onces.
	Eau,	8 litres.
	Sucre blanc,	8 onces.

Pour faire huit bouteilles d'eau d'orge.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATIONS RELATIVES A DEUX CAS DE RÉTENTIONS D'URINE guéries par le répresseur de M. Leroy-d'Etiolle ; recueillies à l'Hôtel-Dieu, service de M. Sanson.

On sait quelle est l'opinion de M. Leroy sur les rétentions d'urine, que l'on attribue généralement à une paralysie de la vessie. Suivant lui, cette dernière maladie est fort rare, et la véritable cause de la rétention d'urine est un développement anormal d'une portion de la glande prostate. L'existence de ces tumeurs de la prostate avait été signalée par Morgagni, Desault, Hunter; elles avaient été longuement décrites par Everard Home, qui en a fait un troisième lobe de la glande; mais rien n'avait été ajouté à la thérapeutique ; les sondes laissées à demeure dans la vessie, ou le cathétérisme répété plusieurs fois par jour, des frictions sur la moelle épinière avec la teinture de cantharides pour stimuler la vessie, dont on supposait la contractilité neutre ou affaiblie ; tel était le traitement de cette espèce de rétention d'urine, lorsque M. Leroy a commencé ses travaux sur cette partie encore inculte de la chirurgie. Les moyens qu'il met en usage sont nombreux et se suppléent l'un l'autre. Ce sont la dépression et l'affaissement de la tumeur, la dilatation du col, la ligature de la tumeur lorsqu'elle est pédiculée, l'excision, la scarification, la cautérisation, la trituration et l'arrachement.

Pour exécuter ces divers procédés, M. Leroy a imaginé un assez grand nombre d'instrumens qu'il serait trop long de décrire; il n'est d'ailleurs ici question que de faits relatifs à l'emploi de la dépression, procédé par lequel M. Leroy commence le traitement dans la plupart des cas.

La portion de la glande prostate tuméfiée forme pour l'ordinaire un mamelon supporté par un bourrelet transversal, qui ferme le col de la vessie comme le ferait une soupape; les instrumens qui servent à déprimer cette tumeur sont introduits courbes et se redressent graduellement après leur entrée dans la vessie. Ce redressement ne peut s'opérer sans qu'une pression assez forte soit exercée sur la tumeur ; la répétition de cette pression continuée pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure amène soit l'affaissement, soit la résolution de la tumeur, et dans l'un et l'autre cas la cessation de la rétention d'urine ; c'est ce que l'on peut voir dans les deux observations qui vont être rapportées.

Obs. I.—Quilmain, âgé de 66 ans (1), journalier, est entré à l'Hôtel-Dieu le 23 septembre, pour y être traité d'une rétention d'urine qui existe depuis 24 heures, et qui est survenue sans cause connue. Le malade dit cependant que, depuis un temps qu'il ne peut préciser, le jet de l'urine a diminué. La prostate, touchée par le rectum, est plus volumineuse que dans son état naturel ; le cathétérisme est cependant très-facile. Le premier jour on vide la vessie ; le lendemain M. Sanson fait l'application du dépresseur.

24. Rétention aussi complète que la veille ; une application du dépresseur le matin, et une autre le soir.

25. Deux applications.

26. Idem.

27. Idem. Le malade commence à uriner.

Le 28 et les jours suivans on ne fait qu'une application.

Le 4 octobre, l'évacuation de l'urine est complète. Le malade sort guéri le 7 octobre. Le dépresseur a occasioné un peu de douleur à l'extrémité du gland les premiers jours seulement ; les autres applications n'ont causé aucune souffrance.

Obs. II. — Donville, âgé de 65 ans, peintre en bâtiment, commença, il y a 18 mois, à éprouver du trouble dans l'émission de l'urine; les besoins devinrent plus fréquens ; la quantité d'urine évacuée alla chaque fois en diminuant, et sa sortie nécessitait des efforts. Plus tard ce liquide ne vint plus que goutte à goutte. Enfin, le 26 juillet 1835, il fut complètement arrêté. La rétention durait depuis quatre jours, lorsque le malade entra à l'Hôtel Dieu, salle Ste-Jeanne, n° 27. Au moment de l'admission, le cathétérisme fut tenté sans succès ; à la visite, M. Sanson parvint dans la vessie et donna issue à une pinte d'urine environ. Pendant quatre jours on sonda le malade plusieurs fois pour vider la vessie.

Le 5 août, M. Sanson fit une application du dépresseur pendant une demi-heure; le surlendemain l'émission de l'urine fut spontanée et complète ; les envies d'uriner

(1) Cette observation a été recueillie par l'interne de la salle, M. Gaillarder.

---

intention qu'il lui vient à l'idée de supposer est celle de la paralyser. Si maintenant vous venez gravement lui soulever un bras, le motif lui en paraît clair, et dès lors sa conduite est tracée. Aussi, soulevez les deux bras à la fois comme je l'ai fait, et vous verrez son embarras ; elle hésitera, prendra des demi-moyens ; les deux bras ne resteront pas en l'air, mais ils ne retomberont pas lourdement. Si vous la pincez des deux côtés, elle ne remuera pas ses bras, mais inventera un prétexte pour s'agiter sur sa chaise : de telle sorte qu'elle pourra invoquer ces mouvemens en preuve de sa sensibilité, si elle devait être conservée, ou les donner comme insignifians si elle devait être abolie. Mais dites alors à votre voisin une phrase comme celle-ci : « Voyez vous comme le membre gauche tombe plus vite et sent moins que le droit? » Et tout à coup la paralysie se trouvera comme par enchantement concentrée sur le premier. Dans toutes ces manœuvres, votre somnambule se trouvera quelquefois en défaut ; mais elle sait qu'elle peut le faire le plus ordinairement sans cesser d'être une bonne et vraie somnambule ; la meilleure est celle qui fait le moins de gaucheries.

Je viens de vous dire qu'au moindre signe, la nôtre suppose l'intention de la paralyser, parce qu'elle croit cette intention la plus probable. Vous en voulez une preuve sans doute, et vous avez raison ; la voici : Je me plaçai une fois devant elle ; je parus me recueillir comme à l'ordinaire, et je pensai fortement... A quoi ? A la réveiller. Je supposais donc le sommeil ; s'il n'existait pas, il ne devait rien se passer. Au bout de quatre à cinq minutes, je courus vers un de ses bras, je le soulevai, et jamais corps inerte n'obéit mieux à la loi d'accélération constante de la chute des corps. Mais la sensibilité ? Vous n'avez pas eu, penserez-vous, la méchanceté de l'éprouver au moyen des pincemens? Si vraiment ! Et mes ongles se seraient joints à travers les tégumens qu'elle n'eût pas sourcillé. Il est juste pourtant de dire qu'elle prenait quelquefois ses précautions. Ainsi, mes collègues et moi nous étant placés à cinq ou six pas d'elle, un d'eux me pria tout haut de la paralyser du bras droit (vous savez qu'elle ne doit pas entendre quand on ne la touche pas, et elle n'avait pas oublié une seule fois cette condition pendant tout le cours de la séance). Je me posai donc devant elle avec les formalités ordinaires ; seulement, j'exerçai toutes les puissances de ma volonté à la paralyser du bras gauche, puis j'approchai : la sotte était paralysée du droit. J'avais beau le pincer, la face restait immobile ; mais je vais vous dire pourquoi : c'est qu'elle avait rapproché ses sourcils par avance, dès qu'elle nous avait entendu parler de l'expérience.

Le sens de l'ouïe et de l'odorat furent soumis à des épreuves du même genre; c'est-à-dire que tantôt j'avais la ferme volonté d'en produire la paralysie, tantôt celle de produire tout autre phénomène, et tantôt enfin, je n'en avais aucune. Et dans tous les cas, il suffisait, pour que les sens parussent abolis, que nous en eussions manifesté l'intention tout haut et comme entre nous ; dans tous les cas, on pouvait à l'improviste briser avec éclat une bouteille à ses oreilles sans lui causer la moindre émotion ; dans tous les cas enfin, elle ne témoignait sentir aucune odeur. Il en est une pourtant devant laquelle son courage a constamment reculé ; c'est celle de l'ammoniaque concentré. Ce n'était pas qu'elle n'essayât encore à nous donner le change en cherchant à retenir sa respiration ; mais elle se fatiguait plutôt à cet exercice que nous à tenir l'impitoyable flacon sous les narines. Elle fit même à ce sujet une assez judicieuse observation. Elle dit « qu'elle n'avait rien senti, mais que ça lui avait fait mal. »

Je dois vous dire maintenant que j'ai essayé souvent de la paralyser avec ma seule volonté, sans l'avoir préalablement induite en erreur, et sans aucun signe

ne se manifestaient plus que toutes les trois heures ; l'urine, autrefois trouble et glaireuse, était devenue limpide.

Le 22. MM. Sanson et Leroy d'Etiolle pratiquèrent le cathétérisme après avoir fait uriner le malade, et trouvèrent la vessie complétement vide. Douville sortit ce jour même de l'hôpital.

Dans la seconde observation, l'on peut suivre le développement de la tumeur et l'accroissement de la difficulté d'uriner jusqu'à la rétention complète ; dans la première, l'apparition de la rétention semble plus brusque ; cependant on voit aussi que depuis long-temps l'évacuation de l'urine ne se faisait plus d'une manière normale. La suspension en apparence soudaine de cette fonction semble difficilement pouvoir être rapportée au développement d'une tumeur qui nécessairement doit avoir lieu d'une manière plus lente ; aussi convient-il de ne pas s'en tenir au premier dire des malades ; si on les presse de questions, on reconnaît bientôt que toujours le trouble dans l'émission de l'urine remonte à une époque plus ou moins éloignée.

On voit que dans le second cas une seule application du dépresseur a suffi pour faire disparaître la rétention d'urine. Déjà dans les mémoires qu'il a lus à l'Institut, M. Leroy a rapporté plusieurs faits semblables. On peut se demander comment une pression aussi passagère peut produire un effet aussi durable ; il est difficile de répondre à cette question autrement que par les faits, et il y en a de concluans par le temps qui s'est écoulé sans que les accidens se soient reproduits.

On voit que la vessie du second malade ne contenait après quatre jours qu'une pinte d'urine. Il y a deux choses dans ce fait : la diminution de la sécrétion urinaire lorsque la rétention d'urine est produite, et le peu de capacité de la plupart de ces vessies que l'on suppose paralysées. Bien loin que les parois de cet organe soient amincies, elles sont constamment hypertrophiées par suite des efforts toujours croissans que la vessie a dû faire pour vaincre la résistance toujours croissante aussi de la tumeur.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

—Nous reproduirons d'abord le mémoire présenté par M. Coste dans la séance du 22 août, et que son étendue nous avait forcés de renvoyer jusqu'ici.

RECHERCHES SUR L'ORIGINE DE L'ALLANTOÏDE CHEZ LES MAMMIFÈRES ET LES OISEAUX, par M. COSTE.

Avant de communiquer à l'Académie les recherches que je viens de terminer sur la nature de ces corps singuliers qu'on a désignés chez les fœtus sous le nom de corps d'Oken, et que, par une erreur difficile à comprendre, l'on a considérés comme des organes transitoires, j'ai cru devoir arrêter de nouveau l'attention sur un des problèmes les plus importans de l'embryogénie, et dont la solution me paraît simplifier de moitié l'intelligence du mécanisme du développement des animaux et de l'espèce humaine : je veux parler de l'origine première de l'allantoïde ou vessie ovo-urinaire.

La raison qui a le plus contribué à multiplier les erreurs ou à faire naître la divergence des opinions relatives au mode de développement des animaux, est sans contredit celle qui provient de l'obstination des anatomistes à ne voir que des faits isolés là où tout s'enchaîne et se lie d'une manière tellement intime, et dans une si étroite dépendance, que l'oubli d'un seul fait, dans la série non interrompue de ceux qui concourent à la réalisation d'un être, rend tous les autres inintelligibles. Ainsi, par exemple, celui qui n'aurait étudié l'allantoïde qu'au moment où elle se continue avec la vessie urinaire, pourrait se croire en droit de nier toute observation qui tendrait à démontrer sa communication avec l'intestin rectum ; et réciproquement, celui qui ne l'aurait examinée qu'à l'époque où elle communique avec l'intestin rectum, pourrait révoquer en doute sa continuation avec la vessie urinaire. Cependant tous deux auraient raison, en tant qu'ils constateraient des faits isolés ; mais tous deux seraient dans l'erreur, en ce qu'ils ne s'apercevraient pas qu'ils n'exprimeraient qu'un temps différent de la durée d'un même phénomène. Or donc, pour éviter les inconvéniens que je viens de signaler, il faut, avant de s'occuper de l'origine première *de l'allantoïde ou vessie ovo-urinaire*, avoir une idée bien précise des phénomènes qui la précèdent, et de ceux qui se manifestent au moment de sa naissance. C'est par là que je vais commencer.

Peu de temps après la chute de l'œuf de l'ovaire, et sous l'influence de la conception, on voit les globules du jaune ou vitellus se condenser pour former une membrane vésiculeuse connue sous le nom de membrane blastodermique, et bientôt aussi, dans un point circonscrit de l'épaisseur des parois de cette vésicule, on aperçoit un nuage circulaire d'abord, puis elliptique, qui représente la peau (1) externe de l'embryon. Ce nuage, comme je viens de le dire, est né dans l'épaisseur même des parois de la vésicule blastodermique, et les envahit par une sorte d'infiltration, mais dans une étendue limitée seulement. Il commence à paraître vers la fin du sixième jour chez le lapin, et vers le quatorzième ou le quinzième chez la brebis.

Lorsque ce nuage a acquis une certaine épaisseur, il se replie en avant pour former la paroi antérieure du col et de la poitrine ; sur les côtés, pour commencer les parois latérales du ventre, et en arrière, mais d'une quantité moindre qu'en avant, pour constituer les parois iliaques du bassin et la symphyse du pubis ; ainsi modifiée, la peau externe de l'embryon présente une grossière ressemblance avec un soulier ou un sabot dont la partie antérieure plus large répondrait à l'extrémité céphalique, la partie postérieure plus étroite à l'extrémité pelvienne, et dont la cavité représenterait celle de l'abdomen, pendant que l'embouchure donnerait l'idée de l'ombilic largement évasé, mais se continuant par tout son pourtour avec tout le reste de la vésicule blastodermique, qui va prendre le nom de vésicule ombilicale.

Pour avoir une image complète de l'état de la vésicule blastodermique à cette époque, il faut la considérer comme un sac inégalement *bilobé*, dont le plus petit lobe, constitué par la peau externe, ne serait séparé du plus grand (ou vésicule ombilicale, peau interne) que par un rétrécissement à peine sensible, et qui deviendra le pédicule de la vésicule ombilicale.

Or, puisque les deux lobes dont se compose maintenant la vésicule blastodermique ne se distinguent que par un léger rétrécissement, et que l'un de ces lobes n'est autre chose que *la peau externe ou cavité abdominale*, il s'ensuit que le rétrécissement qui les distingue doit nécessairement se continuer avec les parois de la poitrine par la partie antérieure de son pourtour ; avec les parois latérales du ventre par ses côtés, et enfin avec les parois iliaques et pubiennes du bassin par sa partie postérieure.

Cela étant, voici ce qu'il advient : le point du pourtour du rétrécissement qui divise la vésicule blastodermique en deux lobes, et qui se continue avec les parois iliaques et pubiennes, se projette hors du bassin, et prolonge la vésicule blastodermique sous forme de cul-de-sac, comme l'appendice cœcal prolonge l'intestin. Or, le cul-de-sac dont il s'agit ici n'est autre chose que la vessie allantoïde, ovo-urinaire ; donc l'allantoïde est véritablement une expansion de la vésicule blastodermique, et si, comme l'observation directe ne me permet plus d'en douter, les choses se passent ainsi que je viens de le dire, l'allantoïde ne pourra plus être considérée désormais comme membrane spéciale, distincte, d'origine inconnue, et dont le développement complique étrangement l'intelligence du mécanisme de la formation des animaux, mais simplement comme un appendice cœcal d'une autre membrane formée avant elle ; et dès lors la continuité du système vasculaire qui la parcourt avec celui de la vésicule ombilicale, ne devra plus nous surprendre, puisque la vésicule ombilicale, l'allantoïde, *et*

(1) Par le mot peau, je n'entends pas seulement le derme, mais je veux exprimer toutes les parties contenant des viscères, comme le fait M. de Blainville.

extérieur, silence ou recueillement, qui pût éveiller ses soupçons, et je déclare sur l'honneur que jamais il n'a été fait selon ma volonté : *style consacré*.

IV. — Madame Brouillard ne pouvait manquer d'avoir une transposition du sens de la vue ; c'est bien le moins qu'on puisse exiger d'une somnambule tant soit peu habile. Elle et Pétronille faisaient la paire ; celle-ci voyait par la nuque ; madame Brouillard par le front (elle eût bien voulu tout-à-l'heure avoir une transposition de l'odorat, et sentir par les oreilles).

Un soir qu'elle était endormie magnétiquement, et nous savons depuis long-temps ce que cela veut dire, nous lui appliquâmes tout bonnement une montre sur le front, le cadran tourné sans malice de son côté. Or, madame Brouillard, qui a de l'astuce comme vous avez pu voir, fit à part, soi ce petit syllogisme. J'ai été endormie à six heures ; or, il y a environ une demi-heure ; *donc* il doit être environ six heures et demie. Telle fut en effet sa réponse ; la montre marquait six heures vingt-cinq minutes ; heureusement elle allait bien.

Nous recommençâmes l'expérience d'une autre manière. L'aiguille fut dérangée, et la montre appliquée comme précédemment ; il lui était bien naturel de s'attendre à quelque supercherie ; aussi en supposa-t-elle bien vite une à laquelle nous n'avions pas songé. Elle s'imagina que la montre regardait son front par la boite. — « Quelle heure est il ? — Attendez.... Ah ! trompeur, je chercherais long-temps si je voulais voir l'heure par ce côté. — Pourquoi ? — Est-ce que je peux voir à travers la boite ? » Puis la voilà qui se met à retourner la montre avec un air de finesse, et quand cela est fait : « A la bonne heure, dit-elle, je vais essayer maintenant. » Puis après un moment d'hésitation : « L'aiguille est dérangée. Quelle heure est il ? » Ici, nouveau petit raisonnement dont voici probablement la substance : on craindrait de gâter sa montre en faisant rebrousser l'aiguille ; il est probable qu'on l'a avancée. — « Eh bien ! quelle heure est-il ? — Sept heures. — Non, sept heures et demie. — Non, sept heures vingt-cinq minutes. — Non — Cela me fatigue trop, je ne pourrai ce soir ; » et elle ôte la montre ; il était cinq heures et demie.

Voici encore une expérience que nous avons faite sept à huit fois. Placé auprès d'elle, j'appelais un de nous, le priant de me prêter sa montre ; il avait soin tout en se tenant éloigné pour ne toucher ni elle ni moi, de me répondre avec un air mystérieux et assez haut : « Je viens de la mettre à telle heure, » et il me l'apportait. Je la lui appliquais sur le front comme à l'ordinaire, et elle ne manquait jamais, sans toutefois nous faire grâce de ses *cela me fatigue... écoutez... je crois voir*, etc., ne manquait jamais d'indiquer l'heure qu'on venait de prononcer devant elle. Et nous de l'encourager par un cri d'admiration, quoique, vous pensiez bien que ce n'était pas la véritable.

Dans tous les autres cas, où nous n'avons pas ainsi cherché à la tromper, sauf celui où elle pouvait calculer l'heure comme nous l'avons dit, l'aiguille n'étant pas dérangée, dans tous les autres cas, dis-je, elle n'a jamais deviné juste, même approximativement. Une fois cependant, voici ce qui nous est arrivé : Nous nous servions d'une montre à double boite ; le cadran était tourné du côté de son front, les deux boites étaient fermées. Or, celles-ci étaient ornées de sculptures. La somnambule sentant sur son front des rugosités, vit bien que ce n'était pas là un verre de montre ; mais ignorant que la boite était double, elle se plaignit encore de ce que le cadran ne regardait pas de son côté. Elle prit donc elle-même la montre et la retourna. Même sensation, embarras extrême, tâtonnemens. Alors l'un de nous qui ne la touchait pas, dit : « Voyez les rayures que vous avez faites sur le verre de votre montre paraissent l'embarrasser. » A l'instant ses traits ré-

la peau externe de l'embryon ne font qu'un tout continu, on pour mieux dire ne sont que les trois lobes dont se compose maintenant la vésicule blastodermique.

Le fait que je viens de signaler paraît tellement étrange, et si peu en harmonie avec d'autres faits dont la vérité ne peut plus être contestée, qu'on serait, au premier abord, tenté de le repousser comme une erreur grossière, si, par un examen approfondi, on ne parvenait bientôt à manifester le lien qui l'enchaîne rigoureusement aux phénomènes dont il semble la négation formelle. Aussi, lorsque, pour la première fois, j'ai eu l'occasion de l'observer, ce n'est qu'avec une défiance extrême que j'osé l'annoncer; mais aujourd'hui que des expériences souvent reproduites sur la brebis, le lapin et l'oiseau sont venues à l'appui de mes premières recherches, je n'hésite plus à le présenter comme une vérité qui doit simplifier de moitié les études embryogéniques.

Au reste, la continuité de toutes les membranes qui doivent servir de base au développement des organes se trouve parfaitement en accord avec les recherches positives de M. Thompson, qui est parvenu à démontrer l'entrecroisement des fibres des muscles, des aponévroses et des tendons des deux côtés du corps, et qui me paraît créer une direction nouvelle en anatomie humaine, à une époque où le silence des auteurs semblait autoriser les croyances à l'impossibilité d'un progrès nouveau.

Maintenant, pour préparer les anatomistes à la conviction que mes recherches m'ont inspirée, il ne me reste plus qu'à faire comprendre comment il arrive que l'allantoïde, après n'avoir été qu'une expansion de la vésicule blastodermique, se trouve bientôt en communication avec l'intestin rectum, et plus tard avec la vessie urinaire. Mais pour se faire l'idée du mécanisme à la faveur duquel ces phénomènes consécutifs se réalisent, il faut se rappeler que l'étranglement qui sépara d'abord la vésicule blastodermique en deux lobes, n'est que le rudiment du pédicule naissant de la vésicule ombilicale; et que, par conséquent, l'allantoïde doit se trouver en continuation, d'une part, avec ce même pédicule, et de l'autre, avec la symphyse du pubis et les parois iliaques du bassin, puisque l'allantoïde n'est elle-même qu'une expansion du point du pourtour de ces pédicules, qui se continue avec la symphyse du pubis et les parois iliaques.

Les choses étant en cet état, le côté du pédicule de la vésicule ombilicale à la base duquel l'allantoïde a pris naissance, s'incline sur la face ventrale inférieure de la colonne vertébrale, et tend à s'enrouler pour se convertir en canal, et former l'intestin rectum; et il arrive alors que l'allantoïde se trouve naturellement en continuité avec l'intestin, mais par un côté seulement du pourtour de son pédicule; car les autres se continuent toujours avec la symphyse du pubis et les parois iliaques du bassin.

Lorsque les choses en sont venues à ce point, le côté du pédicule de l'allantoïde qui se continue avec l'intestin rectum s'enfonce peu à peu dans la cavité pelvienne. Sa communication devient alors de plus en plus douteuse, et tend définitivement à s'oblitérer, pendant que la partie du même côté de ce pédicule, qui suit immédiatement, se dilate et s'épaissit pour constituer la vessie urinaire. Et voilà comment l'allantoïde, après avoir communiqué avec l'intestin, finit par se continuer avec la vessie. Chez les oiseaux qui n'ont qu'une vessie urinaire transitoire, tout se passe, à quelques modifications près, comme chez les mammifères.

Enfin, lorsque la peau externe de l'embryon forme son ouverture ombilicale, les côtés de l'allantoïde qui se continuent avec la symphyse du pubis et les parois iliaques sont ramenés vers l'ombilic pour former la paroi inférieure et antérieure du ventre, pendant que le côté de ce même pédicule qui se continue avec la vessie commence à se flétrir derrière la paroi abdominale, prend le nom d'*ouraque*, et porte les vaisseaux ombilicaux.

En même temps, le fœtus exécute des mouvemens particuliers, dont j'ai décrit ailleurs toute la succession, et à la faveur de ces mouvemens fait subir à l'allantoïde une torsion spirale qui la convertit en cordon ombilical.

Or, puisque le cordon ombilical n'est autre chose que l'allantoïde enroulée, il s'ensuit rigoureusement que les rapports de ce même cordon, avec l'embryon, doivent être les mêmes que ceux de l'allantoïde; et puisque, comme je viens de le dire, l'allantoïde, du moment de sa conversion en cordon ombilical, se continuait avec la paroi du ventre d'une part, et de l'autre avec l'ouraque, il en résulte que le cordon ombilical doit se continuer avec la paroi abdominale d'une part, et de l'autre avec la vessie par l'ouraque.

Mais cette continuation du cordon ombilical avec toute l'épaisseur de la paroi antérieure inférieure du ventre ne persiste pas toujours complète, car il arrive un moment où elle cesse avec la couche dermique, et n'a par conséquent plus lieu alors qu'avec les muscles et leurs aponévroses.

C'est ainsi qu'à mesure que le terme de la gestation approche, le fœtus, tendant progressivement à s'affranchir des liens qui l'enchaînent à ses enveloppes, se détache peu à peu, de manière que la portion du cordon qui porte les traces des vaisseaux placentaires soit la dernière à se flétrir. En sorte qu'ici encore, il faut avoir soin de ne pas considérer comme permanens ou contradictoires des faits qui se succèdent sans s'exclure.

Maintenant, pour terminer l'histoire de l'allantoïde, il ne me resterait plus qu'à montrer par quel mécanisme elle parvient à former le placenta et les cotylédons; mais la question est trop importante pour ne pas être traitée d'une manière spéciale, et bientôt je mettrai sous les yeux de l'Académie des préparations qui feront voir clairement que les gâteaux placentaires ne sont en réalité que des agglomérations de petits culs-de-sacs de l'allantoïde, subdivisés en d'autres culs-de-sacs semblables par leur forme seulement à ceux dont se composent certaines glandes, et que les vaisseaux allantoïdiens, après avoir parcouru l'allantoïde, descendent dans ces culs-de-sacs pour s'y ramifier à l'infini.

SÉANCE DU 31 AOUT.

CONSERVATION DES CADAVRES. — LIQUEUR PRÉSERVATRICE.

M. Lereboullet, conservateur du musée d'histoire naturelle de Strasbourg, écrit à cette Académie à l'occasion d'un rapport fait à l'Académie des sciences sur un procédé imaginé et proposé par M. Gannal pour la conservation des cadavres. Ce procédé, dit M. Lereboullet, n'intéresse pas seulement l'anatomie humaine, mais encore l'anatomie comparée et la zoologie, et comme il est employé au musée d'histoire naturelle de Strasbourg, je crois utile de faire connaître les résultats obtenus. Mon intention, ajoute l'auteur, n'est pas de contester à M. Gannal la priorité de son invention; cependant je ferai remarquer que depuis deux ans nous conservons différentes pièces d'anatomie dans un liquide analogue à celui de ce chimiste distingué. Nous en devons la composition au garde de notre musée, M. Vinet, qui s'en servait d'abord pour le tannage des peaux destinées à être empaillées. Il ne diffère du liquide de M. Gannal que par les proportions; il se compose de :

Eau,	16 parties.
Chlorure de calcium,	4 parties.
Sulfate d'alumine et de potasse,	2 parties.
Nitrate de potasse,	1 partie.

Nous conservons dans ce liquide des squelettes de poissons cartilagineux, des préparations de muscles, de cerveaux, de nerfs; des pièces injectées ou des corps entiers de mammifères, d'oiseaux, de reptiles ou de poissons destinés à l'anatomie.

Une tête de chat, sur laquelle on a préparé les muscles de la mastication et de la déglutition, ainsi que les glandes salivaires, sert, depuis plus d'un an, aux démonstrations d'anatomie comparée, et se trouve en très-bon état.

— M. Arago fait remarquer à cette occasion que le procédé de M. Gannal a été depuis beaucoup plus de deux ans rendu public, et appliqué par l'auteur, non-seulement à la préservation de pièces anatomiques immergées dans la liqueur, mais encore à la conservation de corps exposés à l'air, et qui sont seulement injectés avec cette composition. M. Lereboullet d'ailleurs, comme il le dit lui-même, ne songe nullement à disputer à M. Gannal la priorité d'invention.

GRANDES VENTOUSES.

M. O'Farrell écrit pour réclamer en faveur d'un de ses compatriotes la priorité d'invention et d'application d'appareils construits sur le même principe que ceux qui ont été proposés par M. le docteur Junod, et sur lesquels M. Magendie a fait un rapport favorable. « Depuis près de vingt ans, dit-il, M. le docteur Murray fait usage d'appareils destinés à augmenter ou à diminuer la pression atmosphérique sur la totalité de la surface du corps ou sur des membres isolés, et

fléchirent comme un miroir la fourberie qui germerait tout à coup au fond de son âme. Elle sembla comme s'interroger elle-même quelque temps, et nous faillîmes nous trahir tous par un éclat de rire, quand elle s'écria avec l'air d'une illuminée : « Voilà le vrai côté! » Eh bien! il faut le dire, cette fois, mais cette fois seulement, l'aiguille étant tout-à-fait dérangée, elle indiqua l'heure qu'elle marquait à cinq minutes près. Mais ajoutons bien vite qu'un de nous ne fut pas bien sûr de ne l'avoir pas prononcée à côté d'elle. Rappelons-nous surtout qu'elle se déclare d'abord inespable de voir l'heure à travers la boîte, et qu'elle ne se décide à la dire qu'après s'être si sottement persuadé que cet obstacle n'existe plus.

Au surplus, je me hâte de dire que notre expérience fut immédiatement répétée, après nous être seulement indiqué les uns aux autres, à mi-voix, une heure différente de celle marquée par l'aiguille; et qu'elle s'y laissa prendre comme à l'ordinaire. Pauvre fille! dans les expériences, elle avait perdu la vue, cette vue grossière qui se fait par l'œil; mais sa vue intellectuelle, où donc avait-elle été transposée? A moins qu'elle n'ait osé s'en servir, dans la crainte que je n'aie eu l'intention de la paralyser! car enfin, dans tout cela, il y a moins d'adresse de notre part que d'imbécile confiance de la sienne.

Je ne veux pas quitter ce chapitre sans vous signaler encore une de ces ruses qui me paraissent avoir été employées dans la plupart des expériences de ce genre, et spécialement dans celles faites au nom de l'Académie de médecine. Chaque fois que la montre était posée sur le front de notre somnambule, elle n'oubliait jamais ces phrases banales notées avec tant de soin par tous les expérimentateurs, comme avant-coureurs de l'esprit sacré chez leurs sybilles, ces : *Je ne pourrais jamais...si!.. non...j'y suis...je n'y suis pas...* et cent autres malices de ce genre. Mais pendant ce temps-là, il fallait voir la montre s'élever, s'abaisser, se promener sur le front; et de là à la hauteur de l'œil il y a si près! Il est vrai que les paupières restent fermées, et les cils croisés, et cette circonstance notée plusieurs fois par MM. les commissaires de l'Académie leur a suffi pour se croire à l'abri de toute supercherie. Eh bien, un de nous a vu l'heure sur une montre et lu plusieurs lignes sans qu'il ait été possible d'apercevoir le moindre écartement entre les paupières. Demandez donc maintenant pourquoi M. Petit d'Athis qui lisait si bien les yeux fermés, déclarait n'y voir goutte à travers un bandeau. (Pag. 59 du rapport.)

V. — Il était difficile qu'à une femme maniée par tant de médecins, et qui se frotte depuis si long-temps aux murs d'un hospice, il ne soit pas resté quelque vernis scientifique. Vous ne serez donc pas étonné si madame Brouillard se traite elle-même et donne des consultations. Je crois qu'elle se propose d'aller en ville dès qu'elle aura trouvé un magnétiseur pour l'y conduire. Pour ce qui la regarde, elle voit quelque chose de rouge et de gros dans son bas-ventre. Elle s'est ordonné en quelques mois de l'année 1831 ou 22 plus de 50 saignées qui toutes ont été pratiquées, des sétons et même un assez bon nombre de moxas. Ces dernières prescriptions ont été renouvelées par elle-même l'an dernier; cette fois elle s'est bornée à demander un autre séton à la place de celui qu'elle porte, ce qui du reste n'a pas été exécuté. Toutes ces ordonnances sont autant de pièces de conviction dont on a fait grand bruit pour la justification du somnambulisme. Comment, a-t-on dit, une femme peut-elle endurer qu'on brûle sa peau, qu'on la transperce avec un histouri, qu'on verse des flots de son sang, pour l'honneur d'une question scientifique! C'est à déchirer l'âme en effet; mais un peu moins de pitié, messieurs, s'il vous plaît. Quand elle s'ordonne sétons et moxas, croyez bien qu'elle a par

il a fait aux sociétés savantes de Londres et de Dublin de nombreuses communications sur les effets qu'il en a obtenus dans le traitement des maladies. »

Il y a quelques années, M. le docteur Gattanach adressa à l'Académie une lettre pour appeler son attention sur ce sujet, mais il n'y fut pas donné de suite.

PATES POUR FAIRE COUPER LES RASOIRS ET INSTRUMENS DE CHIRURGIE.

M. Valpètre, médecin, avait adressé à l'Académie une composition destinée à cet usage, et demandé l'autorisation de joindre à un prospectus, dont il envoyait le modèle, le rapport qui serait fait sur cette préparation, afin d'en mieux assurer, disait-il, la vente.

La commission qui fut alors nommée, et qui se compose de MM. Poncelet, Dumas et Chevreul, a pensé qu'il n'y avait pas lieu à faire un examen de ces pâtes. En effet, dit le rapporteur (M. Chevreul), suivant nous, il n'entre pas dans l'institution de l'Académie des sciences de constater l'utilité des choses vénales qui sont hors du domaine des découvertes scientifiques; et dans le cas particulier qui nous est soumis, il nous semble qu'il y aurait toute sorte d'inconvéniens à examiner, sous le rapport de l'utilité, les pâtes de M. Valpètre, dont la nature et la préparation, étant tenues secrètes, rentrent dans la catégorie des matières qui, indéfinies et vagues, échappent à la critique qu'on en ferait ou à l'approbation qu'on y donnerait, et sont par là même susceptibles de devenir un sujet de contestatin.

M. Arago ne pense pas qu'il y ait rien dans l'institution de l'Académie qui lui interdise de constater l'utilité d'une chose qui est soumise à son examen, parce que cette chose est vénale. On a fait autrefois un rapport sur le moiré métallique de M. Allard, et cependant il était bien entendu dès le principe que ce procédé serait appliqué à l'industrie et augmenterait la valeur vénale des objets pour lesquels on l'emploierait. Au reste, je n'attaque point les conclusions, et elles me semblent suffisamment justifiées par cet autre considérant, que l'auteur n'a pas fait connaître la composition de ses pâtes. Quant à l'autre considérant, il m'a semblé qu'on ne devait pas le laisser passer sans contester le principe qui y est esposé, puisque c'eût été de la part de l'Académie une sorte d'approbation tacite, et qu'on eût pu plus tard invoquer ce précédent.

M. Chevreul dit qu'il n'a entendu parler que des choses vénales qui sont hors du domaine de la science.

Plusieurs membres demandent que M. Chevreul veuille bien indiquer les caractères auxquels on reconnaîtra qu'une invention est hors du domaine de la science.

COMBINAISONS D'AZOTE, DE SOUFRE ET D'OXIGÈNE.

M. Robiquet fait en son nom et celui de MM. Thenard et Chevreul un rapport sur un mémoire de M. Pelouze, dont nous avons donné l'analyse il y a quelques séances. Les commissaires pensent que ce mémoire mérite l'entière approbation de l'académie, et proposent d'en ordonner l'insertion dans le *Recueil des savans étrangers*.

NOUVEAUX AGENS THÉRAPEUTIQUES.

M. Magendie annonce que M. Pelouze lui ayant remis différens sels formés avec l'acide nitro-sulfurique pour voir quel serait leur action sur l'économie animale, il a fait quelques expériences avec le sulfo-nitrate d'ammoniaque. Ayant reconnu, par des essais faits sur les animaux, que l'action de ce sel était peu énergique, il a pensé qu'on pouvait sans inconvénient l'employer chez l'homme, et il a été conduit à l'essayer sur des individus atteints de fièvre typhoïde, dont la nature et le traitement sont encore, comme on le sait, pour les médecins, le sujet de beaucoup d'incertitudes. Soit hasard, soit effet du nouveau remède, la guérison a été obtenue dans les deux cas. Au reste, ajoute M. Magendie, on sent bien qu'il faudra un nombre beaucoup plus considérable d'expériences avant qu'on puisse placer définitivement ces sels au nombre des médicamens sur l'efficacité desquels on peut compter.

ACTION DE LA DIASTASE SUR L'AMIDON.

M. Dumas fait en son nom et celui de M. Robiquet un rapport sur un mémoire de M. Guérin-Vary. L'auteur a étudié l'influence qu'exerce la diastase sur l'amidon dans ses trois principales modifications, savoir: sa conversion en empois, la fluidification de celui-ci, enfin la saccharification de la matière devenue fluide.

D'après ses observations, une proportion de diastase très-forte même ne produit aucun effet sur l'amidon à la température ordinaire, les deux matières étant délayées dans l'eau. Bien plus, à une température de 50 ou 53° l'amidon demeure intact sous l'influence de la diastase tout comme sous celle de l'eau pure.

Cette remarque, dit le rapporteur, est nouvelle; elle est importante.

A partir de 54 jusqu'à 65° la fécule se dilate et se déchire sous l'influence de l'eau; elle se convertit en empois. Quand on fait intervenir la diastase, on observe des effets analogues, à de légères nuances près que l'auteur signale, mais l'empois se liquéfie et se saccharifie à mesure de sa formation.

Ainsi la diastase ne semble intervenir en rien dans l'hydratation de l'amidon; elle n'agit que sur l'amidon hydraté et le convertit promptement en sucre. Sans contredire les faits observés par les auteurs qui ont précédé M. Guérin-Vary, ces expériences en donnent une interprétation nouvelle.

Il était essentiel d'examiner si, l'empois une fois produit, la diastase pourrait le saccharifier à de basses températures. L'auteur s'est assuré qu'employée en proportion un peu forte, la diastase à une température de 20 degrés convertit une grande partie de l'amidon pris à l'état d'empois; à la température de la glace fondante, elle agit encore, quoique beaucoup plus lentement.

L'auteur s'est assuré par de nombreuses expériences que le sucre obtenu par l'acide sulfurique et l'amidon, et celui qu'on prépare à l'aide de la diastase sont exactement semblables. Il est parvenu à les préparer l'un et l'autre à un état de pureté extrême, parfaitement incolores et cristallisés en petits prismes à faces rhomboïdales. Il a déterminé avec soin les principaux caractères du sucre d'amidon. Il en a fait l'analyse élémentaire et il a confirmé les résultats obtenus par M. Th. de Saussure. Voulant contrôler cette analyse par un examen attentif de la fermentation de cette espèce de sucre, il a donc déterminé avec soin l'acide carbonique et l'alcool obtenus, mais il s'est constamment présenté une perte de trois centièmes environ, qu'il attribue à la formation des acides acétique et lactique qui se produisent pendant la fermentation.

Enfin l'auteur a étudié la matière gommeuse dont la formation précède celle du sucre, et il en donne les caractères principaux.

Parmi les conséquences que M. Guérin-Vary tire des faits énoncés dans son mémoire, il en est une, dit le rapporteur, sur laquelle nous devons attirer l'attention de l'Académie.

On sait que la germination des céréales et celle de l'orge en particulier donne naissance à la diastase, et qu'en même temps une portion de l'amidon contenu dans ces graines se transforme en dextrine et même en sucre d'amidon. On a été conduit à lier ces faits et à considérer la diastase comme un produit créé par la germination et destiné à convertir l'amidon en produits solubles à l'usage de la jeune plante. L'action que la diastase exerce sur l'amidon à 60° environ, étant connue, on avait préjugé qu'elle se reproduirait à la température ordinaire à l'aide du temps. Les expériences de M. Guérin-Vary prouvent qu'un contact de deux mois entre l'amidon et la diastase ne détermine aucune réaction.

Faut-il en conclure que la diastase n'intervient pas dans les changemens que l'amidon éprouve pendant la germination? Nous ne le pensons pas. Il semble seulement que la fécule des graines s'hydrate d'abord par quelque mécanisme qui nous est encore inconnu, et qu'une fois hydratée, elle éprouve l'action de la diastase à froid, tout comme cela arrive avec l'empois ordinaire.

Reste à trouver comment la fécule des graines se dispose à subir l'action de la diastase. Comme la question est maintenant bien posée, tout porte à croire qu'elle sera promptement résolue par les personnes qui ont fait une étude spéciale des phénomènes physiologiques de la végétation.

Sur la proposition des commissaires, l'Académie ordonne l'impression du mémoire de M. Guérin-Vary dans le recueil des savans étrangers.

COMPOSITION DE L'ATMOSPHÈRE.

M. Boussingault fait connaître les nouveaux résultats de ses recherches sur ce sujet.

Dans un premier mémoire, l'auteur avait établi l'existence d'un principe hydrogéné dans l'air, et présenté les résultats obtenus en Amérique et à Paris. Il avait trouvé dans l'air de Paris environ 0,0001 d'hydrogène en volume; dans les

---

devers elle sa petite expérience qu'elle a soin de consulter; et qu'elle a bien compté les cas dans lesquels ces moyens ont été mis en usage par le médecin dans des affections semblables à la sienne. Il paraît que vous ne croyez pas aux martyrs; je pense aussi qu'ils sont rares par le temps qui court; mais il ne s'agit pas ici de se faire clouer sur une croix la tête en bas, comme saint Pierre; et tenez, dans un journal qui n'ira pas dans le boudoir des dames, je puis vous dire franchement toute ma pensée; c'est qu'il en est plus d'une qui se feraient beaucoup de mal par caprice, pour faire dire : c'est dommage. Vous savez le vers :

Enfin, quand une femme en tête a sa folie, etc.

J'en vis prendre tout juste assez de poison pour se rendre intéressantes, et en rire le lendemain. Pourquoi une somnambule, qui a bien d'autres motifs, reculerait-elle devant un moxa?

Quant aux consultations de la nôtre, je ne sais ce qu'elles étaient autrefois; mais je puis vous donner un échantillon de ce qu'elles sont aujourd'hui.

M. Roger lui était tout-à-fait inconnu, quand il assista à une de nos séances; il était venu sous le prétexte de la consulter pour une indisposition. Après qu'elle se fut déclarée endormie, il se plaça vers elle les mains dans les siennes, et la pria de l'aider de ses lumières. Il y avait sept à huit minutes qu'elle portait la main à son front, rapprochait les sourcils, et nous priait de patienter : « Y a-t-il long-temps, M. Roger, que vous avez la diarrhée? » demanda alors un de nous placé à une assez grande distance —« Deux jours. » Et la somnambule de continuer quelques minutes ses trépignemens, ses impatiences, et puis tout à coup : — « Je vois... n'allez pas boire de vin, vous échauffer; vous avez... » Que croyez-vous qu'elle va dire? la diarrhée? Fi donc! la ruse eût été trop grossière; mais le dévoiement! c'était mieux. — M. Roger, bien entendu, n'avait ni l'un ni l'autre.

Une autre fois... mais je n'oserai jamais conter cela, la médisance me fait peur; n'importe, il s'agit d'une simple expérience scientifique, et je parle à un médecin. Une autrefois donc, un de nous l'aborda d'un air presque honteux, et l'avertit qu'il aurait à la consulter à son premier sommeil magnétique. Elle fut endormie le jour même. « Madame Brouillard, dit il alors... » Et tout aussitôt, il poussa un soupir du mieux qu'il put, et fit une pause.—« Qu'avez-vous, répondit-elle un peu étonnée. — J'ai besoin de votre avis sur certaine maladie que Dieu confonde et dont j'ai été avantagé, pour mon argent encore; mais je ne veux pas vous le dire, devinez-la. Y a-t-il long-temps qu'elle vous tient? — Non; mais je jure bien que ce sera la dernière. — Pourquoi? — Parce que je prendrai *mes mesures*. » La dite somnambule est maîtresse en drôleries de ce genre; il n'en fallait pas tant pour la mettre sur la voie. — « Soyez tranquille, allez, dit-elle, je vois bien où est votre maladie; voilà ce qu'on gagne à faire le libertin. » Voilà justement où nous voulions l'amener. Il me reste maintenant à vous supplier de vouloir bien vous rappeler que cette expérience a été rapportée uniquement pour vous donner une idée de la perspicacité de notre intéressante veuve.

Ces deux expériences sont les seules que nous ayons faites sur ce sujet.

Mme Brouillard avait à ce qu'il paraît, autrefois, d'assez fréquentes attaques d'épilepsie, et elle en prédisait quelquefois. Maintenant elles sont très-rares, et elle n'a jamais voulu m'en prédire malgré mes instances. Je le regrette vivement; l'occasion était belle. Je sais seulement que l'an dernier elle en avait annoncé une qui n'a pas manqué à l'heure dite, et que quelqu'un de ma connaissance a trouvée tout-à-fait régulière; mais cette personne n'avait jamais pris Mme Brouillard en défaut.

pays marécageux de l'Amérique tropicale, cette proportion était beaucoup plus forte.

Les expériences que M. Boussingault avait faites à Paris ont été répétées à Lyon avec l'appareil précédemment décrit, et modifié seulement dans quelques détails; dans les expériences de Lyon, comme dans celles faites à la Vega de Supia et à Paris, l'auteur avait pris la précaution de laver l'air en lui faisant traverser un flacon contenant de l'acide sulfurique, afin que l'on ne pût pas attribuer l'hydrogène dosé aux particules organiques qui sont en suspension dans l'air, ou aux vapeurs ammoniacales qui se rencontrent accidentellement dans les villes.

Dans la première expérience faite à Lyon (2 août), l'air contenait en volume 0,00018 d'hydrogène; dans la deuxième (3 août), il contenait 0,0003.

Dans les expériences faites à Paris, la proportion d'hydrogène avait aussi varié d'un jour à l'autre. Je n'ose encore affirmer, dit M. Boussingault, que cette différence soit due à des variations dans la composition de l'atmosphère, mais cela me paraît probable.

L'existence d'un principe hydrogéné dans l'air a été aussi constatée en Italie par M. Matteucci, qui a fait usage des moyens proposés par M. Boussingault. Il a reconnu dans l'air des Maremmes une quantité d'hydrogène trois fois plus considérable que celle qu'on a trouvée à Paris.

La seconde partie du mémoire est relative à l'existence d'un principe carburé dans l'air. Les expériences rapportées dans le précédent mémoire prouvaient bien qu'il y a dans l'air de l'hydrogène, mais il restait à savoir si cet hydrogène s'y trouvait pur ou à l'état de combinaison. La présence de gaz carburé avait été rendue probable par les recherches de M. de Saussure; les résultats des nouvelles expériences de M. Boussingault mettent la chose hors de doute.

L'appareil dont il a fait usage pourra être employé à doser le carbone qui se trouve dans l'atmosphère dans un état différent de celui d'acide carbonique, et signaler par conséquent les variations de quantité que ce gaz carburé pourrait éprouver.

Lorsqu'on fait passer de l'air parfaitement privé d'acide carbonique à travers un tube chauffé au rouge, il arrive que de l'eau de baryte placée immédiatement après le tube se trouble d'une manière très-sensible, de sorte qu'en opérant sur une quantité suffisante d'air atmosphérique, il est possible de recueillir le carbonate de baryte, et d'apprécier ainsi le poids du carbone qui a été brûlé pendant le trajet de l'air dans le tube chauffé au rouge.

Voici le résultat d'une expérience terminée le 5 août, et qui avait été entreprise dans le but de doser le carbone. L'appareil était monté dans la cour de la Faculté des sciences de Lyon.

On a fait passer 205° d'air.

Température moyenne, 22°; pression corrigée, 0,733 millimètres.

Ce volume d'air pesait 237 grammes 5 décigrammes. Le temps était beau pendant l'expérience, l'air calme.

L'eau de baryte, placée avant le tube incandescent, est restée d'une limpidité parfaite.

L'eau de baryte, placée après le tube, s'est troublée fortement.

Le carbonate tansformé en sulfate a pesé 0,685 grains, équivalant à 0,130 gr. d'acide carbonique ou à 0,031 gr de carbone; par conséquent l'air de Lyon contenait 0,00012 de son poids de carbone. Si ce carbone s'y trouvait à l'état d'hydrogène carboné, l'air contiendrait 0,00022 de son volume de ce dernier gaz.

Il deviendra donc intéressant de joindre à la recherche de l'hydrogène celle du carbone dans les expériences de chimie météorologique.

Dans la dernière partie de son mémoire, M. Boussingault discute les différens procédés qui ont été mis en usage pour doser l'acide carbonique contenu dans l'atmosphère, et il présente le dessin de l'appareil qu'il a employé à Lyon pour déterminer la proportion de cet acide. L'air de la ville de Lyon, d'après les recherches de M. Boussingault, renferme 0,00046 de son volume en acide carbonique. C'est presque exactement le nombre trouvé par M. de Saussure pour l'acide carbonique contenu dans l'air de la ville de Genève.

OEUFS HUMAINS TRÈS JEUNES.

M. Coste présente deux de ces œufs appartenant à une époque beaucoup moins avancée de la gestation que la plupart de ceux qu'on a eu occasion d'étudier, et qui sont l'un et l'autre parfaitement sains. L'un, conformément aux déterminations reçues, n'aurait pas plus de dix joues, mais M. Coste le croit plus âgé. Ces pièces, dit-il, viennent à l'appui de ce que j'ai avancé dans un précédent mémoire, que les erreurs des anatomistes sur le sujet qui nous occupe tiennent à ce qu'ils n'ont étudié que des œufs trop avancés ou altérés par une maladie. M. Velpeau, qui n'a jamais eu l'occasion d'examiner des œufs humains avant le moment de la réalisation complète du cordon ombilical, a été conduit à admettre que ce cordon existe à toutes les époques de la gestation; et considérant le cordon ombilical comme une chose distincte de l'allantoïde, il a cherché cette allantoïde ailleurs que dans le cordon et le placenta.

Il s'en est suivi qu'au lieu de trouver dans l'espèce humaine une allantoïde qui se transforme en cordon ombilical et en placenta, il a cherché une allantoïde spéciale; et ayant trouvé entre le chorion et l'amnios une masse réticulée, il a conclu que cette masse était l'allantoïde humaine qu'il dit ainsi avoir le premier découverte. Or, ajoute M. Coste, je mets sous les yeux de l'Académie un œuf plus jeune que tous ceux que M. Velpeau a observés, puisqu'il a encore l'ombilic largement ouvert. Dans cet œuf on voit la masse réticulée de M. Velpeau, mais en même temps une vésicule allantoïde en tout semblable, par ses relations et ses usages, à celles des mammifères, car elle se transforme en cordon ombilical, comme on peut s'en convaincre par l'examen du second œuf que je présente ici. Donc l'espèce humaine est pourvue d'une allantoïde qui ne diffère pas de celle des vertébrés.

Maintenant, poursuit l'auteur, si l'on examine attentivement la masse réticulée de M. Velpeau, on verra qu'elle n'est autre chose que le résultat de la coagulation des fluides dont l'œuf est imbibé, soit par l'action de l'alcool, soit par le progrès du développement, comme cela arrive d'une manière très-apparente dans l'œuf du lapin, par exemple. Au reste, pour être en droit de faire de la masse réticulée une allantoïde, M. Velpeau aurait dû montrer sa communication avec le ventre de l'embryon, et c'est ce qu'il n'a pas fait.

NOUVELLE LOI DES COMBINAISONS.

A l'occasion de l'acide découvert récemment par M. Pelouze, et qui fait l'objet du rapport lu dans la présente séance par M. Robiquet, M. Longchamp expose une loi qu'il avait été précédemment porté à établir en considérant d'autres combinaisons, et qui, dit-il, trouve une confirmation dans la découverte de M. Pelouze.

Il n'y a, suivant M. Longchamp, que trois modes de combinaison possibles entre deux élémens de nature contraire, savoir, en désignant par A l'élément électro-positif, et par B l'élément électro-négatif, 2A+B, A+B et A+2B.

Les chimistes ayant reconnu quatre combinaisons entre le soufre et l'oxigène, et d'un autre côté les combinaisons entre l'oxigène et l'azote étant dans des proportions différentes de celles dont nous venons de parler, M. Longchamp dut chercher les moyens de montrer que ce n'était qu'une apparente exception à la loi. Considérant la combustion du soufre dans l'oxigène, et remarquant que cette combustion ne peut jamais donner lieu qu'à une formation d'acide sulfureux, il en conclut que ce dernier acide est le terme de la combinaison du soufre et de l'oxigène, et dès lors il ne vit plus dans l'acide sulfurique qu'un composé binaire d'acide nitreux et d'un deutoxide d'hydrogène ou *oxide hydrogénique*; l'acide nitrique devint de même pour lui une combinaison d'acide nitreux et d'oxide hydrogénique.

Cette manière d'envisager la combinaison des acides ne présente, dit l'auteur, rien qui répugne même dans la doctrine actuellement admise; mais les difficultés se présentent lorsqu'on combine les acides hydrogéniques avec les bases. M. Longchamp admet alors que l'oxigène de l'oxide hydrogénique se porte sur la base qui passe alors à un second degré d'oxigénation; ainsi le sulfate de potasse est la combinaison de l'oxide jaune de potassium avec l'acide sulfureux; le sulfate de plomb résulte de la combinaison de l'oxide puce avec l'acide sulfureux.

D'après la nouvelle théorie, l'oxigène de la base dans les sulfates est en même proportion que l'oxigène de l'acide. C'est une combinaison de cette forme (A+2B)+(A'+2B'). Dans les nitrates l'oxigène de l'oxide est deux fois celui de la base; cette combinaison est de cette forme (A+B)+2 (A'+B').

N'importe, voici deux dernières expériences qui, pour ne pas arriver dans l'ordre que j'ai adopté, n'en contribueront pas moins à fixer la confiance qu'il faut avoir dans les faits magnétiques.

La première de ces expériences est bien trouvée, nous pouvons le dire, car elle est de l'invention de M. Roger.

Notre veuve était endormie *comme à l'ordinaire* : nous nous tenions tous quatre (c'était le jour où M. Roger nous assistait) à quelque distance d'elle, avec le mot d'ordre. « Je gage, dit l'un de nous, que votre somnambule compterait jusqu'à mille sans s'arrêter. — Jusqu'à deux mille si vous le voulez, répliquai-je. — Tant pis pour elle et pour vous, car cela voudrait dire qu'elle n'est pas somnambule: une vraie somnambule, dans son sommeil, ne peut jamais compter au-delà de 13; c'est à cela qu'on les reconnaît. — Où avez-vous vu cela? — Dans un travail de Georget. » (Et vous savez la vénération profonde qu'elle garde à la mémoire de ce médecin.) « S'il en est ainsi, dis-je alors, je vous réponds d'elle, car elle est son élève. » Et sur ce, je lui prends affectueusement les deux mains, et, du ton le plus sérieux, je la prie de se mettre à compter jusqu'à ce que je lui dise de s'arrêter. Air d'impatience, questions multipliées sur le but de cette épreuve; je m'y attendais. Je dissipe ses inquiétudes, j'exprime plus impérieusement ma volonté, comme un thaumaturge consommé. Elle se décide; attention! une, deux, trois... Pardon, mais, quelque grave que vous soyez, ne vous êtes-vous pas arrêté parfois sur la place, devant ce petit cheval savant qui, indépendamment de la délicatesse qu'il met à tirer du bout du pied une carte désignée entre plusieurs, ou de la grâce avec laquelle il s'arrête devant la plus jolie fille de la société, possède surtout le talent de compter imperturbablement jusqu'à un nombre fixé par un des assistans? A la différence près du sexe, c'est le tableau de notre somnambule. Seulement, l'intéressant animal compte en frappant du pied la terre avec une certaine gentillesse, tandis que Mme Brouillard comptait assez gauchement sur ses doigts. Nous attendions avec impatience : elle arrive enfin au nombre 13! En vérité, j'ai envie de vous laisser deviner le reste, car je ne vous peindrais jamais tout ce qu'il y avait de grotesque et de pitoyable à la fois dans ces soupirs, ces balancemens de tête, ces grimaces, ces efforts de langue, ces trépignemens, dans ces mille semblans d'impatience et de dépit contre une volonté impuissante. Un vétérinaire dirait qu'elle *poussait au mur*. Elle suait à grosses gouttes. Nous la tirâmes d'affaire en l'applaudissant.

Il faut le dire cependant à sa louange, cette expérience parut l'inquiéter. Elle fut effrayée elle-même de s'être faite si habile. Aussi, dans la séance suivante, dès qu'elle fut endormie, son premier mot fut pour nous prier de ne faire sur elle aucun essai, à cause d'un violent mal d'estomac qui s'en augmenterait infailliblement. Mais cette fois nous avions des desseins sur elle. « Elle souffre, notre pauvre Braquette, dis-je aussitôt; mais cela ne m'inquiète pas : un effort de ma volonté, et l'estomac sera paralysé, et il ne souffrira plus. » Et la malheureuse est obligée de se laisser enlever sa douleur, à laquelle elle tenait tant. Ce moyen abandonné, vint le mal de tête; mais si forts qu'ils soient, maux de tête et maux d'estomac sont mêmes bagatelles pour un magnétiseur; il souffle, et tout disparaît. Je ne sais si elle pensa ensuite à une douleur du pied; la vérité est qu'elle n'en parla pas. Comme vous voyez, la position d'une somnambule est parfois bien critique!

Elle se tut donc, et se contenta de se renfoncer dans son fauteuil. Pour nous, nous allâmes tenir un peu plus loin une espèce de conciliabule.

C'était un tableau d'une solennité véritablement comique. Voyez-nous, d'un

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

FIN DE LA SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1835.

GROSSESSES UTÉRINES INTERSTICIELLES.

M. Carus fait voir deux dessins qui représentent une grossesse utérine interstiticielle terminée par rupture de la poche utérine.

Ces cas, dit l'honorable membre, sont heureusement très-rares, attendu qu'ils se terminent presque toujours par la rupture de l'utérus et la mort de la mère. Il y a 25 ans qu'un premier fait de ce genre a été observé en Allemagne; un second a été vu plus tard en France; et enfin tous ceux qu'on connait ont été rassemblés dans un mémoire spécial par M. Bresehet, que je regrette de n'avoir pas trouvé à Paris pour faire sa connaissance. En général, la rupture de l'utérus a lieu dès le troisième mois; ici la grossesse a été jusqu'au cinquième.

L'auteur fait passer les deux dessins sous les yeux de l'Académie. Le premier représente la poche intersticielle de l'utérus rompue du côté du péritoine, et le fœtus jeté dans la cavité abdominale; le second, en même temps que la poche intersticielle, montre la cavité utérine ouverte par une large incision et qui n'a nullement participé à la rupture.

M. Velpeau. Je possède une pièce anatomique presque toute semblable qui m'a été donnée par M. Bomain Gerardin, et que je pourrai montrer à l'Académie dans la prochaine séance. Il y a dix ans que M. Breschet a publié son mémoire; en ajoutant aux faits qu'il y relate ceux qu'on a publiés depuis, on arrive à un total de 20 à 25 cas connus de grossesse intersticielle. Cette grossesse est toutefois en elle-même un phénomène si singulier, qu'il n'est pas étonnant qu'on ait varié sur les interprétations. Plusieurs auteurs en contestent la possibilité; suivant eux, l'ovule s'arrêterait dans la trompe, près de son extrémité utérine; et comme une partie de la paroi utérine est distendue par son développement, on a cru qu'il était logé dans l'intérieur de cette paroi même. Il est en effet remarquable que dans tous les cas l'œuf s'est trouvé à l'un des angles de l'utérus correspondant à l'une des trompes. Les partisans de l'autre opinion allèguent qu'on devrait alors retrouver la continuité du canal tubaire communiquant avec la cavité qui contient l'œuf. C'est une raison sans doute; mais elle n'ust pas sans réplique. Je ne vois pas pourquoi ce canal ne pourrait pas se trouver oblitéré; et j'avoue que la question ne me parait point résolue encore.

D'après ce que vient de dire M. Carus, cette grossesse devrait toujours se terminer par la mort; on trouve cependant dans les auteurs quelques faits qui sembleraient prouver que la rupture de la poche peut se faire du côté de la cavité utérine; l'œuf passerait dans cette cavité et serait rejeté par le vagin; la femme survivrait très-bien à cette sorte d'avortement.

M. Carus dit que, dans la première édition de sa *Physiologie*, il y a seize ans, il a professé l'opinion que cette grossesse est réellement une grossesse tubaire.

M. Boux. Il ne saurait, à mon avis, exister de doute sur ce point. Il est impossible de concevoir comment l'ovule arriverait dans l'épaisseur de la paroi utérine. Mais je ne comprends pas davantage comment le fœtus, par la rupture de sa poche, pourrait passer dans la cavité de l'utérus; cette cavité est effacée; c'est un fait qui, je crois, a été constamment observé; ou du moins sa dilatation est très-peu considérable. Il serait donc fort difficile qu'elle admît le fœtus sortant d'une poche d'un bien plus grand diamètre.

M. Velpeau. C'est une difficulté qui saute d'abord aux yeux, et qui peut être très-réelle; cependant quelques analogies permettent de croire qu'elle n'est pas insurmontable; les corps fibreux developpés dans le tissu utérin proéminent bien quelquefois dans la cavité de l'organe, et peuvent même descendre dans le vagin sans rompre le tissu qui les enveloppe. La matrice ne reste pas non plus sans se développer plus ou moins; dans la pièce que j'ai chez moi, la cavité utérine est assez agrandie, comme on pourra le voir. Cette terminaison n'est donc pas impossible; mais j'avoue qu'elle n'est pas démontrée.

M. Roux. Le développement de la cavité est toujours trop peu considérable pour que le fœtus puisse y passer. Ce qui se passe pour les polypes n'offre aucune ressemblance dont on puisse arguer; les corps fibreux siégent en général sous la muqueuse même ou au moins sous une très-mince couche de tissu utérin; et encore lorsqu'ils font saillie, cette couche qui les enveloppe s'amincit, tandis qu'autour d'un fœtus tout le tissu utérin s'hypertrophie.

M. Capuron. On conçoit cependant qu'une grossesse intersititielle puisse devenir utérine; il n'y a point d'impossibilité.

M. Velpeau. Il est inutile de discuter plus long-temps là-dessus; il n'y a pas de faits (1).

M. Thillaye. M. Breschet a observé lui-même un cas de grossesse interstitielle; les dessins et la pièce anatomique sont conservés à la Faculté.

L'Académie adresse des remerciemens à M. Carus pour sa communication.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. LOUYER-WILLERMAY.

M. Leroy d'Étiolle adresse un mémoire sur les fongus de la vessie, qui fait suite à la communication faite par lui il y a quelques mois, sur les tumeurs de la prostate. M. Leroy soumet également à l'Académie une curette articulée qu'il emploie avec succès pour l'extraction des petites pierres et des fragmens de calculs engagés dans l'urètre. Les applications n'en sont pas bornées à la lithotritie; elle convient à l'extraction des corps étrangers introduits dans divers canaux et ouvertures naturels, le conduit auditif externe par exemple. Déjà plusieurs fois des noyaux ont été retirés de l'oreille par cet instrument, par M. Breschet entre autres. La curette peut aussi être utile pour l'extraction des balles. Il n'a fallu pour cela qu'en aggrandir les proportions. (MM. Hervez de Chegoin et Ségalas, commissaires.)

— M. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker, envoie la première partie d'un troisième mémoire sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde (traitement par les purgatifs), que l'état de sa santé ne lui permet pas d'achever. Cette partie a pour base neuf observations de fièvre typhoïde simple ou compliquée. (Renvoi à la commission chargée de l'examen des autres mémoires.)

— M. le docteur Cavenne, à la Martinique, dans une lettre à M. Pariset, pour être communiquée à l'Académie, annonce l'envoi de :

1° Une tête de jeune Africain, enveloppée dans un tissu d'Afrique (pagne).

2° Un mancenillier.

3° Des échantillons de diverses plantes, etc. Avec ces objets seront des notices descriptives et critiques.

GROSSESSES INTERSTICIELLES.

M. Velpeau demande la parole à l'occasion du procès verbal. Je regrette, dit l'honorable membre, que l'Académie n'ait pas engagé M. Carus à donner les détails de son observation et à laisser ses deux dessins; le fait était assez important pour mériter une place dans nos mémoires. J'ai dit que l'on connaissait 20 à 25 cas de ce genre; le premier que je sache est rapporté par Mauriceau, qui en a donné une figure, et a parfaitement signalé sa nature; il dit en effet que le kyste s'est développé par une sorte de hernie de la matrice, et que l'ovule s'est échappé dans le tissu utérin; c'est l'idée exacte qu'on se fait de la grossesse intersticielle. On trouve un second fait dans le livre de St-Amand, un troisième dans Dionis, etc. Cependant les 25 observations que possède la science ne sont pas toutes également clairrs et authentiques; et il importerait de les étudier avec soin sous ce rapport. Revenons à la nature de cette espèce de grossesse.

A ceux qui prétendent que l'œuf se développe dans l'épaisseur du tissu utérin, on a objecté que sa translation dans ce tissu était impossible à comprendre. M. Breschet a bien avancé que l'ovule à son passage dans la trompe pouvait se tromper de route et s'engager dans l'orifice de quelque sinus veineux; mais j'ai étudié l'utérus avec l'attention la plus minutieuse dans l'état de vacuité, et je n'ai jamais pu y découvrir de ces sinus. M. Geuffroy Saint-Hilaire a voulu faire jouer aux *aduterum* un rôle qui ne suffit pas davantage pour expliquer toutes les difficultés du problème. Pour ma part, je crois qu'il n'y a dans tous ces cas qu'une grossesse tubaire, dans laquelle les orifices interne et externe de la trompe sont plus ou moins obstrués, ce qui a fait croire que l'œuf était réellement dans l'épaisseur de la paroi utérine. Ce qui m'a confirmé dans cette opinion, c'est que j'ai eu déjà quatre fois l'occasion de voir des grossesses évidemment tubaires; et la trompe était tellement rétrécie dans sa partie interne et dans sa partie externe

(1) Ne pourrait-on pas rapprocher des grossesses interstitielles les faits de polypes moliformes, dont Levret a rassemblé deux ou trois exemples? (*N. du R.*)

côté, réunis en assemblée délibérante, chuchotant avec mystère et entremêlant à dessein des éclats de rire étouffés et des paroles de foi et de dévotion au magnétisme; puis, d'un autre côté, dans un coin, à trois pas de nous, cette femme sans défense, n'osant croire à une désertion générale, à une trahison, toute pleine du sentiment de sa culpabilité, mais retenue par son passé et n'osant lever le masque, l'air moitié boudeur, moitié resigné. En ce moment, sans doute, sa *lucidité* l'éclairait, car il était évident qu'elle était tourmentée d'un pressentiment.

Nous convînmes tout haut (n'oubliez pas ceci) que j'essaierais de la mettre dans un état de paralysie générale, ajoutant que cela était facile chez toutes les bonnes somnambules. J'avoue que cette fois je n'osai compter sur un succès. J'allai donc en désespéré me placer devant elle, les bras croisés, les yeux bien fixes, priant mes collègues de ne pas distraire ma volonté, et pensant... je ne sais à quoi. Croiriez-vous qu'au bout de cinq minutes elle ne bougeait ni ne parlait plus qu'un cadavre, et ne donnait pas plus de signes de sensibilité spéciale que générale. Il est juste de dire que nous manquions d'ammoniaque.

Deux de nous, placés de chaque côté de la dame Brouillard, la soulevèrent avec son fauteuil; un troisième releva les deux jambes, et nous nous dirigeâmes ainsi vers la porte. Que se passait-il alors dans son esprit? Pour moi, je crois qu'à force de contrefaire la morte, elle s'imagina l'être réellement, et pendant qu'on la portait en terre, recommanda son ame à Dieu. Mais elle dut renaître en sursaut, quand le cortége funèbre s'arrêtant à la porte, elle entendit la clé tourner deux fois dans la serrure, et les trois croquemorts s'enfuirent en riant aux éclats. Elle comprit dès lors qu'il n'y avait plus rien à faire avec nous; et voilà pourquoi, revenant un quart d'heure plus tard, nous trouvâmes le fauteuil vide.

Le paralytique de la Charité (rapport de la commission) avait prédit lui-même le jour et l'heure de sa guérison; et à ce jour et à cette heure il jette là ses béquilles, traverse la foule, et monte les escaliers quatre à quatre. Notre anestésique à nous prit elle-même et tout à coup la résolution de redemander du service à ses jambes, et sa résolution fut accomplie.

Le lendemain je reçus une lettre signée : veuve Brouillard, mais écrite je ne sais par qui (car Mme Brouillard ne sait pas écrire). Cette lettre était une pièce curieuse; je suis bien fâché de n'avoir pu la conserver. A peine quelques mots de reproche, mais beaucoup de détours, d'inventions pour expliquer sa disparition de la veille. C'est une femme qui est passée par hasard à côté d'elle, qu'elle a entendue parce qu'elle l'a touchée, et à qui elle a conté sa triste aventure. C'est un magnétiseur que cette charitable femme est allée chercher, et qui est venu la réveiller; petites scènes qui ne seraient pas mal arrangées, si ce n'était que la chère dame oubliait qu'elle avait été jusque-là sourde, muette et paralysée, et qu'il n'y a pas de magnétiseur dans la maison. N'est-ce pas que c'est un beau caractère? Jouée, moquée, injuriée, elle ne se plaint pas; l'honneur du magnétisme en danger est tout ce qui la touche, et son dernier mot est pour le défendre, comme le dernier mot d'une Vendéenne est : Vive le roi!.. *O femme! femme!* disait Figaro : *être décevant!*

Un dernier mot. Certains magnétiseurs ne cessent de répéter : Mais l'intérêt! quel est-il? quel est-il? Vous le voyez : l'âge n'y fait rien, et il peut arriver que tout s'use, tout se gâte, comme disent les magnétiseurs, chez une somnambule, excepté l'amour des passes magnétiques. Heureusement pour la morale et malheureusement pour la science et la vérité, il n'est pas besoin de motifs d'intérêt aussi materiels qu'on pourrait se l'imaginer pour soutenir le courage de ces dames. Des mains abandonnées aux mains d'un jeune homme,

que j'avais peine à retrouver son pertuis. Que l'œuf, au lieu de s'arrêter vers le milieu de la trompe, se rapproche davantage de son orifice utérin, la matrice contribuera à lui constituer une enveloppe, et on aura toutes les apparences de la prétendue grossesse interstitielle.

Lorsque nous discutions dans la dernière séance sur la question de savoir si l'œuf pouvait se faire jour du côté de la cavité utérine, j'ai dit que les faits manquaient; j'en ai trouvé depuis. Pattu a publié un cas dans lequel, le kyste d'une grossesse tubaire s'étant rompu, le fœtus était passé dans le péritoine, le placenta dans la matrice. On en doit un analogue à Heine; Laugier en a cité deux dans lesquels, l'enfant étant sorti par le vagin, il fallut aller chercher le placenta dans la trompe; Herbin, Mondat ont observé quelque chose de semblable. Sans doute ce ne sont pas là des faits directs, des preuves sans réplique pour la question actuelle; mais ils donnent au moins des probabilités: et la démonstration anatomique, la seule qui ne laisse lieu à aucune objection, manquera probablement toujours, puisque si l'œuf s'ouvrait passage dans la cavité utérine, la femme ne courrait par cela seul aucun danger de mort. Il faut appeler sur ce point l'attention des accoucheurs.

M. Ménière a rassemblé dans les *Archives de médecine* plusieurs cas de grossesse interstitielle; et de leur comparaison, il avait conclu qu'elles avaient lieu presque toujours à gauche. Le travail auquel je me suis livré montre combien il faut être réservé pour établir des proportions de ce genre; en effet, sur 13 cas où le côté a été indiqué, j'ai trouvé que 7 avaient eu lieu à gauche, 6 à droite; et la pièce suivante, dont j'avais annoncé la communication, est encore un exemple de grossesse interstitielle à droite.

Voici cette pièce. On y voit que la cavité utérine est assez élargie, beaucoup plus du moins que dans l'état de vacuité; le kyste qui contenait l'œuf communique avec la partie externe de la trompe, mais la partie interne est obstruée. Du reste cette obstruction peut survenir d'autant plus aisément, et même lorsqu'elle n'existerait pas on peut encore d'autant mieux y croire, que même sur une trompe saine, il est très-difficile quelquefois de découvrir son orifice et de suivre son trajet.

J'ajouterai, bien que ceci soit étranger à la discussion, que sur la trompe du côté sain de cette matrice on voit pendre au pavillon une sorte de petit kyste en forme de poire, suspendu par un pédicule canaliculé; j'en ai vu 10 ou 12 cas, et je ne sache pas que les auteurs en aient fait mention.

M. Pinel-Grandchamp demande la parole pour communiquer une pièce anatomique du même genre.

Le sujet sur lequel on la trouva était une femme de 32 ans, enceinte de deux mois environ, qui tout à coup fut saisie de vomissemens et de selles abondantes, avec froid aux extrémités, suffocation, etc. Elle expira en quelques heures sans avoir perdu sa connaissance; et la rapidité de la mort avait fait croire à une attaque de choléra. Cependant, comme les déjections n'étaient point cholériques, que la cyanose avait manqué, M. Pinel soupçonna une autre cause de mort. En effet, à l'autopsie, on trouva les organes cérébraux et thoraciques sains, mais exsangues; le cœur flasque et vide; le péritoine au contraire rempli de sang; et dans sa portion pelvienne une quantité de caillots équivalant à une livre et demie. L'utérus avait le volume qu'il offre à six semaines ou deux mois de gestation; à son angle gauche apparaissait une tumeur anormale qui s'était rompue en arrière par une assez petite ouverture; de là sans doute l'hémorrhagie. Cette tumeur formait une poche contenant un œuf assez peu distinct; cependant le placenta est reconnaissable, et on a même trouvé et conservé les vestiges des membranes. Le fœtus n'a pu être retrouvé; peut-être, dit M. Pinel-Grandchamp, aurait-il fallu le chercher à l'aide d'un microscope. La trompe passe en arrière de la tumeur. M. Thompson, qui a très-bien preparé cette pièce, a fait passer un fil métallique dans les deux tiers externes de la trompe; le tiers interne a été mis à nu; et l'on n'a trouvé d'autre communication avec le kyste, qu'un orifice presque microscopique. Le calibre de la trompe n'était augmenté en aucun point de son etendue; le kyste paraît d'une capacité propre à contenir une aveline. La cavité utérine était un peu accrue, et ses parois épaissies; elle contenait une membrane caduque complète, ouverte près du museau de tanche, mais sans ouvertures au voisinage des trompes. Enfin dans l'ovaire gauche, qui avait fourni l'ovule, se voyait la cicatrice jaune. A tous ces caractères on ne saurait mettre en doute l'existence d'une grossesse.

M. Dupuy. Je ne veux que demander à M. Velpeau si le petit kyste pyriforme qui pend au pavillon de la trompe, ne serait pas une hydatide. Souvent nous en rencontrons dans la matrice des brebis, et elles mettent au monde alors des agneaux sujets aux *cœnures cérébrales,* causes de cette affection qu'on appelle le tournis.

M. Velpeau. Je m'étais fait aussi cette question, mais le kyste est pédiculé; le pédicule lui-même est canaliculé; tous deux ne contiennent que de la sérosité, et n'offrent à leur face interne rien qui indique une hydatide; cela me paraît être un kyste pur et simple.

Pour reprendre la discussion principale, le fait que vient de communiquer M. Penil-Grandchamp serait bien le type le plus frappant de la grossesse interstitielle; et cependant, outre qu'on pouvait admettre ou une hernie, ou une rupture de la trompe, le fait vient de lui-même se ranger sous notre théorie, puisqu'il y a une communication entre la trompe et le kyste. Je ne m'étonne pas qu'on n'ait pas trouvé l'embryon; et il n'est pas probable que le microscope en apprît plus à cet égard que la vue simple. Il nous suffit, pour admettre la grossesse, que l'œuf ait été conservé; on le reconnait; toutefois on ne peut s'empêcher de reconnaitre qu'il a subi quelque altération.

M. Roux demande si, dans les observations rassemblées par M. Velpeau, la grossesse était assez avancée pour qu'on pût distinguer le sexe du fœtus? Cette circonstance aurait bien son importance; elle pourrait servir à décider de quel côté viennent les mâles ou les femelles. Le système de Millot n'est pas peut être aussi dénué de fondement qu'on pourrait le penser. (Rires et rumeurs en sens divers.)

On demande la clôture sur plusieurs bancs.

M. Moreau. Je vois avec peine que l'on veuille étrangler la discussion sur une question aussi grave en physiologie, et lorsqu'on vous a mis devant les yeux des faits aussi importans et aussi rares. (Approbation.) Je partage complétement l'opinion de M. Velpeau sur les grossesses dites interstitielles; je ne pense pas que l'ovule puisse pénétrer dans le tissu utérin, à proprement parler; cependant il faut tenir compte de certaines anomalies de la trompe, telles que celle que M. Baudelocque neveu a signalée à l'ancienne section de chirurgie. Sur une femme disséquée à Beaujon, on trouva que la trompe offrait une espèce de diverticulum, un canal de communication qui aboutissait près du col utérin; M. Baudelocque ne montra pas la pièce; mais cette disposition avait été constatée par M. Marjolin, et ne peut donc être révoquée en doute. On conçoit qu'alors la grossesse pourrait offrir d'autres caractères que la grossesse tubaire proprement dite, sans être cependant ce qu'on a appelé proprement une grossesse interstitielle.

La pièce communiquée par M. Pinel-Grandchamp n'est autre chose qu'une grossesse tubaire. Je ferai remarquer que la caduque trouvée dans la cavité utérine n'offrait aucune perforation du côté des trompes. Cette disposition, que j'ai signalée le premier il y a vingt ans, m'a servi à fonder une théorie du développement de l'œuf dans l'utérus contraire à celle de Hunter, et qui a été reproduite récemment par M. Velpeau. Voici donc encore un fait nouveau en sa faveur.

J'en viens à la question posée par M. Roux, et je dis qu'elle est jugée depuis long-temps. Chez les animaux, on a fréquemment observé que chaque *aduterum* contenait indifféremment des mâles et des femelles. Il y a quelques années, il est mort à la Maternité une femme chez qui l'ovaire et la trompe du côté droit manquaient complètement. Cette femme avait eu des enfans des deux sexes. J'ai montré à l'Académie un utérus double appartenant à une fille morte durant sa seconde grossesse; la portion droite de cet utérus avait contenu un fœtus femelle, la gauche un fœtus mâle; ce qui est tout l'opposé de la doctrine de Millot.

M. Velpeau. J'ai vu la pièce anatomique de M. Baudelocque neveu; déjà Morgagni avait décrit une anomalie semblable, et autrefois même on professait en théorie générale que l'ovule était dirigé par la trompe du côté du col utérin. Dans tous les cas, l'ovule ne saurait ni s'engager ni se développer dans l'épaisseur du tissu même de la matrice.

Pour répondre maintenant à M. Roux, je crois aussi que la question est jugée sans appel. Je n'ai pas marqué spécialement les cas dans lesquels on a noté le sexe des fœtus et le côté où ils avaient pris naissance; je puis dire seulement que le sexe a été signalé plusieurs fois, et que dans un cas l'auteur remarque expressément que le sexe de son fœtus met en défaut la théorie de Millot. Mais il y a plus: sur des femelles d'animaux, Legallois a enlevé un des ovaires, et elles ont mis bas plus tard des petits des deux sexes, et enfin une femme, chez qui M. Deneux avait enlevé l'ovaire gauche, étant devenue enceinte après, est précisément accouchée d'une fille.

---

une tête négligemment penchée sur les épaules, des paupières closes, une bouche entr'ouverte, des seins qui montent et s'abaissent avec rapidité, de douces frictions sur une foule de points du corps, ces momens de silence et de mystère pendant lesquels s'opère une sorte de communion entre le faiseur de passes et son adepte, et quand cette communion est établie la conversation familière, les demi-confidences, l'aveu plus ou moins pudique des intéressantes misères du corps et de l'ame, le commerce intime qui s'en suit naturellement, les mille petits riens qui en dépendent, la singularité qui s'attache nécessairement à une personne qui passe pour deviner le passé et prédire l'avenir, etc.; que de circonstances engageantes, je ne dis pas seulement pour les coquettes, mais encore pour certaines femmes véritablement aimantes et sensibles. Oui, je suis convaincu qu'il est des organisations qui cherchent dans le somnambulisme cet idéal de volupté toute intérieure qu'elles ont poursuivi en vain dans les plaisirs du monde, comme il en est d'autres qui la cherchent dans la religion. Mais c'est une conviction qu'il est difficile de faire passer dans l'esprit d'autrui. Tout le monde ne voit pas la société sous un même jour; le cœur humain a aussi ses lieux secrets et sa pudeur, que celui-là seul peut connaitre qui en a fait l'expérience; et comme il faudrait de longues pages pour developper de pareilles questions, je m'empresse de terminer cette lettre, beaucoup plus longue déjà que je ne m'y attendais.

Agréez, etc.,

A. Dechambre,
Interne à la Salpêtrière.

— Le choléra n'a pas fait depuis quelque temps de progrès notables dans le midi de la France. Il a fait invasion à Toulouse, mais avec peu d'intensité. C'est vers l'Italie qu'il parait se diriger: Gênes, Florence et quelques autres villes de moindre importance en sont déjà atteintes.

— Près de deux cents prisonniers de Bicêtre ont été pris ces jours derniers de cholérine; tous l'ont été le même jour et avec les mêmes symptômes. La maladie a présenté cela de remarquable, que les déjections ressemblaient à celles du choléra; elles étaient blanchâtres comme de l'eau de riz. Néanmoins, il n'y avait aucun des symptômes du choléra épidémique, et l'affection a cédé chez tous les malades en quelques heures, au moyen de la diète et de quelques lavemens opiaces.

— *Projet d'un essai sur la vitalité ou sur le principe des phénomènes de l'organisation*, précédé d'un rapport fait à l'Académie de médecine par M. le professeur Andral.

Paris, 1835. Librairie de Deville-Cavelin, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10. — Un vol. in-8°. Prix: 4 fr. 50.

— *Mémoire sur un nouvel appareil pour le traitement des fractures du col du fémur*, par Gobier. In-8° avec 4 planches. Prix: 1 fr. 50.

Paris. Librairie des sciences médicales de Just-Rouvier et E. Le Bouvier, 8, rue de l'Ecole-de-Medecine. 1835.

M. Roux. Je ne regarde point la théorie de Millot comme parfaitement démontrée; mais je ne suis pas convaincu que la question soit décidée, surtout avec les objections qu'on vient d'emettre. Si une femme avec un ovaire gauche a fait un enfant mâle, n'a-t-il pas pu y avoir transposition des ovaires, comme on voit quelquefois une transposition du cœur de gauche à droite et des autres viscères? (On rit.) Comment d'ailleurs expliquerez-vous que, dans la grande majorité des cas, 9 fois sur 10, 90 fois sur 100, les enfans jumeaux venus probablement du même ovaire soient du même sexe?

M. Moreau. Mais cela n'est pas!

M. Roux. Je ne dis pas que cela soit toujours; j'ai dit dans la grande majorité des cas.

M. Moreau. J'admets la possibilité de la transposition des ovaires; mais répondez donc à ce fait d'une femme qui, avec un seul ovaire, a fait des enfans mâles et femelles. (M. Capuron : Et aux expériences de Legallois!) Quant à la question des jumeaux... (M. Roux, en riant : Elle vous embarrasse!) Non, certes; je maintiens qu'ils sont indifféremment du même sexe ou de sexe différent, et j'en donnerai la preuve quand on voudra.

La discussion est close. Le reste de la séance est occupé par la lecture et la discussion d'un rapport de M. Bricheteau sur un appareil de M. Hossard; nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU CHLORURE DE SODIUM PAR ABSORPTION PULMONAIRE DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS, par M. Richard, pharmacien.

Monsieur le Rédacteur,

Inventeur d'un moyen thérapeutique pour le traitement du choléra-morbus, moyen qui m'a permis, dans le commencement de l'épidémie de 1832, à Paris, de sauver un très-grand nombre de choléras algides et cyaniques, et qui, répété depuis dans des cas de choléras algides et cyaniques chez des femmes enceintes, à l'hospice de la Maternité, a en le plus heureux succès, j'aurais bien voulu tendre une main secourable aux malheureux cholériques du Midi et de l'Italie; mais comment faire? Je n'ai pas terminé mes études médicales, et je n'ai pas les titres suffisans pour me placer moi-même au sein d'une épidémie et faire l'application de cette méthode thérapeutique si vraie et si rationnelle, dont les médecins, qui l'ont jugée peut-être légèrement et sans expériences, regretteront plus tard de n'avoir pas profité, soit pour leurs parens, amis ou malades.

Je n'ignore pas ce que le père de la médecine a dit des épidémies, et quelle opinion il pouvait établir dans ce cas sur les agens thérapeutiques; mais parce qu'on n'a rien pu faire, parce qu'on n'a rien trouvé, est-ce donc une raison pour ne rien faire et pour ne rien tenter? A quoi servirait la science, l'expérience et la médecine elle-même?

En attendant qu'une discussion scientifique, que je solliciterai de nouveau lorsque je serai docteur, assure à ce moyen les avantages et les succès que je lui attribue, veuillez, monsieur le rédacteur, au nom de l'humanité, rendre publiques les propositions que je vais avoir l'honneur de vous présenter, propositions qui, suivies par les médecins chargés du soin des cholériques, pourront occasioner le salut de plusieurs milliers d'hommes, et dédommager la science médicale de ses pertes nombreuses.

Première proposition. Les inspirations de chlorure de soude pur, faites par la voie pulmonaire au moyen de mon appareil, à une température de 50 à 55° Réaumur, à la dose de 6 gros de chlorure de soude pour une livre et demie d'eau, prises pendant une heure et demie et répétées deux fois dans la journée, pourront seules faire cesser le plus grand nombre des cholérines.

II. — Les inspirations de chlorure de soude, à la dose d'une once de chlorure de soude, versé par gros toutes les dix minutes, de 55 à 58° Réaumur, prises durant une heure et demie, trois fois dans la journée, aidées de quelques frictions sèches ou aromatiques, et de quelques fragmens de glace que l'on fera avaler, feront disparaître les crampes, les vomissemens et la diarrhée.

III. — Les mêmes inspirations, de 55 à 60° Réaumur, aidées de frictions aromatiques sur les extrémités, d'une grande quantité d'air renouvelé souvent dans l'appartement, de quelques fragmens de glace pour satisfaire ou tromper la soif du malade, répétées autant de fois que le refroidissement aura lieu, même douze heures dans les vingt-quatre heures, pourront dans le plus grand nombre des cas combattre avantageusement les choléras algides et cyaniques.

IV. — Dans les choléras algides, ces inspirations à 50° deux ou trois fois par jour, et une alimentation suffisante, selon l'instinct du malade, éviteront toute convalescence, par conséquent toute réaction fâcheuse, et laisseront le malade dans la plus parfaite santé.

Si au choléra se joignent d'autres affections, il est certain qu'il faudra les combattre par des moyens appropriés.

Toutes ces propositions sont étayées sur un très-grand nombre de faits.

Quelle est donc l'action de ces inspirations sur l'économie animale?

Ces inspirations, que l'on doit regarder comme formées d'air atmosphérique saturé d'une grande quantité de calorique et de vapeurs d'eau, d'une petite quantité de vapeurs de chlorure de soude et de quelques atomes de vapeurs de chlore à l'état naissant, formé par la décomposition de chlorure de soude par l'acide carbonique de l'air respiré, offrent l'action suivante, que l'on ne peut estimer que par les résultats.

Elles détruisent le principe morbide versé dans le sang, font cesser peu à peu la constriction de la poitrine, diminuent la dyspnée horrible qui a lieu chez le cholérique algide, rendent respirable l'air qui ne l'était plus, et qui, suivant des expériences très-souvent répétées, sortait des poumons tel qu'il y était entré; elles favorisent tellement la respiration, que, lorsqu'on place le tube d'un appareil inspiratoire dans la bouche d'un cholérique algide qui n'offre plus que les restes d'une vie éteinte, il inspire avec autant de force que l'homme le plus robuste. On dirait que ses poumons, affaissés complétement sur eux-mêmes, s'enflent énormément et sont susceptibles de recevoir beaucoup plus d'air que dans l'état normal. (Ce résultat m'a beaucoup surpris.) Ce malade, qui semble, à son état de prostration, avoir perdu tout mouvement, porte la main à sa bouche, et saisit le tube de verre avec tant de force, qu'on ne peut le lui enlever de la main.

Après avoir détruit au sein même du poumon ce principe délétère, les inspirations de chlorure de soude favorisent de nouveau l'hématose et la circulation se trouve rétablie à tel point que le pouls, qui était à peine sensible à l'axillaire, le devient à la radiale, et que, chez un cholérique algide, la veine brachiale ouverte laisse découler quelques gouttes d'un sang épais et coagulé comme de la gelée de groseille, et que, après trois quarts d'heure d'inspiration à 58° avec le chlorure de soude, le sang reprenant sa fluidité et sa contractilité, sortira de cette même veine avec un jet plus ou moins élevé qui inondera le malade et le médecin. La circulation rétablie, le système nerveux reprend peu à peu son état normal.

Ce ne sont pas les seuls phénomènes à observer : il y en a encore beaucoup d'autres. Ainsi la cyanose de la face et des extrémités disparait, et fait place à une couleur rouge; les yeux, enfoncés dans leur orbite, reprennent leur place habituelle, et la face cadavérique se ranime de nouveau. Après une heure et demie d'inspirations, la peau devient moins froide et moins poisseuse; elle reprend un peu de chaleur naturelle; la langue du malade s'échauffe ainsi que son expiration, qui auparavant était glacée; le malade commence à faire quelques mouvemens et à se plaindre; les envies de vomir deviennent moins fréquentes; les garderobes diminuent, et la soif est moins ardente. Le malade se trouve dans un état de calme, et ne tarde pas à s'assoupir. Si cet état d'assoupissement marche avec la diminution du pouls et le refroidissement de la langue et de l'expiration et des extrémités, il faut de suite reprendre les inspirations, et les continuer jusqu'à ce que le pouls soit assez fort et qu'il y ait une vraie diaphorèse sur toute la peau. Ce n'est qu'à ce moment que la scène change, que les organes abdominaux, débarrassés du principe délétère, reprennent leurs fonctions naturelles, et que l'on doive conserver quelque espoir de salut; il faut aussi bien savoir que, dans cet état d'asphyxie, les malades sont complétement indifférens sur leur état, et qu'il faut les exciter, les animer et les effrayer pour les rendre tout-à-fait dociles. Ce n'est qu'avec cette persévérance qu'on peut espérer sauver les cholériques algides, et qu'on peut juger cette thérapeutique. Il ne suffit pas par ce moyen de rétablir la respiration, la circulation, de faire cesser les vomissemens et le flux séreux des intestins, il faut encore rétablir par là toutes les sécrétions et les excrétions, surtout l'excrétion urinaire : celle-ci ne s'établit souvent qu'après 36 heures, 48 heures, quelquefois après trois à quatre jours. L'excrétion urinaire établie, le malade ne présente plus de danger : il peut alors sans crainte prendre des alimens; il suffit de continuer ses inspirations pendant quatre à cinq jours, deux ou trois fois par jour. Tant que l'excrétion urinaire n'a pas lieu, il faut craindre des rechutes et reprendre de temps en temps les inspirations.

Plus l'altération sera profonde, plus il faudra employer d'inspirations. Par ce moyen il n'y a jamais à craindre ces périodes de réaction fâcheuses que les malades offrent par les autres trait-mens. qui, n'ayant pu détruire ces principes morbides, les ont abandonnés dans l'organis-

me et ont soumis les divers organes à leurs ravages, réactions souvent plus terribles que le choléra lui-même, et auxquelles le malade succombe presque toujours.

Ce procédé, simple, d'une facile exécution, permet au médecin le traitement d'un grand nombre de malades par jour. Par ce moyen le médecin pourra facilement borner l'épidémie, puisqu'il arrêtera en une ou deux séances la première et la deuxième périodes du choléra, et évitera le choléra algide ou le rendra très-rare. Ce traitement bien dirigé peut faire cesser les dangers dans la ville la plus forte en très-peu de temps, et aura l'avantage de ramener la confiance publique. Il sera inutile de tourmenter les malades par des vésicatoires, par des ustions à la surface de la peau, et par la surcharge des couvertures : il faudra, au contraire, toutes les fois qu'on fera faire ces inspirations, ouvrir porte et fenêtre, aérer beaucoup l'appartement, laisser les bras et la poitrine du malade découverts ou très-peu vêtus, placer seulement sur l'abdomen et aux pieds des flanelles chaudes que l'on renouvellera souvent.

J'ai l'honneur, etc.

Richard, pharmacien à Paris.

OBSERVATIONS SUR LA CAUSE DU CHOLÉRA DIT ASIATIQUE, communiquées par Hipolyte Mille (1).

1° Le choléra n'est pas une maladie, à proprement dire, c'est une espèce d'empoisonnement produit par une cause délétère, qui a peu d'action sur l'homme en parfaite santé, mais qui s'empare surtout des organisations physiquement ou moralement ébranlées; des maladies graves pour les rendre mortelles, des moindres indispositions pour les rendre dangereuses.

2° Si cette opinion est vraie, elle explique jusqu'à un certain point pourquoi le choléra n'a pas de traitement exclusif. Si, par la connaissance des antécédens ou par hasard, les premiers remèdes donnés à temps, sont propres à l'indisposition sur laquelle le choléra s'est enté, on peut s'en rendre maître; si les remèdes sont administrés trop tard, on contraires à la première cause, le malade périt plus ou moins promptement, suivant la gravité de la maladie qui a donné lieu au choléra.

3° L'influence cholérique ne paraît pas se former dans l'air; elle semble au contraire s'y affaiblir et se dissiper promptement. Elle est locale; elle sort de certains points de la terre, produit son effet dans le voisinage du lieu, où elle est née et perd son action, c'est pourquoi elle ne s'étend pas de proche en proche.

4° Il est très-remarquable que le choléra n'attaque épidémiquement que les populations agglomérées; il faut donc lui chercher une cause qui puisse exister dans toutes les villes et qui n'existe pas auprès des habitations isolées des champs.

5° Cette cause ne provient pas du rapprochement des êtres vivans, car le choléra ne paraît pas contagieux; elle ne peut provenir des immondices que produisent les villes, car jamais on n'avait pris plus de soin de les enlever, et les maisons de campagne en sont souvent entourées. Elle ne peut être que dans l'encombrement des morts dans les cimetières, puisque cet encombrement existe dans toutes les villes, et dans quelques villages où le choléra a éclaté, et n'existe pas ailleurs.

6° La putréfaction des cadavres humains est un poison pour l'espèce humaine.

7° Tout le monde connaît les précautions que prenaient les anciens pour se garantir de l'influence de la putréfaction des cadavres humains; ils les embaumaient, les brûlaient ou les enfermaient dans des tombeaux exactement scellés; le peuple croyait en agir ainsi pour l'honneur des morts ou pour le repos de leurs mânes, les sages l'avaient ainsi ordonné pour la conservation des vivans; et c'est à cause de l'importance qu'ils attachaient à cette précaution que tous en avaient fait un article de leur code religieux.

8° Ce n'est que lorsque ces soins ont été négligés que le choléra a paru d'abord en Asie, et il n'est enfin arrivé dans l'Europe occidentale que parce qu'on n'a pas eu le soin d'agrandir les cimetières, de les disperser et de les éloigner des villes à proportion de l'augmentation de population.

9° La marche du choléra dans Aix, département des Bouches-du-Rhône, est frappante à cet égard. Il faut observer qu'il y avait anciennement vingt-neuf cimetières et autant d'églises où l'on ensevelissait les morts, parce chaque couvent et chaque hospice avait son cimetière et des tombeaux dans les églises, dont plus de quinze étaient assez éloignés de la ville et très-isolés. Les cimetières des paroisses plus rapprochés, ne recevaient pas deux corps par semaine et étaient par conséquent très-peu spacieux. Lors de la suppression des ordres religieux et des inhumations dans les églises, il n'est resté que les deux petits cimetières des paroisses, outre celui de l'Hôtel-Dieu; ces trois cimetières ont reçu dans l'espace de quarante ans au moins 80,000 morts, sans compter les décès qui eurent lieu au retour de l'armée d'Italie, au passage des prisonniers autrichiens et à celui des prisonniers et réfugiés espagnols, qui tous furent attaqués de maladies contagieuses.

Il y a deux ans que l'on reconnut que les cimetières des paroisses ne consumaient plus les cadavres; on ne pouvait plus y creuser une fosse sans retrouver les corps entiers en état de putréfaction stagnante, et depuis un an on les a abandonnés, mais sans penser à détruire le foyer pestilentiel qu'ils renfermaient.

L'un de ces cimetières n'est séparé de la caserne que par un mur de cinq mètres d'élévation. Le 13 juillet un soldat fut atteint à sept heures du matin, porté à l'hôpital à neuf heures, il mourut à onze heures.

Le 14, deux vieillards qui étaient à l'hôpital, dans la salle la plus voisine du cimetière, moururent du choléra.

Le 15, une chambrée entière de la caserne, dont la fenêtre donnait sur le cimetière, fut atteinte, et le quartier de la ville le plus voisin de ce cimetière éprouva des ravages affreux. Il est bien remarquable que le bas de la caserne, qui était garanti par la hauteur du mur du cimetière, n'a jamais été infecté; il n'y a eu d'atteints que les militaires qui logeaient à l'étage supérieur.

Les quartiers de la ville éloignés de ce cimetière n'ont eu que des cas isolés et transportés, quoique les rues en fussent plus étroites et plus malpropres.

L'autre cimetière, situé à l'opposé et dans la partie élevée, a donné quelques cas moins nombreux.

10° Il ne reste qu'à expliquer pourquoi le choléra ne s'est déclaré qu'à présent en Provence. On doit remarquer que depuis sept ans il y régnait une extrême sécheresse qui avait sans doute suspendu la fermentation et rendu le sol moins perméable aux émanations intérieures. Au mois de novembre dernier, il tomba des pluies qui inondèrent les terres pendant tout l'hiver. Elles durent pénétrer jusqu'au fond des fosses; la putréfaction a dû reprendre son cours, et au premier mouvement du printemps elle a produit ses funestes effets.

11° Pour se convaincre de la réalité de cette cause, on n'a qu'à examiner la situation et l'état des anciens cimetières à Toulon et à Marseille; il est le même et pire qu'à Aix.

A St-Chamas, petite ville de 2,500 ames de population, le cimetière extrêmement étroit est placé entre les habitations et une montagne taillée à pic, rien ne peut s'en évaporer sans se répandre sur la ville. C'est là que les premiers cas de choléra ont paru, mais la mortalité se bornait à deux ou trois par jour. Un tiers de la population s'était retirée dans les campagnes et le choléra ne cessait pas.

Du 14 au 15 août, il a fait un orage des plus violens, une pluie extraordinaire a imbibé la terre du cimetière déjà trop remuée par les fréquentes inhumations.

Le 16, il y a eu huit cas dont six décès; le 17, trente-neuf cas et vingt-trois décès.

12° Partout enfin où le choléra a passé, l'on trouvera que c'est une suite de la négligence qui a eu lieu dans les sépultures. Cette cause bien constatée, il sera facile de la détruire en éteignant les foyers existans et en évitant qu'il s'en forme de nouveaux pour l'avenir.

(1) Les réflexions de M. Mille se ressentent un peu du défaut d'expérience de l'auteur, qui n'est pas médecin : cependant par l'intérêt des faits qui leur servent de base, nous avons cru devoir les accueillir : on y verra d'ailleurs une application des idées émises par M. Pariset sur la cause de la peste. M. Mille ignorait sans doute la théorie de ce savant écrivain, qui attribue avec peut-être plus de raison le développement de la peste d'Égypte à la putréfaction des cadavres depuis qu'on ne les embaume plus.

OBSERVATION D'UN ABCÈS DÉVELOPPÉ ENTRE LA COLONNE VERTÉBRALE ET LE PHARYNX; communiquée par M. Forget, interne à l'hôpital du Midi.

Obs — Rondeau, âgé de 30 ans, d'une constitution lymphatique, anciennement affecté de chancre et de blennorrhagie, entra au mois de décembre 1834, à l'hôpital d'Alençon pour des douleurs fixées sur l'articulation coxo-fémorale, dont il fut délivré par l'usage de bains et des fumigations sulfureuses. La cessation des douleurs articulaires fut suivie immédiatement d'un sentiment de gêne au pharynx; la déglutition devint douloureuse.

Venu à Paris, Rondeau entra à l'hôpital Saint-Louis au mois de février 1835, pour une tumeur sous-maxillaire droite; il en sortit quelques jours après comme étant atteint d'ulcérations syphilitiques à la gorge. Au mois de mai suivant le malade se présenta dans le service de M. Ricord.

Le 16 mai. (Examen du malade). Le visage est pâle, livide; les lèvres un peu tuméfiées offrent une teinte violacée; la tête est portée en avant et en haut; le col tendu; le cartilage thyroïde fait une saillie très-prononcée sous la peau; la région parotidienne droite est le siége d'une tumeur molle, disparaissant par la compression qui semble déplacer un liquide. On ne rencontre dans aucun autre point de la région sous-maxillaire, ni engorgement, ni cicatrice ancienne. La parole est presqu'éteinte; la déglutition même des liquides est douloureuse; la respiration difficile; le passage de l'air dans le larynx est marqué par un sifflement très-fort.

Inspection de la gorge. Il y a un peu de rougeur sur le voile du palais; les amygdales ont leur volume normal; on ne rencontre aucune trace d'ulcération. En arrière de ces parties, la paroi postérieure du pharynx rouge, tendue est soulevée par une tumeur arrondie, résistante, élastique, s'avançant presque au niveau des piliers postérieurs du voile. Le doigt porté au fond de la gorge put constater l'étendue du gonflement qui se prolongeait sur les côtés en refoulant les carotides dont les battemens étaient plus superficiels. On s'assura que l'ouverture supérieure du larynx était masquée en partie par la saillie de la tumeur.

Pendant plusieurs jours l'examen comparatif du pharynx de notre malade et d'autres individus fut fait avec soin; et après avoir résumé avec autant de justesse que de précision tous les élémens du diagnostic, M. Ricord procéda à l'ouverture de l'abcès.

Le 20 mai. La tête du malade étant fixée contre la poitrine d'un aide, le doigt indicateur de la main gauche abaissant fortement la base de la langue, la main droite dirigea un bistouri droit, le tranchant tourné en bas, sur la paroi postérieure du pharynx qui fut incisée dans l'étendue d'un pouce environ. L'écoulement d'un pus blanc grisâtre, assez épais, très-abondant, se fit immédiatement à flots. Le soulagement ne se fit pas attendre. Aussitôt après l'opération la saillie du larynx s'affaissa, et tous les troubles fonctionnels que nous avons signalés se calmèrent.

Le malade fut mis à la diète, on lui recommanda le silence, il fit usage de boissons émollientes. Les jours suivans le malade rendit beaucoup de pus avec quelques efforts de toux. Il se plaignait de respirer avec peine.

Le 24. La gêne dans la respiration étant plus forte, une sonde en gomme fut introduite dans le foyer purulent, et on constata un décollement de la paroi postérieure du pharynx dans l'étendue de trois pouces de haut en bas. C'est en s'accumulant dans ce point le plus déclive que le pus devenait un agent de compression pour le larynx; on put dès-lors expliquer physiquement la dyspnée et la toux que l'on attribuait à une irritation sympathique.

Pour obvier aux inconvéniens résultant du séjour du pus, à l'aide de la sonde introduite comme il a été dit, on dirigea deux injections par jour d'eau chlorurée dans le foyer; le malade étant fortement renversé en avant, le pus était entraîné par le liquide injecté qui revenait en grande partie par le pavillon de la sonde. La toux provoquée par cette manœuvre aidait encore la sortie du pus. Ces injections furent répétées pendant quinze jours. Le malade, pendant tout ce temps, fut nourri avec des soupes et des bouillons.

Le 15 juin. Le pus est rendu dans les crachats, il est peu abondant, jaune, épais. La sonde ne pénètre plus que dans l'étendue d'un pouce en bas, et de quelques lignes sur les côtés. Le malade mange le quart d'alimens.

Il resta jusqu'au mois de juillet à l'hôpital; à cette époque on put, avec la sonde, s'assurer que des adhérences s'étaient établies entre la paroi pharyngienne postérieure et les parties situées en arrière; l'incision du pharynx seule n'est pas encore cicatrisée; la nature de la plaie et du pus qu'elle fournit, l'exploration avec un stylet boutonné ne laissent aucun doute sur l'intégrité du corps des vertèbres et de la surface basilaire; il n'y a ni douleur, ni rougeur à la gorge; la déglutition et la respiration s'exécutent facilement. Le malade demande à quitter l'hôpital.

Je crois devoir rapprocher de cette observation deux faits identiques dans leur nature, mais non dans leurs résultats.

M. Mott, chirurgien de New-York, qui vit le sujet de notre observation, nous dit qu'il fut appelé par ses confrères auprès d'une jeune fille morte par suffocation. On trouva une vaste collection purulente entre la colonne vertébrale et le pharynx décollé dans toute son étendue. Il fut impossible de découvrir la moindre trace d'altération dans les tissus fibreux ou dans le corps même des vertèbres. C'était, au dire du chirurgien de New-York, un abcès idiopathique dont l'ouverture eût, suivant toute probabilité, amené une prompte guérison.

Le second cas m'a été communiqué par le docteur Manoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres. La femme dont il fut appelé à faire l'autopsie, mourut d'asphyxie. Les résultats anatomico-pathologiques se trouvèrent les mêmes que dans l'observation de M. Mott.

Am. Forget,
Interne de l'hôpital du Midi.

Extraction d'un polype utérin, faite par le docteur Lemelle de Vitré, demeurant à Corbeil, chez une femme âgée de 40 à 42 ans; suivie de guérison. Observation communiquée par M. Lemelle, D.-M. P., médecin de la maison d'arrêt de Corbeil, médecin du bureau de bienfaisance de la même ville, médecin des épidémies.

Il y a environ un an, je fus appelé à Villabé, village près de Corbeil, département de Seine-et-Oise, pour donner mes soins à une nommée J. Cantin, âgée de 40 à 42 ans, et d'une assez bonne constitution: à l'altération de ses traits, au récit qu'elle me fit de ses souffrances, aux pertes utérines qu'elle éprouvait, ma pensée fut qu'elle était atteinte d'une affection de matrice. Pour m'en convaincre il fallait toucher la malade; mais ma proposition fut rejetée bien loin, et je me retirai après avoir ordonné le repos et des boissons astringentes.

A peine quinze jours s'étaient écoulés depuis ma première visite, qu'on vint en toute hâte me chercher à Villabé; je trouvai la malade baignée dans son sang, en proie aux plus cruelles souffrances causées par une rétention d'urine qui durait depuis plus de vingt-quatre heures; je saisis cette occasion avec empressement pour explorer la matrice; le doigt index introduit dans le vagin, je sentis une tumeur ferme, arrondie, égalant en volume la tête d'un enfant à terme, occupant le détroit inférieur et une grande partie du vagin; les grandes lèvres écartées, je pus la voir, la sentir distinctement; les personnes placées près de la malade purent en faire autant et se convaincre que cette tumeur était la cause unique qui pouvait porter obstacle au cours des urines. La malade placée convenablement sur un lit, je voulus la sonder, mais ce ne fut qu'après beaucoup de temps, beaucoup de difficultés, que je pus arriver à la vessie. La présence de la tumeur m'expliqua tout; la malade changée de position, la tumeur refoulée avec les doigts, je parvins à introduire une sonde de gomme élastique dépourvue de son mandrin, et une grande quantité d'urine fut évacuée.

Pour prévenir de nouveaux accidens, une sonde fut laissée à demeure pendant trois jours, après lesquels elle fut enlevée, la vessie pouvant se vider d'elle-même.

Pendant plus de six mois, je cesse de donner mes soins à la femme Cantin, certain qu'elle ne peut aller mieux; je m'informe de temps en temps de sa santé; elle éprouve souvent, me dit-on, des pertes abondantes, accompagnées de grandes souffrances; mais elle urine facilement; j'apprends avec étonnement que deux médecins sont venus séparément voir la malade et lui ont assuré, sans la toucher, qu'elle n'était atteinte d'aucune maladie, ayant la matrice pour siége, et qu'elle guérirait sans opération. Le premier, dont je tais le nom, autant pour lui que pour la profession qu'il exerce, habite nos environs; le second, docteur M..., exerce, dit-on, avec distinction à Paris. Une déclaration si précise de mes honorés confrères, me fit oublier de la malade et de la famille; on s'adressa à un autre médecin, qui promit une guérison prompte et sans opération.

Pendant quinze jours au moins elle suivit donc le traitement du docteur Sabatier, sans éprouver de soulagement. Malheureusement une perte abondante, des douleurs atroces, une nouvelle rétention d'urine, allaient démontrer toute la justesse de mon diagnostic.

En effet, le 19 mars 1835, je suis demandé par la malade; je me rends près d'elle avec empressement; son état de souffrance est difficile à dépeindre; pour la sonder j'éprouve mille difficultés; enfin je parviens à la vessie, d'où sort une grande quantité d'urine. Avant de me retirer, je dus, après ce qui s'était passé, m'expliquer librement et franchement en présence de la malade et de la famille. Certain qu'il existait une tumeur au pourtour du col de la matrice, je me prononçai d'une manière positive; je fis connaître le danger qu'il y aurait de reculer devant une opération qui pouvait arracher la malade à des douleurs atroces et sans fin, et probablement à une mort certaine et peut-être peu éloignée. La malheureuse Cantin, effrayée du passé, épouvantée de l'avenir, me répondit qu'elle s'abandonnait entièrement à moi, et qu'elle me confiait le reste de son existence.

Fort d'une si belle résolution, je me rendis près d'elle le 21 mai 1835, accompagné de MM. Petit père et fils, dont les conseils, dans cette circonstance, me furent d'une grande utilité. Persuadés que nous avions affaire à un polype, nous fûmes d'avis d'opérer sur-le-champ.

La malade, couchée en face d'une croisée sur un lit convenablement disposé, les cuisses écartées et maintenues par des aides, une forte pince de Museux fut portée dans le vagin avec la main droite, le doigt indicateur de la main gauche servant de conducteur. La tumeur saisie, je fis des tractions douces et prolongées, mais sans aucun succès. A plusieurs reprises on tenta de porter des ligatures sur le polype, tout fut inutile. Je revins à la pince de Museux. Des tractions furent faites par chacun de nous; la tumeur céda un peu, fit saillie au dehors; nous pûmes la voir, la sentir, reconnaître sa nature; notre courage ne s'abattit point; nous persévérâmes; nous voulions sauver la malade, et ne point céder aux difficultés ni à la crainte de voir succomber la jeune Cantin. Prenant avis l'un de l'autre, cherchant à bien nous comprendre, agissant ensemble, je portai, comme si j'avais appliqué le forceps, deux fortes érignes improvisées sur les parties molles de la tumeur; lorsqu'elles furent bien implantées, je tirai sur le polype que nous vîmes avancer peu à peu. Comme il tendait fortement le périnée chez

cette femme qui n'avait jamais eu d'enfant et dont l'entrée de la vulve était extrêmement étroite, je fis une légère incision; des tractions fortes tantôt à droite, tantôt à gauche, furent continuées; et, secondé par les efforts que fit cette malheureuse femme, la tumeur fut projetée au-dehors de la vulve. Dégagée des instrumens dont je m'étais servi, je la saisis avec les deux mains, et la tordant sur elle-même, elle tomba comme une poire que l'on détache de l'arbre auquel elle tient, sans déterminer la moindre perte de sang.

Cette opération a duré une heure et demie, et ce n'est qu'à force de courage et de persévérance que nous avons pu triompher de toutes les difficultés qui se sont présentées et qui renaissaient à chaque instant, et pu extraire un polype fibreux pesant près de deux livres, que j'ai envoyé à M. Lisfranc immédiatement après l'opération.

L'opération terminée, une crainte bien naturelle nous restait : la malade, qui vingt fois avait failli succomber pendant l'opération, n'allait-elle pas périr avant même notre départ?

Nos craintes s'évanouirent bientôt : cette infortunée, dont la première parole avait été : je me meurs, et qui offrait tous les signes d'une mort prochaine, reprit peu à peu connaissance. Le pouls, qu'on ne sentait plus, offrit quelques battemens; la peau parut se réchauffer; quelques soupirs se firent entendre; les lèvres, qui étaient pâles, froides, se colorèrent un peu; nous espérâmes; quelques paroles entrecoupées sortirent de la bouche de notre opérée; nous fûmes alors rassurés; et pouvant nous séparer d'elle, nous prescrivîmes le repos le plus absolu, la tranquillité physique et morale la plus parfaite. Le lendemain, je vins la voir; elle vivait, à ma grande satisfaction; elle avait passé la nuit sans souffrances; elle ne se rappelait que celles de la veille, qu'elle avait supportées avec tant de courage pour prolonger une existence qui depuis si long-temps lui était si insupportable. Aujourd'hui, 12 juillet, elle se porte parfaitement bien.

OBSERVATION D'UN CAS DE CALCUL RÉNAL DANS DE REIN DROIT, LE REIN GAUCHE ÉTANT A L'ÉTAT RUDIMENTAIRE; communiquée par M. le docteur MATUSZINSKI.

OBS. — Alexandrine Petit, domestique, née de parens sains, ayant quatre sœurs et quatre frères bien portans, âgée de 19 ans, taille moyenne, peau très-fine d'une blancheur remarquable, tempérament sanguin, bien réglée, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 14 juillet 1835.

Depuis deux ans ses urines sont de temps en temps mêlées de sang; elle n'a jamais senti de douleurs dans les reins ni dans la vessie, et n'a éprouvé aucune autre indisposition, si ce n'est une légère pneumonie droite, dont elle fut atteinte l'année passée, mais qui fut bientôt guérie.

Il y a quatre mois à peu près qu'elle fut réveillée pendant la nuit par des douleurs très-vives occupant la région rénale et hypogastrique surtout du côté droit; le ventre se tuméfia, les urines furent supprimées. Au bout de dix heures tous les accidens disparurent, et elle put immédiatement se livrer à ses occupations. Attaquée des mêmes douleurs le 30 juin, elle entra à l'hôpital Necker, d'où elle sortit le quatrième jour, sans avoir pu uriner pendant tout son séjour à l'hôpital. Le jour de sa sortie les urines reparurent, mais elle sentait des douleurs sourdes fixées dans le flanc droit, qui bientôt s'accrurent à ce point qu'elle fut obligée d'entrer à l'hôtel-Dieu dans le service de M. Chomel, où nous avons eu l'occasion de l'observer.

14 juillet. *État actuel.* Figure pâle, couverte de sueur; décubitus latéral gauche; expression d'anxiété et de souffrance; douleurs profondes et pongitives occupant les régions rénale et iliaque droites, jusqu'à l'épigastre. Ces douleurs dilacérantes, accompagnées d'une sensation d'une chaleur âcre, reviennent par accès. Ventre ballonné, douloureux à la moindre pression. Depuis trois jours elle n'a pas uriné. La sonde, introduite dans la vessie, n'y trouve point d'urine ni aucun corps étranger.

Voies digestives. Hoquet fréquent, nausées et de temps en temps vomissemens bilieux; langue recouverte d'un enduit blanchâtre, sèche; céphalalgie, soif, constipation; peau chaude, moite; pouls développé de 75 à 80; insomnie causée par la douleur. (Saignée du bras; deux bains tièdes dans la journée; lavement de lin avec l'infusion de têtes de pavots; une pilule avec un grain d'extrait gommeux d'opium, répétée deux ou trois fois par jour; boissons délayantes prises avec réserve; cataplasmes sur le ventre.)

15. Un peu de sommeil; pouls moins fort; suppression des urines; mêmes douleurs dans la région iliaque droite, langue toujours sèche; hoquet; pas de nausées ni de vomissemens; constipation. Le sang tiré hier offre un caillot petit, crispé sur lui même, surmonté d'une légère couenne et nageant dans une grande quantité de sérum. (Saignée de trois palettes; deux bains; lavemens émolliens; deux ou trois pilules d'un grain d'opium chacune; cataplasmes; mêmes boissons.)

16 juillet. La malade éprouve quelque soulagement; elle est couchée sur le dos, ce qui lui était impossible auparavant. (Nouvelle saignée, mêmes médicamens.)

17 juillet. Point d'urine; ventre tendu, douloureux; même prescription.)

18 juillet. Les douleurs des reins deviennent plus intenses, et se propagent à la vessie et dans l'aine jusqu'à la cuisse droite, leur intensité augmente vers le soir. Les urines sont supprimées; grande inquiétude.

19 juillet. La nuit les douleurs acquièrent leur plus grande intensité, elles sont pongitives, lancinantes et semblent dessiner le trajet de l'urètre du côté droit. Au bout de trois quarts d'heure de cet état, la malade rend une quantité considérable d'urine et se trouve immédiatement soulagée. Les urines sont claires sans dépôt, et ressemblent au vin de Châblis; elles n'offrent aucune trace d'odeur ammoniacale. Leur analyse ne présente rien de remarquable, on n'a pas constaté qu'il y eût un surplus d'acide urique ou une prédominance de certains sels auxquels on pourrait attribuer la formation d'un calcul ou d'un gravier.

20. Amélioration notable de tous les symptômes; sécrétion abondante des urines sans dépôt, mais exhalant une légère odeur ammoniacale. Les jours suivans, jusqu'au 27 juillet, la malade était dans un état très-satisfaisant; elle urinait bien et n'accusait aucune douleur.

27. A quatre heures du matin réapparition des douleurs; la région rénale droite devient de nouveau le siége des douleurs pongitives et lancinantes. Pouls accéléré; céphalalgie; nausées; soif; fièvre; douleurs au mollet de la jambe droite. (Bains, lavemens de lin et de pavot, pilules d'extrait thébaïque, cataplasmes.)

28. Suppression complète des urines; à peine elle a pu rendre quelques gouttes dans le bain. (Nouvelle saignée de deux palettes; même traitement.)

30. Le même état continue; les sueurs abondantes acquièrent une odeur urineuse.

31 juillet, 1er et 2 août. Aggravation des phénomènes précédens; point d'urine; hoquet fréquent; vomissemens bilieux; sueurs fétides. On prescrit encore une saignée de dix onces avant d'aller au bain; du reste, les mêmes médicamens.

3. Ventre développé, très-sensible; la pression dans la région du flanc droit fait reconnaître une tumeur que l'on soupçonne n'être autre chose que le rein augmenté dans son volume. Point d'urine; extrémités froides; soif, pustules assez nombreuses sur la figure; expression d'abattement. Même prescription.

4 et 5. L'état de la malade s'empire beaucoup.

6. Toujours suppression complète des urines. La malade, couchée sur le dos, est dans une faiblesse extrême: prostration des traits; figure couverte de boutons suppurans; l'haleine, fétide, offre l'odeur urineuse très-prononcée; pouls faible, filiforme, lent; langue pâle, sèche; ventre très-douloureux, ballonné; hoquet; vomissemens continuels de bile; extrémités froides; soubresauts des tendons. La malade succombe à 3 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE FAITE 18 HEURES APRÈS LA MORT.

L'uretère du côté droit était très petit, du volume d'une aiguille à tricoter; il n'était pas oblitéré. En ouvrant son trajet de bas en haut, on vit qu'il allait s'attacher à un petit corps jaunâtre accolé à des kystes demi-transparens, et coiffé par une capsule surrénale très-reconnaissable, offrant en masse la forme d'un rognon ou d'une fève, qui pouvait avoir 15 à 18 lignes de longueur sur 8 de largeur. L'aspect de ce petit corps nous a fait naître l'idée d'un rein arrêté dans son développement. Du reste, il n'y avait là aucune trace de structure de cet organe, point de substance corticale et tubuleuse; c'était simplement une masse homogène, un rudiment incapable d'avoir jamais pu remplir une fonction sécrétoire. En examinant le côté droit, nous trouvâmes une tumeur grosse comme un œuf d'autruche, à la base de laquelle venait s'attacher l'uretère. L'extrémité pylorique de l'estomac et une portion du duodenum avaient contracté des adhérences intimes avec elle. Une sonde cannelée introduite dans l'uretère, a facilement pénétré dans cette tumeur. On jugea à propos de l'inciser en place à la partie extérieure et supérieure: il s'écoula une assez grande quantité d'urine très-claire; la substance rénale était normale, saine, plus épaisse qu'à l'état ordinaire, ce qui parut d'autant plus surprenant qu'il y avait une énorme dilatation dans la cavité de l'organe, dilatation qui aurait dû produire un amincissement des parois, si ce rein n'eût pas, à lui seul, rempli une double fonction. Les calices étaient également très-dilatés; l'uretère arrivant dans le bassinet du rein, avait cette particularité qu'il le traversait très-obliquement, à la manière des uretères lorsqu'ils s'ouvrent dans l'intérieur de la vessie; il ne formait nullement une dilatation en forme d'entonnoir, et présentait une ouverture étroite. Le doigt, porté dans les calices, a découvert un calcul mobile du volume d'une aveline, d'une couleur noire et d'une forme très-irrégulière, hérissé d'une foule de pointes (étoilé) dont une, plus longue et parfaitement conique, pouvait très-bien s'engager dans l'ouverture et la fermer complétement. On a trouvé en outre plusieurs autres petites concrétions isolées, qui paraissaient avoir appartenu à un autre calcul dont elles pouvaient être les fragmens.

En rapprochant maintenant les phénomènes observés pendant la vie, des résultats fournis par l'autopsie, nous trouvons l'explication de plusieurs faits qui nous ont frappés dans cette maladie. Ainsi la suppression complète des urines, dont nous n'avons pas pu nous rendre compte, la maladie nous ayant semblé être bornée à un seul rein, s'explique facilement par l'absence du rein gauche simultanément avec l'obstruction de cet organe du côté opposé. Un autre fait non moins intéressant, l'intermittence des accidens, quoique la cause n'eût pas été éliminée, s'explique également par la mobilité du calcul. Celui-ci une fois engagé par une de ses pointes dans l'uretère, le bouchait plus ou moins complétement, et provoquait la série des accidens. Remonté de nouveau dans le bassinet du rein où il s'était formé, il permettait la libre issue des urines, et faisait disparaître tous les accidens auxquels d'abord il avait donné lieu.

Le rein droit était d'ailleurs sain; il n'offrait aucune espèce d'ulcération ni de suppuration évidentes. Dans un point seulement il avait une couleur brune et paraissait présenter un commencement de suppuration.

Les autres organes présentaient un état normal, si ce n'est une légère injection qu'on apercevait dans les vaisseaux du péritoine et des intestins.

MATUSZINSKI,
Docteur en médecine.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES PLAIES DE TÊTE ET DE L'ENCÉPHALITE, principalement de celle qui leur est consécutive; par J.-P. GAMA, chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, etc. 2e édition (1).

La première édition de ce livre a paru en 1830. La GAZETTE MÉDICALE en rendit alors un compte aussi favorable que le réclamait l'importance et la valeur de l'ouvrage; et nous n'aurions qu'à renvoyer à cette analyse, si l'auteur, remaniant son œuvre et y ajoutant de nombreux développemens, ne lui avait donné une physionomie en quelque sorte nouvelle. Il ne sera pas d'ailleurs sans intérêt de voir jusqu'à quel point une expérience de cinq années, au milieu de ce grand travail de critique qui s'est fait depuis ce temps dans les sciences médicales, a confirmé ou modifié les premières idées du praticien.

Les plaies bornées aux parties molles du crâne et des environs, lorsqu'elles ont lieu sur des sujets sains et bien disposés, ne prêtent pas à des considérations bien importantes. Les chirurgiens militaires nous ont fait connaître des variétés de ces blessures, causées surtout par des armes à feu, tellement étranges, que l'imagination aurait à peine été aussi loin que la réalité. Les deux suivans rapportés par M. Gama, ne paraîtront pas des moins extraordinaires. Le premier regarde un soldat blessé à Talaveyra (1809), et évacué sur Madrid. Il se plaignait vaguement d'avoir mal à l'œil. En écartant les paupières, le chirurgien aperçut une grosse balle de fer, plus volumineuse d'un bon tiers que les balles de calibre, et qui tenait la place du globe de l'œil; les paupières et les parois orbitaires étaient restées sans la moindre atteinte; et le corps étranger n'avait pas même excité d'inflammation. L'autre cas fut offert à Leipsig, par le général Lefol; il avait reçu dans le conduit auditif gauche une balle qui n'avait occasioné autre chose d'apparent qu'une légère excoriation, guérie en peu de jours. Au bout de plusieurs mois un abcès se forma entre la branche de la mâchoire et l'apophyse mastoïde; on l'ouvrit et la balle en sortit avec le pus. Il n'y avait eu primitivement ni plus tard aucune surdité, pas même la moindre gêne des mouvemens de l'os maxillaire.

Ces plaies des parties molles doivent se réunir par première intention, autant que possible; mais lorsqu'elles entament les os, qu'elles pénètrent même à travers les méninges et le cerveau, quelle est la conduite à tenir? Richter permet de les réunir pourvu que le cerveau ne soit pas atteint; encore si l'obliquité de la plaie fait faire à l'un des rebords de l'os divisé une saillie qu'on ne puisse déprimer, il veut que ce rebord soit excisé avant de rapprocher la plaie extérieure. Mais quand la plaie est plus profonde, la crainte d'une hémorrhagie interne ou d'un épanchement purulent a éloigné de la réunion la plupart des chirurgiens. M. Gama combat avec force cette pratique générale. Sans doute l'hémorrhagie tant qu'elle existe est un obstacle à la réunion; mais lorsqu'elle s'est arrêtée spontanément ou qu'elle a été réprimée par le chirurgien, elle n'est pas plus à craindre dans ces plaies que dans toutes les autres. Quant à l'épanchement de pus à l'intérieur, d'une part la réunion immédiate est un des meilleurs moyens de prévenir la suppuration; et quand celle-ci aurait lieu, elle fuserait naturellement sous la peau à travers la division osseuse; ou bien au moindre indice il serait facile d'écarter les bords de la plaie extérieure. La précaution recommandée par Richter pour les rebords osseux qui font une légère saillie est complètement inutile; ce rebord se déprime de lui-même par les parties molles rapprochées et à l'aide d'un bandage médiocrement contentif; en sorte que, règle générale: « Les plaies du crâne, pénétrantes ou non pénétrantes, quelle qu'en soit la cause, réclament la réunion » immédiate des parties charnues et aponévrotiques par-dessus les os, » après qu'on a extrait les corps étrangers, les esquilles détachées ou » très-mobiles, et arrêté l'hémorrhagie. »

Les fractures du crâne ne sont pas même pour M. Gama des contre-indications à la réunion. Il prend seulement les précautions indiquées dans l'aphorisme que nous venons de citer; de plus il relève, autant que cela est possible, les pièces osseuses enfoncées vers le cerveau et comprimant cet organe; puis, qu'il y ait ou non perte de substance aux os, et quel que soit l'état des parties molles, il procède à la réunion.

On voit combien se simplifie le traitement pour ce qui concerne les plaies en elles-mêmes; mais ce qu'il importe le plus de considérer, ce sont leurs complications.

La première par ordre d'apparition, et l'une des plus redoutables, est la commotion. M. Gama la distingue en commotion directe, lorsque le crâne frappé a transmis le choc au cerveau sous-intermédiaire, et en indirecte, quand une partie plus ou moins éloignée de la tête ayant été frappée, la secousse s'est propagée jusqu'à l'encéphale. On a donné diverses théories de la manière dont s'opèrent ces commotions; je ne sache pas que personne ait cherché à les vérifier par l'expérience, et le chapitre que l'auteur y consacre est un des plus neufs et des plus intéressans de l'ouvrage.

Il prit un matras en verre blanc, à long col, figurant assez bien, pour le besoin de l'expérience, une colonne épinière surmontée du crâne; et après avoir disposé dans ce matras plusieurs brins de fil en différens sens, il le remplit d'une solution d'ichthyocolle assez forte pour acquérir par le refroidissement à peu près la consistance de la matière cérébrale. En percutant le vase en divers points, soit avec la main, soit avec différens corps, les vibrations des fils dispersés dans la masse transparente indiquaient aux yeux les divers mouvemens dont elle était ébranlée. Or, voici ce qui fut constaté. Une percusssion médiocre à la circonférence du globe est toujours très-sensible à l'endroit correspondant entre le verre et la gélatine, et même à quelque peu de distance. En la frappant plus fortement, la masse se détache momentanément du vase sous la percussion, en même temps qu'un pareil effet s'observe au point opposé du diamètre; elle se resserre en quelque sorte sur elle-même; après quoi elle reprend sa position première, sans faire distinguer ensuite si ce décollement se répète d'une manière plus faible. Cette sorte de double impulsion dirige par conséquent la secousse jusqu'au centre de la gélatine dans deux directions contraires; de là, suivant les lois de la répulsion, elle est dirigée vers la circonférence. Les fils qui s'étaient portés en dedans des deux côtés vibrent ensuite en sens contraire; ils ont alors des mouvemens irréguliers qui durent encore quelque temps, mais dont la direction n'est plus appréciable. On ne distingue les vibrations du globe sous aucune percussion, ni à l'œil ni à la main.

Mais si le matras est tenu renversé, le globe en haut, le col en bas, et si l'on frappe avec la main ou quelque autre corps l'extrémité du col comme pour enfoncer davantage le bouchon qu'on y a mis, on voit les brins de fil exécuter des vibrations de dedans en dehors, ce qui est le contraire de la première épreuve; il n'y a pas de décollement à la partie supérieure du globe opposée à l'insertion du col; le mouvement n'est pas même plus marqué dans cet endroit que sur tout autre point de la circonférence; il paraît se répandre uniformément du centre de la masse à la périphérie, quoique la percussion soit aussi forte que possible. Les vibrations des fils indiquent néanmoins, pour effet secondaire, que ce mouvement est ensuite renvoyé de la circonférence au centre, mais d'une manière très-peu sensible; et il faut y regarder de près pour apercevoir ces espèces d'oscillations.

N'est-ce pas là une image, imparfaite si l'on veut, mais très-rapprochée de la réalité, de ce qui se passe dans les commotions cérébrales? Ainsi dans les fortes commotions directes, il n'est pas rare d'observer en deux points opposés le décollement de la dure-mère; et nous ne connaissons pas jusqu'ici un seul cas de décollement opéré au sommet du crâne par une chute sur les fesses ou sur les pieds. C'est cependant vers la partie supérieure du cerveau que devra se porter la secousse communiquée par la colonne vertébrale; si la chute a eu lieu sur le menton, la commotion se fera sentir, non plus au sommet, mais obliquement en arrière depuis les temporaux vers la partie postérieure des lobes cérébraux. Une observation fort remarquable vient à l'appui de cette dernière conséquence.

La commotion peut s'accompagner de contusion du cerveau, de rupture de cet organe, et, par suite presque inévitable, d'hémorrhagie dans la substance cérébrale. Quand les ruptures sont médiocres, le cerveau peut guérir sans même avoir été lésé dans ses fonctions, ce qu'il faut attribuer à ce que ses parties très-importantes sont demeurées intactes, et ensuite à l'absence presque complète de l'inflammation.

Après la commotion, la contusion et les ruptures, on a surtout fait

(1) In-8° de XXIV — 616 p. — Paris, 1835. — Chez Crochard, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13. — Prix 7 fr.

jouer un grand rôle à la compression dans la théorie et même dans la pratique des plaies de tête. Sans en nier absolument les effets, M. Gama essaie de les réduire à leur juste valeur, qui est en effet bien moindre qu'on n'avait pu le croire. On connaît les belles expériences de M. Serres sur ce sujet; les injections de liquides poussées entre la dure-mère et la surface cérébrale, sans la léser, n'ont entraîné aucun phénomène de paralysie. L'observation clinique est venue à l'appui; des dépressions subites, même très considérables du crâne, peuvent n'occasioner aucun désordre; des épanchemens chroniques sont souvent ignorés long-temps, et des malades et des médecins. D'où vient que dans d'autres cas la compression semble si grave? c'est qu'on lui attribue souvent trop exclusivement ce qui doit être rapporté à la lésion du cerveau quand les phénomènes sont primitifs, à l'inflammation quand ils sont consécutifs. J.-L. Petit et bien d'autres après lui, dans les plaies de tête sans enfoncement du crâne, ont regardé tous les accidens immédiats comme dus à la commotion, rangeant ceux qu'ils attribuent à la compression parmi les phénomènes consécutifs. En y réfléchissant toutefois, on concevra que l'hémorrhagie, seule source de compression quand il n'y a ni corps étrangers ni enfoncement des os du crâne, ne peut cependant avoir lieu sans lésion de la substance cérébrale; que cette lésion a pu être produite au moment même de l'accident, et que l'hémorrhagie a pu suivre presque immédiatement. Alors, ou bien les phénomènes de la compression se confondront avec ceux de la commotion, ou bien, s'il n'y a pas eu commotion, ils seront seuls primitifs; et encore ici se présentera cette question, si ce n'est pas plutôt à la lésion cérébrale qu'à la compression que sont dus les accidens. Un peu plus tard l'inflammation se développe et rend parfaitement raison des phénomènes; et on ne saurait admettre aujourd'hui qu'une collection purulente amassée dans le crâne agisse comme corps étranger plutôt que par l'inflammation qui l'a produite et qui l'accompagne encore.

Ces données étant posées, le traitement des plaies de tête est singulièrement simplifié. A part les soins à donner à la plaie en elle-même, qui guérira comme celles de toute autre partie, à moins qu'elle n'atteigne des régions cérébrales trop importantes ou qu'elle ne soit aggravée par les complications, nous n'avons à combattre que ces deux choses: dans les premiers momens qui suivent l'accident, la commotion; celle-ci dissipée, l'inflammation. A la commotion, M. Gama, comme tous les praticiens, oppose les stimulans; d'abord les frictions sèches ou excitantes, les vésicans subits, les sternutatoires, les lavemens purgatifs, le vin à l'intérieur ou même quelque liquide éthéré; puis, pour obtenir des effets plus durables selon le besoin, les cataplasmes chauds, les sinapismes, les vésicatoires promenés sur les membres et le tronc, etc. L'inspiration de l'ammoniaque et des éthers est un des moyens les plus puissans pour réveiller la sensibilité engourdie et les fonctions suspendues. Alors les évacuations sanguines sont tout-à-fait contre-indiquées; « on ne saurait trop blâmer, dit l'auteur, la précipitation que certaines personnes mettent à pratiquer de larges saignées veineuses aux blessés encore sous le coup de la commotion. » Avant tout, après les commotions graves, c'est la réaction qu'il faut obtenir, c'est-à-dire cet effet qu'on regardait autrefois comme un accident et qui n'est qu'un moyen naturel de guérison. Quand elle commence à se faire, un nouvel ordre de dangers se présente: la congestion et bientôt l'inflammation de l'encéphale. Le traitement se complique alors; il faut que le chirurgien aide à la fois la réaction et l'empêche cependant de devenir trop forte. Aussi n'est-il pas prudent de recourir aux saignées générales; les saignées locales affaissent moins et remplissent parfaitement le but. Ce n'est que quand la dureté du pouls s'ajoute aux indices d'une excitation trop générale, que M. Gama se départit de cette règle; « mais il est plus ordinaire, dit-il encore, après les plaies de tête, d'être dispensé de saigner les malades, que d'être obligé de revenir à cette opération lorsqu'on a cru devoir la pratiquer. »

L'encéphalite déclarée, tout le traitement doit être antiphlogistique. Nous ne nous appesantirons pas ici sur les détails; on connaît parfaitement aujourd'hui la manière dont l'auteur pratique ses saignées locales, sous le nom de sangsues permanentes. M. Gama ne rejette point les révulsifs soit sur la peau, soit sur le tube intestinal; mais il en règle et surtout il en restreint beaucoup l'usage; par exemple, il ne permet l'émétique en lavage que chez les individus forts, lorsque l'encéphalite n'a pas beaucoup d'intensité; et il l'associe toujours aux émissions sanguines locales. Il ne dit qu'un mot d'un autre traitement qui a cependant pour but aussi de s'opposer directement à l'inflammation, savoir, l'émétique à doses rasori nnes, employé avec succès à la clinique de Montpellier; et il le blâme d'une manière très-énergique non-seulement pour les plaies de tête, mais pour toutes les autres affections. Nous regrettons qu'un esprit aussi sévère, un praticien aussi judicieux, ait porté un pareil jugement presque uniquement en raison d'idées théoriques. Que les évacuations sanguines locales réussissent dans les encéphalites traumatiques, c'est un fait dont nous avons été trop souvent témoins pour le révoquer en doute; mais encore ces succès ne sont pas constans; et pourquoi se priver alors d'un autre moyen qui paraît doué d'une action plus énergique, et qui se recommande déjà par des faits bien observés? L'estomac s'irrite bien quelquefois, mais beaucoup plus rarement qu'on ne veut le dire; et d'ailleurs il est bien entendu qu'on ne recourt jamais à un remède héroïque, quel qu'il soit, quand il existe de formelles contre-indications. D'ailleurs cette objection banale de l'irritation de l'estomac pourrait aussi bien être invoquée contre un des plus sages préceptes que l'on trouve dans ce livre: *les alimens ne doivent pas être refusés pendant trop long temps aux sujets atteints de plaies de tête.*

Jusqu'ici nous n'avons pas dit un mot du trépan. Ce qu'en dit l'auteur a été résumé par lui-même dans cette conclusion: « Dans aucun cas le trépan ne doit être employé comme moyen d'exploration; à titre de dernière ressource, cette opération n'est plus proposable. Mais les esquilles enfoncées dans le cerveau ou la présence de corps étrangers sous le crâne rendent quelquefois de nouvelles ouvertures nécessaires à côté de celles qui existent. »

Mais l'épanchement sanguin, dira-t-on? Pour de nombreuses raisons, dont nous avons mentionné quelques-unes, M. Gama veut qu'on laisse à la nature le soin de résoudre et d'absorber l'épanchement, et nous sommes complètement de cet avis. Mais les épanchemens purulens? Sans doute si l'on avait des signes certains de leur présence et de leur siége, il serait rationnel de les évacuer; mais en l'absence complète de ces signes, la question se réduit à savoir s'il vaut mieux les chercher à l'aveugle sur tous les points du crâne par des opérations qui ont bien leur gravité, que de les abandonner à la nature; et dans ces termes elle nous paraît à peu près résolue.

Nous n'avons rien dit des considérations de l'auteur sur les diverses paralysies soit du mouvement, soit du sentiment, soit de telle ou telle région spéciale; sur les sympathies pathologiques de l'encéphale et les inductions thérapeutiques qui en découlent; sur les conséquences lointaines de l'encéphalite traumatique, kystes, dégénérescences, etc.; toutes choses dont il a été parlé à propos de la première édition du livre, et qui feraient aujourd'hui un double emploi. Nous répéterons seulement que l'auteur, un des plus fermes et des plus honorables soutiens de notre chirurgie militaire, apporte à l'appui de ses déductions si neuves et si importantes une expérience consommée, et pour ainsi dire spéciale; et quand le succès de cette monographie ne serait pas constaté par le fait, c'en serait assez pour la recommander à tous les praticiens.

VARIÉTÉS.

— M. Malgaigne vient d'être chargé par intérim, durant les vacances, du service chirurgical de M. le professeur Gerdy à l'hôpital St-Louis.

— Le 2 janvier prochain, un concours s'ouvrira pour une chaire de clinique interne vacante dans la Faculté de médecine de Strasbourg.

Ce concours se composera de trois genres d'épreuves:

1° Une appréciation des titres antérieurs de chaque candidat, faite dans l'assemblée des juges, où le mérite de leurs ouvrages et de leurs services sera discuté;

2° Deux leçons cliniques faites après visites de quelques malades indiqués par le jury, et après que les juges auront déterminé le diagnostic des maladies dont le candidat devra traiter dans ses leçons, qui dureront une heure chacune, et pour lesquelles il ne pourra s'aider que de simples notes;

3° La discussion publique d'une thèse imprimée en français, ayant pour objet une question de clinique, dont le sujet, différent pour chacun des candidats, sera tiré au sort. Dix jours francs seront accordés pour la remise de cette thèse, à partir du jour où le sujet en aura été indiqué. La discussion et l'argumentation auront lieu ensuite, suivant les formes et dans les limites de temps indiquées par les articles 27, 28 et 29 du règlement du 12 avril 1823 sur les concours d'agrégation, c'est-à-dire que chaque candidat sera argumenté par quatre de ses compétiteurs pendant une demi heure chacun.

Les pièces doivent être remises à la Faculté avant le 15 novembre 1835.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

N° 38. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1835

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* rénnies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est ponr Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Ponr l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'nn trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, an burean dn Jonrnal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directenrs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE DE LA VARIOLOÏDE; par le docteur Albert, médecin-praticien à Wiesentheid (1).

La varioloïde, cet exanthème pustuleux qui a été observé quelquefois, mais décrit sous un autre nom par les anciens médecins, a pris dans ces derniers temps le caractère d'une épidémie qui a envahi presque toute l'Europe. Cette maladie excita vivement l'attention, non-seulement des médecins, mais encore du public étranger à la médecine; on n'était pas peu snrpris de voir une maladie, semblable à la variole, s'étendre si universellement snr les populations, à une époque où l'on avait presque perdu le souvenir de la petite-vérole, à une époque où l'on avait proclamé de toutes parts le triomphe de la vaccine comme préservatif certain de la variole. Aussi les opinions des médecins furent-elles long-temps partagées sur la nature de cette maladie, jusqu'à ce qu'enfin, après des debats longs et animés, on s'accorda à considérer cet exanthème comme une variole mitigée par la vaccination, et à la désigner sous le nom de *variole modifiée*, *varioloïde*. On crut avoir par là, d'un côté, déterminé la véritable nature de la maladie, et, de l'autre, avoir sauvé la réputation de la vaccine. Cette opinion a été adoptée jusqu'ici par tous les médecins qui ont écrit snr cette matière, à l'exception d'un Anglais. M. Thomson est, si je ne me trompe, le premier et le seul médecin qui ait révoqué en doute l'identité de ces deux formes d'exanthèmes, en laissant toutefois à une expérience ultérieure à décider si son opinion était fondée ou non. Les observations que j'ai eu occasion de recueillir dans l'exercice de mes fonctions, comme médecin public spécialement chargé de la police mé-

(1) Ce mémoire est traduit des Annales de médecine politique de Henke.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Mon cher confrère, *ecce iterùm Crispinus*. J'entends par Crispinus notre ancien ami l'orthopédiste angevin, qui vient de reparaitre avec nn nouvel éclat sur la scène du monde. Vous croyiez peut-être qu'accablé sons le poids de ses anciennes tribulations, il était retonrné tristement vers ses pénates, maudissant, comme c'est l'usage des grands hommes persécutés, la malice du siècle et la sottise des Académies. Erreur, erreur profonde, mon cher confrère : l'orthopédiste d'Angers est comme l'homme d'Horace :

Si fractus illabatur orbis,
Impavidum ferient ruinæ.

Il soutiendrait le choc du monde, si le monde ponvait tomber; et jusqu'ici il n'a guère eu à souffrir que quelques égratignures portées à sa considération, atteintes légères qui, snr un homme de cette constitntion, ne dépassent pas l'épiderme. Il a secoué bravement ces traits impuissans, et a continné l'admirable expérience qu'il fait depuis dix ans avec tant de succès sur l'imbécillité de ce qu'on appelle le public, et sur la bonhomie proverbiale des Acanémies. Bref, vous saurez qu'au moment où je parle il est sur le point d'obtenir de l'Académie royale de medecine un brevet en bonne et due forme, par lequel il sera declaré le premier orthopédiste de son siècle; son corset et son sous-cuisse seront recommandés comme des inventions dignes de figurer dans le *Dictionnaire des inventions et découvertes de M. Noël*, et la ville d'Angers, deja si célèbre par ses médecins, aura un grand homme de plus. Je vous dis donc, en d'autres termes, que l'Académie a éconte il y a dix jours et adopté un rapport, dont les conclusions portent à peu près en snbstance que notre Angevin a résolu le problème orthopédique. Cette commission avait été nommée il y a près de deux ans : son travail arrive nn peu tard, comme vous voyez, mais nous n'avons certes rien perdn à attendre. Une décision semblable valait bien la peine d'être méditée et mûrie à loisir : on n'improvise pas de ces choses-là.

— Mais ce Crispinus, direz-vous, n'est-ce pas ce même homme sur lequel, dans les séances des 17 et 22 février 1835, a éclaté la plns terrible tempête d'indignation, accompagnée d'un tonnerre de paroles réprobatrices, où les mots d'impudence, d'indignité, de charlatanisme et de jonglerie rétentissaient comme le *crescendo* de la malédiction du fameux finale de don Juan? N'est-il pas vrai que Crispinus ne trouva pas au milieu de cet anathème universel une seule voix pour le défendre? Comment a-t-il pu se relever de ces foudroyantes epithètes dont la moindre eut fait rentrer à cent pieds sons terre nn homme fait comme les autres, et oser se présenter encore devant une compagnie de savans et d'honnêtes gens qui doivent naturellement négliger tout ce qui n'est pas scientifique et mépriser tout ce qui n'est pas honnête? Comment est-il possible... — Questions oiseuses que tout cela, mon cher ami, et auxquelles je dois couper court par un seul mot :

dicale, sont parfaitement en faveur de l'opinion de M. Thomson, et je suis tout-à-fait de son avis lorsqu'il prétend que la varioloïde n'est pas une forme de la variole, qu'elle n'a même rien de commun avec cette dernière, mais qu'elle est une maladie contagieuse, *suî generis*, foncièrement différente de la petite-vérole proprement dite.

Je crois pouvoir justifier mon assertion par les preuves suivantes.

I. La différence qui existe entre la variole et la varioloïde, sous le rapport de leur marche et de leur forme, est telle, qu'on ne peut s'en rendre compte qu'en admettant que ces deux maladies diffèrent dans leur nature.

L'épidémie de 1829 m'ayant fourni l'occasion d'observer 300 individus, dont 3 étaient atteints de la variole proprement dite, tous les autres étant affectés de la varioloïde, j'ai pu constater que ces deux maladies affectaient la marche suivante.

VARIOLE.

Première Période. — (Prodromes). Frissons suivis de chaleur; sentiment de faiblesse et d'abattement; déglutition douloureuse; conjonctive baignée de larmes; inflammation du bord des paupières; coriza; céphalalgie sourde vers la région frontale; sentiment de pesanteur et de tension à la région de l'estomac; malaise général; envies de vomir et vomissemens d'un liquide muqueux, filant, sans soulagement pour le malade; sentiment de pression, de tension, de plenitude dans le bas-ventre; tiraillement dans les lombes; constipation. Dans un cas, déjections alvines muqueuses, accompagnées de coliques vers la région ombilicale; dégoût pour tous les alimens; désir pour les boissons fraîches et acidules; langue fortement chargée; pouls fébrile; augmentation de la chaleur cutanée; tuméfaction du visage. Chez l'un des malades affecté d'ulcères syphilitiques, l'angine s'accrut au point de faire craindre une prochaine suffocation. Les autres symptômes furent absolument les mêmes chez les trois personnes qui ont fait le sujet de cette observation.

VARIOLOÏDE.

Première Période. — Les phénomènes précurseurs furent les suivans. Frissons suivis de chaleur; sentiment de pression, de pesanteur, de constriction à la poitrine; sensation pénible d'étouffement; anxiété précordiale se peignant même sur le visage des malades; resserrement à la moitié gauche de la poitrine; chez quelques malades, douleurs pongitives dans cette partie, s'étendant principalement vers la région du cœur; respiration courte, fréquente, bruyante; pesanteur de tête, vertiges; le malade croit à chaque instant qu'il va tomber dans un précipice. Ce phénomène se remarqua surtout à un haut degré chez une fille nerveuse de 20 ans, et chez un jeune homme pléthorique peu avant l'éruption. Bruit sourd ou tintement dans les oreilles; tiraillement dans tous les membres, mais surtout dans la région occipitale; douleurs passagères, erratiques dans les parois abdominales qui étaient légèrement tendues; défaut d'appetit, soif ardente; pouls petit, fréquent, febrile; selles tantôt régulières, tantôt supprimées; langue tantôt sèche, nette, tantôt humide, chargée. Quelques malades eurent du délire vers le soir, d'autres tombèrent dès le commencement dans un état soporeux qui persista pendant toute cette période de la maladie; des convulsions se manifestèrent chez un enfant de 6 ans, et se repétèrent fréquemment dans la même journée. Les phénomènes qui viennent d'être énumérés, sauf le peu d'exceptions dont nous avons parlé, existèrent chez tous les malades à un degré plus ou moins prononcé. Quelques-uns seulement furent assez gravement affectés pour être obligés de garder le lit durant cette période.

VARIOLE.

2ᵉ *Période.* Vers le quatrième jour se montrèrent de petites papules rouges, d'abord au visage, puis sur la poitrine, sur l'abdomen, sur le dos, sur les extremités supérieures et enfin aux extrémités inférieures. Ces petites élévations offrirent à leur centre un petit point dur au toucher; en même temps une rougeur modérée s'étendit sur la peau autour des points d'éruption. Vers la fin du cinquième jour, le corps entier, sans en excepter le cuir chevelu, se trouva parsemé de ces papules rouges, et l'éruption put être considérée comme terminée. Les phénomènes morbides qui avaient précédé l'éruption, surtout la fièvre et l'angine, diminuèrent un peu à cette époque, en continuant toutefois à persister avec une certaine intensité.

VARIOLOÏDE.

2ᵉ *Période.* De petites papules rouges, offrant au centre un petit grain dur au toucher, et accompagnées d'une rougeur de la peau autour du point d'éruption, apparurent chez trois individus au commencement du quatrième jour, chez sept autres au commencement du cinquième; chez un malade au bout de 36 heures, chez une jeune personne de 18 ans au douzième jour seulement; chez tous les autres malades à la fin du troisième jour. Cette éruption se manifesta ordinairement, d'abord sur la poitrine, puis aux extrémites, puis enfin, et quelquefois même pas du tout au visage; d'autres fois elle apparut d'abord au visage, puis à la poitrine, sur le dos, sur l'abdomen, et enfin sur les extrémités. Cette période de la maladie offrait si peu de régularité, que l'on voyait rarement deux cas se ressembler. Quelquefois, en effet, l'exanthème apparut successivement dans l'ordre qui vient d'être indiqué, d'autres fois il se manifesta en même temps sur toutes les parties, de manière que l'éruption fut terminée dans les 24 heures. Dans d'autres cas ces points rouges se montrèrent dans une partie et y persistèrent pendant 12, 24, 36 heures, jusqu'à ce qu'une nouvelle éruption se fût manifestée dans toute autre région; quelquefois, mais rarement, l'éruption se fit dans le même ordre que la veritable variole. Ce qui contribua beaucoup à cette irrégularité dans l'apparition de l'exanthème, ce fut la circonstance d'une éruption secondaire de nouvelles papules, qui se fit constamment après le troisième jour, lorsque l'éruption primitive pouvait être considerée comme terminée. Mais dans tous les cas la première apparition de l'exanthème fit disparaître jusqu'à la dernière trace des phénomènes généraux qui caractérisaient la période des prodromes.

VARIOLE.

3ᵉ *Période.* Douze heures environ après que l'éruption eût commencé à paraître, les papules prirent du développement dans le même ordre qui avait présidé à leur apparition. Elles prirent d'abord la forme de petites vésicules, semblables aux grains de millet, qui s'élevèrent de plus en plus, devinrent plus larges et plus acuminées, se remplirent d'abord d'une sérosité blanchâtre, qui, entre le deuxième et le troisième jour, se transforma en véritable pus, au point que l'on trouva à la fin du troisième jour de véritables pustules, arrondies, hemisphériques, jaunes, résistantes sous la pression du doigt et reposant sur une base rouge. Ces pustules causèrent une cuisson et une démangeaison très-vives, et déterminèrent une tuméfaction considérable de toute la peau, particulièrement de celle du visage. A cette époque

VARIOLOÏDE.

3ᵉ *Période.* Les petites papules s'élevèrent également ici, suivant l'ordre de leur apparition comme dans la véritable variole. Elles formèrent de petites vésicules remplies d'une lymphe transparente, qui s'élargirent peu à peu, et se montrèrent, à la fin du deuxième, quelquefois du troisième jour seulement, sous la forme de pustules aplaties, dures au toucher, ayant la grosseur d'une lentille, et offrant souvent à leur sommet une légère dépression. A la fin de cette période, vers l'époque de la dessiccation, les pustules prirent une teinte blanchâtre, et leur contenu devint trouble et lactescent, sans que l'état général du malade en fût altéré. Les pustules se trouvèrent aussi entourées d'une légère rougeur, mais elles n'offrirent point ce bord rouge, enflammé, tuméfié des boutons varioliques. Toutes les pustules ne parvinrent

---

c'est que l'orthopédiste angevin n'est pas un homme fait comme les autres. Il ne faut pas prétendre l'ajuster à votre mesure. C'est un être à part. Comment est-il possible, dites-vous... eh bien! sachez une fois pour toutes que tout est possible dans ce genre. S'il fallait s'étonner de choses pareilles on passerait sa vie à s'étonner. D'ailleurs le fait est certain.

Mais l'Académie, direz-vous encore? n'est-ce pas elle qui, il y a à peine six mois, a stigmatisé et ce Crispinus et ses procédés de la manière la plus énergique et la plus éclatante? N'est-ce pas cette même Académie qui est chargée par l'état de surveiller l'exercice de l'art médical, de signaler à l'opinion publique les charlatans? N'est-ce pas elle qui en toute occasion déplore l'impuissance des lois actuelles contre les manœuvres du charlatanisme, et qui travaille avec le plus grand zèle et nuit et jour à la recherche des moyens propres à les déjouer? par quelle étrange contradiction démentant ses maximes par sa conduite, se fait-elle aujourd'hui complice aveugle des abus qu'elle veut et doit extirper?

Sur ce point vos questions et votre étonnement sont plus raisonnables et nous avons quelque peine nous-mêmes qui sommes sur les lieux et au cœur même des événemens, de nous expliquer cette singulière anomalie. Vous devez vous rappeler que déjà nous avions, il y a quelques mois, témoigné notre surprise à cet égard, par une observation qu'il est peut-être bon de reproduire, car elle convient tout-à-fait soit pour le fond, soit pour les termes, à la circonstance.

« Si l'orthopédie, disions-nous, est une branche de la médecine pratique, comme nous le croyons, il est évident pour nous que les déviations de la taille et des membres ne peuvent être légalement traitées que par des médecins; par conséquent les individus qui, sans titre, se permettent d'appliquer l'orthopédie, sont coupables d'exercice illégal de la médecine et passibles des peines portées par la loi; le ministère public doit les poursuivre et les tribunaux les condamner. Tout ceci nous semble parfaitement évident, et il ne se trouverait peut-être personne qui voulût le nier en principe. Cependant les faits de chaque jour prouvent qu'on peut non-seulement pratiquer illégalement l'orthopédie sans être inquiété par les gens du roi, mais encore se faire approuver par les Académies médicales, et se moquer en paix du public, de la science, des médecins et de la loi... »

Nous citions ensuite le fait de l'orthopédiste d'Angers comme un des plus remarquables exemples de ce genre. Il exerce publiquement, ostensiblement; il convoque les Académies, provoque l'examen des corps scientifiques, sans que personne songe à lui contester son droit. Il est même arrivé cela de curieux, qu'à l'époque des discussions soulevées par la distribution de ses *prospectus* où il se vantait de l'approbation de l'Académie, un membre, tout ému d'indignation, fit la proposition formelle que l'Académie révoquât le mandat donné à sa commission. Cette proposition fut appuyée, mais un autre membre fit observer que l'orthopédiste n'était pas médecin; aussitôt, vaincu par cet argument, le préopinant retira sa proposition et l'Académie passa à l'ordre du jour. C'est ainsi que la commission a été maintenue et a fini par être forcée de donner son rapport.

Vous voyez par là que la science, la gravité de l'âge, l'importance de la position, l'abondance des lumières ne préservent pas toujours les corps scientifiques de distractions un peu fortes. Dans le fait en question, il est certain que de toutes les raisons qu'on pouvait donner à l'appui de la proposition de M. Cornac, il n'y en avait pas de meilleure que l'observation faite par M. Double que le sieur H. n'était pas médecin. Comment, en effet, l'Académie, dont la mission est de maintenir les lois sur l'exercice de la médecine, peut-elle favoriser et consacrer la violation de ces lois en entrant en communication avec des

qui était le commencement de la sécrétion purulente, de nouveaux paroxismes fébriles se déclarèrent; les malades devinrent très-agités; les symptômes d'angine s'aggravèrent; la déglutition fut très-pénible; un mucus épais, jaunâtre, s'écoula continuellement des narines; les paupières, considérablement tuméfiées, adhérèrent à leur bord libre, et privèrent le malade de la vue pendant plusieurs jours. Chez la personne affectée de syphilis, une salivation très-forte se manifesta vers cette époque, phénomène que l'on n'observa pas chez les autres malades, quoique chez eux la sécrétion salivaire fût également augmentée. Chez la même personne, les pustules étaient tellement confluentes, que tout le corps parut être couvert d'une croûte jaunâtre; chez les autres malades les pustules étaient isolées, excepté au visage où l'on en voyait çà et là quelques-unes se réunir. Toutes les petites élevures se transformèrent en pustules et arrivèrent à une complète maturité.

4e Période. Les pustules ayant de cette manière acquis leur entier développement s'ouvrirent le quatrième jour; le pus s'échappa, se durcit à l'air, forma des croûtes épaisses, rudes, jaunes-brunâtres, qui tombèrent après trois, quatre, cinq jours, en laissant des cicatrices profondes, blanches, irrégulièrement frangées; ces croûtes, lorsqu'elles étaient desséchées, se réduisaient facilement en poudre. C'est à cette période de la maladie surtout que se manifesta cette odeur spécifique de la variole, que les malades eux-mêmes reconnurent, et qu'ils comparèrent à celle que répand un abcès fraîchement ouvert. La maladie se termina après la chute des croûtes, après avoir duré 17 jours, depuis la première apparition des prodromes jusqu'à la fin de la desquammation. Comme maladies consécutives, on observa chez les personnes qui, avant l'éruption, avaient déjà rendu beaucoup de mucosités par l'anus, une diarrhée très-abondante pendant quatorze jours; chez un autre individu, une expectoration purulente mêlée de sang, qui, après quatre semaines, disparut sans le secours de l'art. Chez la personne syphilitique, il se développa, quelques semaines après la terminaison de la maladie exanthématique, un abcès dans les parois de l'abdomen suivant le trajet du muscle droit; cet abcès ne guérit qu'avec la maladie vénérienne, par l'usage d'un traitement mercuriel.

pas à une entière maturité; celles qui apparurent postérieurement à la première éruption générale ne continuèrent à se développer que jusqu'à l'époque où les pustules de la première éruption avaient acquis leur entier accroissement, époque à laquelle elles rétrogradaient dans leur développement en même temps que ces dernières, quoiqu'elles ne fussent point parvenues, comme celles-ci, à une parfaite maturité. Il résulta de cette particularité, que l'on put observer souvent chez le même sujet l'exanthème dans toutes ses phases, depuis la simple papule jusqu'à la pustule dans son entier développement. Chez deux jeunes gens l'exanthème n'affecta point la forme aplatie ou lenticulaire, mais bien une configuration arrondie et acuminée. Les pustules, lorsqu'elles n'étaient pas en trop grand nombre, se montraient le plus souvent isolées, rarement elles étaient confluentes. J'ai cependant vu, chez une personne de 24 ans, le visage comme couvert d'un masque par suite de la réunion des pustules, qui étaient discrètes sur toutes les autres parties du corps.

4e Période. Les phénomènes furent alors tellement confondus et entremêlés, qu'il fut impossible d'assigner à cette période une limite bien tranchée; car la desquammation n'avança que lentement et de la manière suivante. A l'époque où la pustule prit la teinte blancoâtre, la lymphe épaissie se déposa contre la paroi interne et supérieure qui forme l'enveloppe de la pustule; cette lymphe continuant à se durcir de plus en plus, entraîna en dedans cette portion de l'enveloppe pustulaire, pendant que les autres parties de cette même enveloppe se flétrirent peu à peu, à mesure qu'elles étaient frappées de mort. De là la formation des croûtes, dures, lisses, brunes-noirâtres et comme cornées, qui tombèrent après cinq, six, quelquefois seulement après quatorze jours; en laissant après elles des taches rouges, proéminentes sur la peau; ces croûtes, après avoir été desséchées, ne se laissèrent point réduire en poudre par le frottement. Toutes les pustules offrirent cette terminaison quel que fût leur développement, pourvu qu'elles eussent contenu de la lymphe, et qu'elles n'eussent point été grattées. Je n'ai jamais observé de maladies consécutives à la suite de cet exanthème; la maladie était complètement terminée, dans le plus grand nombre des cas, au bout de quatorze jours; chez quelques malades la guérison eut lieu avant ce terme.

Tels furent les phénomènes, telle fut la marche de ces deux formes d'exanthèmes; on peut en déduire les données suivantes pour servir de base à leur diagnostic.

1° Tous les phénomènes qui se manifestent dans le cours de la variole, savoir, l'angine, le coryza, l'inflammation de la conjonctive palpébrale, l'irritation gastro-intestinale, les déjections muqueuses par le haut et par le bas, etc., indiquent une affection des membranes muqueuses; tandis que les phénomènes qui précèdent l'éruption de la varioloïde, tels que la difficulté de respirer, l'anxiété précordiale, la céphalalgie, l'étourdissement, le tintement d'oreilles, les douleurs fugitives, erratiques dans les parois abdominales, font connaître que les tissus séreux sont compromis, et particulièrement le péricarde, l'arachnoïde et le péritoine.

2° Les phénomènes morbides qui précèdent l'apparition de la varioloïde disparaissent sans laisser la moindre trace à la première éruption de l'exanthème, tandis que les prodromes de la véritable variole, et particulièrement l'angine et la fièvre, persistent après l'éruption, quoique avec une intensité moindre.

3° Dans les pustules de la variole, il se forme entre le deuxième et le troisième jour, un véritable pus, que toutes les expériences font reconnaître pour tel. A cette époque, de nouveaux paroxysmes fébriles se manifestent, et tous les symptômes offrent plus de gravité qu'avant l'éruption même. Les boutons de la varioloïde ne contiennent point de pus, pas même un liquide qui lui ressemble; mais lorsqu'ils sont parvenus à leur maturité, la lymphe transparente qu'ils renferment laisse déposer une matière blanche épaisse, qui fait paraître la vésicule comme recouverte d'un enduit blanc, et lui communique un aspect trouble particulier. A cette époque, on ne voit reparaître aucun des accidens qui ont disparu à l'apparition de l'exanthème.

4° Dans la véritable variole, toutes les pustules finissent par s'ouvrir, le pus s'échappe, se durcit à l'air, et donne lieu à la formation de croûtes épaisses, jaunes brunâtres, rudes au toucher. Les boutons de la varioloïde ne s'ouvrent pas; ils ne laissent point échapper leur contenu; mais la lymphe se dessèche, l'enveloppe pustuleuse se durcit, la vésicule s'affaisse et produit de cette manière des croûtes lisses, minces, cornées, brunes-noirâtres, qui, n'étant formées que de lymphe desséchée et d'une membrane tenace et résistante, ne se laissent point réduire en poudre, même après avoir perdu leur humidité; tandis que les croûtes de la variole, étant formées par du pus desséché, se réduisent en poussière par le simple frottement.

5° Les croûtes de la véritable variole tombent entre le troisième et le cinquième jour, et laissent après elles des cicatrices blanches, profondes, irrégulièrement frangées; tandis que celles de la varioloïde persistent jusqu'à ce que la partie de la membrane pustulaire la plus rapprochée de la base tombe en mortification, ce qui n'arrive souvent qu'au bout de quinze jours ou trois semaines. Après la desquamation, il ne reste point de cicatrices, mais seulement des taches rouges proéminentes sur la peau, qui, au bout de quatre à huit mois, disparaissent sans laisser aucune trace.

Si l'on voit quelquefois des cicatrices à la suite de cet exanthème, cela tient à ce que les malades grattent les vésicules avant leur dessiccation. Cette irritation mécanique, ainsi que l'impression de l'air, déterminent une nouvelle inflammation, qui se termine par une suppuration produisant des croûtes et des cicatrices. Un jeune garçon de 8

---

individus pratiquant sans titre, et en approuvant leur industrie? Cet argument fut regardé cependant comme sans réplique, non point en faveur de la proposition, mais contre, et il n'y eut pas une voix pour réclamer!

Nous ne sommes pas de ceux qui se donnent le facile plaisir de rire à tout propos aux dépens des Académies. Nous ne méconnaissons pas l'utilité de ces corps en général, et en particulier de celui avec lequel notre art nous met directement en rapport. Nous sommes pleins de respect pour une compagnie composée de confrères probes, éclairés, consciencieux, formant comme l'élite des hommes de notre profession. Aucun organe de la presse n'a peut-être mis plus de soin à la défendre au besoin contre d'injustes attaques; mais notre respect même et notre estime nous donnent quelque droit de signaler les écarts où elle peut se laisser entraîner.

Or, toute sa conduite dans l'affaire de l'orthopédiste angevin est marquée par de fausses démarches et des contradictions. Ce personnage, sauf quelques exceptions inexplicables, ne jouit pas d'une grande estime dans l'immense majorité de l'Académie; on sait qu'il n'est pas médecin et qu'il ne peut, en conséquence, se mêler de médecine pratique; et pourtant, par la plus singulière des fatalités, l'Académie n'a cessé de s'occuper de lui et de ses procédés, et a fini même par formuler une espèce d'approbation douteuse, mêlée d'obscurités et de réticences, mais que l'habile industriel saura bien interpréter en sa faveur, et qu'il répandra jusque sur les toits. Alors la mystification, déjà si fort avancée, sera complète, et les rieurs auront beau jeu.

Le premier tort, je vous le répète et vous en jugerez comme nous, c'est d'avoir autorisé tacitement par cette décision et par cette participation la violation des lois sur l'exercice illégal de la médecine. L'Académie, sous aucun prétexte, ne pouvait se prêter à cette démarche, et il est impossible de comprendre qu'elle l'ait fait, quoiqu'avertie. Mais ce mal, tout grand qu'il est, pourrait à la rigueur être toléré comme une exception sans conséquence, si l'individu ainsi favorisé présentait d'imposantes garanties de moralité et de capacité, si sa découverte ou méthode était du nombre de ces bienfaits publics qui commandent l'admiration et la reconnaissance universelles, si les faits et expériences allégués en sa faveur étaient d'une évidence invincible, irréfragable. Mais par malheur il n'en est rien. Quant au personnage, vous savez à quoi vous en tenir; et l'Académie, soit dit en son honneur, n'en a pas d'autre opinion que vous et moi. Quant à la méthode, elle est surannée et abandonnée des praticiens habiles; ses effets ont été contestés dans le sein même de l'Académie. Quant aux faits, aux expériences, vous avez vu ce qui a été produit jusqu'ici. Deux ou trois malades montrés une première fois à la commission n'ont plus reparu; et l'histoire de ces malades, de ces prétendues cures est si divertissante, qu'on n'a plus osé en parler dans la dernière discussion. Restent donc maintenant, pour légitimer cette mesure exceptionnelle, trois observations nouvelles qui, de l'aveu même des commissaires, sont plus que problématiques, et qui avant peu, Dieu et les honnêtes gens aidant, seront démontrées pleines d'escobarderies et d'impudentes falsifications. Une lettre adressée à l'Académie, et que vous lirez dans le n° de la GAZETTE MÉDICALE de ce jour, vous fera toucher au doigt la misérable jonglerie dont elle a été jusqu'à présent la victime et l'instrument involontaire. Je vous épargne tout détail à cet égard, la lettre en question étant suffisamment claire et développée. L'Académie a commencé aussi à ouvrir les yeux et à se demander quel rôle on lui faisait jouer. Elle a décidé que le rapport ne serait pas communiqué à l'individu qu'il concerne, jusqu'à ce que les faits fussent bien établis.

ans arracha dans une nuit, avec ses ongles, tous les boutons qui se trouvaient au visage et sur la poitrine. Le lendemain, il fut pris de violens accès de fièvre, accompagnés d'une vive chaleur et d'un sentiment de cuisson et de tension à la peau; les parties les plus voisines des vésicules étaient vivement enflammées et tuméfiées; il se forma vers le troisième jour des croûtes épaisses, rudes au toucher, grisâtres, qui laissèrent des cicatrices après leur chute. Mais ces cicatrices se distinguent dans tous les cas de celles de la véritable variole, en ce qu'elles forment plus tard, lorsque la détuméfaction de la peau est complète, des points blancs, proéminens sur la peau et ressemblant à des verrues.

En jetant actuellement un coup d'œil sur les élémens principaux de ces deux maladies exanthématiques, nous trouvons que :

1° L'agent morbifique, en envahissant l'organisme, s'attache à des tissus de nature tout-à-fait différente. Dans un cas, ce sont les membranes muqueuses; dans l'autre, ce sont les tissus séreux qui deviennent le théâtre de la maladie.

2° L'exanthème lui-même, dans les deux cas, se développe sur des tissus différens. Dans la variole, en effet, c'est le chorion qui devient le siége d'une inflammation phlegmoneuse, qui se termine par une suppuration suivie d'une perte de substance (la cicatrice); dans la varioloïde, au contraire, ce sont les tissus les plus superficiels de la peau qui sont atteints d'une inflammation lymphatique, qui a pour résultat la sécrétion d'un liquide transparent, suivie d'une desquamation de l'épiderme, ce qui justifie la conclusion suivante, que ces deux maladies se développent sous l'influence de deux agens contagieux de nature différente.

II. La varioloïde peut affecter des individus qui n'ont jamais eu ni la variole ni la vaccine.

Les cas de ce genre ne sont pas rares; ils ont été observés par d'autres médecins aussi bien que par moi. J'en ai rencontré trois exemples dans ma pratique, parmi lesquels s'est trouvé un enfant de six semaines, chez lequel par conséquent la particularité dont il s'agit ne peut être révoquée en doute, et chez deux personnes de 32 ans qui ne portaient aucune cicatrice, et dont les parens assuraient qu'elles n'avaient jamais été malades. Chez l'enfant, des convulsions se déclarèrent comme prodromes; l'éruption eut lieu le troisième jour, et après vingt-quatre heures, déjà tout le corps était parsemé de petites papules. L'une des deux autres malades tomba dans un état soporeux qui ne se dissipa qu'au bout de trente-six heures, au moment de l'apparition de l'exanthème. Le visage et le dos étaient particulièrement couverts de pustules; les autres parties du corps n'en offraient qu'un très-petit nombre. Chez la dernière, qui portait depuis plusieurs années un ulcère à la jambe, la maladie fut très-modérée, et ne présenta rien de particulier durant sa marche.

Cette circonstance, mise hors de doute par l'observation, est seule capable d'ébranler la proposition généralement admise par les médecins, *que la varioloïde n'est qu'une variole mitigée par la vaccination*, puisque dans ces trois cas, où il ne pouvait être question d'aucune modification, l'exanthème aurait certainement pris le caractère de la véritable variole, si la varioloïde avait la moindre affinité avec cette dernière maladie.

III. La varioloïde attaque fréquemment des individus qui précédemment avaient été affectés de la véritable variole, et non pas de la vaccine. J'ai eu occasion d'observer ce cas dix-neuf fois sur trois cents sujets malades, ce qui confirme l'opinion émise plus haut, et prouve jusqu'à un certain point que cet exanthème n'est pas une variole modifiée; car sans cela le même exanthème attaquerait trop fréquemment deux fois le même sujet, circonstance qui a été rarement observée par les anciens médecins, lesquels, d'après l'expérience d'un grand nombre d'années, ne l'ont admise qu'une fois sur cent mille, et même sur un million de cas. Plusieurs d'entre eux ont même nié la possibilité de contracter deux fois cette même maladie, parce qu'ils n'en avaient pas rencontré d'exemple dans le cours d'une pratique de trente à quarante années.

IV. La véritable vaccine préserve de la variole, mais non de la varioloïde. On a, il est vrai, élevé de toutes parts des doutes sur la vertu préservatrice de la vaccine, mais je crois que l'on a eu tort; car il y a eu certainement quelque erreur au fond de toutes les observations sur lesquelles on a basé ces doutes. Dans ces divers cas, ou bien la vaccine dont il s'agissait était de la vaccine fausse, ou bien l'éruption prétendue variolique n'était autre chose que la varioloïde (1). C'est du moins ce que je puis assurer d'après mon expérience; jamais je n'ai rencontré dans ma pratique un seul malade affecté de variole chez lequel la vaccination eût été faite antérieurement avec succès; mais ces malades étaient atteints de la varioloïde, telle que je l'ai décrite plus haut. De cette observation, on peut tirer la conclusion naturelle que la varioloïde doit être, dans sa nature, un exanthème tout-à-fait différent de la variole, puisque la vaccine n'en préserve pas, comme elle préserve de cette dernière.

On pourrait à la vérité m'objecter ici :

1° Que c'est précisément la vaccine qui rend le virus de la variole propre à produire la varioloïde. Cette objection est suffisamment réfutée par les observations des obs. II et III, qui démontrent que des individus qui n'ont jamais été vaccinés peuvent être atteints de la varioloïde.

2° On accordera peut-être que la vaccine préserve de la petite-vérole, mais seulement pour quelques années, au bout desquelles elle perd sa vertu, et la variole se manifeste alors de nouveau, mais sous une forme mitigée; il faudrait par conséquent, pour prévenir le développement de cette maladie, procéder à une seconde vaccination quinze ou vingt ans après la première. Mais cette nouvelle vaccination préserve de la varioloïde aussi peu que la première.

Lorsque l'épidémie variolique éclata dans notre province, j'ai vacciné deux jeunes personnes de 18 ans qui portaient encore les marques d'une vaccination pratiquée dans leur enfance. Au neuvième jour, à la visite de vérification, j'ai trouvé chez l'une d'elles une pustule au bras gauche et deux au bras droit; chez l'autre, trois boutons au bras gauche seulement. Ces pustules avaient tous les caractères de la vraie vaccine. Six semaines après, toutes les deux furent atteintes de la varioloïde, mais avec une intensité qui n'avait point été observée jusqu'alors. Les symptômes les plus alarmans précédèrent l'éruption de

(1) On ne peut pas compter ici les cas dans lesquels la variole s'est déclarée immédiatement après la vaccination, l'infection dans ces cas ayant déjà eu lieu avant l'inoculation.

Restera toujours à expliquer cet aveuglement de l'Académie, et surtout de la commission. Le nom seul des commissaires devait, ce semble, suffire pour écarter toute crainte d'imprudence, de faiblesse ou d'ignorance. Mais il est arrivé ici une chose fort ordinaire non-seulement dans les affaires d'Académies, mais encore dans les affaires d'état. La majorite des commissaires, indifférente, fatiguée, est demeurée à peu près neûtre; M. Double, absorbé par ses projets de réorganisation médicale, s'est à peu pres abstenu; M. Itard a longtemps protesté, et il respirait l'air du bois de Boulogne quand on parlait en son nom; M. Paul Dubois a allegué son inexpérience en matière d'orthopédie, ainsi des autres, peut-être. Le poids du rapport est ainsi peu à peu tombé sur M. Bricheteau, qui s'en serait sans doute bien passé. Il n'est pas impossible que notre Angevin ait eu quelque appui dans la commission; il a pu y avoir des gens qui n'ont pas craint de le servir, au risque presque inévitable de se desservir eux-mêmes; et dans ces rencontres, un seul qui veut fortement et toujours prévaut à coup sûr contre dix qui négligent et s'abstiennent. On enlève souvent de cette manière un vote à la chambre; et c'est ainsi que se fait le travail de quelques commissions dans les Académies. N'a-t-on pas vu dernièrement des commissaires prendre la parole contre un rapport sur l'électropathie qu'ils avaient fait ou dû faire eux-mêmes, et qu'ils ne reconnaissaient pas pour leur ouvrage? Dans la discussion publique du rapport l'orthopédiste angevin a eu pour lui une voix honorable, mais qui est suspecte d'un peu de partialité; car c'est une voix angevine. Nous nous félicitons cependant que cet académicien ait été adjoint à la nouvelle commission d'enquête sur les faits. Nous comptons assez sur sa probité sociale et scientifique pour ne pas craindre de lui voir sacrifier la vérité au patriotisme; et la vérité est dans cette affaire, Dieu merci, si grosse, qu'on ne peut pas manquer de la voir. Quant aux autres influences qui n'ont pas pour excuse ou pour motif le compatriotisme, nous nous refusons à en ebercher l'explication.

Voilà où en est l'affaire. L'orthopédiste se propose, dit on, de répondre à la lettre qui le convainct d'imposture, et de s'expliquer devant l'Académie outragée. Il a cherché aussi, le digne homme, à mettre en émoi la sensibilité publique, en faisant un tableau touchant des funestes conséquences que pourrait avoir pour ses interêts privés et de famille un revirement de fortune. Ces motifs sont fort spécieux, mais quand on recherche le succès par de mauvais moyens, il faut s'attendre à de grands mécomptes, et ne pas s'imaginer en éviter les conséquences par de faux semblans d'un tardif repentir. Il faut qu'une fois pour toutes, ces sortes de gens reçoivent une sévère leçon, et cette fois elle sera donnée.

Il y aura aussi vraisemblablement pour l'Académie un avertissement utile et dont elle fera son profit. Il ne serait pas mal non plus que l'Académie des sciences suivît avec quelque attention ce qui se passe chez nous. Là aussi on a nommé une commission, dont M. Double fait partie, et qui, dit-on, poursuit ses travaux. Il faut convenir que notre orthopédiste est un bien habile homme, car depuis deux ans il fait travailler sans interruption les deux plus célèbres compagnies savantes de la France sur trois épines vertébrales parfaitement droites et sur un sous-cuisse inutile!

Je vous tiendrai scrupuleusement au courant de tout ce qui pourra survenir de nouveau.

---

l'exanthème : chez l'une de ces malades, c'étaient des douleurs de tête atroces avec délire; chez l'autre, une anxiété précordiale effrayante, une forte oppression de poitrine avec le sentiment pénible d'une prochaine suffocation, qui nécessita l'emploi de la saignée vers le quatrième jour, tant pour écarter le danger que pour favoriser l'éruption. L'exanthème apparut alors chez cette malade, d'abord sur la poitrine, puis sur les autres parties du corps; le visage seul fut épargné. Chez l'autre, l'éruption se fit d'abord au visage, puis aux autres parties, et avec une telle abondance, qu'il eût été impossible de trouver sur tout le corps l'espace d'une tête d'épingle où la peau fût naturelle. Après l'éruption, tous les accidens disparurent; la formation des pustules, des croûtes et des cicatrices se succéda dans l'ordre que la varioloïde affecte habituellement. La maladie ne s'étant déclarée que quarante-deux jours après la vaccination, on ne peut pas admettre ici que l'infection avait eu lieu avant cette dernière, puisque je n'ai jamais vu l'éruption survenir plus tard que le neuvième, ou tout au plus le quatorzième jour après le moment de l'infection, dans les cas où cette dernière a pu être positivement constatée. Ces deux cas suffisent par conséquent pour détruire la deuxième objection.

V. Le même individu peut, dans le cours d'une épidémie, être atteint successivement et de la variole et de la varioloïde.

L'une des malades affectées de la petite-vérole, chez laquelle se déclara une diarrhée consécutive de quinze jours, éprouva tout à coup, trois mois plus tard, une violente douleur dans la région abdominale, qui s'exaspérait par le moindre contact; à ces symptôme se joignirent des vomissemens continuels et des syncopes fréquentes. Les médicamens internes n'étant pas supportés, on prescrivit des saignées locales, des cataplasmes émolliens et des frictions huileuses; mais tous ces moyens ne firent qu'aggraver le mal. Le second jour, la menstruation s'établit chez la malade, sans qu'il en résultât le moindre amendement dans les symptômes. De forts tiraillemens dans les membres s'étaient joints aux douleurs abdominales qui continuaient de croître en intensité, lorsque, vers la fin du troisième jour, de petites papules rouges se manifestèrent d'abord sur les avant-bras, puis douze heures après sur le dos, et au quatrième jour seulement sur la poitrine, sur l'abdomen et sur les extrémités inférieures. Cet exanthème fut pris par le chirurgien qui traitait la malade, et par tous les assistans, pour une miliaire plutôt que pour une variole, d'autant plus facilement que cette même personne avait déjà été atteinte une fois de la petite-vérole. A la première apparition de l'exanthème, tous les symptômes s'étaient dissipés comme par enchantement.

Je fus appelé vers le troisième jour de l'éruption, et je trouvai que toutes les papules du dos, et quelques unes seulement de celles de l'abdomen, s'étaient transformées en pustules. Les petites élevures qui s'étaient montrées sur les jambes avaient disparu dès le second jour, celles de la poitrine et de l'abdomen s'étaient à la vérité remplies de sérosité, mais elles n'atteignirent que la grosseur d'un grain de millet, et se desséchèrent en même temps que celles qui avaient paru les premières et qui étaient parvenues à une parfaite maturité. Du reste, la marche de la maladie, la formation des croûtes et des cicatrices furent absolument celles de la varioloïde.

Ce cas prouve également que la varioloïde n'est pas une modification de la variole, mais un exanthème d'une nature particulière, puisqu'on ne connaît pas encore d'exemple d'un individu qui aurait été affecté deux fois de la petite-vérole dans le cours d'une seule et même épidémie. Hufeland et Hioze ont vu, il est vrai, de nouvelles pustules se montrer quelques semaines après l'éruption de la variole; mais cette circonstance, comme l'observe Hufeland lui-même, n'indique pas une seconde apparition de l'exanthème, mais tient plutôt à la marche irrégulière de la même maladie, d'autant plus que dans ces cas la variole avait été primitivement inoculée.

On a vu chez le même sujet ces deux exanthèmes apparaître en même temps, et marcher pour ainsi dire de front en parcourant leurs diverses phases. J'ai observé récemment un cas de ce genre, qui me paraît assez extraordinaire pour être rapporté avec quelques détails.

Obs. — Sophie D....., âgée de 32 ans, n'ayant jamais été vaccinée, et n'ayant jamais eu la petite-vérole, fut prise tout à coup de frissons très-forts suivis de chaleur, le 10 mai 1829, après avoir, huit jours auparavant, touché une malade affectée de variole. Elle se plaignit aussitôt d'une grande prostration de forces, d'un sentiment de battement dans les membres, de malaise, d'envies de vomir, d'une soif très-vive, d'un dégoût pour les alimens, d'une saveur désagréable à la bouche; son visage se tuméfia, sa peau devint chaude, son pouls fréquent, plein et dur.

Le 12, aux symptômes précédens se joignirent un mal de gorge, des douleurs dans les reins, de la céphalalgie, un sentiment de pression sourde dans la région frontale, du coryza, de la photophobie, du larmoiement, des vomissemens de matières muqueuses sans soulagement pour la malade.

Le 13, les symptômes qui viennent d'être énumérés augmentèrent d'intensité.

Le 14, une multitude de petites papules rouges entourées d'une auréole de même couleur, se montrèrent sur le front et vers les tempes; les douleurs dans la région lombaire et les vomissemens ont disparu; les autres phénomènes persistent, quoiqu'à un moindre degré.

Le 15, toute la face est parsemée de papules; les autres symptômes n'ont point varié.

Le 16, l'éruption se manifeste aussi sous le menton et sur le cuir chevelu.

Le 17, les petites élévations qui s'étaient montrées les premières, commencent à se transformer en petites vésicules, dont le volume varie depuis la grosseur d'un grain de chenevis jusqu'à celle d'un grain de millet

Le 18 au soir. La malade est prise tout à coup d'un grand accès de fièvre, suivi d'une anxiété inexprimable; elle éprouve une constriction effrayante à la poitrine avec menace de suffocation, un sentiment de pesanteur à la tête accompagné de vertiges, qui finissent par priver la malade de l'usage de ses sens; le pouls est petit, fréquent, à peine perceptible; il y a des selles involontaires; le tronc glisse vers les extrémités inférieures: les muscles du visage et des membres abdominaux sont pris de mouvemens convulsifs permanens; la face est décomposée, sans expression; l'éruption dont elle est le siége n'a pas changé depuis ce matin. Ces accidens persistent jusqu'au 19.

Le 19. Le matin à 7 heures, à la suite d'une éruption d'un grand nombre de points rouges sur la poitrine, au cou, et sur le dos, les phénomènes généraux de la maladie disparaissent. Les vésicules au visage se sont transformées en pustules; celles qui s'étaient manifestées les premières sont déjà parvenues à une parfaite maturité; elles contiennent du véritable pus.

Le 20. La malade a éprouvé de nouveau, la nuit passée, un violent accès de fièvre, elle se plaint de douleurs fortes au gosier, qui lui rendent la déglutition impossible; de nouvelles papules rouges se sont montrées sur l'abdomen et aux extrémités inférieures; toutes les pustules au visage sont arrondies, jaunes, avec une dépression à la partie supérieure, elles sont entourées d'un bord rouge, enflammé, tuméfié.

Le 21. Les pustules du visage se sont ouvertes pour la plus grande partie; le pus, qui se dessèche à l'air, commence déjà à former des croûtes jaunes. Les petites papules de la poitrine, du dos et du col, s'élèvent en petites vésicules, pendant que l'on en voit paraître de nouvelles à côté des anciennes.

Le 22, toutes les papules de l'abdomen et des jambes se sont transformées en petites vésicules, tandis que celles de la poitrine, du col, du dos et des bras apparaissent déjà sous la forme de boutons aplatis, lenticulaires, remplis d'une lymphe transparente, entourés d'une légère auréole rouge. L'éruption du visage continue à marcher vers la dessiccation.

Le 23, toutes les pustules du visage se sont vidées; toute la face est recouverte d'une croûte jaune-brunâtre, épaisse; l'éruption de l'abdomen et des extrémités inférieures a pris le caractère des boutons qui s'observent sur la poitrine et sur les bras; la malade se plaint de violentes douleurs vers l'arrière-bouche, et d'un sentiment de brûlure au bord libre des paupières; la sécrétion salivaire est considérablement augmentée, et une mucosité épaisse s'écoule des narines ainsi que des paupières.

Les 24, 25 et 26, les croûtes du visage tombent suivant l'ordre de leur apparition, en laissant des cicatrices profondes irrégulièrement frangées; les boutons des autres parties du corps marchent également vers la dessiccation; ils s'affaissent, se durcissent et forment des croûtes brunes, cornées, lisses et minces.

Les 12, 13 et 14 juin. Ce n'est que pendant ces trois jours que les croûtes dont nous venons de parler tombent, en laissant des points rouges proéminens sur la peau; toutes les fonctions rentrent dans l'état naturel.

Ce cas me paraît devoir être considéré comme une preuve irréfragable en faveur de l'opinion que j'ai émise plus haut; car il peut être parfaitement assimilé aux cas dans lesquels on observe à la fois et chez le même sujet, deux exanthèmes de nature différente tels que la miliaire avec la scarlatine, la rougeole avec la roséole, la variole avec la rougeole, etc.

C'est ici que se terminent mes observations, desquelles je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La varioloïde n'est pas une variole modifiée par la vaccination, car sans cela elle ne pourrait pas se manifester chez les sujets non-vaccinés.

2° La varioloïde n'est pas une forme de la variole, mais un exanthème d'une nature particulière qui, à en juger d'après les phénomènes qui l'accompagnent dans sa marche, et d'après la nature même de l'éruption, se rapproche le plus naturellement de la miliaire.

3° La vaccination est, sans doute, et restera toujours le seul préservatif certain contre la variole; mais elle ne saurait préserver de la varioloïde, lors même qu'elle serait pratiquée à plusieurs reprises et avec succès.

Puissent des observations ultérieures venir à l'appui de mon opinion, et confirmer les résultats annoncés dans ce mémoire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le cahier trimestriel de juillet contient en articles originaux : 1° une *revue clinique pour le trimestre d'hyver* 1834 — 35, par J. Syme; 2° *observations sur l'influence du climat des Tropiques sur la constitution et la santé des individus nés dans la Grande-Bretagne*, par Henry Marshall; 3° *sur la consolidation des os fracturés*, par G. Gulliver; c'est une analyse des diverses théories émises sur le cal jusqu'à ce jour; l'auteur conclut qu'aucune ne rend raison de tous les phénomènes, et promet de revenir sur ce sujet; 4° *sur l'emploi de la saignée dans la fièvre scarlatine*, par A. Dewar; 5° une *observation de calcul rénal*, par John Marshall, 6° *remarques sur la structure et les fonctions des systèmes circulatoires général, pulmonaire et fœtal, pour montrer l'inconvenance de leur nomenclature actuelle*, par J. Thurnam; 7° *sur la lithotritie, avec la description d'un nouvel instrument*, par Fergusson; c'est encore une modification du perceur; 8° *observations pathologiques et thérapeutiques sur les maladies du pancréas*, par Bisgby; 9° *note sur l'état des artères dans un cas de double anévrisme iliaque, dans lequel les deux artères iliaques externes avaient été liées*, par John Torret. Les deux opérations avaient été faites en 1826; le malade n'est mort qu'en septembre 1831. Les phénomènes furent trouvés les mêmes des deux côtés, savoir : l'iliaque externe extrêmement rétrécie jusqu'à six lignes environ du point où avait été appliquée la ligature; là convertie en un cordon fibreux jusqu'à une ligne au-dessous de la ligature; les deux bouts de l'artère paraissent s'être réunis. Immédiatement au-dessous l'artère redevenait perméable et avait été injectée par des branches du tronc communiquant avec l'épigastrique; le sac situé plus bas, n'ayant pas plus de 8 à 9 lignes de diamètre, oblitéré, et dur comme du cartilage; au-dessous l'artère perméable, et injectée par un grand nombre d'anastomoses venant des artères pelviennes et fessières; 10° *compte-rendu de l'infirmerie oculaire d'Ehimbourg*, du 30 *novembre* 1834 *au* 25 *mai* 1835, par Watson; 11° *note sur un cas de suffocation mortelle chez un mineur, par un fragment de charbon de terre engagé dans la glotte*, par Jeffray; 12° *observation de cyanose, les deux ventricules s'ouvrant dans l'aorte, et l'artère pulmonaire étant rudimentaire et imperméable*, par Robert Spittal; dans ce cas bien remarquable, la circulation pulmonaire et l'hématose ne se faisaient que par le canal artériel; et cependant l'enfant vécut *vingt-trois jours*; 13° *observation d'un polype lié dans l'utérus, la dilatation du col utérin ayant été produite par l'administration de la lobélia inflata*, par Chapman; dans ce cas vraiment intéressant, le polype était logé dans l'utérus; on donna le seigle ergoté pour le faire saillir au-dehors; en effet l'utérus se contracta, mais le col resta fermé, et tous les efforts de dilatation n'aboutissaient qu'à la faire contracter davantage. On administra alors la *lobélia inflata*, à doses répétées, de manière à produire de légères nausées; et après deux jours de son emploi, le col utérin était dilaté à permettre l'introduction de deux doigts, et le polype fut heureusement lié dans l'utérus même; 14° *observations de maladies organiques des organes digestifs avec des autopsies*, par James Sym, d'Ayr.

RECHERCHES SUR L'INFLUENCE DU CLIMAT DES TROPIQUES SUR LA CONSTITUTION ET LA SANTÉ DES HABITANS DE LA GRANDE-BRETAGNE; par Henry MARSHALL, inspecteur-général des hôpitaux militaires.

Cet article, composé de nombreux tableaux statistiques dans lesquels l'auteur fournit le relevé de la mortalité des différens corps de l'armée anglaise sur des points différens, comme la Jamaïque, Madras, la péninsule de l'Inde, semble au premier abord peu capable de fixer notre attention; cependant nous allons en présenter quelques extraits, dans l'intérêt de la science en général, et dans celle du petit nombre de nos soldats et de nos négocians qui sont obligés de vivre dans des contrées peu différentes de celles dont M. Marshall étudie ici l'influence sur la santé.

M. Marshall nous apprend que la mortalité des troupes anglaises en Angleterre, en temps de paix, est environ de 1,5 sur cent, et que celle des soldats indigènes de l'Inde employés dans leur contrée, est de 1,3 sur cent. D'un autre côté, la mortalité pour les troupes anglaises qui servent dans l'Inde, ne paraît pas être au-dessous de 6 sur cent annuellement. Il conclut de ces faits que la moyenne de la mortalité, dans ces différentes armées, lorsqu'elles restent sous l'influence de leur climat respectif, est à peu près la même. Les hommes des deux armées ont à peu près le même âge, et sont sous tous les autres rapports dans les mêmes conditions de santé. On ne peut donc attribuer qu'à l'action du climat du tropique sur la constitution des natifs d'une région tempérée, la différence de mortalité que nous venons de signaler.

La constitution humaine, dit l'auteur, paraît incapable de supporter impunément de grands changemens de climat, soit en passant d'un climat tempéré au climat du tropique, soit *vice versâ*. L'organisation physique et mentale de l'homme lui donnent, il est vrai, la faculté de perpétuer son espèce sous tous les climats qui permettent la végétation, et dans les circonstances les plus variées. Cette faculté, qui le distingue de la plupart des espèces d'animaux, ne peut cependant être admise d'une manière absolue; car il est bien démontré que la constitution de certaines races d'hommes est parfaitement adaptée aux circonstances propres à certains climats. Ainsi les races indigènes des climats des tropiques, aussi bien que les races indigènes des climats tempérés, ont reçu de la nature toutes les qualités qui devaient les rendre propres à occuper et à peupler les portions respectives du globe qu'elles occupent.

Lorsqu'un corps de troupes est transporté d'Angleterre dans une contrée des tropiques, dans l'Inde, par exemple, les hommes éprouvent une diminution notable des forces musculaires; le nombre des malades monte de 4 et 5 à 10 ou 12 pour cent, et la mortalité s'élève de 1, 5 à 6 pour cent. Les soldats anglais peuvent supporter pendant quelque temps, même dans les régions équatoriales, une fatigue considérable, mais non avec la même impunité que dans notre climat. L'exercice excessif dans les climats chauds ne manque jamais d'augmenter considérablement le nombre des malades. Des maladies de différentes espèces, et qui sont rares sous le climat natif, ne tardent pas à accroître le chiffre des malades et la moyenne de la mortalité. Le libre exercice des fonctions de quelques organes paraît intimement lié au climat sous lequel l'individu a pris naissance, et sous lequel ses ancêtres avaient vécu pendant une période plus ou moins longue. Ceux des organes qui sont le plus susceptibles d'être influencés par l'action délétère du climat et les causes concomitantes des maladies, ne tardent pas à être troublés dans leurs fonctions, et celles des autres organes venant à se troubler consécutivement, il en résulte des lésions organiques souvent incurables.

L'art peut-il modifier notablement ou diminuer la prédisposition aux maladies qu'ont les natifs de la Grande-Bretagne dans les climats chauds? Quels moyens pourrait-on employer? Ces deux questions sont subordonnées à la solution de plusieurs autres que pose M. Marshall, et où nous allons le suivre en l'abrégeant le plus qu'il sera possible.

La grande susceptibilité des natifs des latitudes élevées à contracter des maladies dans les climats chauds diminue-t-elle par la prolongation du séjour? Les faits manquent pour donner la solution de cette question d'une manière positive; cependant, après avoir parcouru les douze tableaux que fournit M. Marshall, il paraît probable qu'elle doit être affirmative. On conçoit toutefois combien d'erreurs peuvent entraîner ces tableaux, dépendant soit de fièvres endémiques, soit d'autres circonstances.

Est-il vrai, ainsi qu'on l'a avancé, que les enfans des Anglais qui sont nés sous les tropiques, ont moins à craindre les maladies auxquelles leurs parens étaient exposés dans ces contrées? Il n'existe pas de document statistique qui puisse donner la solution de cette question; et bien qu'on l'ait souvent avancé, il n'est pas encore démontré que les enfans des Anglais nés dans l'Inde aient perdu cette susceptibilité à contracter certaines maladies qu'avaient leurs pères, et puissent être assimilés aux races indigènes. La mortalité passe généralement pour être très-élevée parmi les enfans des Anglais qui résident dans les tropiques, et on est obligé de les transporter de bonne heure dans un climat tempéré; ils éprouvent les mêmes maladies que les adultes, c'est-à-dire la fièvre et des affections intestinales; et il n'est pas rare de les voir arrêtés dans leur développement, bien qu'ils n'offrent le symptôme pathognomonique d'aucune maladie.

Une colonie d'Anglais pourrait-elle se perpétuer dans une contrée dont la température moyenne serait au-dessus de 78 à 79° Farenheit? Les documens authentiques manquent encore à cet égard. Cependant, quand on considère que les Portugais et les Hollandais, qui avaient établi de grandes colonies dans l'Inde il y a deux ou trois cents ans, disparaissent graduellement de ce pays, nous sommes portés à croire qu'une colonie anglaise éprouverait le même sort; et, d'après tous les faits recueillis jusqu'à ce moment, il paraît rationnel d'admettre que les anciennes migrations de la race humaine, qu'elles se soient faites des latitudes élevées aux latitudes basses, ou de ces dernières aux latitudes élevées, n'ont dû se faire que très-graduellement.

Serait-il utile de préparer les soldats au service de l'Inde par un changement graduel de climat, en les faisant séjourner par exemple à Gibraltar, à Malte, ou dans les îles Ioniennes, avant de les envoyer à la Jamaïque ou aux Indes? M. Marshall croit que non; mais on ne peut avancer de faits positifs sur cette question. Cependant il pense qu'il y aurait beaucoup à faire pour diminuer cette mortalité, qui, dans quelques cas, n'a pas été de moins de 40 à 50 pour cent. Les principaux moyens qu'il indique seraient de s'occuper du moral du soldat, de le mettre en garde contre la facilité qu'il trouve, dans ce pays, à satisfaire tous ses appétits; il recommande surtout la publication d'un traité d'hygiène destiné spécialement aux hommes qui se trouvent dans ces conditions.

SUR L'EMPLOI DE LA SAIGNÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE SCARLATINE, par A. DEWAR.

L'auteur de cette communication dit avoir observé depuis 20 ans quatre épidémies de fièvre scarlatine, et il rapporte que cette maladie règne continuellement depuis deux ans dans la ville qu'il habite. Depuis le 1er juillet 1833 il a soigné 183 personnes qui l'ont présentée à la période aiguë, c'est-à-dire avec l'éruption, et sur ce nombre deux seulement ont succombé; et cette faible mortalité ne doit pas être attribuée à la bénignité de la maladie, car pendant le même espace de temps plus de 150 personnes ont péri des effets de la même maladie dans la même ville. Il ne balance pas à attribuer cette espèce de succès à la méthode qu'il avait adoptée, c'est-à-dire à l'emploi de la saignée générale. Dans tous les cas où ce moyen a été employé à temps, il a constamment observé un amendement considérable des symptômes, et dans un grand nombre leur disparition subite et complète. Mais pour que la saignée soit utile, elle ne doit être ni trop faible ni trop long-temps différée; elle doit, comme dans tous les cas d'inflammation aiguë, produire une impression qui soit permanente. Aussi, lorsque M. Dewar était appelé à temps, il y avait recours aussitôt que l'éruption apparaissait sur la poitrine, et avant qu'elle se fût étendue sur le reste du corps. Il préférait aussi pratiquer la saignée le soir, parce que faite au moment du paroxysme elle avait plus d'effet qu'au moment de la rémission du matin. Dans tous les cas, quels que fussent l'âge et l'état des forces du malade, il a toujours fait la saignée jusqu'à la syncope imminente. Alors, elle était constamment suivie de la diminution de la chaleur du corps, de la force et de la fréquence du pouls, de la douleur de tête et du mal de gorge. L'éruption disparaissait entièrement et le plus souvent elle ne revenait plus. Beaucoup de malades exprimaient en termes énergiques le soulagement qu'ils éprouvaient dès que le sang avait commencé à couler. L'auteur, qui lui-même eut la scarlatine en 1833, dit avoir ressenti les bons effets de ce traitement. Pendant quelque temps il obligeait le malade à se tenir debout et laissait couler le sang jusqu'à ce qu'il se trouvât mal ou commençât à vomir; mais depuis, il a trouvé que ce n'était point encore assez; en conséquence il pratiquait la saignée le malade étant couché; quand il croyait avoir obtenu assez de sang, il le faisait lever, et alors il ne tardait pas à obtenir une syncope complète. Il évitait ainsi la nécessité de réitérer la saignée.

Bien que l'époque la plus convenable pour la saignée soit celle où l'éruption apparaît, cependant on peut y avoir recours pendant tout le temps où le pouls conserve de la dureté et de la force.

L'ulcération de la gorge, d'après le même auteur, ne reconnaît pas encore d'autre moyen de traitement que la saignée générale, et dans le plus grand nombre de cas le mal de gorge disparaît immédiatement après la saignée. Sur les 183 cas qu'il dit avoir observés, la plupart ont été traités par la saignée, et dans aucun il n'a vu d'effet fâcheux; la guérison au contraire a été constamment rapide. Il n'a même pas observé les symptômes d'hydropisie qui sont si fréquens sous l'influence des autres traitemens.

M. Dewar ne se dissimule pas que la saignée opposée à la scarlatine ne jouit pas d'une grande faveur dans l'esprit des médecins; mais il l'attribue à ce qu'elle n'avait pas été jusqu'ici employée de la manière et à l'époque convenables. Il admet encore que dans quelques épidémies particulières, il est possible que l'état typhoïde prenne un caractère alarmant, mais il pense que dans ce cas encore la saignée pourra être utile si elle a été employée à temps. Il rapporte à l'appui de ces observations un certain nombre de cas où les phénomènes non-seulement n'ont point été exaspérés, mais même ont présenté un amendement appréciable, et il ne les a point choisis, dit-il, pour mettre en évidence les effets heureux de la saignée, mais il les a pris au hasard; et dans un grand nombre d'autres cas il a vu à la suite de la saignée disparaître non-seulement l'éruption, mais aussi la fièvre et tous les autres phénomènes morbides. Ainsi le 20 janvier 1835, il fut appelé pour un enfant âgé de 5 ans, qui avait la peau brûlante, de la douleur à la gorge, une soif vive, de l'anxiété et le pouls très-fort; il était entièrement couvert de l'éruption scarlatineuse; il fut saigné jusqu'à la syncope; le soir, il jouait dans la chambre; on lui donna une potion et une faible dose d'huile de ricin, et le lendemain il ne conservait plus de trace de la maladie.

Nous avons exposé la méthode de traitement de l'auteur de cet article, sans en rien retrancher, ni sans la critiquer, afin de laisser au lecteur la faculté de juger lui-même s'il doit adopter les conclusions qu'il a tirées des faits observés; mais bien que ces faits aient été très-nombreux et qu'ils aient été recueillis pendant un espace de deux années, on ne doit point oublier que dans quelques épidémies la scarlatine est peu dangereuse, tandis que dans d'autres elle a une gravité extraordinaire. Si l'épidémie pendant laquelle M. Dewar a employé si constamment la saignée était peu grave, on conçoit facilement comment il a pu obtenir des succès nombreux; si au contraire elle était meurtrière, la méthode qu'il vante mérite de fixer l'attention; et d'après les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de la saignée, nous ne balancerions pas à l'employer dans le cours d'une de ces épidémies funestes où la maladie est rebelle à toutes les méthodes de traitement et qui font de si nombreuses victimes.

OBSERVATIONS PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES MALADIES DU PANCRÉAS, par le docteur BISGBY, médecin du dispensaire de Newark.

Les maladies du pancréas sont rares; une foule d'auteurs n'en on même pas parlé; la plupart des autres les ont à peine signalées. L'article du docteur Bisgby est peut-être le document le plus complet que possède la science sur les maladies de cet organe. Mais parmi les nombreuses observations qu'il rapporte, il n'en est pas qui lui soient propres; toutes sont empruntées à des recueils ou à des ouvrages connus, mais où elles étaient détachées. Son travail est donc un travail d'érudition; il cherche il est vrai à la fin à tirer des nombreux faits qu'il a cités quelques conclusions générales sur les symptômes propres à signaler l'existence de lésions du pancréas, et sur ceux qui peuvent les distinguer des autres maladies; mais les résultats qu'il obtient du rapprochement de tous ces faits sont loin d'être complètement satisfaisans; ils laissent encore beaucoup à désirer. Au reste, comme cet essai est le premier de ce genre qui se présente à notre attention, nous allons le faire connaître brièvement.

Après quelques considérations générales sur la pathologie du pancréas, et dans lesquelles nous trouvons les noms de Portal, de Beddingfield, de Pemberton, d'Abercrombie, de Sewoll de Philadelphie, de sir Gilbert Blane, de Carter, de Boulles, de Blackman, d'Andral, d'Abernethy et de Broussais comme ayant observé des cas de maladies du pancréas, l'auteur donne quelques détails d'anatomie et de physiologie sur la structure et les fonctions de cet organe, mais qui n'offrent rien d'original, et passe à l'étude de ses maladies, qui sont au nombre de neuf.

1° *L'atrophie* n'a été que signalée; aucun auteur ne l'a décrite.

2° *L'hypertrophie* se lie ordinairement à l'hypertrophie d'organes importans; elle paraît dépendre des mêmes causes, et il est probable qu'on a souvent pris pour l'hypertrophie de la glande elle-même ce qui n'était que l'hypertrophie du tissu cellulaire qui sépare ses lobules, et au milieu duquel elle est plongée.

3° *Hémorrhagie intense.* Stock en rapporte un exemple remarquable.

4° *Inflammation.* Mentionnée par Morgagni, Portal, MM. Gendrin, Crampton, Perceval et Laurence; elle n'a pas été observée par Bailly, Meckel ni M. Andral; elle se présente à l'état aigu et à l'état chronique; elle se complique quelquefois d'anémie, et n'a point encore été décrite d'une manière satisfaisante.

5° *Abcès.* Les cas n'en sont pas rares; cependant il est probable que dans plusieurs de ces cas le pancréas lui-même était étranger à la suppuration; quelquefois elle l'occupe tout entier; d'autres fois, l'inflammation n'est que partielle.

6° *Sphacèle.* Cette lésion, qui est le résultat d'une inflammation violente, a été observée dans un petit nombre de cas.

7° *Carcinome.* L'auteur dit avoir pu réunir vingt-huit exemples de cette altération, qui tous sont rapportés avec des détails considérables. Cette maladie est enfin celle que l'on rencontre le plus fréquemment dans le pancréas; mais elle offre la plus grande variété sous le rapport de la durée, des symptômes, du mode d'altération et de la constitution des sujets qui en sont atteints. Son origine et sa marche ne diffèrent nullement de ce qu'elles sont dans les autres organes.

Dans dix-sept cas sur vingt-huit, la maladie n'était pas arrivée à la période de ramollissement, bien que dans quelques-uns elle existât depuis plusieurs années; elle était seulement à l'état de squirrhe. Elle peut envahir le pancréas tout entier; mais le plus souvent elle n'en attaque qu'une partie, plus communément la tête, qui par sa position et le volume qu'elle acquiert comprime quelquefois le canal cholédoque de manière à empêcher complètement le passage de la bile et à déterminer consécutivement des lésions du côté du foie.

Dans huit de ces cas, la maladie n'avait pas dépassé le pancréas; dans la plupart des autres, elle avait gagné le duodénum, le foie et l'estomac.

8° *Tubercules.* M. Bisgby n'a trouvé que deux exemples bien détaillés de dépôt de matière tuberculeuse dans le pancréas.

9° *Calculs.* Le fluide sécrété par le pancréas ayant beaucoup d'analogie avec la salive, on ne doit point être étonné qu'on ait rencontré des calculs dans cet organe, puisque les glandes salivaires en contiennent quelquefois. Cependant les cas en sont rares; ils sont généralement blancs, et varient beaucoup sous le rapport du volume, de la forme et du nombre.

Symptomatologie. Les symptômes de l'inflammation du pancréas sont directs ou indirects. Au nombre des premiers sont la douleur et l'engorgement. La douleur n'existe pas constamment, mais on l'observe dans le plus grand nombre des cas; elle se fait sentir profondément dans la région de l'épigastre ou en arrière, et se porte çà et là, à la manière des coliques. Quelquefois elle s'étend jusqu'à la poitrine; elle augmente peu par la pression, mais s'accroît par la présence d'une grande quantité d'alimens dans l'estomac.

L'augmentation de volume est rarement appréciée pendant la vie. Dans quatre cas seulement sur quinze, elle a été constatée. Dans ces quatre cas, on trouvait au centre de l'épigastre une tumeur résistante, dure, immobile, un peu sensible, distincte du foie et de l'estomac, et s'élevant de l'intérieur de l'abdomen.

Les symptômes indirects dépendent de la pression ou de la sympathie, et sont fournis par l'estomac, le duodénum et le foie. La digestion est dérangée; elle se fait avec lenteur, quelque douleur, et un état de flatulence. Lorsqu'une grande quantité d'alimens a été prise, le vomissement survient et procure du soulagement. La digestion intestinale est également troublée.

Dans les cas de *cancer* du pancréas, les symptômes diffèrent peu de ceux qui appartiennent à l'inflammation. La physionomie exprime une grande souffrance; il y a une fièvre lente, surtout pendant la dernière période, et un amaigrissement notable.

D'après ce petit nombre de symptômes, il est facile de concevoir combien doit être difficile le *diagnostic* des maladies du pancréas; il ne peut guère être établi que d'une manière négative.

Le traitement des maladies du pancréas doit peu différer de celui des autres affections. Dans le cas d'inflammation, la saignée générale est rarement nécessaire; mais les saignées locales et les révulsifs, les vésicatoires ou l'onguent antimonié, devront être employés sans crainte.

L'auteur pense qu'on ne devra pas employer les purgatifs, mais qu'on pourra avoir recours à de faibles doses d'huile de ricin avec 5 gouttes de laudanum, afin d'obtenir deux selles par jour.

L'irritabilité de l'estomac sera combattue par des sédatifs à doses faibles, mais souvent répétées, comme la ciguë, la jusquiame, l'acide hydrocyanique, etc.

On n'emploiera jamais de mercure; car ce métal étant un stimulant énergique pour les glandes salivaires, il serait à craindre qu'il ne stimulât également le pancréas.

Le reste du traitement indiqué par l'auteur n'offre rien qui mérite une mention spéciale; mais nous ne terminerons pas cette analyse sans faire remarquer que dans son article il n'a pas dit un seul mot des recherches des docteurs Elliotson et Bright sur la matière grasse fournie par les intestins, et que ces auteurs rapportent à une maladie du pancréas.

II. THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

LITHOSCOPE, OU NOUVEL INSTRUMENT POUR RECONNAITRE LA PIERRE DANS LA VESSIE.

Cet instrument a été imaginé par M. Broke, conservateur du Musée de l'hôpital Westminster. Il consiste dans une simple plaque circulaire d'un bois dur, d'un huitième de pouce d'épaisseur, de trois à quatre pouces de diamètre, et construite de manière que le centre d'une de ses faces s'adapte avec facilité au pavillon d'une sonde ordinaire. Si l'on heurte avec une sonde ainsi armée un corps d'une certaine dureté, le bruit qui parvient à l'oreille est très-notablement augmenté. Ce phénomène a été constaté dans les salles et devant les élèves de M. White.

Bien que tout chirurgien appelé à faire la recherche d'un calcul doive avoir son oreille au bout des doigts, toutefois, a dit M. White, on ne saurait contester que l'instrument en question n'offre une grande utilité dans les cas où, soit à raison de la petitesse du calcul, soit par toute autre cause, le diagnostic demeure incertain. Il paraît même offrir plus d'avantage que le stéthoscope, recommandé par Laënnec pour le même objet. Il n'est pas besoin en effet d'appliquer l'oreille sur l'instrument pour entendre le son; il est perçu par tous les assistans. M. White pense que le principe de cet instrument pour augmenter le son est le même que celui de la table sonore d'une chaire.

Nous rappellerons que, il y a sept à huit ans, M. Amussat montrait dans ses cours des sondes en métal sonore, analogue à celui des timbres, creuses, mais sans yeux, à l'aide desquelles on obtenait au moindre choc d'un calcul, un son très-retentissant. Nous ne savons si l'auteur en fait encore usage; et dans tous les cas, peu de praticiens l'auraient imité. C'est une négligence d'autant plus inconcevable que les méprises dans le diagnostic des pierres vésicales se renouvellent tous les jours, et que la discussion sur la lithotritie à l'Académie de médecine en a encore révélé un exemple bien frappant.

SUR LES LUXATIONS DU COU ET LEUR RÉDUCTION, par E. HARRISON, D.-M.

La mort récente de lord Lisle par suite d'une chute faite à la chasse m'a inspiré, dit l'auteur, les remarques suivantes, pour prévenir de semblables catastrophes qui seraient dues à la même cause. *Sa seigneurie*, est-il dit, *est tombée sur la tête; on suppose que le col a été luxé; et elle a succombé deux jours seulement après l'accident.* Le récit est laconique; toutefois il est probable qu'on ne s'est point trompé sur la lésion, à en juger par plusieurs cas du même genre survenus aussi par suite de chutes. Il y a peu d'années, sir John Trollope, baronnet du Lincolnshire, périt ainsi pour être tombé de son cheval sur la route. Dans ce cas comme dans le précédent, il ne paraît pas qu'on ait rien tenté pour sauver le blessé, bien que dans d'autres circonstances semblables la vie ait pu être conservée par les secours de l'art.

Il y a plus de trente ans, en faisant ma tournée du soir, j'entendis de grands cris, et ayant couru au lieu d'où ils partaient, je vis un homme étendu par terre, un cheval debout auprès; et vingt personnes criant à tue-tête m'apprirent que le cavalier venait de tomber de cheval et s'était rompu le cou. Il était étendu sans mouvement et avec toutes les apparences de la mort. Je plaçai instinctivement mes genoux contre ses épaules, et saisissant fortement avec mes deux mains le menton et l'occiput, je procédai à l'extension de toutes mes forces. Le patient donna immédiatement des signes de vie en remuant les membres; et dans deux ou trois minutes il fut en état de se lever lui-même. Dans le premier moment il roula ses yeux d'un air égaré; mais bientôt il fut suffisamment remis pour remonter à cheval et s'en aller chez lui, à une distance de neuf milles (trois lieues), sans garder aucune conséquence fâcheuse de son accident.

On peut alléguer que cet homme n'était qu'étourdi par sa chute, et qu'il se serait rétabli de lui-même et sans aucun secours. Que l'état de mort apparente dans lequel je le vis fût déterminé par une subluxation des vertèbres ou par une commotion du cerveau ou de la moelle épinière, c'est ce qui ne saurait être décidé d'une manière satisfaisante. Pour ma part, mon opinion était et est encore aujourd'hui que quelqu'une des vertèbres supérieures, probablement la première, était en partie déplacée, et comprimait la moelle ou le nerf phrénique de façon à interrompre le mouvement du diaphragme et la respiration. Cela étant, si la compression n'eût pas été enlevée par la réduction des vertèbres, la mort aurait promptement terminé la scène. Si, au contraire il y avait eu commotion, l'extension du cou aurait été inefficace, et même probablement fâcheuse.

Le chasseur tue son gibier en luxant la première articulation de l'épine, au moyen d'un coup brusque de la main appliqué au-dessous de l'atlas, ou bien encore en saisissant fortement la partie postérieure du cou de l'animal, tout près du crâne, avec la main gauche, et appliquant l'autre main sur le front. Un léger degré de force employé alors écarte les condyles de l'occiput de la première vertèbre, et produit une luxation partielle ou complète, selon la violence employée.

M. Ellis, dans le deuxième volume de ses *Polynesian Researches*, raconte, sur la foi de M. Barff, qu'un homme tomba d'un arbre et se luxa le cou. Ses compagnons le relevèrent : l'un d'eux lui prit la tête entre ses genoux, et l'assujétit fortement, tandis que les autres, saisis-

sant le tronc par un mouvement de torsion, remirent l'articulation disjointe dans ses rapports naturels. Ainsi les naturels de la Polynésie auraient pour ces luxations un procédé opératoire efficace, tandis que les chirurgiens d'Europe regardent généralement ces cas comme désespérés.

Mais ce procédé par simple rotation du col paraît moins convenable que le premier, la luxation arrivant d'ordinaire, selon l'auteur, dans une articulation ginglymoïdale, et n'offrant que deux variétés, en avant ou en arrière; le menton, dans le premier cas, appuyant contre la poitrine, et dans le second, le menton et le front étant tournés en haut. Il préfère donc l'extension, et cite encore le fait suivant pour en démontrer la facilité et l'efficacité.

« Une dame âgée me racontait il y a peu de jours que sa mère, étant jeune, faisait sa promenade accoutumée accompagnée d'un domestique. Le cheval broncha; le valet tomba la tête la première, et resta sur le coup sans mouvement et avec l'apparence de la mort. Son intrépide maîtresse le voyant dans cet état, descendit de cheval, et plaçant ses genoux contre les épaules du blessé, saisit la tête avec ses deux mains, et se mit à tirer de toutes ses forces. A l'instant il donna des signes de vie; et en quelques minutes il put remonter à cheval et continuer la promenade. Il ne se ressentit pas autrement de cet accident. »

Au total, les faits avancés par le docteur Harrison sont trop dépourvus des détails nécessaires pour avoir une grande valeur par eux-mêmes dans la question des luxations des vertèbres; mais ils acquièrent plus d'importance si on les rapproche de faits analogues bien authentiques et parfaitement observés. Il n'est plus permis aujourd'hui de rejeter les cas de réductions heureuses des vertèbres luxées, comme Boyer le faisait il y a dix ans devant l'Académie des sciences; l'anatomie pathologique a montré même que les luxations compliquées des fractures ne sont pas toujours des cas désespérés.

III. THE LANCET.

LUXATION COMPLIQUÉE DE L'ARTICULATION DU COUDE-PIED SANS FRACTURE.

Obs. — William Broughton, âgé de 21 ans, fut admis le 16 juillet dans le service de M. Liston (*North London hospital*). Cet homme était un des ouvriers qui travaillaient dans un tunnel du chemin de fer de Londres et de Birmingham, lorsqu'une lourde masse de terre s'éboula sur eux. Il vit commencer l'éboulement, et il cherchait à se sauver; mais en fuyant son pied s'engagea dans une des rainures du chemin de fer, et y fut broyé. Lorsqu'on l'apporta à l'hôpital, il était sans connaissance, la peau presque froide et couverte d'une abondante sueur. Les deux cuisses portaient de fortes contusions à leur partie moyenne et supérieure; la cuisse droite était très-tuméfiée sur le côté externe, où l'on voyait une petite plaie assez profonde qui admettait le petit doigt. La malléole externe faisait à l'extérieur une saillie d'environ un pouce et demi à travers une plaie transversale d'environ trois pouces d'étendue, qui mettait, à découvert la cavité de l'articulation. Le pied était fortement tourné en dedans et faisait presqu'un angle droit avec la jambe. La malléole interne reposait sur le côté interne de l'astragale, dont on voyait à travers la plaie la surface articulaire.

M. Duncan, chirurgien interne, se livra au plus consciencieux examen sans pouvoir découvrir aucune fracture. La luxation fut aisément réduite en étendant le pied et en le ramenant en dehors; on appliqua l'attelle de Mac-Intyre, et aussitôt que le suintement de sang eut cessé dans la plaie, les bords en furent rapprochés par des bandelettes agglutinatives.

Le 3 août, le malade allait bien; on ouvrit un petit abcès qui s'était formé à la partie supérieure du pied. Là s'arrête l'observation; du reste, tous les dangers étaient à peu près passés, et il est probable que le malade aura guéri, sauf les conséquences locales de la blessure.

M. Liston remarque qu'il est rare d'observer un pareil déplacement à un si haut degré sans rupture de l'une ou l'autre des malléoles. En parlant de l'état du malade lors de son admission, il avertit ses élèves de ne pas tomber dans une erreur très-commune et très-grave, savoir : de saigner les malades immédiatement après les grandes blessures. On voit souvent annoncer, dit-il, dans les papiers publics que des personnes qui ont été affreusement blessées et broyées par des machines n'ont pu se rétablir, bien qu'elles eussent été tout d'abord pansées et saignées par un chirurgien. Quelques-unes ont survécu en dépit de cette *injustifiable* opération; mais un grand nombre, qui sans aucun doute auraient pu guérir, périssent rapidement par suite de la perte même d'une assez légère quantité de sang tandis qu'elles sont dans un état de défaillance, la circulation étant presque entièrement suspendue. Dans ces cas il faut attendre que la circulation soit rétablie, et recourir souvent dans ce but à des moyens énergiques; alors, et seulement alors la saignée peut être pratiquée avec avantage.

TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE PAR LES LAVEMENS DE TÉRÉBENTHINE.

Deux cas d'aménorrhée ont été complètement guéris à l'hôpital North-London par l'emploi des lavemens de térébenthine. Le sujet du premier était une jeune fille, âgée de 18 ans, qui avait été admise le 28 avril dans les salles du docteur Elliotson. Depuis quatre mois les règles, qui avaient été supprimées par l'impression du froid, n'avaient pas reparu. Elle avait toute l'apparence d'une bonne santé, son pouls donnait 72 et était plein. On lui pratiqua immédiatement une saignée de 12 onces, et elle prit chaque jour le lavement suivant :

Prenez : Huile de térébenthine, ℥ demi-once.
Décoction d'orge, . . une livre.

Le cinquième jour de ce traitement les règles avaient reparu, et au bout de 12 ou 15 jours elle sortit parfaitement rétablie.

Le sujet de la seconde observation est une autre jeune fille, âgée de 16 ans, qui fut admise le 14 avril. Les règles étaient complètement suspendues depuis quatre mois sans que l'on en pût connaître la cause. A l'époque de son admission elle paraissait jouir d'une bonne santé; son pouls était à 78 et presque plein. Dix onces de sang lui furent tirées immédiatement, et elle dut prendre les mêmes lavemens que dans le cas précédent. Le 18 avril, c'est-à-dire quatre mois après son admission, les règles avaient reparu. On discontinua aussitôt l'administration des lavemens, et dès le lendemain les règles avaient cessé de couler; elles revinrent encore le jour suivant, et disparurent complètement au bout de deux jours. Une nouvelle saignée lui fut pratiquée, et elle sortit le 12 mai parfaitement rétablie.

Le docteur Elliotson s'entretenant dans sa clinique de ces deux cas, dit qu'il avait été amené à l'emploi de cette méthode par la connaissance de la propriété emménagogue de la térébenthine lorsqu'elle est prise à l'intérieur. D'un autre côté, se rappelant que la térébenthine employée contre les ascarides est beaucoup plus efficace administrée en lavement qu'à l'intérieur, il pensa qu'il pourrait en être de même de son effet dans le traitement à l'aménorrhée. Il avait déjà, à une époque antérieure, employé ce moyen chez une dame affectée d'une aliénation mentale que l'on avait attribuée à la suppression de ses règles. Pendant dix-huit mois elle avait employé sans aucune efficacité tous les moyens que l'on prescrit d'ordinaire contre cette maladie. Dès le second lavement de térébenthine, l'écoulement menstruel avait reparu, et l'aliénation qui en dépendait avait été également dissipée.

Le professeur fit cependant remarquer que l'on ne devait pas plus s'attendre au succès constant de l'emploi de ce moyen que de celui de la plupart des autres usités en pareil cas; et pour exemple il cita l'histoire d'une femme qui, dans ce moment même, était encore à l'hôpital et chez laquelle cette méthode n'avait eu aucun résultat. Deux lavemens avaient été administrés chaque jour pendant quelque temps, et cependant les règles n'avaient pas reparu. Il crut alors avoir employé assez long-temps l'essence de térébenthine et en cessa l'usage; il prescrivit en place une légère injection de sous-carbonate de potasse dans le vagin, moyen conseillé par un médecin italien; mais il n'en obtint pas plus de succès.

DE L'HYDRIODATE DE POTASSE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE.

Le docteur Elliotson, à l'exemple de MM. Williams et Clendinning, paraît avoir employé cette médication avec beaucoup de succès dans le traitement du rhumatisme chronique. Nous allons analyser rapidement deux cas recueillis dans son service.

Obs. I.— Le sujet est une jeune femme qui prit du froid dix-huit mois environ auparavant, et qui depuis cette époque avait souffert à tous les changemens de température des douleurs dans les articulations. A l'époque de son admission à l'hôpital, le 26 mai, elle se plaignit de douleurs dans les reins, les épaules, les poignets et les chevilles. Les articulations douloureuses n'offraient ni gonflement, ni rougeur, ni chaleur extraordinaires. La santé générale était bonne; on lui prescrivit 2 grains et demi d'hydriodate de potasse en solution, à prendre trois fois par jour.

Le 30, elle se plaint d'une douleur dans le côté gauche, augmentant par l'inspiration; elle est obligée de rester couchée sur le dos. (Application de 8 sangsues.)

Le 2 juin, la douleur du côté est moins vive, et celle des membres est dissipée; elle se plaint de céphalalgie et de menaces de défaillance.

Le 6, ces derniers symptômes ont disparu; mais les douleurs des membres sont revenues.

Le 23, l'amélioration est considérable; la dose du médicament a été portée graduellement jusqu'à 7 grains et demi; il ne reste plus de trace de douleur, et la malade est renvoyée guérie.

Obs. II. — Le sujet est une femme âgée de 66 ans, qui fut admise le 12 mars; elle rapporte que douze mois avant, ayant dormi la tête appuyée sur un oreiller humide, elle a éprouvé constamment depuis cette époque des douleurs dans le cou avec de forts élancemens dans l'oreille et par toute la tête. La violence des douleurs continuelles a beaucoup diminué ses forces; toute la nuit, elle était privée de sommeil.

On lui prescrivit 3 grains et demi d'hydriodate de potasse, et cette dose fut portée graduellement jusqu'à 10 grains, qu'elle prit trois fois par jour, jusqu'au moment où elle sortit, le 23 juin, avec une amélioration considérable.

Plusieurs autres moyens furent encore employés chez cette femme concurremment avec l'hydriodate de potasse, tels que l'iode et l'huile de croton appliquée sur le cou; mais leurs effets n'ont rien offert d'assez saillant pour qu'on ait pu leur attribuer une part active dans la guérison, que le docteur Elliotson rapporte exclusivement à l'emploi de l'hydriodate de potasse.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ ROSACEA PAR LA KRÉOSOTE; EFFETS DE CETTE SUBSTANCE SUR LE VOMISSEMENT.

L'opiniâtreté avec laquelle l'acné rosacea résiste le plus souvent à tous les moyens avec lesquels on le combat est pour nous un motif de faire connaître l'observation suivante, recueillie dans les salles du docteur Elliotson. Nous y verrons en outre un effet singulier de ce médicament sur le vomissement.

Obs. — Anne Draper, âgée de 33 ans, fut admise le 8 novembre 1834. Depuis sept ans, elle avait été sujette à une éruption rouge à la face présentant les caractères suivans. Elle s'annonce par une sensation de chaleur, à laquelle succède bientôt l'apparition d'une petite élevure qui s'élargit, devient graduellement jaunâtre, et qui laisse écouler, lorsqu'elle se rompt, une matière jaune; elle sèche ensuite sous forme de croûte.

Depuis qu'elle a cette éruption, elle souffre constamment de la céphalalgie. Actuellement elle se plaint aussi d'une douleur dans le front avec sensation de serrement qu'elle éprouve aussi au-dessous des yeux; elle est très-nerveuse, est très-altérée le matin et sujette à des éructations acides.

Comme on reconnut les signes d'un état inflammatoire général, 12 onces de sang furent tirées; elle dut prendre chaque matin 2 grains de calomel, et fut soumise à la diète végétale.

Le 15, la saignée a diminué le mal de tête et la chaleur de la face; l'éruption offre un meilleur caractère; mais les éructations continuent et ont même amené une douleur à la gorge. La malade prendra trois fois par jour 2 gouttes d'acide hydrocyanique, et continuera l'usage du calomel.

Le 18, les éructations ont disparu; l'éruption est plus pâle; on continuera l'usage de l'acide hydrocyanique et l'on cessera celui du calomel.

Le 9 décembre, on voit paraître de nouveau quelques éruptions, et les éructations recommencent aussi à tourmenter la malade. Alors on prescrit 2 gouttes de kréosote à prendre trois fois par jour. Les effets de cette médication sont immédiatement sensibles, car dès le 11 l'éruption avait évidemment diminué.

Le 18, l'amélioration continue graduellement; la malade prend maintenant 12 gouttes de kréosote trois fois par jour, la dose ayant été augmentée graduellement tous les deux ou trois jours.

Le 21 février, l'éruption continue à diminuer; la malade se plaint quelquefois de nausées et éprouve aussi quelques éructations acides, mais sans vomissement. On lui donnera la portion entière.

Le 14 avril, elle prend maintenant 20 gouttes trois fois par jour. L'éruption est beaucoup moins caractérisée. Comme elle se plaint d'étourdissemens et de tremblement partout le corps, on ne lui prescrit plus que 15 gouttes de kréosote.

Le 21 mai, elle a continué à la dose précédente; elle se plaint d'une faiblesse excessive. On cesse entièrement l'emploi de la kréosote; l'estomac acquiert bientôt beaucoup de force et l'éruption disparait graduellement. La malade sort le 2 juin n'offrant presque aucune trace de l'éruption.

Le docteur Elliotson fit remarquer à sa clinique que l'on ne pouvait distinguer presque aucune trace de l'acne chez cette femme au moment de sa sortie, et elle-même dit que depuis sept ans elle ne s'était pas encore trouvée un seul instant aussi bien qu'elle l'était alors; elle se sentait forte et avait bon appétit. Le professeur dit qu'il regardait le changement favorable survenu dans la marche de cette maladie comme le résultat de l'emploi de la kréosote; car l'amélioration avait commencé avec l'usage de cette médication, et avait continué graduellement et sans s'arrêter. Ayant pensé d'abord qu'une partie de cette amélioration pouvait dépendre de la diète à laquelle la maladie était soumise, il lui donna le 21 février la portion entière, et depuis cette époque l'amélioration n'en a pas moins continué avec la même rapidité qu'auparavant.

Une circonstance assez remarquable de cette observation, c'est que la dyspepsie a disparu aussi sous l'influence de la kréosote; aussi regarde-t-il cette substance comme un moyen d'une grande valeur dans le traitement de cette maladie, lorsqu'elle ne sera pas due à un état inflammatoire. Il rapporte l'avoir employée avec beaucoup de succès dans des vomissemens opiniâtres causés par la constipation, la première dose ayant quelquefois suffi pour faire disparaître immédiatement la maladie; il dit aussi l'avoir employée avec succès dans un cas de vomissemens hystériques contre lesquels l'acide prussique avait échoué. Cependant on aurait tort de regarder la kréosote comme un moyen infaillible dans le traitement de la dyspepsie, et il cite lui-même un cas de cette maladie observé à l'hôpital, et où il n'avait obtenu aucun effet de son administration.

OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE A SON ENTRÉE DANS LE COEUR; par J. REID, D.-M.

Les cas d'oblitération de la veine cave sont assez rares pour que nous croyions devoir analyser celui-ci; d'ailleurs il est rapporté avec des détails que l'on ne trouve dans aucun de ceux connus jusqu'ici; et sous ce rapport c'est un fait que nous pouvons dire nouveau. En effet, l'oblitération de la veine cave supérieure près de son entrée dans le cœur, ne peut être complète sans qu'il se soit développé une circulation collatérale capable de la remplacer. Mais les trois ou quatre faits de ce genre recueillis jusqu'ici n'avaient point encore fait connaître par quels canaux s'établissait cette circulation. Le fait recueilli par le docteur Reid ne doit plus laisser de doute sur ce point, et offre un nouveau rapprochement entre l'oblitération de cette veine et celle de la veine cave inférieure, qui est plus fréquente et a été beaucoup mieux étudiée, surtout par les anatomistes français.

Dans le cas rapporté par le docteur Reid, l'époque où se fit l'oblitération est restée ignorée. Le sujet était une femme de 40 ans qui avait mené une vie désordonnée, et fut reçue dans la maison de travail de la ville, avec les symptômes suivans. Elle présentait un anasarque général, une grande dyspnée; sa figure était livide; elle ne pouvait rester couchée; son pouls était fréquent, petit, irrégulier, et l'urine très-peu abondante. Quelques diurétiques l'ayant soulagée, elle sortit; puis elle rentra après peu de temps, et succomba sans avoir éprouvé ni coma, ni délire, mais seulement un peu de surdité.

A l'autopsie on trouva la cavité droite du thorax pleine de sérosité, et la plèvre costale épaissie; les reins offraient la maladie de Bright. La veine-cave supérieure était oblitérée dans une étendue d'environ 2 pouces, et dans toute cette longueur elle paraissait changée en un cordon cartilagineux fortement attaché par du tissu cellulaire aux parties voisines et spécialement à la trachée. A l'intérieur, l'oreillette n'offrait qu'une légère dépression dans le point par où pénètre ordinairement la veine cave supérieure, et qui représentait une espèce de poche digitale.

Voici maintenant ce que démontra l'examen des parties pour le retour du sang veineux des extrémités supérieures. Les grosses veines qui sont à la base du col s'ouvraient toutes dans la veine cave supérieure. La veine azygos offrait au moins deux fois son volume ordinaire, mais elle était subitement oblitérée dans le point où elle pénètre dans la veine cave supérieure. Les veines intercostales, et surtout la supérieure, étaient très-élargies, et une veine de la grosseur d'un tuyau de plume ordinaire établissait une communication directe entre la veine-cave supérieure au-dessus de son oblitération, et la partie supérieure de la veine azygos. La veine demi-azygos s'ouvrait comme à l'ordinaire dans la veine azygos, mais offrait le double de son calibre habituel. Le calibre des veines intercostales supérieures du côté gauche paraissait aussi beaucoup augmenté. En soufflant dans la veine azygos, on remarqua qu'elle conservait son calibre, et qu'elle offrait au-dessus du diaphragme de nombreuses flexuosités. L'air passait librement par la veine intercostale supérieure et la veine lombaire supérieure élargie, et distendait la veine cave ascendante. Une veine du volume d'une grosse plume d'oie, formée par une branche de chacune des veines azygos, passait par l'ouverture aortique, et allait s'ouvrir dans la veine cave inférieure, près du point où elle reçoit les veines rénales.

Les veines mammaire interne et épigastrique offraient leur volume ordinaire. La veine cave inférieure était elle-même assez dilatée pour admettre librement près de son ouverture trois doigts.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE.

TÊTE D'OURS FOSSILE.

M. Larrey offre à l'Académie, pour être déposée dans son musée particulier, une tête d'ours fossile, dit le grand ours des cavernes. Elle a été trouvée dans les grottes de Miolet (Gard) par le docteur Alexis Juliet. M. Larrey, qui en a fait l'acquisition à son passage à Nimes, lors de son inspection relative au choléra indien, a pensé qu'elle pourrait intéresser l'Académie autant par la rareté de l'espèce que par sa belle conservation. M. Geoffroy Saint-Hilaire sera invité à examiner cette tête.

RÉCLAMATION DE M. VELPEAU AU SUJET DES OBSERVATIONS LUES PAR M. COSTE DANS LA DERNIÈRE SÉANCE SUR L'OEUF HUMAIN.

Après quelques réflexions sur la difficulté d'éviter l'erreur dans des recherches

aussi difficile que celles du premier développement de l'embryon, M. Velpeau croit pouvoir affirmer que son jeune confrère ne l'a pas évitée.

« Le peu, dit-il, que j'ai pu savoir jusqu'ici de ses opinions en ce qui concerne les objets dont je me suis moi-même occupé, m'autorise déjà, par exemple, à soutenir qu'il se trompe manifestement en annonçant que les œufs qu'il a montrés lundi étaient parfaitement sains, car à cet âge l'embryon d'un œuf sain ne peut avoir l'*ombilic ouvert*; qu'il se trompe encore en disant que ces œufs sont *moins avancés* qu'aucun de ceux que j'ai étudiés, car j'en ai présenté à l'Académie de plus jeunes et de plus complets, qui sont d'ailleurs figurés et décrits dans mon *Ovologie*, ainsi que dans mon *Traité d'accouchemens*; qu'ils se trompe de nouveau quand il croit que le cordon et le placenta sont une dépendance de l'allantoïde; qu'il se trompe aussi dans tout ce qu'il dit de cette dernière membrane, au point de décrire à la place une vésicule qui en est tout à-fait distincte; qu'il est enfin tombé dans la même faute en ce qui concerne la membrane caduque, la poche ovo-urinaire, etc. »

CONSERVATION DES CADAVRES.

M. Gannal adresse quelques observations au sujet de la lettre de M. Lereboullet, lue dans la dernière séance. Il pense que le procédé employé au musée d'histoire naturelle de Strasbourg n'est qu'une imitation de celui qu'il a lui-même découvert et dont il n'a jamais fait mystère; il explique comment on a pu en avoir connaissance à Strasbourg, en disant que M. Strauss, à la sollicitation duquel il l'avait appliqué aux travaux anatomiques, avait passé l'automne de 1832 dans cette ville. Il annonce en outre que le procédé dont il s'est servi jusqu'à ce jour présente quelques inconvéniens qu'il a fait disparaître en employant une autre substance: « Avec l'acétate d'alumine, dit-il, les sujets injectés se conservent bien mieux que par aucun des autres procédés que j'ai expérimentés. »

ÉTAT ÉLECTRIQUE DE L'ATMOSPHÈRE AVANT ET PENDANT LA PLUIE.

M. Pelletier raconte, dans une lettre, le fait suivant, qui prouve le retour d'un courant énergique lors des premières gouttes de pluie, et qui est intéressant, non-seulement en ce qu'il indique clairement l'état de l'atmosphère dans lequel nous sommes alors plongés, mais encore parce qu'il coïncide avec l'état de malaise qu'on éprouve dans le moment qui précède certaines pluies d'été.

« Vendredi dernier, 4 septembre, le temps s'était maintenu beau, la température était élevée, et le sol avait donné des signes d'électricité négative jusqu'à cinq heures de l'après-midi. Depuis quelques instans les vapeurs devenaient visibles, quelques nuages peu puissans apparaissaient, et bientôt des gouttes d'eau tombèrent, rares, en petite quantité, mais constamment pendant une demi-heure. A peine les premières gouttes étaient-elles tombées, que le multiplicateur donna des signes d'un courant contraire; il indiqua qu'un courant négatif descendait de l'atmosphère au sol. Bientôt je vis un jet continuel d'étincelles électriques entre le fil ascendant qui s'élève jusqu'au-dessus des rhombuées, et le multiplicateur dont le prolongement communique au puits; il indiquait une grande intensité dans l'électricité négative de l'air dominant la maison. A six pouces de distance de ce fil, les feuilles d'or de l'électroscope étaient projetées, et cependant, pour n'avoir pas à jouer avec un courant dangereux, je n'ai donné à ce fil qu'un cinquième de millimètre de diamètre. Ce courant continu dura vingt minutes, puis diminua, et bientôt cessa tout-à-fait. La pluie était devenue abondante; le multiplicateur, un instant incertain, reprit son indication habituelle, savoir l'état négatif du sol, mais très-affaibli. »

INAUGURATION DE LA STATUE DE CUVIER A MONTBÉLIARD.

L'Académie avait chargé MM. Duméril, de Mirbel et Florens, d'aller en son nom assister à l'inauguration de la statue que la ville de Montbéliard, après avoir ouvert une souscription, a fait ériger sur l'une de ses places publiques en l'honneur du savant naturaliste dont elle fut le berceau. La cérémonie a eu lieu le 23 août, jour anniversaire de la naissance de Cuvier. Elle nous est représentée par M. Duméril, rapporteur de la commission, comme ayant été convenable, touchante et majestueuse, comme une véritable fête civique des plus imposantes.

La statue de Cuvier est en bronze, un peu plus grande que nature; elle a été modelée par un membre de l'Académie des beaux-arts, M. David, qui dans cette circonstance a donné une nouvelle preuve de son patriotisme, de son zèle et de sa générosité. Cuvier est représenté debout, tenant un crayon à la main et méditant sur les débris de divers animaux fossiles, au moment où, par le rapprochement des fragmens, il a trouvé le moyen de reconstituer un animal dont la race n'existe plus. La place publique que décore la statue est devant l'Hôtel-de-Ville: de là on aperçoit d'un côté le grand temple et le collége où Cuvier reçut sa première éducation; de l'autre, la maison modeste où il est né en 1769, et sur la façade de laquelle cette époque est inscrite.

Toute la population de Montbéliard, ainsi qu'une grande partie de celle des pays environnans, était venue en habits de fête se presser autour de l'enceinte réservée au pied de la statue pour les autorités civiles et militaires, les députations des villes voisines, celles des diverses Académies, etc. Le voile dont la statue était d'abord couverte ayant été enlevé pendant une symphonie à grand orchestre, des acclamations unanimes, des applaudissemens prolongés ont salué l'auguste image, dont on a pu apprécier la parfaite ressemblance. Des discours ont été prononcés par différens orateurs; entre autres par MM. Ch. Nodier, Duméril, Valenciennes, Duvernoy, Tourangin. Pour clore la séance, des chœurs de jeunes gens des deux sexes ont exécuté, à grand orchestre, une cantate composée par M. Kuhn, né à Montbéliard, et professeur au conservatoire de musique à Paris.

Le rapport et le discours de M. Duméril seront imprimés et publiés à part.

SUR UNE SORTE DE TEIGNE OBSERVÉE PAR M. VALLOT.

M. Duméril, au nom d'une commission composée de lui, de M. Isidore Geoffroy et de M. de Blainville, fait un rapport sur une observation de M. Vallot de Dijon, relative à une sorte de teigne.

Les commissaires ont reconnu que l'insecte dont il est question est véritablement une teigne de la section de celles que Réaumur a si bien fait connaître, comme se construisant un fourreau recouvert d'un manteau à deux pans; mais il appartient à une espèce déjà décrite par Hubner sous le nom spécifique de *vibicella*, par Freitsche sous celui de *vibicipenella*, et par conséquent ne saurait recevoir celui de *craccella* qu'a proposé M. Vallot, dans l'idée que l'espèce était inédite. Toutefois, il est juste d'ajouter que les deux auteurs cités ne font connaître cette teigne que dans l'état parfait, et comme M. Vallot a observé la chenille, les détails que renferme sa lettre ne sont pas sans intérêt pour la science. Le petit papillon qu'il a obtenu est actuellement rangé dans le genre *ornix*, démembrement de l'ancien genre *teigne* de Linné, genre auquel correspond maintenant la famille des *tinéides*.

A propos de la communication de M. Vallot, le rapporteur rappelle à l'Académie que la France possèdera bientôt une histoire complète des papillons d'Europe par M. Duponchel.

SUR UNE MODIFICATION ISOMÉRIQUE DE L'ACIDE MUCIQUE.

Ce travail est de M. Malaguti, et sera examiné par MM. Thénard, Chevreul et Dumas. D'après les expériences faites par l'auteur, il paraît que l'acide mucique, sous la simple influence de l'ébullition et de l'évaporation, subit une modification moléculaire qui lui donne de nouvelles propriétés. Je pense, dit l'auteur, que sous cette nouvelle forme, sa solubilité dans l'alcool, où il peut cristalliser d'une manière particulière (en lames rectangulaires), sa plus grande solubilité dans l'alcool, solubilité qui se conserve même dans les sels, et quelques différences dans ses réactions, comparées à celles de l'acide mucique, peuvent suffire, avec la circonstance d'une composition identique à celle de l'acide mucique, pour le faire considérer comme lui étant isomérique et pouvant par conséquent être nommé *acide paramucique*.

SUR LA POPULATION DE LA FRANCE.

M. Ch. Dupin communique les résultats de nouvelles recherches sur la population de la France. Il commence par l'historique des recensemens faits à diverses époques depuis 1700. Il établit ensuite qu'en l'absence de toute cause perturbatrice, l'accroissement de la population d'un grand pays doit se faire suivant une progression par quotiens, les années étant en progression par différences, en sorte que la courbe qui représente cet accroissement sera une logarithmique. Le rapport annuel de la progression par quotiens, calculé par trois périodes, dans le siècle dernier, a été comme il suit:

De 1700 à 1771,	rapport annuel,	1,003147
De 1700 à 1790,	—	1,003240
De 1700 à 1801,	—	1,003199

C'est-à-dire, par exemple, que chaque année comprise entre 1700 et 1771 a vu croître la population de la fraction 0,003147; en sorte que la population, à une certaine année de cet intervalle, s'obtient en multipliant par 1,003147 la population relative à l'année précédente. Comme les trois rapports précédens diffèrent un peu les uns des autres, on en doit conclure que, durant tout le siècle dernier, l'accroissement de la population a été non pas uniforme, comme on le croit ordinairement, mais graduel, comme les termes d'une même progression par quotiens, ou comme les ordonnées d'une courbe logarithmique, dont les années forment les abscisses.

Mais dans ce siècle, le rapport en question s'est notablement et subitement accru, et il est devenu 1,0056 entre les années 1817 et 1832; en sorte qu'il est maintenant moitié plus grand que dans le siècle dernier. A quoi tient cet accroissement? Sans doute à la vaccine, aux réformes sociales, aux progrès de l'agriculture, aux perfectionnemens des arts. Dans ce premier mémoire, M. Dupin n'établira que la loi générale de l'accroissement de la population; il expliquera les inégalités dans un travail subséquent.

Maintenant, afin de parler aux yeux, M. Dupin a décrit un cercle, dont il a mené cent rayons équidistans pour figurer les années d'un siècle; sur ces rayons, et à partir du centre, il a porté des lignes proportionnelles aux populations correspondantes, et, par les extrémités de ces lignes, il a fait passer une courbe, qui représente une logarithmique hyperbolique; il y a une pareille courbe pour les observations, une autre pour les nombres calculés, et toutes deux suivent, à très-peu près, la même marche. (Ici M. Dupin déroule une grande carte, qui représente ces courbes.) Elles ont l'avantage de permettre les interpolations; pour les époques où les recensemens n'ont pas eu lieu, ces résultats sont très-approximatifs, vu la constance du rapport de l'accroissement annuel et le peu de variations qu'y apportent de graves événemens, auxquels on a toujours attaché beaucoup trop d'influence.

M. Navier demande que M. Dupin s'explique plus clairement sur la cause de la variation subite et véritablement extraordinaire qu'a éprouvé le rapport en question à l'origine du 19ᵉ siècle; car il ne croit pas que la vaccine soit une cause d'accroissement de la population. (Murmures.)

M. Dupin explique comme quoi la vaccine, introduite à l'origine de ce siècle, a augmenté la durée moyenne de la vie, en sorte que, sans augmenter le nombre des naissances, elle a diminué le nombre des morts, et a accru de cette manière la population actuelle. En effet, les naissances sont presque invariables; elles ont été jadis de 946,740 annuellement pour une population de 24 millions d'habitans, et elles ne s'élèvent aujourd'hui qu'à 969,000 pour 32 millions d'individus. Au reste, Malthus s'est trompé en plusieurs points de son ouvrage, et ces erreurs sont relevées par M. Dupin.

M. Navier prend la défense de Malthus, et réitère son observation.

M. Dupin répond que la vaccine entre pour un septième dans l'accroissement du rapport. Sans doute la vaccine n'augmente pas la fécondité, mais elle conserve les existences. En effet, il y a certaines lois auxquelles on obéit entre époux: quand la mort enlève prématurément des enfans, les parens cherchent à recomposer leur ménage, et l'on recourt pour cela à la fécondité; mais si quelque chose vient protéger la vie des enfans, les époux en demeurent là, et il y aura moins de naissances.

M. Dupin s'occupe aussi de la population en Angleterre; malheureusement les données ne sont pas aussi certaines dans ce pays qu'en France.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 29 AOUT. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

La séance est ouverte en présence de trente-six membres au plus.

M. VILLENEUVE voudrait que le conseil d'administration fût invité à chercher les moyens de stimuler le zèle des membres de la compagnie. Une mesure utile serait d'afficher par avance les lectures réservées pour les séances supplémentaires. (Appuyé!)

M. DESPORTES voudrait qu'on fît le contraire de ce qui se fait, et que les lectures des personnes étrangères à l'Académie fussent entendues dans les séances des mardis, tandis que les rapports seraient réservés aux séances des samedis.

Les deux propositions de M. Villeneuve sont mises aux voix et adoptées. On ajoute, sur la proposition de M. Planche, que la liste des mémoires en indiquera le sujet, afin que les membres qui s'occupent de questions spéciales puissent être prévenus.

— M. Thomson lit une *Note sur le choléra épidémique.* Nous en avons donné la plus grande partie dans notre dernier numéro; les deux dernières pages, que nous n'avons pas cru devoir reproduire, sont consacrées à démontrer la non-contagion du choléra.

MÉMOIRE SUR L'ORIGINE DE LA MÉDECINE ET SUR LA SOURCE DE SES PROGRÈS, par M. LAFONT-GOUZI, professeur de pathologie médicale à l'école de médecine de Toulon, etc. — M. BOUSQUET, rapporteur.

Il y a deux opinions sur l'origine de la médecine : Hippocrate, Cicéron, toute l'antiquité païenne, ainsi que les Ecritures, attribuent son invention aux dieux ou à Dieu; d'après l'autre opinion, qui est presque aussi ancienne, la médecine serait l'ouvrage de l'homme excité par la nécessité, par ses besoins, etc. Ainsi débute M. Lafont Gouzi, et il se déclare pour la première opinion. Dieu est l'inventeur de la médecine; il a instruit les premiers hommes, leur a communiqué les idées-mères, les méthodes et les procédés d'apprendre; là où ces premières données se sont transmises par la tradition, la médecine a existé; là où on les a oubliées, il n'y a pas eu de médecine. Cette tradition a été surtout fidèlement transmise à Hippocrate; de là suit que tous ceux qui ont gardé les préceptes d'Hippocrate ont été vraiment médecins et les autres non. Toutefois, M. Lafont-Gouzi veut bien admettre que si l'invention de la médecine est due à Dieu, ses progrès et ses perfectionnemens sont l'ouvrage de l'homme.

« Il est à présumer, dit M. le rapporteur, que lorsque M. Lafont-Gouzi a pris la plume pour écrire son mémoire, il n'était pas occupé de médecine. »

LECTURE SUR LA PHRÉNOLOGIE; PAR M. VIMONT.

Les observations de M. Vimont sont divisées en quatre séries.

La première se compose d'observations générales sur la phrénologie et les faits qui lui servent de base.

La deuxième contient plusieurs remarques générales et spéciales sur le crâne de l'homme et des animaux vertébrés, et le rapport qui existe entre cette boite osseuse et l'expansion périphérique du système nerveux affecté aux facultés intellectuelles, aux sentimens et aux penchans.

Dans la troisième série, il fait l'application de la phrénologie sur le crâne de l'homme et de plusieurs animaux vertébrés.

La quatrième série enfin comprend quelques remarques sur le nombre des circonvolutions du cerveau de l'homme dans une région déterminée de l'encéphale, comparé avec le même nombre existant chez d'autres animaux dans la même région.

L'auteur engage d'abord à ne pas confondre la phrénologie avec la cranioscopie qui n'en est qu'une fraction. La première, dit-il, n'est rien moins qu'un système de philosophie fondé sur le raisonnement et l'observation. Les sciences qui lui servent de base sont l'anatomie, la physiologie humaine et comparée, et la pathologie. La Grande-Bretagne à elle seule compte quarante sociétés composées d'hommes de mérite qui la cultivent avec zèle et distinction. Ou les propositions suivantes sont vraies, et la phrénologie est une science positive; ou fausses, et alors elle doit être rejetée comme chimérique.

1° Le cerveau est la condition organique nécessaire pour la manifestation des facultés intellectuelles, des sentimens et des penchans. Ceci est une démonstration géométrique.

2° Au-dessous d'un certain volume du cerveau, il n'existe aucune trace de manifestation des facultés cérébrales.

3° La multiplication des actes cérébraux répond au développement de l'organe qui en est le signe. L'anatomie humaine et comparée en fournissent des milliers de preuves.

4° De même qu'il existe des nerfs des sens, d'autres pour le mouvement et la sensibilité, de même l'encéphale se compose de parties affectées à des fonctions spéciales. Le nombre prodigieux d'observations recueillies en Angleterre sur des hommes vivans, dont les plâtres sont offerts au public dans des collections, plus de deux mille observations faites par M. Vimont sur des animaux dont il possède les crânes, les expériences qu'il a répétées à l'infini sur l'espèce humaine, l'ont convaincu de la vérité de cette proposition.

La pluralité d'organes est encore démontrée par les idioties partielles, les monomanies, la lésion de certaines facultés à la suite de blessures, d'épanchemens sanguins, etc., tandis que d'autres facultés restent intactes; les différences de développement des facultés suivant les âges, les sexes, chez l'homme et les animaux.

Passant ensuite aux observations sur le crâne de l'homme et des animaux et à ses rapports avec l'encéphale, M. Vimont dit que chez l'homme et tous les vertébrés il existe entre la table externe et la table interne du crâne un tel parallélisme, qu'il est possible d'apprécier, par l'inspection de celle-là, le développement de la périphérie du système nerveux cérébral, une seule partie exceptée, celle qui se trouve logée dans les fosses latérales moyennes de la base du crâne. Chez quelques personnes et dans certaines espèces d'animaux, on ne peut apprécier à l'extérieur le développement des parties cérébrales répondant à la région des sinus frontaux. Chez les oiseaux, la présence de ces sinus est excessivement rare. Sur plus de deux cents crânes appartenant à des espèces différentes qui se trouvent dans sa collection, les seuls qui lui aient présenté cette disposition sont le *strix otus* ou *moyen duc*, l'*effraie* et la *grue à aigrette*. Chez toutes les autres espèces le parallélisme est parfait. Dans les quadrupèdes, la présence des sinus frontaux n'est qu'exceptionnelle, il en est de même dans l'espèce humaine; encore est-il bon de faire remarquer que ces sinus ne se rencontrent chez l'homme qu'à une certaine époque de la vie.

M. Vimont, avant de prouver ensuite par des exemples que le développement cérébral coïncide parfaitement avec certaines fonctions bien connues, fait observer que deux conditions sont indispensables pour que l'exercice des parties nerveuses affectées aux fonctions intellectuelles ou affectives puisse avoir lieu dans l'état sain, le volume et l'excitation; il rappelle les expériences de Gall pour la localisation des facultés chez les personnes qui en étaient douées à un haut degré; et cite les observations faites en Angleterre, qui ont démontré jusqu'à la dernière évidence que *trente-cinq* parties nerveuses ou régions du cerveau avaient constamment pour résultat, lorsqu'elles étaient très-développées, la manifestation des facultés qu'elles représentent.

D'abord, la pluralité d'organes cérébraux chez l'homme et les animaux à circonvolutions, lui parut bien démontrée. Lorsqu'il étudia le cerveau des oiseaux et celui des rongeurs, qui présentent un encéphale lisse, cela lui parut plus difficile; mais des expériences mille fois répétées lui prouvèrent que chez les individus de même genre ou de même espèce, les oiseaux voyageurs et sédentaires, par exemple, une portion de l'encéphale était plus développée malgré l'état lisse de leur cerveau.

Ainsi, chez tous les animaux qui ne vivent que par la destruction, la portion écailleuse de l'os temporal pour les quadrupèdes, et la surface crânienne post-orbitaire pour les oiseaux, se trouvent renflées d'une manière très-apparente, et contrastent singulièrement sous ce rapport avec celle des animaux à disposition contraire.

M. Leuret a prétendu que les phrénologistes n'avaient étudié que des crânes. Dans mon mémoire à l'Institut, en 1829, se trouvaient représentés et décrits avec soin quatre-vingt-quinze cerveaux d'animaux vertébrés; et l'atlas actuel, publié en 1832, comprend encore quatre-vingt-quinze cerveaux de divers animaux. M. Leuret a aussi prétendu que le grand développement latéral du crâne du lapin aurait dû empêcher d'attribuer à ce même développement l'instinct carnassier. Or, voici le crâne d'un lapin et celui d'un chat. Au premier coup-d'œil on voit qu'il existe entre ces deux crânes et dans la région écailleuse de l'os temporal une différence frappante. Vue en dehors, cette région est aplatie chez le lapin; elle est très-bombée chez le chat. De là la grande différence dans le diamètre de leur crâne en ce point. Chez le lièvre, qui présente un cerveau plus volumineux que le lapin, même différence.

Chez les personnes qui reconnaissent bien les lieux et s'orientent facilement, les parties cérébrales situées à la région latérale inférieure de l'os frontal, sont très-saillantes; il en est de même chez les quadrupèdes.

Dans les oiseaux, la partie cérébrale placée au-dessus et à la région moyenne du rebord orbitaire, est développée d'une manière très-apparente; on peut comparer la différence, sous ce rapport et dans cette région, entre le crâne du canard sauvage et celui de l'oie domestique. Enfin on rencontre la même disposition sur les crânes de tous les oiseaux voyageurs, la bécassine, la bécasse, toute la famille des canards voyageurs.

Chez toutes les personnes qui ont un attachement excessif pour les enfans, chez les femelles de mammifères qui soignent leurs enfans avec tendresse, la portion de cerveau logée dans les fosses occipitales supérieures chez l'homme et les quadrumanes, et la portion cérébrale répondant à cette région de l'os pariétal chez les quadrupèdes, est très-développée.

Après avoir montré pour exemples une tête de femme, deux crânes de sajou mâle et femelle, et des crânes de chiens mâle et femelle, de chat, etc., M. Vimont termine par quelques remarques d'anatomie en réponse aux observations de M. Leuret. Il n'admet pas le reproche que lui a fait ce médecin d'avoir donné trop de développement à la scissure de Sylvius; dans quelques cas elle en a plus que le dessin critiqué. M. Leuret a prétendu que le cerveau de tous les mammifères, la classe des rongeurs exceptée, est pourvu de circonvolutions. Or, la taupe, les chauves-souris d'Europe et le hérisson, de la classe des mammifères, ont un cerveau lisse. Sans doute le cerveau des rongeurs est lisse, mais cette idée n'est pas à M. Leuret; l'auteur l'avait énoncée dans le premier volume de son ouvrage (1832).

La phrénologie, dit M. Leuret, a placé à la partie antérieure du cerveau les organes qui font les philosophes, les savans, les artistes, et ces mêmes parties se retrouvent chez le mouton, le bœuf, la chèvre, etc. M. Vimont met en regard un cerveau de mouton en plâtre moulé sur nature, et un cerveau d'homme moulé sur nature; et au premier coup-d'œil, dit-il, on voit qu'il n'existe aucune comparaison d'étendue chez les deux animaux, et qu'il y a évidemment chez l'homme une plus grande surface, et conséquemment plus de masse cérébrale. Quant aux détails, on compte chez le mouton, dans la région qui répond au plancher orbitaire, cinq circonvolutions, tandis qu'il en existe neuf chez l'homme. Toute la surface cérébrale qui répond à la table interne du frontal chez l'homme, présente vingt circonvolutions; il n'y en a que dix chez le mouton.

M. Vimont termine en disant qu'il aurait bien d'autres observations à faire sur le langage que M. Leuret prête aux phrénologistes; mais il suffit de lire ces observations pour être convaincu que ce médecin est complétement étranger à la science dont il a fait la critique.

M. Maingault propose le renvoi de ce mémoire au comité de publication. Mais M. Vimont annonce que l'Académie des sciences étant saisie de la question, il croit devoir attendre sa décision; pour cette raison, il désire que son mémoire soit regardé comme une communication pure et simple, pour laquelle il ne demande point de commissaires.

— M. Bricheteau lit un rapport sur un appareil inventé par madame Masson pour remplacer les lits orthopédiques dans le traitement des déviations de l'épine. Après une description très-longue et très-compliquée de l'appareil, M. le rapporteur ajoute qu'il l'a vu fonctionner, et que dans les cas où il ne faudra qu'une faible traction, cette machine pourra convenir. En conséquence, la commission

propose de déposer le dessin de cette machine dans les archives de l'Académie, et de remercier l'auteur. — Adopté sans discussion.

SUITE DE LA SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1835.

RAPPORT SUR UNE CEINTURE A LEVIER POUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE; présentée à l'Académie par M. Hossard, d'Angers. — M. Bricheteau rapporteur.

La pièce principale de cet appareil est une ceinture en cuir d'environ 4 pouces de largeur, sur 2 pieds 6 pouces de longueur, et mollement rembourrée en dedans. Cette ceinture doit embrasser le tronc et se être solidement fixée sur les hanches. Une douille en acier est annexée à la partie postérieure, au-dessous de l'aisselle gauche, pour recevoir une sorte de béquille en acier. Sur la partie postérieure et vis-à-vis l'os sacrum, se trouve encore, fortement cloué, une espèce de cadran également en acier et muni d'une crémaillère pour recevoir un levier aplati nommé *buse*, qui doit s'incliner vers la gauche; de plus, une courroie à double chef, partant de la ceinture en avant et près de la douille, vient s'attacher aux boutons du busc après avoir traversé obliquement une partie de la poitrine au-dessous du sein, et embrassé à droite la partie la plus renflée de l'arc formé par la courbure dorsale des vertèbres.

Pour que cette ceinture soit immobile, et pour qu'elle offre au levier un point fixe où se trouve toute sa puissance, une courroie large et rembourrée la retient solidement; à cet effet ses deux chefs viennent s'attacher par devant et par derrière, et sa partie moyenne est fixée dans le pli de la cuisse du côté droit; c'est un véritable sous-cuisse. L'appareil ainsi appliqué doit être agrafé du côté droit au moyen de boucles et de courroies dont il est muni. Lorsqu'il est convenablement serré, on met alors en jeu le busc dont nous avons parlé, et on le dirige en sens inverse de la concavité de la courbure qu'on veut effacer. Quand on agit énergiquement à l'extrémité du levier, son action peut être assez puissante pour faire disparaître sur-le-champ, mais momentanément, une déviation assez considérable de la colonne vertébrale.

Voici l'explication que l'auteur donne de la manière d'agir de son appareil. Le levier, fortement fixé dans le cadran immobile, efface, lorsqu'il est ramené à droite, la courbure inférieure de l'épine en entraînant le tronc à gauche, tandis que le sujet, pour se maintenir en équilibre, se rejette à droite et diminue l'arc de la courbure supérieure. Ainsi, dit-il, se trouve combattue la double incurvation qui se montre dans presque toutes les déviations de la colonne vertébrale. La béquille dont il a été question n'est employée que dans les cas où, la courbure supérieure offrant trop de résistance, un point d'appui plus ou moins élevé devient nécessaire au bras gauche pour rejeter à droite la partie correspondante de la colonne vertébrale.

Cette ceinture n'est employée que pendant le jour, et n'empêche pas les malades de se livrer à la marche et à quelques exercices de corps appropriés.

Trois jeunes filles atteintes de difformités de la colonne ont été mises sous les eux de la commission le 4 février dernier.

1° Mlle A. C., âgée de 12 ans, offrant une déviation latérale qui date de l'âge de 6 ans; il y a une courbure dorsale de 14 lignes à convexité droite, et une dorso-lombaire de 10 lignes, à convexité gauche. La taille était de 3 pieds 10 pouces 11 lignes.

2° Mlle N. T., âgée de 16 ans, déviée depuis l'âge de 10 ans; une courbure supérieure de 17 lignes, à convexité droite, et une dorso-lombaire de 8 lignes, en sens opposé. La taille était de 4 pieds 3 pouces 8 lignes.

3° Mlle J. G., âgée de 21 ans, déviation datant de 6 ans, à la suite de fatigues éprouvées en portant des enfants sur les bras. Elle n'offre *qu'une courbure dorso-lombaire très-étendue, dont la convexité se trouve à droite*. Le sommet de cette convexité est distant de 17 lignes de l'axe normal de la colonne, un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Cette courbure cause une grande difformité et une claudication remarquable, probablement par suite de l'obliquité accidentelle du bassin, entraînée par la distorsion de l'épine. La taille était de 4 pieds 8 pouces.

Des empreintes en plâtre furent prises au commencement et à la fin du traitement, qui a duré quatre mois et demi. Le n° 1 n'offre plus d'incurvation; sa taille est aujourd'hui de 4 pieds 1 pouce 1 ligne. Le n° 2 présente une rectification notable, mais n'est pas entièrement guérie. Le n° 3 ne présente plus aucune trace de la courbure dorso-lombaire dont elle était affectée; *sa taille est remarquablement droite; l'obliquité du bassin, ainsi que la claudication, ont totalement disparu*; *la malade a cru de deux pouces pendant le traitement.*

M. le rapporteur fait observer que le nouvel appareil semble établi sur le même principe que le levier employé par Venel pour les pieds-bots; et il rappelle qu'il a quelque analogie avec le *corset à inclinaison latérale* gravé dans l'ouvrage de Delpech. Mais Delpech ne l'employait que comme moyen accessoire, et le sous-cuisse destiné à fixer le point de résistance du levier (pièce très-importante) est de l'invention de M. Hossard.

L'auteur attribue un grand nombre d'avantages à son appareil; la commission n'en a pas assez observé les effets pour lui donner ici toute la sanction désirable. Il ne convient pas d'ailleurs à tous les cas, et l'auteur lui-même l'interdit formellement, par exemple, aux individus atteints de rachitisme ou de quelque autre maladie de la substance osseuse.

En résumé, sur les trois malades présentées par M. Hossard, deux ont paru guéries à la commission au bout de quatre mois et treize jours; la troisième n'a pas été entièrement guérie, et la commission ne peut pas d'ailleurs affirmer jusqu'à quel point les deux autres guérisons seront durables. Par ces motifs, les commissaires sont d'avis: que l'appareil en question combat avec beaucoup d'énergie et redresse assez vite les courbures anormales de la colonne vertébrale; que son application ne leur a paru sujette à aucun inconvénient pendant le traitement qu'ils ont observé; mais que du temps et de nouvelles expériences leur paraissent encore nécessaires pour préciser définitivement tous les avantages de ce procédé.

DISCUSSION.

M. VILLERMÉ trouve les conclusions trop pâles; il faudrait d'ailleurs, pour juger du temps qu'a duré le traitement, savoir combien en auraient demandé les autres méthodes.

M. BRICHETEAU. Il a été présenté à la commission des consultations signées d'orthopédistes distingués, qui demandaient dix-huit mois, deux ans pour obtenir une guérison complète; et il a bien fallu nous en rapporter à ces documents. Pour ma part, je ne déclare incompétent pour faire cette comparaison; je n'ai jamais appliqué l'orthopédie.

M. ROCHOUX. Je pense au contraire que les conclusions sont tout ce qu'elles peuvent être; dans l'état actuel de la science on ne saurait les émettre plus précises. Je regrette cependant que le rapport n'ait pas mentionné un fait important d'anatomie et de physiologie, important surtout pour juger les questions d'orthopédie. Je tiens de M. Serres, qui a sous les yeux tous les squelettes du muséum des hôpitaux, que les os des individus qui offrent des courbures de l'épine contiennent une énorme quantité de matière grasse; en sorte même qu'ils suintent toujours et qu'il est impossible de les blanchir. Il y a donc là une affection générale du système osseux, qui doit être prise en considération. Ceci a été observé sur près de cinquante squelettes.

M. BRICHETEAU. Il y a un bien plus grand nombre de cas où les os ne sont pour rien dans la déviation de l'épine; il n'est pas rare, par exemple, de voir de jeunes filles, jusque-là très-droites, se courber d'un côté ou de l'autre quand on les met à l'étude du piano, et cela avec une étonnante rapidité. On ne saurait alors accuser que les muscles.

M. MOREAU. Je désirerais qu'on modifiât une expression du rapport: sur trois malades il est dit que deux *ont paru complètement guéries*. C'est beaucoup trop s'avancer: dites qu'elles vous ont *paru redressées*; mais la cure radicale est une autre affaire. Tous les jours je suis à même d'apprécier ces guérisons complètes. Les jeunes filles sont bien redressées, on les marie; à la première grossesse la déviation revient.

M. BRICHETEAU. Que les malades soient redressées, nous pouvons l'affirmer sans péril; et nous n'avons pas besoin de nous retrancher derrière les apparences. (On rit.) Pour la guérison, je conviens que c'est tout autre chose; aussi nous gardons-nous bien d'affirmer; nous avons même pris soin d'ajouter que nous ne pouvions prévoir si elles seraient durables.

M. SANSON. M. Hossard applique sa ceinture à tous les cas de déviation, hors quand il y a rachitis; et le rapport admet cette exception sans autre explication. J'avais toujours cru jusqu'ici que les courbures latérales de l'épine étaient un des signes les plus certains du rachitis.

M. DUMÉRIL. Nullement; il en est qui ne sont dues qu'à l'action musculaire.

M. SANSON. Je ne crois pas du tout à cette action musculaire; et je ne crois pas qu'il existe une seule courbure de l'épine sans altération de l'appareil osseux.

M. BRICHETEAU. Je ne prétends pas que les muscles soient les agents uniques des déviations; mais quand elles sont déjà commencées, je pense qu'ils en aident beaucoup le développement. Je n'admets pas d'ailleurs que les os soient altérés dans tous les cas.

M. CORNAC. Je ne veux faire qu'une simple question: La ceinture dont on fait l'éloge est-elle la même que celle pour laquelle l'auteur a pris en 1833 un brevet d'invention de quinze ans?

M. BRICHETEAU. Je n'ai point fait l'éloge de cette ceinture; je me suis borné à relater les faits. Qu'il y ait ou non un brevet d'invention, cela ne change rien à l'affaire.

M. HUSSON. Il ne s'agit que de comparer les empreintes prises sur les malades à quatre mois d'intervalle; les voilà, jugez vous-mêmes s'il n'y a pas une évidente amélioration.

M. DESPORTES. Il s'agit cependant d'autre chose encore. La ceinture en question prend son point d'appui sur le bassin. Mais il est d'observation que le bassin lui-même peut subir des déviations, contracter des difformités qui seraient d'une haute gravité. Ainsi, si ces déviations ont lieu avant la puberté, presque toujours elles entraîneront plus tard de grandes difficultés pour l'accouchement; après la puberté le danger est moindre, mais il existe toujours. Voilà donc un très-fâcheux inconvénient de cette ceinture, dont la commission n'a point parlé.

M. BRICHETEAU. La ceinture n'est pas très-serrée: nous avons même noté comme un perfectionnement qu'elle est fixée par un sous-cuisse. Du reste, nous n'avons suivi les malades que durant quatre mois; il faudrait des expériences plus suivies pour apprécier le danger que redoute M. Desportes.

M. DESPORTES. Vous avez dit que le point d'appui se prenait sur le bassin; si la ceinture n'est pas serrée, quelle solidité aura donc ce point d'appui?

M. BOUILLAUD. Je pense que la commission a droit de dire que les malades lui ont *paru guéries*, ce qui ne préjuge rien sur la durée de la guérison. Mais je partage l'opinion de M. Sanson sur la cause première des déviations; il y a là tout au moins commencement de rachitis; et il est donc nécessaire de préciser plus exactement les cas où la ceinture ne convient pas. Peut-être rendrait-on l'idée de l'auteur en disant: *dans les cas de rachitis confirmé*.

M. OLLIVIER. Je ne suis point du tout de cet avis. Mon attention avait été attirée sur ce point par une assertion de quelques médecins de Montpellier qui assuraient que l'hypertrophie de la moelle était constante dans les déviations de l'épine. J'ai donc examiné un bon nombre de rachis déviés, afin de constater l'état de la moelle; je me suis assuré dans dix ou douze cas de l'état des os, et je déclare que dans les déviations latérales sans autre complication, les vertèbres sont aussi saines que les autres os du squelette. Comment voulez-vous qu'on admette une altération des os, quand on voit des jeunes filles avoir des déviations pour avoir pris seulement deux ou trois mois des leçons de harpe? Quant à l'efficacité de l'appareil en question, je peux citer un fait concluant: je connais une jeune dame qui a été traitée par cette ceinture étant demoiselle; elle s'est mariée, elle a eu un enfant, et la guérison ne s'est point démentie.

M. ROUX. Les déviations de l'épine, dit-on, sont toutes l'effet du rachitis. Mais le rachitis est une affection générale du squelette, et non point seulement bornée au rachis; je ne peux donc partager l'opinion de M. Sanson; seulement je crois qu'elles constituent une maladie toute spéciale; sans cela pourquoi seraient-elles plus fréquentes chez les jeunes filles que chez les garçons? pourquoi se montreraient-elles de préférence à l'âge de 8 à 14 ans? comment obtiendrait-on des succès si prompts? comment, en redressant les déviations, ferait-on même disparaître une foule d'autres symptômes qui s'y rattachent?

Je crois donc qu'il y a des déviations simples et sans altération des os. De plus, ces déviations sont soumises à certaines lois. Une déviation latérale de l'épine en entraîne une seconde du côté opposé; j'en ai eu la preuve ce matin même sur une malade affectée d'une inclinaison de la tête sur le côté, qu'on peut rapporter à une contraction convulsive des muscles, ou à une disposition congéniale. Mon opinion est qu'elle est congéniale, et voici pourquoi : c'est que la tête semble composée de deux moitiés dissemblables, circonstance qui n'a pas été étudiée suffisamment, qui est cependant assez fréquente, et que j'ai vue très-souvent coïncider avec les déviations du rachis. Quoi qu'il en soit, il y a deux ans que ma malade avait la colonne parfaitement droite, sauf l'inclinaison latérale de la tête; aujourd'hui il existe une déviation dans la région lombaire, une autre plus haut, et les parois pectorales elles mêmes sont déformées. Du reste, la malade est forte, bien portante, et n'offre rien de morbide dans sa constitution. Voilà de ces incurvations qui sont consécutives, pour lesquelles il n'est pas besoin d'admettre le rachitis; il en est de primitives qui sont dans le même cas; et je conçois très-bien qu'un appareil convienne pour ces déviations simples, qui ne conviendrait pas pour celles que complique le rachitis.

M. Bricheteau. Je n'ai donné au reste cette opinion que comme appartenant à l'auteur; mais je la conçois à raison du tassement que cet appareil produirait sur des os altérés, et je suis porté à croire que les déviations compliquées de rachitis exigent surtout l'emploi des lits mécaniques.

M. Villeneuve. Messieurs, nous allons voter sur les conclusions du rapport; mais avant tout, ne faut-il pas examiner quelles seront les conséquences de cette décision? La commission a suivi trois malades : sur ces trois malades deux seulement *paraissent* guéries, et la commission n'oserait assurer la durée de ces guérisons, qui reste douteuse pour beaucoup d'entre nous. Je le demande, est-ce le cas de voter un rapport dont il sera si facile d'abuser, en négligeant les doutes et les restrictions, en publiant uniquement la partie élogieuse? Il me paraît convenable d'ajourner cette discussion jusqu'à ce que les faits soient plus nombreux et surtout plus complets. Eh! Messieurs, si l'on vous proposait un médicament nouveau dont l'efficacité ne reposerait que sur deux faits, oseriez-vous décider? Je propose donc l'ajournement.

M. Bricheteau. Il n'y a pas lieu d'ajourner : la mission de la commission est finie.

M. Villeneuve. Mais celle de l'Académie commence.

M. Double. La commission a rempli sa mission; elle expose ce qu'elle a vu; l'Académie peut décider; à présent reste la question de l'abus qu'on pourra faire de votre décision; la personne intéressée pourra bien ne pas prendre la partie défavorable des conclusions, et s'en tenir à l'autre; mais contre cet inconvénient je ne sais pas de remède.

M. Louer. On met des plâtres sous les yeux de l'Académie. Je demanderai si ces moules ont été pris en présence de la commission. Tous les orthopédistes savent qu'on peut mouler des personnes droites de façon à les faire paraître tortues, et des personnes tortues de manière à les faire paraître redressées. (Rumeurs.)

M. Double. La commission n'a point examiné les plâtres, mais bien les malades.

M. Bouillaud. Je reviens sur la question du rachitis. M. Roux a pu combattre notre opinion; il est aisé de voir qu'il est de notre avis, mais que les mots seuls nous séparent. Au feu de file éloquent de ses *pourquoi*, il serait aisé d'en opposer un aussi long; je me bornerai à cette question : Ces jeunes personnes qui sont atteintes de déviations n'ont-elles pas les caractères du tempérament lymphatique, une disposition particulière, un je ne sais quoi qui a favorisé les incurvations de leur épine? Nous appelons cela *rachitis*; et je ne sais pas pourquoi le rachitis ne pourrait pas être local. Mais donnez au vice constitutionnel le nom que vous voudrez, peu nous importe dès que vous admettez son existence; et, quant à ses effets, je maintiens que dans le plus grand nombre des cas le tissu osseux est altéré.

M. Sanson. Je n'ai point voulu nier qu'il y eût certaines courbures indépendantes du rachitis; telles sont celles qui suivent les mauvaises attitudes longtemps continuées; et jamais celles-là ne réclament les appareils orthopédiques. Mais quand il existe des courbures latérales de l'épine, comme dans les sujets dont nous avons les plâtres sous les yeux, je dis qu'il y a eu faiblesse du rachis, et que cette faiblesse tient à une altération des os. Je ferai aussi mon *pourquoi*. Pourquoi sur vingt jeunes personnes admises aux mêmes études, soumises aux mêmes attitudes, y en a-t-il qui ont des déviations, et d'autres qui n'en ont pas? Il y a donc chez les premières quelque chose qui n'existe pas chez les autres? ce quelque chose, c'est le ramollissement du tissu osseux, le rachitis. M. Ollivier a dit que, dans des cas de courbures latérales, il avait trouvé aux os leur consistance normale. Mais à quel âge a-t-il examiné ces sujets? Car si la déviation était ancienne, on sait bien que les os peuvent reprendre leur consistance primitive; l'observation n'est concluante que si elle a été prise sur de récentes déviations.

M. Ollivier. J'ai vu trois cas de courbures antéro-postérieures; les sujets étaient âgés de 7 à 9 ans; il était impossible de les redresser; et loin qu'il y eût aucun ramollissement, au contraire, l'ossification en avant du corps des vertèbres paraissait plus avancée. Dans les autres cas les courbures étaient latérales; les os étaient à l'état normal; seulement, du côté des courbures, il y avait un ramollissement des fibro-cartilages. (Ah! ah! voilà!) Messieurs, je ne fais que raconter les faits.

M. Piorry. Le rachitis est si peu une affection générale, que son nom même indique qu'il est limité au rachis. (On rit.) Quand le ramollissement affecte tout le squelette, il prend le nom d'ostéomalaxie. J'ajouterai que dans le plus grand nombre des cas le rachitis est accompagné d'ostéomalaxie; vous en avez de fréquens exemples sur les squelettes des vieillards; et à la Salpêtrière, presque toutes les vieilles femmes sont rachitiques.

M. Roux. Je ne voudrais pas du mot *guéries*; il indique que le rachis est ramené à son état normal, et qu'il n'y a plus rien à faire; tandis qu'après les méthodes de traitement les plus efficaces, les orthopédistes de bonne foi avouent qu'il faut continuer certaines précautions durant quelque temps, et surtout d'autant plus long-temps que les sujets sont plus jeunes. Chez ceux-ci, en effet, le redressement est prompt, mais la récidive est facile; au contraire, quand le travail de l'ossification est à peu près achevé, le redressement s'obtient plus lentement, mais il est aussi beaucoup plus durable.

M. Bricheteau. Il y a six semaines que notre rapport est terminé; la guérison se maintient jusqu'à présent.

M. Roux. Je suis obligé de garder une certaine réserve, attendu que peut être ailleurs je serai obligé de porter aussi un jugement sur le même appareil; mais je crois qu'il est prudent d'attendre si la guérison ne se démentira pas.

M. Double. M. Hossard renvoie les malades dans leurs familles comme guéries.

M. Larrey. Il importe à la considération de l'Académie, et pour ne pas l'exposer à de fâcheux mécomptes, de renvoyer la discussion à une époque ultérieure, à laquelle les faits permettront de porter un jugement définitif.

M. Ollivier, avec chaleur. On ne peut avoir deux poids et deux mesures. L'Académie a donné sa sanction à d'autres appareils du même genre; pourquoi la refuserait-elle dans ce cas-ci? (Vifs murmures. Aux voix!)

M. le rapporteur relit les conclusions, en appuyant sur les restrictions qu'elles contiennent.

M. Villermé demande qu'au lieu de *courbures anormales* on mette *courbures latérales*. Ce changement est adopté.

M. Chervin veut qu'on exprime nettement que des expériences ultérieures sont *nécessaires* et *indispensables* pour apprécier la valeur de l'appareil. Cette proposition n'est pas appuyée.

M. Husson. Les conclusions disent que cette ceinture a redressé *assez vite* les déviations; je demande qu'on dise *vite*, attendu qu'aucun autre moyen n'aurait guéri si promptement des sujets de 21 ans.

M. Double. Messieurs, cet amendement est grave; il détruirait complétement la pensée et la conclusion de la commission. Il faut se souvenir d'abord que nous n'avons eu sous les yeux que trois malades; que nous n'en avons vu guérir que deux, et que nous ne savons nullement combien durera encore le traitement de la troisième.

L'amendement de M. Husson est mis aux voix et rejeté.

M. Desportes insiste pour que les conclusions fassent mention de l'inconvénient qu'il a signalé, et qui résulterait de la pression de la ceinture sur le bassin.

M. Bricheteau. Nous n'avons pas vu que cette pression occasionât même quelque rougeur.

M. Desportes. Où est donc votre point d'appui?

M. Moreau. Je crois qu'après la puberté cette pression aurait peu d'inconvéniens; mais auparavant une pression un peu forte sur le bassin présente un danger réel. Il serait donc convenable de restreindre l'emploi de cette ceinture aux sujets qui ont passé l'âge de puberté.

Cette proposition n'a pas de suite. Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées.

Séance levée à 5 heures.

Séance du 15 septembre. — *Présidence de M. Lisfranc.*

Après quelques pièces de correspondance insignifiantes, M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante :

A M. le Président de l'Académie royale de médecine.

Monsieur le Président,

L'Académie a entendu et adopté, dans sa dernière séance, un rapport sur la ceinture orthopédique de M. Hossard d'Angers. N'ayant pas l'honneur d'appartenir à cette savante compagnie, je n'ai pu lui donner en temps nécessaire les renseignemens que j'avais recueillis sur les faits qui ont servi de base à son jugement. Je ne doute pas que, si les documens qui vont suivre avaient été portés plus tôt à sa connaissance, elle n'eût singulièrement modifié les conclusions qu'elle a adoptées. Quoi qu'il en soit, l'autorité de ses décisions et la haute importance qu'on attache justement à ses suffrages lui feront un devoir sans doute de prendre des mesures pour prévenir les conséquences fâcheuses de l'erreur où elle a été induite.

Le rapport de la commission s'appuie sur deux cas de guérison et sur un troisième cas où la guérison n'est pas complète. Voici ce que j'ai recueilli sur chacun de ces faits. Je déclare d'avance ne rien alléguer dans le cours de cette lettre dont je ne donnerai les preuves les plus complètes.

Le premier cas que cite le rapport a trait à mademoiselle Aglaé Chotard, âgée de 12 ans. Cette demoiselle, dit le rapport, n'a été que *quatre mois et treize jours* en traitement pour obtenir la disparition d'une courbure dorsale de 14 lignes et d'une courbure lombaire de 8 lignes. Voici la vérité à cet égard. Mademoiselle Aglaé Chotard était en traitement chez M. Hossard, à Angers, depuis environ un an, lorsqu'il partit avec elle pour Paris, le 23 janvier dernier. A cette époque, M. Hossard la déclarait guérie, et c'était dans le but de faire constater sa guérison qu'il l'emmenait à Paris. Les faits qui vont suivre expliqueront comment cette jeune fille, guérie le 23 janvier, a offert un mois plus tard, à l'examen de la commission, c'est-à-dire le 25 février dernier, une déviation dorsale de 14 lignes et une déviation lombaire de 10 lignes.

Le second cas que cite le rapport est relatif à mademoiselle Thomas Nancy, âgée de 16 ans. Cette demoiselle, dit le rapport, n'a été, comme la précédente, que *quatre mois et treize jours* en traitement pour obtenir l'amélioration que la commission a constatée, savoir 12 lignes. Voici la vérité à cet égard. Mademoiselle Thomas Nancy était en traitement chez M. Hossard, à Angers, depuis environ un an, lorsqu'il l'amena à Paris, le 23 janvier dernier. Quelques jours avant de quitter Angers, au commencement de janvier 1835, M. Hossard fit appliquer à mademoiselle Thomas Nancy son appareil du côté opposé à celui où il devait être appliqué, et où il avait été appliqué jusque-là, et ce, dans le but de reproduire et d'augmenter instantanément la courbure qu'il s'était efforcé de redresser pendant plus d'une année. Il se plaignit d'abord assez ouvertement de ne pas réussir aussi complétement que cela lui était arrivé en pareille circonstance; il finit néanmoins par y parvenir, et mademoiselle Thomas Nancy partit pour Paris, affligée d'une déviation dorsale de 8 lignes, et lombaire de 17 lignes. C'est dans cet état qu'elle a été présentée à la commission de l'Académie. (Rumeurs. Plusieurs voix : silence! ceci est excessivement grave.)

Le troisième cas est le plus merveilleux, et il mérite pour cela plus d'attention. La nommée Janny Guery, âgée de 21 ans, que le rapport présente comme atteinte depuis *six ans* d'une forte déviation de toute l'épine, à la suite de fati-

gues éprouvées en portant des enfans sur les bras, et comme affectée simultanément d'une claudication très-considérable, est la femme de chambre de madame Hossard, laquelle femme de chambre était parfaitement droite et ne boitait en aucune façon le 23 janvier dernier, lorsque M. et Mme Hossard l'emmenèrent d'Angers à Paris, un mois avant d'être présentée à la commission. Il a suffi d'un mois(1) à M. Hossard pour procurer à cette fille une courbure unique de la colonne vertébrale de 17 lignes, et un raccourcissement du membre droit de plusieurs pouces, par suite de l'inclinaison du bassin (Oh!). Je dirai, avant d'aller plus loin, que l'inspection seule du plâtre moulé sur cette fille eût suffi pour trahir l'origine de sa difformité artificielle, si la commission avait pu supposer qu'on l'abusait à ce point; car ce plâtre ne représente pas une déviation latérale de la colonne, telle que les produit la nature, mais une flexion unique de toute l'épine, dont les caractères anatomiques diffèrent totalement de ceux des déviations véritablement pathologiques. Depuis trois ans que je me suis en quelque façon parqué dans le domaine des faits orthopédiques, j'ai vu plus de 3,000 exemples de ces difformités, et je n'en ai rencontré aucune qui eût les apparences de la déviation de la femme de chambre de madame Hossard.

Voici la preuve des faits que je viens d'avancer.

Il y a six semaines environ que je fus consulté par la famille d'un négociant de M..., pour une déviation latérale de l'épine, que portait une demoiselle âgée de 18 ans. Mme X. et sa fille étaient accompagnées de M. Mille, orthopédiste distingué d'Aix, le même qui a présenté une jambe artificielle à l'Académie. Ces deux dames avaient été pendant onze mois dans l'établissement de M. Hossard, à Angers (depuis le 14 juillet 1834 jusqu'au commencement de juin 1835). Après plusieurs entretiens qu'il est inutile de reproduire, elles m'ont appris et affirmé ce qui suit.

1° Que Mlle Aglaé Chotard, âgée de 11 à 12 ans, était depuis plusieurs mois en traitement chez M. Hossard, à Angers, à l'époque où elles y sont entrées, c'est-à-dire depuis le commencement de 1834, et qu'après un an de traitement environ, M. Hossard l'emmena à Paris le 23 janvier dernier, en annonçant qu'elle était redressée.

2° Que Mlle Thomas Nancy, âgée de 15 à 16 ans, était depuis environ la même époque que Mlle Chotard en traitement chez M. Hossard, c'est-à-dire depuis le commencement de l'année 1834.

3° Que ladite demoiselle Thomas Nancy fut emmenée un an après, le 23 janvier dernier, par M. Hossard, en même temps que Mlle Aglaé Chotard.

4° Que, quelques jours avant de quitter Angers, M. Hossard avait fait porter à ladite demoiselle Nancy son appareil du côté opposé à celui où elle l'avait porté depuis un an, et cela dans le but avoué par M. Hossard de reproduire sa difformité et de la rendre plus considérable.

5° Que la nommée Janny, présentée à la commission, était la femme de chambre de Mme Hossard, et qu'à l'époque où M. et Mme Hossard l'emmenèrent avec eux à Paris, c'est-à-dire le 23 janvier dernier, elle n'était aucunement difforme de taille, et ne présentait aucune apparence de claudication.

Pour compléter mes lumières et m'expliquer ce que les faits paraissaient avoir d'obscur et de miraculeux, ces dames ont d'ailleurs ajouté:

1° Que M. Hossard s'était vanté, à plusieurs reprises, d'avoir le talent de produire à volonté des difformités de la taille artificielles, qu'il faisait disparaître avec la même facilité, et de pouvoir reproduire instantanément celles qu'il avait redressées.

2° Que tous ces faits et déclarations peuvent être confirmés par la plupart des personnes qui étaient en traitement chez M. Hossard à l'époque où s'y trouvaient Mlle X. et les sujets soumis à l'examen de la commission de l'Académie; à tel point qu'un jour les pensionnaires de M. Hossard avaient pris la résolution de faire connaître sa conduite par la voie des journaux.

Ne voulant pas borner mes investigations aux seuls faits relatés dans le rapport de la commission, j'ai cherché à obtenir d'autres renseignemens capables d'éclairer l'Académie sur le degré de confiance qu'elle devait accorder aux assertions de M. Hossard.

L'Académie se rappellera sans doute qu'il y a environ vingt mois, M. Hossard lui présenta deux plâtres moulés sur deux demoiselles qu'il avait promis de ramener guéries six mois après. Derrière ces deux plâtres étaient collées les copies de deux consultations données par M. Pravaz, où mon honorable collègue avait énoncé l'opinion qu'il fallait dix-huit mois environ pour guérir ces deux jeunes personnes. L'Académie n'a point eu de nouvelles de ces deux malades. Je fus curieux de savoir ce qu'elles étaient devenues: or, j'appris que l'une des deux s'appelait Mlle Félicité..... de Bourgueil, des environs de Saumur; que ladite demoiselle était restée environ dix-huit mois chez M. Hossard, d'où elle était sortie il y a peu de temps, fatiguée d'espérer une guérison que M. Hossard ne se fatiguait pas de lui promettre; que la seconde, Mlle Aglaé..... de St Cloud, y était restée environ le même temps, et en était sortie avec les mêmes avantages. Comme preuve irrécusable de l'excellence du corset de M. Hossard, M. le rapporteur a rappelé avec raison que M. Pravaz avait demandé dix-huit mois pour guérir ces deux jeunes personnes.

Voici un dernier fait qui a beaucoup d'analogie avec les précédens.

Mademoiselle X..., qui a bien voulu, conjointement avec madame sa mère, me fournir une partie des renseignemens qui précèdent, est entrée, comme je l'ai dit plus haut, dans l'établissement de M. Hossard pour s'y faire traiter d'une déviation latérale de l'épine. Elle en est sortie après 11 mois de traitement un peu plus déviée qu'elle ne l'était en y entrant; ce qui n'a pas empêché M. Hossard de montrer à des personnes de la connaissance de madame X..., et notamment à M. Mille d'Aix, les deux plâtres de mademoiselle X..., l'un pris au commencement du traitement, accusant la difformité, et l'autre représentant la même personne parfaitement guérie. Il se trouve que mademoiselle X... est venue directement à Paris en quittant l'établissement d'Angers, et qu'elle est à même de donner des renseignemens malheureusement trop certains sur les bienfaits du traitement de M. Hossard. J'ajouterai pour être complètement exact que M. Hossard n'a pas même montré à M. Mille le véritable plâtre de la difformité de mademoiselle X..., mais quelque chose de plus accentué et de plus capable de faire apprécier l'énergique efficacité de sa ceinture.

L'Académie appréciera les motifs qui m'empêchent de nommer publiquement les personnes honorables qui m'ont communiqué les renseignemens qui précèdent; cependant pour ne laisser aucun doute sur l'authenticité des faits dont il s'agit, j'ai prié ces personnes de vouloir bien répéter leurs déclarations en présence de MM. Double, Pariset, Cornac, Chervin, Londe et Lisfranc, que j'avais priés de se réunir à cet effet.

Je n'ajouterai plus qu'un mot: c'est que M. Hossard, curieux sans doute de connaître mon avis, sur la curabilité et la durée du traitement de la nommée Janny sa domestique, dont il a été question plus haut, l'a envoyée à ma consultation accompagnée de madame Hossard. J'ai en effet constaté une flexion de toute l'épine, telle qu'elle est représentée dans l'un des plâtres déposés à l'Académie. Ce fait, comme je l'ai déjà dit, ne peut pas être confondu avec d'autres; il n'offre aucun des caractères de la déviation véritable de l'épine. Tous ceux qui ont l'habitude de voir beaucoup de difformités de l'épine se convaincront aisément que le cas de la femme de-chambre de madame Hossard est unique dans son genre, comme la cause probablement unique jusqu'ici, qui lui a donné naissance.

C'est dans l'intérêt de l'Académie dont on a voulu surprendre les suffrages; c'est dans l'intérêt des familles, donc a cherché à tromper la confiance; c'est dans l'intérêt des médecins consciencieux, qu'on a voulu mettre aux prises avec le charlatanisme, que j'ai cru devoir communiquer ces renseignemens à l'Académie. Après de telles révélations, il n'est plus besoin de discussion scientifique pour préciser la valeur de l'appareil dont on a espéré échafauder la réputation sur de semblables faits. Au reste, je me propose d'appeler prochainement l'attention de l'Académie sur la question du traitement des difformités de l'épine, et j'espère, sans trop préjuger de mes travaux, pouvoir lui démontrer à cette occasion, que l'appareil pour lequel on a si singulièrement trompé sa religion, n'est pas mieux fondé en principe qu'en application (1).

Agréez, je vous prie, monsieur le président, l'hommage de ma haute considération.

Jules Guérin.

La lecture de cette lettre a été écoutée avec un silence prodigieux pour une assemblée si nombreuse, et à peine interrompu par les rares exclamations que nous avons notées; il se prolonge encore quelque temps après.

M. le Président annonce que, jusqu'à ce que les faits soient parfaitement éclaircis, le conseil d'administration a jugé convenable de décider qu'il ne serait fait aucune communication ni délivré aucune expédition soit du rapport de M. Bricheteau, soit de ses conclusions (Mouvement marqué d'approbation).

M. Bailly demande que cette lettre de M. Guérin soit renvoyée à la commission; et propose d'adjoindre aux autres commissaires M. Ollivier (d'Angers) qui, étant du pays de M. Hossard, pourra plus facilement avoir les renseignemens nécessaires. (Appuyé.) (Plusieurs voix: Il faut adjoindre deux nouveaux membres.)

Après une courte discussion, le bureau propose d'adjoindre à la commission MM. Ollivier d'Angers et Londe. Cette adjonction est mise aux voix et adoptée.

M. Husson. En présence de révélations aussi graves, je crois devoir ajouter qu'avant de clore le rapport, nous avons jugé convenable de faire faire aux deux malades guéries une promenade en voiture durant 3 heures, sans corset ni ceinture; un témoin sûr les accompagnait; après cette promenade l'état de la colonne s'est trouvé le même qu'auparavant. Je dirai de plus que j'ai fait entrer le 26 août dernier chez M. Hossard une jeune personne de 16 ans, ayant une courbure latérale supérieure de 8 lignes, et une autre plus forte dans la région lombaire; elle est guérie aujourd'hui; le traitement n'a duré que dix-neuf jours! (Oh! oh! — Vives rumeurs.)

M. Villermé cite un autre cas dans lequel une amélioration notable a été obtenue en quinze jours. (Marques d'impatience. — Le renvoi à la commission!)

M. H. Cloquet. Ce renvoi est d'autant plus urgent qu'après ce que nous venons d'entendre, il n'y a pas en faveur du nouvel appareil un seul fait bien constaté.

On demande de toute part le renvoi à la commission; il est adopté.

— M. Piorry lit un rapport sur l'*électromoteur*, suivi d'une discussion assez vive; nous en rendrons compte ultérieurement.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Coup d'oeil sur l'état de l'instruction publique en France, et sur les développemens qu'elle exige; par C.-P. Collard (de Martigny), substitut du procureur général près la Cour royale de Nancy, etc. — Broch. in-8° de 96 pag.

Le nom de M. Collard de Martigny est assez connu de tous ceux qui

(1) Il a fallu moins d'un mois, car M. Hossard fit présenter cette fille à ma consultation le 10 février, quinze jours seulement après son arrivée à Paris; ce qui ajoute singulièrement au merveilleux de son procédé.

(1) Depuis que cette lettre a été lue à l'Académie, le hasard m'a fait rencontrer M. Hossard chez les personnes qui ont bien voulu me fournir une partie des renseignemens qu'elle renferme. Je dois dire à sa louange qu'il a moins cherché à en contester l'exactitude qu'à nous intéresser à sa position de père de famille, si compromise par ses malencontreux succès. Désirant borner l'influence de mes rectifications à l'opinion scientifique que l'on devait concevoir de l'appareil de M. Hossard, je lui avais donné le conseil de se retirer sans bruit et d'écrire à la commission de l'Académie qu'il la priait de considérer son rapport comme non avenu. M. Hossard paraissait goûter d'abord ce salutaire avis. Il a probablement rencontré des personnes officieuses qui lui ont rendu du courage; et l'ont engagé à se justifier; car il a fait savoir qu'il se disposait à répondre à ma lettre. Je souhaite qu'il ne se compromette pas davantage; mais, quoi qu'il arrive, M. Hossard voudra bien ne pas mettre sur le compte d'un défaut de sensibilité ce qui ne sera que le résultat de sa persévérance.

ont suivi les progrès qu'a faits la physiologie depuis quelques années, pour que sa brochure obtienne toute l'attention qu'elle mérite. Nous regrettons que la plupart des considérations qu'il présente ici soient trop générales pour que nous puissions en présenter même une courte analyse. Cependant nous ferons remarquer que dans le projet qu'il donne comme modèle d'un bon système d'enseignement public, l'enseignement de l'hygiène obtient une part plus large que celle qui lui avait été accordée jusqu'ici. N'est-il pas bizarre en effet que les mêmes hommes qui ont appris dans leur jeunesse tant de choses futiles et qu'ils ont complétement oubliées, n'aient pas reçu la plus légère instruction sur l'art de se bien porter? Ne semble-t-il pas cependant, à voir les choses philosophiquement, que ce soit là un enseignement indispensable. Il n'existe cependant que dans les écoles de médecine. Depuis peu d'années, il a été introduit aussi dans quelques cours libres en faveur des ouvriers; ce sont des exceptions rares qui révèlent un besoin, mais ne le satisfont pas.

M. Collard combat avec avantage l'objection spécieuse que l'on a faite et que l'on fait tous les jours à l'enseignement de l'hygiène; c'est une science, dit-on, que l'on apprend sans études, et qui est le produit de la raison seule. La nature, ajoute-t-on, a donné à l'homme l'instinct pour prévenir les maladies.

Sans doute l'instinct pourrait suffire dans quelques cas pour diriger l'homme dans sa conduite hygiénique, si tant d'usages qui appartiennent à l'état de la société actuelle ne venaient contrebalancer ou même détruire entièrement l'influence de cet instinct. A quoi tient la plus longue durée de la vie dans les classes aisées, si ce n'est à ce qu'elles ont acquis quelques connaissances hygiéniques qui leur ont profité, mais dont les classes pauvres sont complétement privées? Il est sans doute d'autres causes pour expliquer la différence de durée qui existe entre la vie des classes aisées et celle des classes pauvres, mais celle que nous venons de signaler est certainement une des plus importantes.

M. Collard combat avec le même avantage une autre objection non moins spécieuse; il ne veut pas que l'on apprenne *la médecine sans médecin*, et qu'on évite un mal pour tomber dans un mal plus grand peut-être; il provoque une instruction, non qui supplée au médecin, mais qui en écarte la nécessité.

Le but que se propose M. Collard est d'une philantropie trop élevée pour que le projet que nous venons de faire connaître ne soit pas mis quelque jour à exécution; nous formons le vœu que les hommes entre les mains desquels le sort de la France est remis en ce moment s'occupent un peu de la génération à venir, et cherchent à obtenir d'une instruction bien dirigée ce que les lois les plus sévères, les peines les plus graves n'ont pu produire.

RECHERCHES SUR LA NATURE DU CHOLÉRA, par J.-S. FRENCH, membre du collége royal de chirurgie de de Londres. Brochure in-8° de 54 pages. Londres, 1835.—The nature of cholera investigated.

Les opinions de l'auteur de la brochure que nous avons en ce moment sous les yeux diffèrent assez de la plupart de celles qui ont été émises parmi nous, pour que nous consacrions quelques lignes à leur exposition. Suivant M. French, le choléra consiste essentiellement dans la paralysie du cœur; tous les autres symptômes, tout ce qui représente pour nous la maladie tout entière, à l'exception de la suspension de la circulation, n'est que le résultat des efforts de la nature pour combattre cette paralysie.

Les preuves apportées à l'appui de cette manière de voir sont exposées dans une série de propositions dont quelques-unes sont de toute évidence, mais dont quelquesautres sont au moins hasardées. Ainsi nous admettons facilement avec l'auteur que le choléra dépend d'une influence délétère qui agit sur l'économie, et qu'une lutte doit s'établir à cette occasion, si elle est possible, c'est-à-dire si la cause n'est pas d'une telle violence qu'elle entraîne nécessairement ou la mort ou des altérations qui deviendront funestes par elles-mêmes. Mais nous ne croyons pas pouvoir déterminer aussi exactement que prétend le faire M. French, le moment exact où commencent à se manifester les actes propres à cette résistance de l'économie; et encore moins dirons-nous avec lui que le dérangement fonctionnel de l'intestin est l'une des conditions nécessaires pour la guérison des malades, la nature trouvant dans l'étendue du canal alimentaire une vaste surface propre à l'exsudation de la quantité de fluide exigée pour la circonstance.

En admettant ce principe, il en résulterait que l'on aurait tort, dans le traitement de cette affection, de chercher à arrêter aussitôt qu'on le peut le flux intestinal, ainsi qu'il est on peut dire généralement admis. Telle est en effet l'opinion de l'auteur, qui considère la diarrhée cholérique comme le meilleur antidote contre le choléra, et dont il se garde bien d'ordonner la suspension. Au reste, si la diarrhée est si utile, d'après lui, dans le cours que suit ordinairement le choléra, c'est à la diminution de la quantité générale du sang qu'il faut l'attribuer. Dans l'état d'irritation où se trouve le cœur, tous les moyens propres à calmer cette irritation sont conseillés, et en première ligne l'auteur place l'entretien de la diarrhée cholérique; viennent ensuite les saignées abondantes propres à diminuer la masse du sang qui est en circulation, le régime convenable, et la liberté de boire autant d'eau que le malade peut le désirer, lors même que les vomissemens seraient un des symptômes prédominans; car le vomissement, comme la diarrhée, est le résultat d'un effort critique de la nature, qu'on doit également se garder d'arrêter.

L'auteur pense, avec le docteur Steven, que l'administration du muriate de soude ou sel commun peut être d'une grande utilité dans le traitement du choléra. A l'appui de ses prescriptions, il rapporte un petit nombre de cas de choléra traités par cette méthode, et avec succès. Mais après avoir examiné avec attention les symptômes présentés par ces malades, tels qu'ils sont rapportés dans les observations, nous pensons que le succès doit être attribué plutôt au peu de gravité de la maladie, qu'à l'efficacité du traitement employé; et cette médication nous paraît avoir cela de commun avec la plupart de celles qui ont été vantées dans le traitement de cette cruelle maladie.

VARIÉTÉS.

OUVERTURE DU CONGRÈS SCIENTIFIQUE A DOUAI.

Le congrès scientifique s'est ouvert dimanche 6, à midi. A deux heures, 433 personnes s'étaient fait inscrire; tout annonce que ce chiffre s'augmentera beaucoup. On a procédé de suite au scrutin, et, à la majorité absolue, à la formation du bureau, composé d'un président et de deux vice-présidens.

M. de Fontenelle de Vauxdore, conseiller à la Cour royale de Poitiers, a été élu président. M. Leglay, archiviste général du département du Nord, et M. Emmanuel Gaillard, de Rouen, ont été élus vice-présidens.

M. de Caumont, qui a présidé à Caen la première session du congrès, a demandé que M. Guizot, en sa qualité d'homme de lettres et de savant, fût proclamé président honoraire. Le congrès a adopté, par assis et levé, cette proposition à une très grande majorité.

Chacun est allé ensuite s'inscrire pour les sections aux travaux desquelles il désirait participer.

M. Lair, membre du conseil de préfecture du Calvados, a, comme doyen d'âge, présidé à la formation du bureau définitif.

— La Société médico-pratique de Paris avait proposé, pour sujet de prix pour 1835, la question suivante :

« Décrire l'*iritis*; établir ses diverses espèces, faire connaître le traitement. »

Les mémoires devaient être parvenus avant le 1er mars 1835. Le concours a été en effet fermé à cette époque, suivant les conditions du programme, et une commission a été nommée pour examiner les travaux arrivés dans le délai demandé. Mais plusieurs mémoires ont été adressés à la Société après le 1er mars, époque irrévocablement fixée pour la clôture du concours, et à cette occasion la Société médico-pratique a pris l'arrêté suivant :

« Considérant que plusieurs mémoires sont parvenus après l'époque fixée, et voulant, d'une part, ne pas repousser des travaux destinés à éclairer un point si important de la pathologie, et de l'autre, ne rien faire qui pût nuire aux droits acquis par ceux qui se sont renfermés dans le délai demandé,

» La Société arrête :

» 1° Un nouveau concours est ouvert sur la même question;

» 2° Les mémoires arrivés trop tard pour être admis au premier le sont immédiatement au second;

» 3° Les auteurs qui voudront concourir devront faire parvenir leurs mémoires avant le 1er novembre 1835.

» 4° Ce concours n'a rien de commun avec le premier; seulement la séance publique est remise au commencement de l'année 1836, époque où, suivant les conclusions de deux commissions différentes, conclusions soumises, bien entendu, à la discussion et au vote de la Société, il sera décerné deux médailles d'or ayant chacune la valeur de 300 fr.

» Les mémoires devront être adressés, avec les formes ordinaires, à M. le docteur Alphée Cazenave, secrétaire-général de la Société, rue Saint-Anastase, n° 3, *très-irrévocablement* avant le 1er novembre 1835. »

Pour extrait conforme de la séance du 3 juin 1835,

Alphée CAZENAVE.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 39. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE DU CERVEAU.

OBSERVATIONS D'APOPLEXIE, SUIVIE DE MORT SUBITE, OU DE PARALYSIE PROLONGÉE JUSQU'A LA MORT, SANS ALTÉRATION APPRÉCIABLE DE L'ENCÉPHALE; recueillies dans la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre (service de M. Ferrus), par F. Lélut.

On ne sait point, et sans doute on ne saura jamais, quelle modification du système nerveux central ou d'une de ses parties donne lieu à l'arrêt du cœur qui constitue la syncope, et qui est une cause si fréquente de mort subite; on ne sait pas davantage quelle altération du même système occasione ces chutes ou ces morts bien évidemment apoplectiformes, qu'on a appelées apoplexies nerveuses, parce qu'elles ne sont produites par aucune altération appréciable de l'encéphale; et à moins d'une observation bien rigoureuse des symptômes, on a dû, dans un grand nombre d'occasions, confondre ces deux genres de mort l'un avec l'autre. Toutefois, les exemples d'apoplexie nerveuse bien constatée ne sont pas rares, et la première des trois observations qu'on va lire me semble, à raison surtout des symptômes précurseurs qu'elle présente, être un fait de cette nature plutôt qu'un cas de mort par syncope. Quant aux deux autres ce sont, si je ne me trompe, des exemples de *paralysie nerveuse*, assez remarquables pour qu'il ne soit pas absolument inutile de les joindre au nombre moins grand de faits de ce genre que la science possède jusqu'à présent.

PREMIÈRE OBSERVATION.

MORT SUBITE SANS LÉSION APPRÉCIABLE DE L'ENCÉPHALE NI D'AUCUN AUTRE ORGANE.

Guillaume Ganiben, vieillard octogénaire, d'une très-grande taille,

Feuilleton.

RELATION MÉDICALE D'UN VOYAGE A ALGER,

par le docteur Pointe, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Pour un médecin praticien, une existence occupée et entourée de quelque considération, une fortune suffisante pour vivre honorablement quand est venu l'âge des infirmités, voilà le but honorable, l'unique but vers lequel ses efforts peuvent tendre avec quelque espoir de succès; mais il faut en convenir, en raison du grand nombre d'hommes qui entrent dans la carrière, il en est peu qui arrivent à ce résultat heureux et modeste cependant, si on le compare à ce qu'il a coûté de travail opiniâtre, d'études longues, ingrates et difficiles. Quelques-uns, j'en conviens aussi, dépassent ce but d'une ambition raisonnable et mesurée, et doivent tantôt à leur génie, tantôt au bon vent de la fortune, une position brillante de renommée et de richesses; mais pour les uns et les autres, cette vie de médecin praticien absorbe tous les momens; leur esprit est constamment tendu; il ne saurait perdre de vue la marche des maladies qu'il s'est chargé de conduire; c'est le pilote qui verrait bientôt le bâtiment s'engloutir s'il en abandonnait un instant le gouvernail.

Précisément parce que sur plus d'un point elle est conjecturale, la médecine est une science de progrès; eh bien! ce progrès auquel travaille le monde médical tout entier doit être constamment suivi par le praticien, et sa vie ne peut jamais cesser d'être une vie d'études. Dépositaire des intérêts les plus sacrés et les plus chers de ses cliens, le médecin se doit donc exclusivement à leur conservation, et nulle autre distraction ne lui est permise que celles indispensablement nécessaires à l'entretien de sa propre santé.

Ce fut pour satisfaire à ce dernier besoin, que je formai vers la fin de l'hiver de 1834, le projet d'un voyage dans le Midi, avec la résolution cependant, tout en prenant les distractions et le repos que ma situation réclamait, de recueillir des notes sur les choses les plus remarquables qui s'offriraient à mes regards, et surtout des documens médicaux sur les hospices, les maladies endémiques, les méthodes de traitement mises en usage par les médecins des diverses localités, et enfin tous les établissemens créés dans l'intérêt de la santé humaine.

Ne pouvant disposer que d'un laps de temps assez court, connaissant d'ailleurs plusieurs villes du Midi, je résolus d'aller directement en Afrique. Il y a peu d'années qu'il eût été difficile de parcourir ce trajet en moins de quinze à vingt jours, et encore sous la condition d'un vent favorable; aujourd'hui, et grâce à la découverte des Watt et des Fulton, ce voyage peut se faire en moins de six jours.

Je partis de Lyon, par le bateau à vapeur du Rhône, le 24 avril, à six heures du matin, et j'arrivai à Arlés le lendemain matin à neuf heures.

Considéré sous le rapport médical, la ville d'Arles offre peu d'intérêt; depuis les travaux de dessèchement exécutés par ordre du gouvernement, les fièvres n'y

d'une constitution sèche et maigre, servait, depuis plusieurs années, le commis surveillant de la division des aliénés. Il était presque complètement sourd. Mais sa santé et sa raison étaient aussi bonnes que le comportait son âge avancé, et son activité était encore assez grande; ses mouvemens étaient également fort libres, et il n'avait jamais éprouvé aucune attaque d'apoplexie.

Dans la première quinzaine de mai 1833, Guillaume, après avoir subi l'influence épidémique régnante (la grippe), était revenu à un état de santé assez satisfaisant. Mais, depuis quelques jours, son état mental avait un peu changé: il suivait beaucoup moins bien une conversation, sa mémoire l'abandonnait davantage, il était ou plus absorbé ou plus gai; cependant il n'avait rien perdu de ses habitudes du travail, et il servait son maître avec la même régularité.

Le 16 mai, jour de l'Ascension, il se lève à son heure ordinaire, vaque à toutes ses occupations habituelles, arrose le jardin, écoute la lecture du journal, prépare le déjeuner de son maître, et monte à une chambre du premier étage pour y faire le lit. Il était sept heures et demie. Quelques minutes avant huit heures, on le trouve étendu sur le dos, près du poêle que sa chute avait renversé: on le relève, il était mort. Toutes les articulations étaient souples; la face était pâle ou légèrement violette, sans distorsion d'aucune de ses parties. Il n'y avait pas de traces de lésions occasionées par la chute, soit à la tête, soit ailleurs.

Nécropsie 24 heures après la mort.

Apparence extérieure. La face est plus violette qu'hier; la commissure droite des lèvres me semble légèrement tirée en haut et en dehors.

Système nerveux. Plénitude sanguine considérable des vaisseaux des tégumens du crâne et de ceux de la dure-mère. Injection médiocre des vaisseaux des membranes cérébrales externes et des substances de l'encéphale. Il n'existe aucune lésion appréciable soit locale, soit générale de cet organe.

Appareil circulatoire. Aucune dilatation, aucune rupture du cœur ou des gros vaisseaux, ou de tout autre point du système circulatoire.

Appareil respiratoire. Masses tuberculeuses crétacées au sommet de chaque poumon, autour desquelles il y a une splénisation fort légère du tissu de l'organe. Mais, du reste, aucun épanchement soit d'air, soit de sang, dans le tissu des poumons.

Appareil digestif. Aucun épanchement de quelque sorte que ce soit dans l'abdomen; aucune rupture des organes qui sont contenus dans cette cavité.

Énorme développement des cryptes de la membrane muqueuse gastrique, qui du reste est à l'état normal.

DEUXIÈME OBSERVATION.

APOPLEXIE SUIVIE D'HÉMIPLÉGIE QUI PERSISTE PENDANT CINQ MOIS, ET JUSQU'À LA MORT, SANS ALTÉRATION, SOIT LOCALE, SOIT GÉNÉRALE DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

F. Graim, manœuvre, âgé de 48 ans, admis à Bicêtre comme *imbécille*, le 16 juin 1829, est un homme de grande taille, d'une bonne constitution, à cavités larges, de forces physiques considérables. Son état mental date de la naissance. Il n'a jamais pu rien apprendre. Il ne sait ni lire, ni écrire; il n'a jamais pu s'occuper qu'à des travaux grossièrement manuels. La parole est embarrassée, bredouillante, comme tronquée, et ne permet pas toujours qu'on comprenne ce qu'il veut dire; il parle comme certains vieillards qui n'ont plus de dents.

Graim se fâche facilement, et se déconcerte plus facilement encore. Il pleure à la moindre contrariété; sa physionomie exprime bien ce défaut de l'intelligence; elle est niaise, et offre un air de jeunesse que ne comporte pas l'âge du sujet.

Au mois de mars 1831, Graim est pris subitement d'une attaque d'apoplexie, avec perte à peu près complète du mouvement et du sentiment à droite. Les symptômes en sont on ne peut plus tranchés: insensibilité de la peau; contracture, puis résolution des membres; déviation de la langue à droite.

Les moyens ordinaires, les saignées, les révulsifs, sont employés. Les symptômes de la paralysie diminuent peu à peu, et le 27 mai 1831, deux mois et demi à peu près après l'accident, Graim sort de l'infirmerie, ayant en grande partie recouvré le sentiment du côté droit, une partie du mouvement du bras de ce côté, et traînant légèrement la jambe droite.

17 août 1831. Il est ramené à l'infirmerie offrant les signes d'une violente inflammation intestinale qui résiste à tous les moyens, et pendant le cours de laquelle le bras et la jambe droite s'œdématisent.

La mort a lieu le 1er septembre à deux heures du matin.

Nécropsie le 2 septembre, à cinq heures du matin.

Système nerveux. La cavité du crâne est aussi large au front qu'à l'occiput; l'épaisseur des os de sa voûte est de 2 lignes. Les diamètres du crâne sont mesurés, abstraction faite de l'épaisseur des os. Le longitudinal, pris de la crête occipitale interne au-dessus des sinus frontaux, a 5 pouces 8 à 9 lignes.

Le transversal, pris à un pouce au-dessus des oreilles, a 5 pouces 4 lignes.

Le vertical, pris du niveau du conduit auditif externe au vertex, a 4 pouces 8 lignes.

Il y a peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans les mailles de la pie-mère.

Il existe des épaississemens de l'arachnoïde sur les hémisphères.

Les membranes s'enlèvent pourtant avec la plus grande facilité, excepté au voisinage de la scissure de Sylvius et au hord interne du lobule de l'hippocampe, où cet enlèvement est un peu moins facile, sans que précisément il y ait là des adhérences.

L'encéphale est assez volumineux et assez pesant; la couleur de ses deux substances est naturelle à l'intérieur et à l'extérieur; il y a peut-être un peu d'injection.

Les circonvolutions supérieures et antérieures des lobes frontaux sont notablement plus petites que de coutume, et qu'elles ne devraient l'être relativement à celles du reste du cerveau. Elles ont d'une ligne et demie à 2 lignes en surface; leurs anfractuosités les plus profondes ont de 4 à 5 lignes; il y en a qui ne sont qu'indiquées par une ligne légère; la substance corticale sur les côtés et dans le fond de l'anfractuosité est souvent si peu épaisse, qu'on voit la blanche au travers, ce qui donne à la première une teinte jaune.

---

font plus de ravages, et le choléra qui n'épargna point ses habitans en 1832, y est aujourd'hui à peu près oublié. Les Arlésiens et surtout les Arlésiennes ont même un air de santé, de force et de grâces qui frappe agréablement la vue.

Il faudrait être, en faits d'arts, d'une barbare indifférence pour traverser cette ville sans jeter un coup-d'œil sur les antiquités qu'elle renferme; ses arènes plus grandes que celles de Nîmes, mais beaucoup plus dégradées; le convent de Saint-Euphrime dont le cloître se fait remarquer par d'heureuses proportions et la légèreté de sa colonnade; les débris assez bien conservés et sur place d'un théâtre romain; des tombeaux ornés de bas-reliefs, d'une exécution souvent admirable; de nombreux fragmens de portiques, de corniches, de frises; des statues en marbre plus ou moins mutilées et dignes encore de figurer à côté des chefs-d'œuvre antiques dont nos musées sont enrichis; tels sont les principaux objets qui ont fixé mon attention. Les fouilles se continuent, mais avec lenteur, ce qui n'empêche pas pourtant qu'elles n'aient parfois de nouvelles découvertes pour résultat. Le voyage de Lyon à Arles pouvant se faire maintenant en un jour, est devenu une excursion obligée pour tout Lyonnais qui a le goût des beaux arts.

Le 25 j'arrivai à Toulon; chemin faisant, je traversai la ville d'Aix où je ne restai que quelques momens pour visiter ses eaux thermales. Les fontaines d'où elles jaillissent servent d'ornement à une assez belle promenade; mais elles rendent peu de services à la médecine; leur température élevée est le seul caractère qui m'ait frappé; elles m'ont paru insipides, et je n'ai pas eu de peine à m'en rapporter aux gens du peuple qui m'assuraient qu'elles étaient bonnes pour les usages domestiques. A peu de distance de cette promenade s'élève un très-beau palais de justice nouvellement construit; je me rappelai, en le voyant, que l'on en érige un à Lyon qui doit être un monument remarquable, et que j'en ai vu plusieurs autres en construction dans différentes villes. Je me dis alors: « Les hommes commencent donc à reconnaître que la justice est leur premier besoin et leur premier devoir, celui qui les rapproche le plus de la Divinité; et que la majesté de son temple doit être digne de l'importance des arrêts rendus dans son sanctuaire. »

Toulon est une ville de 32,000 âmes, étroitement resserrée entre la mer et une chaîne de montagnes arides; sa population, par conséquent ramassée, se distingue par une grande activité. Il existe à Toulon quelques rues assez belles; mais il en est un bien plus grand nombre qui sont étroites, malpropres, et peuplées en majeure partie d'artisans et de militaires. Des eaux courantes et même jaillissantes se rencontrent dans la plupart des quartiers. Le port et la rade offrent un spectacle bien différent, bien plus beau, bien plus grand; un Français ne peut voir sans orgueil le port de Toulon, l'un des plus beaux et des plus formidables; l'arsenal de la marine, où l'on travaille avec activité à mettre le matériel de nos forces navales au niveau de celui des puissances qui règnent sur les mers; ces officiers, l'élite des officiers français, dont le savoir et le courage sont au-dessus de nos éloges! On est heureux de penser qu'au milieu de tant et de si puissans élémens de force et de prospérité, un commerce aussi florissant que le nôtre, qui enrichit la France depuis des siècles, ne saurait manquer, grâce à nos conquêtes d'Afrique, de prendre bientôt un essor qui dépassera peut-être tout ce que l'imagination peut concevoir.

Malheureusement la prospérité d'une ville ne la met pas à l'abri des maux qui assiègent l'humanité; et des établissemens sanitaires importans et nombreux devaient se rencontrer à Toulon, précisément parce que cette ville est un foyer actif de vie et de fortune. Ces établissemens situés les uns dans la ville même, et les autres autour de la rade, sont: l'hôpital de la marine, l'hôpital militaire,

J'examine avec la plus grande attention et dans le plus grand détail les corps striés, les couches optiques, tout le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, la moelle épinière, et je n'y trouve rien, absolument rien qui puisse se rattacher à l'hémiplégie observée pendant la vie. Tout est à l'état normal; seulement les deux cornes d'Ammon me semblent un peu moins fermes qu'à l'ordinaire, et elles s'enlèvent assez facilement avec les plexus choroïdes et la partie de pie-mère d'où ils naissent; mais elles n'offrent pas d'altérations locales. Le plafond des ventricules est ferme, mais inégal; les vaisseaux de l'arachnoïde et de la pie-mère rachidienne sont remplis d'une grande quantité de sang.

Appareil circulatoire. Cœur d'un volume moyen; cavités normales; les parois du ventricule gauche ont 6 à 7 lignes d'épaisseur; celles du droit, 3 à 4.

Appareil digestif. Les altérations intestinales étaient graves et en rapport avec la nature et la persistance des symptômes; c'étaient, en somme, des ulcérations du petit et du gros intestin. Je ne les rapporte pas plus longuement, parce que j'ai égaré la feuille sur laquelle je les avais décrites.

TROISIÈME OBSERVATION.

APOPLEXIE SUIVIE D'HÉMIPLÉGIE QUI PERSISTE PENDANT QUINZE MOIS SANS ALTÉRATION APPRÉCIABLE DE L'ENCÉPHALE.

Cinquante-un ans d'âge. — Manie intermittente. — Dans un intervalle lucide, attaque brusque, apoplectiforme, avec perte de connaissance, perte du sentiment et du mouvement du côté gauche du corps. — Marche de la maladie divisée en trois périodes. — *Première période* (sept mois.) Séjour au lit; difficulté, lenteur de tous les mouvemens, mais surtout des *gauches*; strabisme de l'œil *gauche*; sensibilité tout-à-fait éteinte à la peau, conservée, mais très-légèrement, aux autres organes des sens; mutisme presque complet; l'intelligence n'est point pervertie, mais stupéfiée, presque muette aussi. — *Deuxième période* (six mois). Commencement et suite d'attaques apoplectiformes, après lesquelles le malade revient à l'état précédent. — *Troisième période* (deux mois). Invasion du scorbut; les mouvemens, la sensibilité reviennent même aux membres gauches; les sens reprennent une partie de leur action; possibilité de regarder; la parole revient et est assez facile; nouvelles attaques apoplectiformes; retour incomplet au premier état; le scorbut fait des progrès considérables; mort brusque et non prévue pour le moment où elle a lieu. —— Une certaine quantité de sérosité congelée dans les mailles de la pie-mère cérébrale. — Granulations blanches très-apparentes de la surface du quatrième ventricule. Du reste, état en apparence complètement normal du cerveau, du cervelet, de la moelle allongée, de la moelle épinière; aucune lésion locale. — Epanchemens sanguins dans le tissu cellulaire des membres et dans la synoviale du genou gauche. — Epanchement de 7 à 8 onces de sérosité dans la plèvre gauche, avec quelques pseudo-membranes déjà résistantes unissant ses deux feuillets. — Les deux poumons sont sains. — Phlegmasie aiguë pseudo-membraneuse de la membrane muqueuse du gros intestin.

Le nommé Gervais, journalier, fut admis dans la division des aliénés, le 20 juin 1825, à l'âge de 46 ans. Il en sortit le 23 juillet suivant, dans un état mental sans doute satisfaisant, mais sur lequel je ne puis rien apprendre. Il y rentra le 18 août de la même année, et fut enfin placé dans la section des aliénés incurables, le 30 novembre 1826. Je ne commençai à l'observer qu'en 1827, et c'est au mois d'avril 1828 que je fis de lui l'examen sommaire suivant :

1° *Conformation du crâne.* La grande circonférence de cette cavité a 20 pouces 11 lignes; sa demi-circonférence antérieure, 10 pouces 7 lignes; son diamètre antéro-postérieur, 7 pouces; d'une apophyse orbitaire externe à celle du côté opposé, il y a 5 pouces 10 lignes. La masse cérébrale est en général portée en arrière et sur les parties latérales.

2° *Etat de l'intelligence.* Gervais, dont l'activité intellectuelle et motile est très-grande, est atteint d'une manie essentiellement intermittente; la plupart du temps il jouit du libre exercice de sa raison, et s'occupe alors à servir les maçons dans l'intérieur de l'hospice. Mais de temps à autre, et la plupart du temps sans cause appréciable, sa pensée naturellement vive s'exalte, et il en résulte un délire général constitué par l'état suivant : Pétulance; loquacité très-grande; incohérence des idées qui se groupent sur des sujets dont on a peine à saisir les rapports; irritabilité extérieure qui, sans rendre Gervais dangereux, le fait se créer des sujets de peine imaginaires, et le rend incapable de s'occuper.

Le 9 novembre 1828, dans un de ses intervalles lucides et au milieu de son travail, Gervais est brusquement atteint de la manière suivante : chute; perte de connaissance; perte du sentiment et du mouvement du côté gauche du corps; comme on ne peut rattacher à cette attaque aucun signe précurseur, on est porté à croire à une hémorrhagie du cerveau, plutôt qu'à un ramollissement, et l'on fait une médecine appropriée à cette idée.

Le lendemain et jours suivans la connaissance revint, mais l'hémiplégie et la perte de la parole persistèrent. Pendant six mois je vis Gervais tous les jours; il restait constamment au lit, hémiplégique et presque muet; la persistance de cet état m'engagea à l'observer plus en détail, et je remarquai ce qui suit :

8 mai 1829. Séjour continuel au lit; impossibilité de la marche; décubitus sur le côté droit; difficulté, lenteur de tous les mouvemens, mais surtout de ceux des membres gauches. Cette différence a été beaucoup plus marquée jadis. Pas de contracture; résolution, au contraire; très-léger strabisme de l'œil gauche. Ce symptôme a été aussi beaucoup plus prononcé anciennement. Les yeux, le droit surtout se fixent sur vous, et il semble que Gervais vous voie à peine. Les questions sont entendues, et il fait effort pour y répondre; mais il ne peut pas en venir à bout; son langage est une sorte de bégaiement dans lequel il répète, d'une manière peu intelligible, le premier mot de la réponse que l'on voit qu'il voudrait faire. Ainsi je lui demande de me dire mon nom qu'il connaissait bien jadis : il me répond Monsieur... Monsieur... sans pouvoir dire L... J'achève la réponse pour lui, et je ne suis pas bien sûr qu'il se rappelle que c'est là mon nom. Je lui demande comment il se porte : il me répond en bégayant et à demi-voix : ça va, ça va..., et il ne peut jamais dire cela va bien ou mal. J'achève pour lui la phrase, et je crois qu'il veut dire que cela va bien.

J'ai oublié de dire que la sensibilité de la peau paraît tout-à-fait éteinte; au moins Gervais ne donne nulle part aucun signe de douleur à des pincemens très-forts. En le pinçant, je lui demande si je lui fais mal : il ne me répond rien.

25 mai. La sensibilité de toute la peau semble tout-à-fait éteinte; il n'y a pas de contracture des membres. Au lit, Gervais les remue tous; il est toujours couché sur le côté droit. J'essaie de le faire lever, il ne peut se soutenir sur ses jambes, et tombe à droite. Il entend quand on lui parle fort; il goûte du vinaigre que je lui introduis dans la bou-

l'hôpital civil, l'hospice des enfans abandonnés, l'hôpital St-Mandrier, l'infirmerie du bagne, le lazaret et la consigne.

L'hôpital de la marine, destiné aux matelots et à leurs officiers, est situé dans la rue Royale : un bas-relief de grande dimension, ouvrage du Puget, décore son entrée; il renfermait, lors de ma visite, deux cents malades environ; il pourrait au besoin en recevoir six cents. J'ai remarqué dans ce bel établissement des salles de malades heureusement disposées sous le rapport de la salubrité et de la facilité des communications avec les autres pièces de desserte et de manutention; une grande propreté, des lits bien garnis et très-espacés, et pour les officiers des chambres particulières très-bien tenues; enfin des amphithéâtres consacrés aux cours et aux dissections, une bibliothèque et un cabinet d'anatomie pathologique (1).

Les différens services sont très-bien organisés, et se font avec ordre et précision dans l'hôpital de la marine; ils sont confiés à des hommes qui joignent le savoir à l'expérience : ce sont MM. les docteurs Fleury (1) et Aubert pour la médecine; Reynaud et Auban pour la chirurgie. Des pharmaciens instruits, messieurs Grimes et Banon, sont chargés de la préparation des remèdes, non seulement de ceux qui se consomment dans l'hospice, mais encore de ceux qui sont journellement embarqués sur les bâtimens de l'état. Des sœurs religieuses qui ne franchissent point les limites de leurs attributions, ce qui est rare dans les hôpitaux, président aux soins de propreté et distribuent les alimens; enfin des infirmiers sont chargés des travaux pénibles.

Tout le matériel que je viens de décrire, et même une partie du personnel, ne sont pas seulement employés pour le service des malades; ils le sont aussi dans l'intérêt de la science. Le gouvernement a fondé dans cet hôpital une école de médecine spécialement affectée aux étudians qui se destinent au service de la marine; ce n'est ni une faculté, ni une école secondaire, c'est un enseignement médico-chirurgical analogue à ceux qui sont établis près de certains hôpitaux militaires sous le titre d'*école d'instruction*. L'Université tient par conséquent compte aux élèves du temps d'études qu'ils passent dans cet hôpital. Les professeurs des différentes branches de la science sont MM. les docteurs Lauvergne (médecine); Reynaud (chirurgie); Fleury (clinique médicale); Aubert (thérapeutique); Auban (opérations); Reynaud (anatomie); Grimes (chimie); Banon et Vicaire (pharmacie).

La ville possède d'autres sources d'instruction dont les élèves peuvent profiter

(1) Il serait dans l'intérêt des progrès de la science, il serait dans l'intérêt de l'humanité qu'un pareil conservatoire existât dans tous les hôpitaux. Que de pièces d'anatomie pathologique, même parmi celles qui sont préparées avec l'intention d'être conservées, finissent par se perdre, faute d'un endroit désigné où elles devraient être placées, faute d'un homme capable chargé de les défendre contre tous les agens de destruction! L'Hôtel-Dieu de Lyon nous offrirait l'un des plus beaux musées de ce genre, si les pièces précieuses recueillies par les médecins et chirurgiens attachés à cet établissement y eussent été déposées; et nous n'aurions pas à gémir sur la perte de la superbe collection laissée par M. A. Petit, si ce chirurgien célèbre avait trouvé dans cet hôpital un cabinet pour la recevoir et la conserver.

(1) M. le docteur Fleury, qui malgré son âge avancé n'avait point quitté l'exercice de la médecine, qu'il pratiquait avec distinction, est mort victime de l'épidémie de choléra qui vient d'exercer de si grands ravages dans le Midi de la France.

che, et qui, arrivé au pharynx, provoque le larmoiement. En frottant les cils avec les barbes d'une plume, je lui fais cligner les paupières; je produis le même effet en touchant ainsi les conjonctives, et de plus je provoque l'injection de ces membranes, le larmoiement et une expression de douleur dans la physionomie. En introduisant les barbes d'une plume dans les narines, je fais naître la rougeur du nez, des yeux, de la partie supérieure de la face, et des mouvemens des ailes du nez, mais pas d'éternuement; et cependant j'introduis ma plume aussi haut et aussi lentement que je puis, et à plusieurs reprises. L'axe des deux globes oculaires n'est pas précisément parallèle, sans que maintenant il y ait bien évidemment strabisme de l'œil gauche. Les yeux ne se fixent sur rien, ils semblent ne pas voir; les paupières sont presque constamment ouvertes; pendant la nuit elles ne sont pas tout-à-fait fermées. Quand on questionne Gervais, il essaie de répondre, mais il ne fait plus entendre qu'un murmure très-sourd, dans lequel on ne distingue aucun son articulé. Lui demande-t-on à voir sa langue, il fait effort pour la montrer, et parvient à en amener la pointe à un pouce hors de la bouche. Elle semble ne se diviser d'aucun côté; et si, de primeabord, elle paraît se rapprocher de la commissure gauche, c'est que la droite est toujours entraînée en dehors par l'action des muscles de ce côté de la face.

3 juin. L'état de Gervais était resté le même depuis le 25 mai. Le 3 juin, à trois heures de l'après-midi, il tombe tout d'un coup dans l'état suivant, qui m'est rapporté par l'infirmier de sa salle: respiration difficile; sueur froide; état de prostration très-grande, de nature à faire croire à une fin prochaine; résolution des membres; paupières tout-à-fait fermées; impossibilité ou au moins difficulté très-grande de la déglutition.

4 juin, 8 heures du matin. Décubitus sur le dos et un peu sur le côté droit; résolution de tous les membres; la tête est fortement tournée et fixée à droite; quand on essaie de la faire changer de position, elle y revient violemment. Paupières tout-à-fait fermées; on peut relever la supérieure. Il ne me semble pas qu'il y ait strabisme d'aucun œil. Les barbes d'une plume, passées sur les globes oculaires, font cligner les paupières; introduites dans les narines, elles ne me semblent donner lieu à aucun signe de douleur. Du vinaigre introduit dans la bouche, fait faire au pharynx des mouvemens de déglutition. La sensibilité de la peau semble tout-à-fait éteinte. Gervais entend et comprend; quand je lui demande à voir sa langue, il fait effort pour la tirer, mais il ne peut en venir à bout. Il ne peut même ouvrir la bouche.

(Eau de veau, lavement purgatif, sinapismes aux cuisses.)

5 juin, 8 heures du matin. Même état qu'hier. (Eau de veau; nouveaux sinapismes aux genoux.) 4 heures du soir. Résolution des muscles du cou; la tête n'est plus portée à droite.

6 juin. La tête est de nouveau portée et fixée à droite par la contracture des muscles du côté du cou.

Peu à peu Gervais revint à l'état qui avait précédé l'attaque apoplectiforme ou épileptiforme précédente; son immobilité au lit, sa stupeur, son silence, restèrent les mêmes, quoique troublés encore par deux ou trois nouvelles attaques épileptiformes plus légères et plus promptement terminées.

Au mois de décembre eurent lieu, dans son état, les changemens suivans que je notai avec soin.

7 septembre. Maigreur considérable; pâleur générale; les extrémités inférieures et supérieures, et surtout la droite, offrent une multitude de points violets (*purpura hemorrhagia*), et en outre une teinte jaune mêlée de violet très-léger. Gervais est encore couché sur le côté droit, mais moins que jadis; le strabisme a à peu près tout-à-fait cessé; Gervais peut un peu plus diriger les yeux quelque part; il articule quelques sons; hier et les jours précédens cela lui était tout-à-fait impossible. Les quatre membres sont un peu mobiles; les mouvemens même communiqués, le simple contact, sont extrêmement douloureux au membre pelvien gauche et surtout au membre thoracique droit.

8 décembre. Mêmes symptômes qu'hier, et en outre Gervais peut prononcer de longues phrases en réponse aux questions qu'on lui adresse. Ce changement est on ne peut plus remarquable. Il demande lui-même un régime alimentaire approprié à son état. Il tire la langue avec facilité; la pointe s'en dévie un peu à droite et en bas; elle est rose, nette et légèrement humide; les selles sont rares. (Vermicelle et riz au lait; eau d'absinthe; vin anti-scorbutique.)

Cet état de mieux ne se soutint pas long-temps.

Gervais revint à son état de stupeur et de silence, interrompu encore par de nouvelles et plus fréquentes attaques apoplectiformes.

Le scorbut fit des progrès considérables et le dépérissement devint très-prononcé.

La mort néanmoins eut lieu d'une manière brusque et inattendue, mais non dans une attaque apoplectiforme, le 2 février 1830, à neuf heures du matin, peu de temps après la visite.

Nécroscopie le 3 février 1830.

(La température est à 12 degrés au-dessous de zéro.)

Habitude extérieure. Cadavre complètement gelé; malgré cet état de congélation, je m'assure que le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles du membre pelvien gauche, sont remplis d'épanchement de sang dont l'étendue varie.

Il est de même de la jambe et du tiers inférieur de la cuisse du côté droit.

La synoviale du genou gauche est remplie dans son étendue par des caillots de sang noir, elle est elle-même, ou plutôt le tissu cellulaire qui l'unit aux parties voisines, ecchymosée dans un très-grand nombre de points, chacun d'une petite étendue.

Il m'est très-difficile d'examiner les vaisseaux des membres à raison de l'état de congélation du sujet; cependant je m'assure que la veine et l'artère crurales gauches ne présentent rien de pathologique.

Le sang que contient la veine est très-pâle et très-séreux.

Le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles des extrémités thoraciques n'offrent pas d'épanchemens sanguins.

Système nerveux. Les parois de la voûte du crâne sont, à peu près, également épaisses partout.

Cette épaisseur est de deux lignes, terme moyen, après l'ablation de la voûte; je remarque que tout l'encéphale, que ses membranes, que la sérosité qu'elles contiennent, sont complètement gelés.

La face interne du feuillet cérébral de l'arachnoïde est tapissée çà et là, mais non pas dans toute son étendue, par des glaçons très-minces, bien évidemment contenus dans la cavité de cette membrane, mais la plus grande partie de la sérosité glacée qui enveloppe l'encéphale est

pour remplir les lacunes qui existent dans l'enseignement de l'hôpital: ce sont les bibliothèques publiques, un cabinet d'histoire naturelle, un cabinet de minéralogie et un jardin botanique riche d'un grand nombre de plantes exotiques, que l'on doit au zèle et au savoir de M. Robert, directeur de cet établissement (1).

L'on rencontre aussi dans la rue Royale l'hôpital du Saint-Esprit, destiné aux habitans de la ville atteints de maladies curables et aux femmes en couches; les planchers des différentes salles sont un peu bas; à cela près, elles m'ont paru assez bien disposées. Les servans se composent de quelques sœurs religieuses et d'infirmiers. Le service médical est confié à M. le docteur Meysson, et celui de chirurgie à M. le docteur Taxile. Il n'y avait lors de ma visite que quatre-vingts malades dans cet hôpital civil, qui pourrait en recevoir deux cents (2).

Quoique les artisans soient nombreux à Toulon, ils jouissent d'une certaine aisance et ont de la répugnance pour les secours de la charité publique.

Une espèce de succursale de cet établissement existe à une courte distance, dans une rue étroite et dans une maison vieille et mal construite; elle est destinée aux femmes vénériennes; je n'y ai vu qu'une douzaine de malades et pas un cas grave. Le traitement mis en pratique par M. le docteur Taxile est simple, et ordinairement suivi de succès; il consiste à toucher tous les jours les ulcères syphilitiques avec un plumasseau de charpie attaché à un chalumeau et imprégné d'une dissolution de deuto-chlorure de mercure dans l'eau distillée (10 grains de ce sel dans 1 once d'eau distillée). Les bubons sont traités dans le même hôpital, à quelque période qu'ils soient parvenus, par l'application d'un vésicatoire sur la tumeur même (1). Cette médication n'est secondée le plus souvent que par une

(1) L'enseignement des sciences médicales à Toulon devrait assurément être plus complet et se rattacher à un système général d'instruction; mais il est à Toulon ce qu'il est à Lyon, ce qu'il est dans toutes les villes qui n'ont que des écoles secondaires, un enseignement provisoire et précaire, dont la génération actuelle profite, en attendant une loi qui régularise et complète en France les moyens d'instruction médicale et l'exercice de la médecine pratique.

(2) J'ai trouvé peu de malades dans les hôpitaux de toutes les villes du Midi que j'ai parcourues durant ce voyage. Les médecins praticiens, principalement ceux de Marseille, m'ont assuré qu'il n'y avait de même qu'un très-petit nombre de malades dans la ville. Cependant le choléra n'a pas tardé d'éclater et de sévir avec une excessive rigueur.

Cet état favorable de la santé publique ne serait-il que l'effet ordinaire du printemps, qui, dans le Midi surtout, est la plus admirable saison de l'année? ou bien comme le calme parfait de la mer, précurseur accoutumé de la tempête, ne faudrait-il y voir qu'un sinistre avant-coureur de l'invasion de l'épidémie?...

(1) Le traitement des bubons par l'application d'un vésicatoire sur le centre même de la tumeur est une méthode mise en usage aujourd'hui par un assez grand nombre de praticiens, et dont la découverte, attribuée d'abord à M. Reynaud, professeur distingué à l'école de médecine de Toulon, revendiquée ensuite en faveur de M. Malapert, puis de Kutlinger de Strasbourg, et enfin d'Assalini, qui regardait ce moyen comme le meilleur pour obtenir la résolution des bubons, appartient à plus juste titre à M. A. Petit de Lyon, qui le premier a proposé et tiré un grand parti dans sa pratique de l'emploi du vésicatoire appliqué sur le centre même des érysipèles et des phlegmons. L'emploi du vésicatoire

manifestement située en dehors du feuillet cérébral de l'arachnoïde qu'elle sépare du cerveau, et contenu dans les mailles de la pie-mère qui tapisse les circonvolutions ou s'enfonce dans les anfractuosités de cet organe; elle y forme des glaçons très-épais. La double disposition de la sérosité congelée qui enveloppe le cervelet est la même que dans le cerveau, mais la quantité en est moindre.

La sérosité contenue dans les ventricules latéraux du cerveau est à l'état de glaçons fort minces.

Immédiatement après l'ablation du cerveau, la base du crâne se remplit de 5 à 6 onces de sang très-séreux qui est fourni par les artères de cette base, ou de sérosité sanguinolente qui s'écoule par l'orifice supérieur du canal vertébral quand on incline le sujet.

La sérosité qui existe en dehors du feuillet interne de l'arachnoïde rachidienne est à l'état liquide.

Le feuillet cérébral de l'arachnoïde est dans toute son étendue et surtout à la base du cerveau, mince, transparent, sans opacité ni blancheur; ce n'est qu'à la partie postérieure de la grande faulx qu'il présente quelques petits groupes de granulations, d'apparence plutôt graisseuse que fibro cartilagineuse.

Les veines de cette membrane contiennent peu de sang. Les vaisseaux de la pie-mère en contiennent aussi fort peu.

Les membranes internes du cervelet sont encore plus minces, plus transparentes et moins injectées que celles du cerveau.

La moelle épinière et ses membranes ne me semblent présenter rien de remarquable. Les deux substances de cette partie de l'axe cérébro-spinal sont pâles et peu injectées; il en est de même des deux substances de la protubérance annulaire.

La face interne du quatrième ventricule présente sur la moelle allongée des granulations blanches, coniques, du volume d'une grosse pointe d'épingle, et qui me semblent faire partie d'une membrane qui tapisserait l'intérieur du ventricule.

La substance blanche du cervelet n'offre ni injection, ni marbrures; elle est d'une fermeté moyenne. La substance corticale très-pâle, sans injection; sa couche la plus extérieure s'enlève en très-grande partie avec la pie-mère, ou s'éraille avec la plus grande facilité. Au total, tout le cervelet me semble à l'état normal.

Vu l'état de congélation du cerveau, je ne puis le séparer de ses membranes sans endommager en plusieurs points sa surface, que les glaçons qui remplissaient les mailles de la pie-mère ont du reste éraillée en plusieurs endroits. Aussi ne puis-je pas affirmer que cette surface n'était le siége d'aucun ramollissement, d'aucun autre état pathologique, bien que je l'examine en détail et avec le plus grand soin; mais ce qu'il y a de sûr, c'est que je n'y trouve rien de pareil.

La consistance de tout l'encéphale est, du reste, celle de l'état le plus ordinaire; la couleur de sa surface est d'un jaune café au lait très-pâle. C'est aussi celle de toute l'épaisseur de la substance corticale, épaisseur qui est, terme moyen, d'une ligne et demie. Cette substance présente en divers points, et surtout à la pointe du lobe postérieur, la distinction en trois zones; elle n'est point injectée; elle ne me paraît le siége d'aucune altération.

J'examine avce le plus grand soin la substance grise intérieure, des cornes d'Ammon, des couches optiques, des corps striés, et je ne puis y découvrir aucun épanchement de sang, aucune induration, aucun ramollissement, en un mot, aucune lésion soit nouvelle, soit ancienne.

La substance médullaire de tout le cerveau, examinée de la même manière, ne me présente non plus aucune altération, aucune cicatrice qui puisse indiquer la guérison d'un ancien foyer apoplectique ou d'un abcès. Cette substance est d'un beau blanc, elle a sa fermeté la plus ordinaire, et ne présente aucune injection.

La surface du ventricule latéral, celle du troisième ventricule, ne m'offrent aucune granulation analogue à celles de la surface du quatrième.

Les bulbes olfactifs, les nerfs optiques, me semblent tout-à-fait à l'état normal.

La face inférieure de la circonvolution qui se trouve en dehors de la corne d'Ammon, est tapissée, comme à l'ordinaire, par une couche mince de substance médullaire disposée en manière de dentelle.

Appareil circulatoire. Le cœur a son volume le plus ordinaire; les parois du ventricule gauche ont 5 à 6 lignes d'épaisseur; les parois du ventricule droit ont 2 à 3 lignes.

Les cavités du cœur sont à l'état normal.

Il n'y a pas d'obstacle à la circulation, soit dans les orifices auriculo-ventriculaires, soit dans ceux des gros vaisseaux. La circonférence de l'aorte, à son origine, est de deux pouces et demi. Il n'y a pas d'ossification dans ses membranes internes.

Appareil respiratoire. Il y a dans la plèvre gauche 7 ou 8 onces de sérosité; un ou deux fragmens pseudo-membraneux déjà assez résistans, unissent les deux feuillets de la plèvre; le feuillet interne de cette membrane est épaissi, la partie postérieure du poumon de ce côté est engouée d'une médiocre quantité de sérosité, mêlée à du sang et à de l'air.

La membrane muqueuse bronchique est peu rouge et peu injectée.

Le tissu des deux poumons présente, du reste, les caractères de l'état normal. Il contient fort peu de sang.

Appareil digestif. La membrane muqueuse de l'estomac me semble avoir sa consistance et son injection la plus ordinaire. Près du pylore et dans l'étendue de quelques pouces, elle offre une teinte ardoise foncée, qui me semble coïncider avec une augmentation de consistance.

La membrane muqueuse du duodénum et celle du premier tiers à peu près de l'intestin grêle, sont sensiblement plus injectées, plus rouges, et aussi plus consistantes que dans la majorité des cas.

Le gros intestin est fortement revenu sur lui-même; sa membrane muqueuse est dans toute son étendue, et surtout dans ses deux premiers tiers, ridée, mamelonnée, d'une couleur ardoise foncée, épaissie et très-vasculaire.

Le sommet de plusieurs de ces mamelons offre de petits points pseudo-membraneux colorés en jaune. Plusieurs des cryptes de cette membrane sont plus développés qu'à l'état normal, sans que ce développement constitue cependant encore une ulcération.

Le lobe droit du foie offre à sa face convexe une dépression dirigée d'avant en arrière, et dont la plus grande profondeur est de 8 à 10 lignes. En cet endroit la membrane propre du foie est plus épaisse que partout ailleurs, mais le tissu de ce viscère ne présente aucune altération particulière. Cet organe est bien manifestement composé de deux substances, dont l'une d'un jaune terreux, très-pâle, existe en plus grande proportion; tandis que l'autre, d'un rouge lie de vin, semble mêlé à

---

boisson simplement délayante, un régime adoucissant et le repos. La simplicité des moyens curatifs employés aujourd'hui dans le traitement des symptômes réputés vénériens, la gravité moindre de ces phénomènes morbides, ainsi que leur terminaison plus rarement funeste, me portent à croire que cette maladie n'est point destinée à exercer éternellement ses ravages parmi nous; qu'elle est arrivée à sa période de décroissance, et qu'elle disparaîtra complétement de la surface du globe.

L'hôpital *militaire*, situé rue du Trésor, est destiné aux troupes de terre; il peut contenir quatre cents malades environ. Considéré sous le rapport de sa tenue intérieure, il est loin d'être à la hauteur de celui de la marine, et son claustral, mal placé dans une rue étroite et peu aérée, serait insuffisant si une guerre étrangère rendait nécessaire à Toulon le séjour d'une garnison nombreuse. M. le docteur Herpin est médecin en chef de cet hôpital, et M. le docteur Trastour en est chirurgien principal.

Il existe encore dans la ville même de Toulon un hospice peu remarquable et destiné aux enfans abandonnés et aux vieillards infirmes; il n'y a point d'hospice pour les incurables, et le besoin ne s'en fait pas sentir; les habitans aisés envoient des secours à domicile au petit nombre d'incurables qui appartiennent à des familles pauvres.

Des eaux abondantes arrivent dans ces hôpitaux, qui, sous ce rapport, ne laissent rien à désirer; mais il n'en est pas de même de leur claustral; ils sont tous en continuité de construction avec les maisons voisines; leurs portes d'entrée et leurs fenêtres s'ouvrent dans des rues plus ou moins étroites ou sur des cours; ces jardins et ces cours ne sont point assez vastes. Ces hôpitaux sont donc privés d'air et manquent de lieux de promenade pour les convalescens; ce qui est d'autant plus fâcheux qu'ils y sont en outre exposés aux causes générales et assez nombreuses d'insalubrité de la ville.

L'hôpital du *bagne* se trouve dans l'arsenal, et par conséquent très-rapproché de la mer; il est réservé pour les forçats, et très-bien tenu, comme tout ce qui est du ressort de l'administration de la marine. Cet établissement remplirait toutes les conditions hygiéniques, s'il n'était pas à très-peu de distance entouré d'eaux presque stagnantes. Le service s'y fait avec exactitude et sévérité. Les médecins chargés du service des malades sont MM. les docteurs Marini, Aubert et Auban.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

dans le traitement des bubons n'est qu'une application, qu'une extension de la méthode proposée par M. A. Petit. (V. *Essai pratique sur l'emploi des vésicatoires dans les inflammations internes, éclairé par les résultats de leur application sur les inflammations externes*, présenté à l'école de médecine de Montpellier et soutenu le 14 messidor an VI par P. Rodamel.)

— *Traité élémentaire d'histoire naturelle*, comprenant l'organisation, les caractères et la classification des végétaux et des animaux, les mœurs de ces derniers et les élémens de la minéralogie et de la géologie; par G.-J. Martin-Saint-Ange et F.-E. Guérin. Deux forts volumes in-8°, ornés de 160 planches dessinées par les auteurs.

Nous rendrons compte de cet ouvrage dans l'un de nos prochains numéros. En attendant, nous le recommandons à tous nos lecteurs comme un ouvrage très-utile, et exécuté avec autant de conscience que de talent.

la première en manière de grumeaux de forme fort irrégulière. Cette disposition s'aperçoit, même à l'extérieur du foie, et lui donne un aspect comme tigré; la bile contenue dans cet organe et dans la vésicule biliaire est pâle et fluide.

La coosistance du foie ne présente rien de remarquable.

Appareil urinaire. La vessie a, au plus, le tiers de sa capacité ordinaire; elle est fortement revenue sur elle-même et très-épaisse; elle ne contieot que quelques gouttes d'urine sédimenteuse. Sa membrane muqueuse est mamelonnée, rugueuse, d'un rouge violacé; cette rougeur est due à un développement de vaisseaux plus considérable sur les rides de la membrane.

Le canal de l'urètre est libre; les reins ne présentent rien de remarquable.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. HORN'S, NASSE'S AND WAGNER'S ARCHIV.

Les deux cahiers des quatre derniers mois de 1834 et le premier de 1835 cootiennent : 1° *Revue des maladies qui ont régné pendant les neuf premiers mois de 1834*, par Horo; 2° *observations recueillies en 1834*, par le docteur Steinthal de Berlin; 3° *observation de deux abcès circonscrits dans l'hémisphère droit du cerveau, et réflexions sur la production de kystes dans cet organe*, par le professeur Albers de Bonn; 4° *sur la rupture de la rate*, par le docteur Hesse; résumé des meilleurs travaux qui ont été publiés sur cet accident; 5° *sur la torsion des artères*, par le doctenr Bamberger; 6° plusieurs cas de médecine légale; 7° littérature.

Observation de deux abcès circonscrits dans l'hémisphère droit du cerveau, et réflexions sur la production de kystes dans cet organe; par M. le professeur Albers, de Boon.

Les cas de suppnration circonscrite, d'abcès enkystés du cerveau, sont extrêmement rares, et si l'on jette un coup d'œil sur les observations de ce genre publiées par MM. Lallemaod, Rostan, Abercrombie, Otto et autres, on verra que tout n'a pas été dit sur cette affection, une des plus remarquables de la pathologie. Nous nous estimons heureux de pouvoir donner ici une observation recueillie par le célèbre professeur de Bonn, qui n'en a rencontré que deux dans sa vie. On lira aussi avec iotérêt les remarques exlrêmement judicieuses qu'il ajoute sur la formatioo des kystes du cerveau en général.

Obs. I. Vogt, âgé de 27 ans, soldat à 19, d'une constitution forte, mais portant des traces de scrophules, né de parens sains, avait été affecté, dans ses premières anuées, d'une otorrhée avec dureté de l'ouïe du côté droit. L'écoulement, de nature liquide, jaunâtre, fétide, alternant avec une vive douleur de l'oreille, dura jusqu'à l'âge de dix aus, où il cessa ainsi que la douleur, sans que l'ouïe en restât affectée. A douze ans, à la suite d'un refroidissement, oppression depoitrine, toux sèche, abattement extrême, accidens qui disparaissent, à l'exception de l'orthopnée, pour se reproduire par une même cause huit ans plus tard, mais en s'accompagnant cette fois de douleurs de peitrine, d'expectoration abondante, de crachats rouillés et de fièvre.

Cette seconde crise passée, il ne resta qu'une toux sèche et de la difficulté dans la respiration. Cependant l'oppression et la donleur de poitrine reviennent par intervalles, en même temps expectoration abondante de crachats liquides, écumeux, gris-jaunâtres, d'une odeur infecte.

Il se passe ainsi deux ans, sans que les différens moyens mis en usage arrêtent la marche de la maladie. A cette époque il se manifeste un phénomène assez remarquable : debout, le malade est tranquille; mais dès qu'il est couché, il est obligé de tousser considérablement, et rejette par les crachats des matières fétides en abondance. Sept ans, à partir de la première atteinte de la maladie à l'âge de vingt ans. s'écoulent dans un état à peu près stationnaire, sans que le malade maigrisse beaucoup ou qu'il survienne d'autres accidens.

Cependant, Vogt s'étant de nouveau exposé à un refroidissement, est pris d'un paroxysme febrile très-intense. En même temps la joue droite et toutes les articulations des membres du même côté se gonflent et deviennent douloureuses au toucher qui laisse des impressions sur les tumeurs.

L'examen du malade reçu à la clinique donne le résultat suivant : région sous-claviculaire droite paraissant plus aplatie que la gauche; percussion mate en cet endroit; bruit respiratoire nul, mais souffle caverneux; pretoriloquie et râle muqueux dans une étendue circonscrite; toux fréquente; crachats abondans, fétides, verts-jaunâtres; le gonflement, la rougeur et la douleur de la joue et des membres persiste; un traitement approprié fait de nouveau disparaître ces accidens; mais déjà deux mois après le malade rentre à l'hôpital, et aux symptômes ordinaires il s'est joint une pesanteur de toute la tête, du vertige; dans la position assise ou couchée, un boursoufflement avec rougeur de la face; de l'abattement; une faiblesse dans les membres, surtout du côté gauche; enfin un pouls grave, dur, plein (65 à 70 pulsations). Cependant les sécrétions alvines et de l'urine se font naturellement; les fonctions des sens et de l'entendement sont restées intactes. Quatre jours plus tard, de nouveaux gonflemens durs et douloureux du bras, de la main et du pied. (Saignée; sangsues aux parties douloureuses; vésicatoire à la nuque; calomel.)

Après une nuit très-agitée, le malade se lève subitement sur son séant, mais retombe aussitôt sans connaissance; au bout d'un quart d'heure seulement il reprend ses sens, mais tout le côté droit est paralysé; la céphalalgie et le vertige n'ont pas diminué; les facultés intellectuelles sont dans leur intégrité. (Fomentations froides; saignée de 12 onces; 18 sangsues aux tempes; sels purgatifs à l'intérieur.) Le vertige et la céphalalgie sont un peu moindres, mais la paralysie persiste.

Le lendemain, nouvelle attaque avec perte de connaissance qui dure cinq minutes et se termine par la mort.

Autopsie cadavérique 27 heures après la mort.

Cavité crânienne. Os du crâne et méninges à l'état normal, surface du cerveau riche en sang. En incisant couche par couche la substance cérébrale de l'hémisphère droit, on arrive au centre ovale, vers le lobe postérieur, à un endroit dont la couleur est altérée, et qui est ramolli dans son intérieur; au milieu de cette substance ramollie se trouve, près de la couche optique, une tumeur longue de 2 pouces et large d'un pouce et demi, d'une forme ovoïde, n'adhérant en aucun point. En ouvrant le ventricule latéral droit, on le trouve rempli de pus, qui fut vidé; près de la couche optique s'appercevait un petit trou par lequel on pouvait faire pénétrer, par la pression, du pus dans le ventricule; une sonde introduite par ce trou pénétrait dans la tumeur dont nous avons parlé; les parois du ventricule étaient à l'état normal; le pourtour seul de l'orifice était légèrement rouge et ramolli; les autres ventricules sains. La tumeur, enlevée du milieu de la substance cérébrale ramollie, était formée par un kyste rempli de pus, qui, lorsqu'on l'eut vidé, présenta intérieurement une ressemblance parfaite avec une membrane muqueuse; ses parois épaisses d'une demi-ligne, d'une texture lâche, se laissaient cependant tirailler en sens inverses avec la pincette; lavé dans de l'eau, ce kyste se divisa en plusieurs morceaux qui, après une macération de douze heures, se subdivisèrent en petits flocons.

Dans le lobe postérieur, près de la corne d'Ammon, existait un second kyste, plus petit, mais de même structure que le premier, et également rempli de pus; on put l'extraire de la substance ramollie environnante, sans que l'on remarquât de points d'adhérence. Soumis à la macération, il se réduisit également en une matière floconneuse. Les parties ramollies et les parties saines du cerveau, dans le voisinage des kystes, n'étaient point remarquablement gorgées de sang; le reste de la substance cérébrale et la moelle épinière étaient tout-à-fait à l'état normal.

Cavité thoracique. Au lobe supérieur du poumon droit se remarquait une excavation de la grosseur d'un œuf d'oie, remplie en partie d'une matière jaune, fétide, communiquant, au moyen d'un gros tronc bronchique, avec les voies aériennes. Une membrane facile à séparer, entièrement semblable à celles qui tapissent les ulcères chroniques de la surface du cœur, recouvrait les parois de cette caverne. Le tissu parenchymateux entourant immédiatement l'ulcère, était ferme, et en quelques points cartilagineux et lardacé; une seconde couche avait passé à l'état d'hépatisation; après seulement venait le tissu normal. Surface pulmonaire adhérente à la plèvre costale, à l'endroit de la vomique. Poumon gauche, trachée-artère, cœur et viscères abdominaux sains. Périoste dans le voisinage des articulations des membres, rouge et recouvert d'exsudation à sa surface interne. Capsules articulaires du genou et du pied saines intérieurement.

Cette observation nous montre une vomique des poumons qui s'est développée successivement à la suite de plusieurs atteintes de pneumonie partielle, et qui, après avoir duré plusieurs années, a donné naissance à deux abcès du cerveau. La production d'abcès du cerveau, consécutifs à des abcès des poumons, du foie ou de la rate, se rencontre encore assez souvent; il existe surtout à cet égard uoe corrélation très-remarquable entre les poumons et le cerveau; en effet, l'expérience nous enseigne qu'à la suite d'une affection chronique du poumon, il n'est pas rare de voir le cerveau être atteint du même côté, comme dans notre observation, et *vice versâ*, des lésions pulmonaires être le résultat d'une maladie encéphalique. M. le professeur Lallemand, dans sa sixième lettre, première observation, nous fournit un exemple de ce genre où il vit un ulcère, peut-être même la gangrène du poumon, se développer consécutivement à uoe nécrose traumatique du crâne. Il serait important, pour l'étiologie de ces maladies, de rechercher la nature de ces rapports. Ainsi, en examinant si le pus qui se forme dans le cerveau y arrive par une sorte de transport de l'organe primitivement affecté, ou bien s'il s'y développe rapidement à la suite d'une inflammation, on arriverait sans doute à jeter quelque jour sur le mode de production de ce genre de maladie; mais avant d'arriver à quelque résultat définitif, il sera nécessaire encore de multiplier les observations.

Il est un autre objet qui n'a point été suffisamment traité par les auteurs; c'est la formation de kystes entourant les foyers purulens, les abcès circonscrits développés dans le cerveau.

Et d'abord est-ce le kyste ou le pus, le contenant ou le contenu qui se forme primitivement?

L'observation nous apprend qu'il peut exister dans chaque organe :

1° De la matière morbide sans kyste;

2° Des kystes sans matière;

3° Des kystes et de la matière, l'une contenue dans l'autre.

Il est rare cependant de trouver des kystes entièrement vides; dans le principe, ils renferment toujours un liquide qui est du sang ou de la sérosité, et il n'est pas de kyste ancien qui ne contienne au moins quelques gouttes de sérosité.

Les kystes en général sont des enveloppes tantôt séreuses, tantôt muqueuses, quelquefois même fibreuses, cartilagineuses, osseuses. Ces trois dernières espèces peuvent être regardées comme des transformations des deux premières, lorsque ces poches sont anciennes, ou par suite des progrès de l'âge. Tout kyste récent est de nature muqueuse ou séreuse; mais à mesure qu'il vieillit, ses parois s'épaississent, durcissent, deviennent fibreuses et enfin osseuses. Dans les cas où il existe des kystes de différens âges, en rencontre ces différens degrés de structure; il est de ces poches dont les parois offrent des couches de densité différente; ainsi, dans les kystes osseux, c'est la couche externe qui est osseuse; la moyenne est fibreuse, et l'interne muqueuse ou séreuse.

Quand un kyste est devenu osseux, on peut dire qu'il a atteint son dernier degré de développement; on ne doit plus regarder sa présence comme une maladie; il n'incommode plus que comme corps étranger, et peut seulement, lorsqu'il occupe une position vicieuse dans un organe, gêner les fonctions de ce même organe en exerçant une pression purement mécanique.

La chirurgie nous enseigne qu'un kyste vidé se remplit de nouveau et avec rapidité de la même matière, et que pour éviter cette sécrétion nouvelle il faut enlever toute la poche; mais cela n'est vrai que pour les kystes une fois développés, et il est d'observation constante que dans les épanchemens ou la production de matière morbide dans le parenchyme des organes, c'est toujours le liquide épanché ou le produit de la sécrétion maladive qui précède et provoque pour ainsi dire la formation de l'enveloppe kysteuse.

La production de kystes doit donc être considérée comme un effort de la nature, par lequel cette dernière tend à entourer et séparer des parties saines de la matière morbide épanchée ou sécrétée.

Tout kyste récent est de nature séreuse ou muqueuse, et cette différence dépend de la nature de la matière contenue.

Ainsi, autour du sang épanché, il se forme une enveloppe séreuse; autour du pus, une muqueuse; selon que les différentes matières se rapprocheront de l'une ou de l'autre de ces humeurs, les poches qui les renfermeront seront muqueuses ou séreuses; séreuses pour la sérosité, les tumeurs graisseuses, les athéromes, lipômes, mélicéris; muqueuses pour les fluides de nature purulente, ichoreuse, pour la matière tuberculeuse ou scrophuleuse liquéfiée, etc.

Une question très-importante, qu'on a souvent agitée, est celle de savoir s'il existe des tumeurs enkystées dans l'intérieur du cerveau. Des auteurs recommandables, partant du point de vue que tout kyste est formé par du tissu cellulaire, et que ce dernier ne se rencontre pas dans le parenchyme cérébral, nient qu'on ait trouvé des kystes dans l'intérieur du cerveau; ils se développent toujours, disent-ils, à la surface de cet organe.

Mais dans l'observation que nous avons présentée, n'a-t-on pas rencontré deux tumeurs enkystées, flottant librement au milieu de la substance cérébrale. Dans le cerveau d'un jeune homme de 19 ans, M. Albers a trouvé dans la masse parenchymateuse, loin de toute enveloppe, trois tumeurs assez considérables, sur un homme d'à peu près 30 ans, mort subitement et au milieu d'accidens tétaniques; on découvrit un fongus hématode qui s'était formé dans le lobe postérieur, aux dépens de la substance médullaire; il s'était rapproché de la pie-mère qu'il avait enflammée sans la perforer. Les poches séreuses et les cavités apoplectiques dans l'intérieur de la substance cérébrale ne sont pas chose rare; lors de l'autopsie cadavérique d'une femme morte d'hydropisie et qui avait eu successivement plusieurs attaques d'apoplexie, on put voir dans la substance du corps strié et en partie dans celle de la couche du nerf optique, une cavité longue de 10 lignes et large de 5, remplie d'une humeur limpide et recouverte d'une membrane riche en vaisseaux; la substance médullaire environnante était saine, seulement un peu jaunâtre; une semblable cavité, longue de 9 lignes sur 4 de largeur et 2 de profondeur, contenant un peu de liquide et tapissée par une membrane séreuse, existait dans le corps strié du côté droit. Une femme paraplégique présenta après sa mort une petite poche déjà à moitié cicatrisée au milieu du parenchyme du cervelet. Un homme de 67 ans, précédemment hémiplégique aussi, offrit une semblable poche développée dans le lobe postérieur de l'hémisphère droit.

Ces exemples et d'autres encore que l'on pourrait tirer des auteurs prouvent suffisamment la présence des tumeurs enkystées au milieu de la substance du cerveau.

Peut-on admettre que ces tumeurs se soient développées à la surface du cerveau et se soient ensuite enfoncées dans la substance intérieure, par leur propre poids, comme cela arrive pour les tumeurs du péricarde et dans les articulations? Mais ce changement de position n'est possible que dans les cavités et non dans un organe parenchymateux; et s'il avait lieu, on devrait trouver le trajet encore ouvert ou oblitéré par lequel la tumeur aurait passé; or, dans toutes les observations que nous possédons, il ne se rencontre nulle trace de ce passage.

D'ailleurs la possibilité de la production des kystes dans l'intérieur du cerveau est démontrée par la formation de poches autour du sang épanché dans la masse cérébrale, dans l'apoplexie sanguine.

L'anatomie pathologique nous apprend ensuite que le tissu cellulaire peut se former de toute pièce dans les organes parenchymateux; et même le cerveau, si riche en vaisseaux sanguins, semble plus favorablement disposé que tout autre organe au développement de ce tissu accidentel, en raison même de la grande quantité de sang, qui fournit, comme on sait, le premier élément du tissu aréolaire. Il n'est donc besoin que d'une influence morbide qui sollicite la formation de ce tissu, pour le voir se développer aussitôt, et former des sacs, des cavités, des kystes, toutes les fois qu'il y aura dans un organe un travail de résorption, ou nécessité d'envelopper, de cerner, de séparer des parties saines, du sang, du pus, ou tout autre produit d'une sécrétion morbide.

SUR LA TORSION DES ARTÈRES, par le docteur BAMBERGER.

M. Bamberger s'est livré à des recherches comparatives entre les différens procédés d'exécuter la torsion des artères, afin d'apprécier la valeur hémostatique de chacun et la facilité plus ou moins grande qu'il offre dans son exécution.

Selon l'auteur, toutes les manières d'y procéder se réduisent à quatre méthodes principales.

1° Saisir tout simplement avec une pince le bout de l'artère coupée, l'isoler des parties ambiantes, l'allonger un peu et le tordre sans le soutenir.

2° Commencer l'opération comme dans la première méthode; mais avant de tordre le vaisseau avec la pince qui le tient dans une direction parallèle à son axe, on le fixe à l'aide d'une seconde pince tenue perpendiculairement à la première et appliquée à gauche, à 6 lignes environ du bout vasculaire qu'on a allongé, c'est-à-dire juste au niveau de la surface de la place. Cette seconde pince empêche la torsion de se prolonger dans les chairs; les mords doivent être arrondis et lisses, sans dentelures, afin de ne pas érailler la portion de l'artère sur laquelle on l'applique.

3° Dans la troisième méthode, on porte aussi la pince à torsion sur le vaisseau dans une direction parallèle à son axe; puis on applique en travers les branches de la pince à fixation, sur le point où se terminent les extrémités de la première pince, et par un acte de glissement vers l'origine de l'artère, on fait remonter dans l'intérieur de celle-ci les tuniques interne et moyenne. Ceci fait, on retire la seconde pince et on achève la torsion avec la première.

4° La quatrième méthode ne diffère de la troisième qu'en ce que, pendant le dernier temps de l'opération, on continue de fixer l'artère avec la pince n° 2, comme on le fait dans la seconde méthode.

Chacune de ces quatre méthodes peut encore être modifiée de deux manières différentes, selon qu'on se borne à quelques tours de spire simplement, ou que l'on continue la torsion jusqu'à ce qu'on ait emporté du bout du vaisseau un petit cône conchoïde.

M. Bamberger a répété un grand nombre de fois, et dans des circonstances variées, ces quatre procédés pour les comparer entre eux.

Il a opéré sur des chevaux, des vaches, des chèvres, des moutons, des chiens et des lapins; en général, il a réussi par tous les procédés et, dans un très-petit nombre d'insuccès, l'hémorrhagie consécutive dépendait toujours de causes étrangères à l'opération. Il a aussi fait quelques torsions sur des cadavres d'hommes, examiné la forme qu'affectait le bout d'artère tordu, et fait des injections comparatives pour savoir quelle espèce d'occlusion résistait le mieux à l'effort de la colonne liquide. Toutes les méthodes lui ont paru également sûres; l'injection n'est parvenue à se frayer une issue dans aucune. Il a fait l'autopsie des animaux soumis à ses expériences à des époques variées selon le jour de l'opération; quelquefois il a trouvé les tuniques internes irrégulièrement décbirées et froncées; d'autres fois contournées en limace et offrant un petit cône durci; souvent elles étaient coupées nettes et seulement coiffées par la tunique externe, qui formait au-devant de leur extrémité béante un petit capuchon conique.

Dans les troisième et quatrième méthodes, le bout du vaisseau était toujours un peu renflé avant de se terminer en cône, et les tuniques internes qui constituent ce renflement formaient toujours un cône très-

solide. Dans les seconde et quatrième méthodes, la tunique externe est lésée dans le point où elle a souffert la pression de la pince n° 2, ce qui dans certaines circonstances pourrait exposer à sa rupture.

Les caillots de sang et l'exsudation de lymphe plastique se rencontrent également dans toutes les méthodes.

Dans la première méthode, le bouchon sanguin se prolonge plus avant vers le cœur; généralement il aboutit jusqu'à la première tranche collatérale. Si les tuniques internes se fendent dans leur longueur par l'effet de la simple torsion, le sang distend la tunique externe le long de cette fente, et expose par conséquent à une espèce d'anévrisme faux consécutif. Lorsque les tuniques internes sont refoulées vers le cœur, comme cela arrive dans les troisième et quatrième méthodes, l'exsudation et l'adhésion de la lymphe entre ces tissus comprimés paraissent plus promptes. Toutes ces méthodes de torsion sont bonnes; la première est sans contredit la plus simple et la plus facile. La troisième offre le plus de sécurité, mais elle est plus compliquée et d'une exécution plus difficile.

La deuxième et la quatrième ont l'inconvénient d'érailler la tunique externe, mais elles ont l'avantage de limiter la torsion dans l'intérieur des chairs.

M. Bamberger insiste beaucoup sur le choix des pinces, mais ce choix ne nous paraît pas mériter une si grande importance; si on arrache une portion du bout tordu, la fermeture est plus nette, et on ne laisse pas de corps étrangers dans la plaie, avantage essentiel dans la torsion, et par lequel elle mérite la préférence sur la ligature et l'aplatissement. Nous n'entrons pas dans tous les détails de l'auteur sur les expériences qu'il a tentées, ni sur la description des instrumens qu'il adopte et ceux qu'il rejette; nous ne nous occuperons pas non plus de la critique qu'il fait du crochet, des pinces de MM. Amussat, Schræder, Rust, etc.; comme l'auteur nous promet sous peu un autre travail sur la torsion pratiquée chez l'homme vivant, nous aurons occasion de revenir sur toutes ces matières.

II. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Ce journal, dont le rédacteur en chef est M. le docteur Casper, de Berlin, paraît tous les vendredis de chaque semaine : voici l'analyse de quelques-uns des meilleurs articles que nous y avons rencontrés.

LA CONCEPTION SANS COÏT EST-ELLE POSSIBLE?

Sous ce titre la rédaction du journal hebdomadaire de Berlin publie un mémoire tiré des manuscrits de feu le professeur Heim, renfermant sept observations dont le but est de résoudre d'une manière affirmative la question posée plus haut.

Ce sujet est sans contredit d'une importance majeure, tant sous le rapport de la physiologie, que sous celui de la médecine légale.

Les exemples de grossesse avec intégrité de la membrane hymen sont incontestables; le célèbre Heim, dont le nom est vénéré et est d'une autorité puissante en Allemagne, a même recueilli des faits où la conception eu lieu quoique la liqueur spermatique n'eût été projetée qu'à l'entrée ou devant l'orifice du vagin. On pourrait encore le concevoir en expliquant la fécondation de l'ovule par l'émanation de l'*aura seminalis*; mais Heim va plus loin encore, et admet la possibilité de la fécondation par la simple aspersion du bas-ventre par la liqueur spermatique. Il cite à l'appui de son opinion quatre observations recueillies dans sa propre pratique, et trois autres tirées des manuscrits de feu Ribke, professeur d'accouchemens, qui, selon lui, ne laissent plus aucun doute sur la possibilité du fait qu'il avance. Nous avouerons que la lecture des sept observations rapportées dans ce mémoire, ne nous a point laissé dans l'esprit le même degré de conviction qui paraît animer l'auteur; mais en pouvait-il être autrement? cette conviction chez le célèbre Heim n'a-t-elle pas été en raison de la confiance qu'il a pu accorder aux personnes qui font le sujet de ses observations? C'est une conviction purement morale qui lui était acquise, mais qui doit manquer à qui ne peut avoir la même foi dans la véracité des personnes dont Heim rapporte l'histoire.

Les faits ne sont donc d'aucune importance par eux-mêmes; ils n'en acquièrent que par le nom des deux hommes célèbres qui les ont publiés, et qui jouissent encore aujourd'hui chez nos voisins d'outre-Rhin d'une confiance et d'un crédit sans bornes. Cette dernière considération nous a seule engagés à nous arrêter à cette question si délicate et longtemps encore irrésolue, sur laquelle nous appelons l'attention des accoucheurs et médecins légistes français.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE AVEC EXPULSION DES PARTIES DU FOETUS PAR L'ANUS APRÈS PRÈS DE HUIT ANNÉES, par le docteur COHEN, de Posen.

Les cas de grossesse extra-utérine sont tellement rares, et d'un si puissant intérêt, que nous croyons devoir rapporter dans tous ses détails l'observation suivante, recueillie par le docteur Cohen; elle nous a paru remarquable, surtout par les ressources vraiment extraordinaires qu'a su se créer la nature pour arriver à une fin heureuse, et parce que la femme pendant la durée du séjour du fœtus mort dans la cavité abdominale, durée qui a été de huit années, a accouché deux fois et naturellement d'enfans bien constitués et actuellement encore vivans.

OBS. — St..., âgée de 38 ans, régulièrement menstruée depuis l'âge de 14, mariée à 17, mère au bout de trois ans de deux filles dont la naissance se fit naturellement et avec facilité, éprouva il y a onze ans, à la suite d'une violence externe, une métrorrhagie douloureuse qui dura pendant trois mois. Trois ans après (novembre 1825), les règles se supprimèrent; il survint une constipation opiniâtre et douloureuse; la douleur se faisait sentir dans la région hypogastrique gauche et devenait très-intense pendant les efforts de la garde-robe. En janvier 1826, cette femme étant allée à la selle, ressentit tout à coup, sans autre cause que les efforts de la défécation, une douleur si violente dans le bas ventre, qu'elle tomba en faiblesse et fut transportée en cet état dans son lit. Une semblable lipothymie se répéta le lendemain dans les mêmes circonstances. On facilita les selles au moyen de l'huile de ricin.

En février (quatrième mois après la suppression des règles), le ventre avait pris le développement de celui d'une femme au neuvième mois de la gestation.

A peu près six semaines après, la malade ayant mangé d'un gâteau un peu gras, fut prise de vomissemens opiniâtres qui durèrent trois fois vingt-quatre heures, s'accompagnant de constipation et se composant vers la fin de matières fécales. Ces mêmes vomissemens se renouvelèrent deux mois plus tard, pendant l'espace de vingt-quatre heures, s'accompagnant cette fois de hoquets très-fatigans; ils cessèrent dès qu'on eut réussi à provoquer une selle abondante.

Dans l'intervalle de ces deux vomissemens, la mère dit avoir senti au côté droit les mouvemens du fœtus qu'elle n'a plus éprouvés après le dernier accès. Depuis cette époque, la santé se rétablit un peu, mais il resta de la faiblesse, et de la tension et de la sensibilité au bas-ventre.

En juillet, neuf mois après la disparition des règles, celles-ci se remontrèrent, s'accompagnant comme de douleurs de l'enfantement; la malade crut qu'elle allait accoucher. Une sage-femme l'ayant examinée, sentit à travers les parois du vagin des parties arrondies du fœtus; mais elle ne put déterminer si l'enfant se trouvait dans la matrice ou dans la cavité abdominale. Cependant les douleurs s'apaisèrent sans qu'il se fit d'accouchement. La menstruation reprit son cours régulier; le sang, il est vrai, en était d'un rouge brun, filant, visqueux, jusqu'au mois de novembre où il reprit sa couleur et sa consistance naturelles, et sans que son apparition s'accompagnât de douleur ni de leucorrhée.

L'abdomen resta volumineux et on sentit une tumeur dure, du volume d'une tête d'enfant, dans la *cavité iliaque gauche*, qui continua à être douloureuse.

Deux ans plus tard, il survint une fièvre muqueuse qui prit vers la fin le caractère d'une fièvre lente, avec tuméfaction œdémateuse du corps; elle dura trois mois, puis la malade se rétablit.

Devenue veuve bientôt après, elle se remaria en 1830 et devient de nouveau enceinte. La douleur du côte gauche n'avait point disparu cependant. La grossesse se passa heureusement et se termina d'une manière régulière par la naissance d'une petite-fille que la mère allaita elle-même; le premier enfant était encore à la mamelle, qu'il se déclara une nouvelle grossesse, qui se termina, comme la précédente, sans aucun accident, par la naissance d'un enfant également du sexe féminin.

Cependant le surlendemain, à la suite d'un refroidissement, des douleurs se firent sentir dans le bas-ventre, qui se tuméfia, s'accompagnant de selles diarrhéiques de matières grisâtres et de tenesme de la vessie.

A ces accidens succédèrent, provoquées par un écart de régime, des douleurs dans les reins qui s'étendaient jusqu'à l'os ischion gauche avec un sentiment de picotement très incommode, comme d'épingles, à la partie supérieure du rectum, surtout quand la malade voulait s'asseoir. En pressant sur le bas-ventre ou sur la région inguinale, la douleur se propageait depuis l'os ischion gauche transversalement jusqu'au pubis. Il n'y avait jamais, à proprement parler, de selles, mais seulement une sorte d'excrétion diarrhéique d'un mucus gris jaunâtre, d'une odeur putride très-prononcée, ne dépassant pas la quantité d'une cuillerée ordinaire. La faiblesse allait toujours en augmentant; la maigreur devenait extrême, et il commençait à se montrer comme un mouvement de fièvre hectique. Cependant, par suite de sa forte organisation, la malade parvint encore cette fois-ci à recouvrer une partie de sa santé, qui resta néanmoins très délicate. Au mois de mai 1833, les douleurs dans la région lombaire, dans la région hypogastrique gauche et dans le rectum se ranimèrent de nouveau, et s'accompagnèrent d'une véritable fièvre lente avec double exacerbation par jour. La même excrétion d'une mucosité putride se reproduisit de dix à vingt fois dans une journée, avec un fort dégagement de gaz. La malade était du reste constipée, et ne supportait que peu de nourriture, qui aggravait chaque fois les douleurs. L'excrétion d'un liquide ichoreux par l'anus continua pendant quelque temps, et forçait parfois la malade à se lever sept à huit fois pendant la nuit.

Comme la malade avait accouché deux fois et naturellement depuis l'époque où avaient commencé ses souffrances, et que l'exploration, soit par le vagin, soit par le rectum, n'avait conduit à aucun résultat certain, l'idée de la présence d'un fœtus extra-utérin avait été entièrement abandonnée; le diagnostic devait donc paraître extrêmement obscur, surtout pour le médecin, qui jusqu'alors n'avait été instruit d'aucune des circonstances précédentes. La malade fut donc traitée dans cet intervalle pour différentes affections du bas-ventre, avec des alternatives d'aggravation et de mieux-être.

Enfin, dans les derniers jours de septembre 1833, on trouva pour la première

fois, dans une selle de consistance pultacée, un petit os long assez semblable au corps de l'humérus; un pareil os fut rendu par les selles au mois de novembre. Cependant la menstruation s'était supprimée depuis neuf mois, et les selles étaient tellement rares qu'elles n'avaient lieu que tous les huit à quinze jours, et encore à l'aide d'évacuans. Il est à remarquer que l'appétit persista. Vers la fin de décembre, la malade rendit en trois selles différens os, un humérus, deux petites côtes et un fémur. Seulement alors, le docteur Cohen apprit tout ce qui avait précédé et qui pouvait conduire à admettre la présence d'un fœtus extra-utérin. Il se fit donc montrer ces os, qu'il reconnut pour être ceux d'un fœtus de six mois; ils étaient macérés, d'une couleur brune noirâtre, et dégarnis de leurs épiphyses, qui avaient été résorbées.

Dans la première dixaine de janvier 1834, la malade rejeta successivement par les selles, et au milieu de grandes douleurs, six os, dont une portion basilaire de l'occipital, le manche du sternum, une petite lamelle d'un os du crâne et deux dents encore informes.

Le 11, on trouva dans les selles sept nouveaux os, qui se composaient en partie de lames de vertèbres, en partie d'osselets du carpe.

Le 13, deux autres os qui ont été perdus; le même jour, réapparition des règles s'accompagnant de grandes douleurs semblables aux maux de l'enfantement, au milieu desquelles il s'échappa par le vagin une masse spongieuse, membraneuse, légère, comme l'œuf d'un fœtus de six semaines; la malade avoua que, quoiqu'elle en ressentît plus de souffrance que de volupté, elle n'avait pu se soustraire aux embrassemens de son mari; l'écoulement lochial dura neuf jours. La santé ne tarda point à se rétablir de nouveau, et il n'y eut plus d'accident jusqu'au 2 février. La constipation persista; cependant il s'écoula encore par l'anus du même liquide ichoreux, et une fois il sortit une petite côte avec beaucoup de douleur.

Dans la nuit du 1er au 2 février, il survint tout à coup un ténesme très-violent, s'accompagnant d'une sensation de pression à l'anus et au bas-ventre; de telle sorte que la malade fut obligée de prendre une position accroupie sur deux chaises; les jambes fléchies sur les cuisses, les talons rapprochés des fesses et l'anus faisant saillie au dehors, on apercevait des tumeurs hémorrhoïdaires et un suintement de sang. Ce n'est qu'avec grand' peine qu'on put extraire deux côtes et une omoplate. En explorant le rectum, on sentit à 1 pouce et demi de l'orifice un os large, qu'au toucher on prit pour un pariétal, et qui était situé de manière à obstruer le passage. Les premières tentatives faites, soit avec le doigt, soit avec une pince, le gorgeret ou tout autre instrument, furent infructueuses, et occasionèrent de très-vives douleurs; plus tard, on essaya de saisir d'abord, puis de diviser cet os avec les ciseaux de Richter ou de Cooper, mais chaque fois il ne s'en échappait ou on n'en obtenait que de petits fragmens. Enfin, on réussit à introduire le doigt indicateur de la main gauche derrière la surface convexe de l'os, tandis qu'on put de la main droite porter un gorgeret au-delà de son bord supérieur, de manière à le faire descendre et faire regarder sa face convexe vers le sacrum et sa concavité en avant. Dans cette concavité se trouvait une foule de petits os, les portions pétreuses des deux temporaux, une portion écailleuse, plusieurs côtes, une portion d'os plat légèrement convexe, comme une partie du temporal ou la portion occipitale de l'occipital, plusieurs fragmens de vertèbres, un os maxillaire supérieur et un maxillaire inférieur, et les deux portions condyliennes de l'occipital; on parvint à extraire tous ces fragmens osseux, non sans irriter et faire saigner le rectum. Après cette opération, la malade put se recoucher et prendre une position plus convenable. Les deux jours suivans furent assez tranquilles; cependant le rectum et toute la région périnéale se tuméfièrent considérablement et devinrent très-douloureux; en outre, la malade accusait dans toute l'étendue du rectum une sensation de déchirure facile à expliquer. Les deuxième et troisième jours, il sortit encore un os zygomatique, une dent molaire informe, trois petites vertèbres, un tibia et plusieurs osselets, comme du tarse ou du carpe; les jours suivans, on trouva dans les selles le corps du sphénoïde, les deux autres os maxillaires supérieur et inférieur, une grande aile sphénoïdale, et nombre de petits os du carpe, du métacarpe, du tarse et du métatarse.

Le 9, la position transversale qu'occupait depuis huit jours dans le rectum l'os que l'on prenait toujours pour un pariétal n'avait pas changé; mais comme le gonflement avait disparu, on tenta de nouveau et on réussit à le briser en trois portions et à l'extraire ainsi du rectum à l'aide d'une pince à polype; on reconnut alors qu'on avait eu affaire non à un pariétal, mais à la portion occipitale de l'occipital; on enleva en même temps une grande côte. La malade rendit alors par les selles, à plusieurs reprises, une grande quantité de matières excrémentitielles liquides, au milieu desquelles nageaient des masses plus fermes, minces, oblongues, sanieuses, paraissant être le détritus de muscles réduits en putrilage. Il survint quelque temps de repos, mais le lendemain le ventre se ballonna, devint tendu, douloureux au-delà de l'ombilic; la douleur au rectum avait entièrement cessé; mais elle se faisait encore un peu sentir supérieurement dans les lombes; dans l'après-dîner, il survint avec du ténesme une hémorrhagie par le rectum d'un sang rouge vif, de 6 à 8 onces, qui se coagula aussitôt; hémorrhagie suivie de faiblesse; une mixture d'acide sulfurique dans une potion mucilagineuse prévient les autres écoulemens de sang. La malade se remet un peu et peut se lever; son aspect devient meilleur, mais les selles sont toujours rares, malgré l'emploi de l'huile de ricin et de l'aloès. A la place de matières stercorales, il s'écoule fréquemment par l'anus, avec ténesme et douleur, un pus fétide d'un gris clair jaunâtre, gluant, qui est rendu par cuillerée à la fois; avec l'expulsion d'une côte, la malade rend de nouveau une masse gélatiniforme, gluante, assez semblable à une masse musculaire dégénérée.

Le 24 février, cette femme a depuis quinze jours une première selle, douloureuse, obtenue avec beaucoup de ténesme et d'efforts; il semble que les matières et les vents poussés jusqu'au colon soient arrêtés là par un obstacle qui paraît être un os, mais qu'on ne peut atteindre avec le doigt.

Le 2 mars, nouvelle selle très-abondante, douloureuse, provoquée par l'huile de croton, avec laquelle sont rendus douze os divers, dont la portion écailleuse de l'autre temporal, l'autre fémur et des fragmens d'os planes.

Il ne survient plus de selle que le 12, malgré l'emploi continué des évacuans. Ce jour et le 15 partent quelques nouveaux os, parmi lesquels plusieurs côtes et vertèbres, un humérus, un tibia, la seconde aile du sphénoïde, une clavicule, l'autre os zygomatique, un pubis et un os iliaque.

Le 17 mars, la scène du 2 février se renouvelle. Cette fois-ci encore un os large vient s'enclaver dans le rectum et occasione beaucoup de douleur. On ne peut l'extraire qu'après l'avoir brisé avec la pierre, non sans grande difficulté; on le reconnaît pour l'autre moitié de l'occipital.

Vers la fin d'avril, la malade ayant eu l'imprudence d'aller en voiture, en éprouva des douleurs profondes du bas-ventre, d'une violence telle que pendant huit jours le sommeil et l'appétit disparurent; l'émaciation et la perte des forces étaient devenues extrêmes; le ventre paraissait vide et mou, mais très-sensible à la région inguinale gauche. En touchant par le vagin, on reconnut une antéversion de la matrice; cet organe était tuméfié, sensible; son fond appuyait sur la vessie; le col se dirigeait vers le rectum. Rétention d'urine complète avec spasme apparent de la vessie; chaque selle était précédée de l'excrétion d'une masse grisâtre, gélatineuse, fétide, comme fangeuse; la douleur était extrême, la fièvre continue.

Le 1er mai, l'exploration par le rectum fit découvrir à une hauteur de 6 pouces, vers le côté droit, plusieurs grands os du crâne apposés les uns contre les autres, et se regardant par leurs surfaces concaves. Après plusieurs tentatives infructueuses, on réussit le 15 mai à briser cet os en deux fragmens et à les extraire, non sans beaucoup de douleur et sans une hémorrhagie assez forte. C'étaient les deux os frontaux et le second pariétal.

A partir de cette époque, la malade n'a plus rendu d'os, et sa santé s'est parfaitement rétablie.

Plusieurs os ont été perdus; d'autres ont peut-être été expulsés sans que la malade s'en fût aperçue. Ceux que M. Cohen a pu réunir sont : « 4 grands et » 2 petits os cylindriques, 11 côtes, 2 clavicules, 2 omoplates, le manche du » sternum, 7 os des métacarpes et des métatarses, 15 des tarses et des carpes, 31 » fragmens de vertèbres, 2 os frontaux, les portions pétreuses et écailleuses des » 2 temporaux, les anneaux auditifs, les portions basilaire et occipitale et les » 2 parties condyloïdiennes de l'occipital, le corps et les 3 grandes ailes du » sphénoïde, les 2 os maxillaires supérieurs et inférieurs, les 2 os pariétaux, les » 2 os palatins, le vomer, les 2 os zygomatiques, plusieurs dents non encore » développées, un os iliaque, et enfin un os de forme indéterminée. »

Ces différens os étaient complètement macérés et dépourvus de leurs épiphyses; leur couleur était brune; chez plusieurs noirâtre; quelques-uns avaient conservé leur couleur blanche; ils étaient tous assez bien conservés, excepté l'ilion, qui, à raison de sa structure spongieuse, était comme érodé. D'après toutes les apparences, ils devaient avoir appartenu à un fœtus de six mois.

A côté de ce fait extrêmement remarquable, on peut ranger celui qui a été inséré dans le *Journal de Hufeland*, dans le courant de l'année 1834. Un autre cas, qui se rapproche encore davantage de celui que nous venons de décrire, a été publié par Bœnisch dans un journal de Dresde intitulé : *Zeitschrift für Natur-und-Heilkunde*. Ici aussi, la femme devint de nouveau et régulièrement enceinte pendant le cours de la grossesse extra-utérine, et accoucha sans accident. Le *fœtus extra-utérin* demeura pendant six ans dans le ventre de sa mère, et fut extrait par le vagin, par pièces et morceaux, dans l'espace de cent vingt jours, au moyen de pinces et de crochets mousses.

FUNGUS MÉDULLAIRE DU PANCRÉAS ET DES ORGANES VOISINS; par le docteur MUHRY.

Malgré les excellens travaux sur le pancréas et ses maladies, parmi lesquels nous recommandons surtout à nos lecteurs l'excellente dissertation de M. le docteur Bécourt (Strasbourg, 1830), il n'existe guère d'affections chroniques où le diagnostic soit si difficile à établir. Le plus souvent cette maladie n'est révélée que par l'autopsie, masquée qu'elle est la plupart du temps par des symptômes plus tranchés d'une maladie simultanée de l'estomac, ainsi que l'observation suivante nous en fournit un nouvel exemple.

OBS. — Mans, âgé de 50 ans, soldat, souffrant d'affections cardiaques, était autrefois adonné à la boisson. Il lui restait des crampes d'estomac accompagnées de vomissemens et de dyspepsie, qui disparurent pendant quelques semaines pour revenir plus tard. Cet état durait depuis deux ans, lorsque Mans se présenta à l'observation de M. Mühry, qui nota alors les symptômes suivans : Le malade, autrefois grand, gros et bien portant, était devenu maigre; il accusait une douleur fixe et brûlante dans la région de l'estomac et au dos, accompagnée de vomissemens, et sans soulagement; et dans les derniers six mois, comme la sensation d'une blessure au creux de l'estomac et dans les deux hypocondres, qui se propageait dans le bas-ventre; ventre toujours tendu; peu d'appétit; vomissemens sans saveur après le manger; excrémens de couleur d'argile. Au moyen de l'extrait de Chélidoine avec l'aloës, les vomissemens et les douleurs cessèrent pendant six semaines; ces intermissions se répétèrent quelquefois, mais chaque fois les douleurs redevenaient plus insupportables. Pendant quelque temps le malade ressentit une douleur pongitive dans les épaules, tantôt à droite, tantôt à gauche et dans la région de l'omoplate, et une fois sur la moitié de la clavicule droite; d'autres fois il se plaignait d'un tiraillement continuel de tout le corps, principalement dans le dos, les jambes et les testicules, qui n'étaient pas douloureux au toucher et paraissaient dans un état normal. L'extrait de stramonium à la dose d'un quart de gros put seul le soulager. Petit à petit gonflement des extrémités inférieures, fluctuation dans le bas-ventre, urine trouble et même ictérique; plus tard copieuse et claire, et disparition presque complète du gonflement des extrémités inférieures; toux et oppression. Six semaines avant sa mort, tous les symptômes avaient disparu excepté la sensation douloureuse dans le bas-ventre; mais les

souffrances accompagnées de fièvre revinrent, et la mort eut lieu au bout de six jours.

Autopsie. Les cavités crânienne et pulmonaire à l'état normal, si ce n'est une adhésion entre la plèvre pulmonaire et le diaphragme au côté droit.

Abdomen. Intestins très-distendus de gaz, excepté l'estomac tiré en arrière; foie pâle, mais sain; point de pierres dans la vésicule du fiel; rate normale; fortes adhérences entre le pancréas et la partie postérieure de la petite courbure de l'estomac; dans ce point il existait un trou rond de trois quarts de pouce, bouché par le pancréas malade; le pourtour de la perforation entouré de substance encéphaloïde; dans ce point les membranes de l'estomac étaient épaissies, et la muqueuse rose dans l'étendue d'un demi-pied. Pancréas long d'un demi-pied, montrant à sa surface des nodosités arrondies, blanches, d'une structure encéphaloïde, laissant voir dans ses interstices le tissu glandulaire. La dégénérescence s'étendait le long de la colonne vertébrale jusqu'à l'angle sacro-vertébral, se dirigeant dans le bassin vers le muscle psoas du côté droit. Des tubercules de la grandeur d'un pois jusqu'à celle d'une noix, groupés en masse et tapissés par du tissu cellulaire en forme de membrane, recouvraient le corps des vertèbres, et entouraient les gros vaisseaux et les nerfs.

DE L'EMPLOI DU GUACO PRINCIPALEMENT CONTRE LA GOUTTE, L'ASTHME, LES AFFECTIONS SPASMODIQUES ET AUTRES MALADIES, par M. le professeur OTTO, de Copenhague.

Le guaco, *mikaria guaco*, plante rampante, espèce d'eupatoire, croît le long des fleuves et rivières du Mexique, du Brésil, de Vénézuela et de la Nouvelle-Grenade. Son nom lui vient du cri d'un oiseau le *Halco serpiens*, qui, selon une tradition répandue parmi les Indiens, attire par là les serpens dont il fait sa nourriture; et c'est à l'usage qu'il fait des feuilles du guaco que les indigènes attribuent l'impunité avec laquelle il poursuit ces reptiles venimeux. Aussi cette plante jouit-elle depuis un temps immémorial, parmi les Américains du sud, d'un très-grand crédit comme spécifique de la morsure des serpens.

La GAZETTE MÉDICALE qui a publié tout récemment (18 juillet 1835, n. 29), un article de M. le docteur de Chaniac, sur l'emploi de ce nouveau médicament, est, à notre connaissance, la première qui en ait parlé en France. (GAZETTE MÉDICALE de 1832, p. 726 — 792.) Quelques nouveaux détails que M. le professeur Otto a extraits d'un ouvrage espagnol encore inédit, ne paraîtront peut-être point dénués d'intérêt.

C'est en 1788 qu'un Indien découvrit à Mutis, botaniste espagnol, la propriété préservatrice du guaco contre la morsure des serpens. Mutis se trouvant à quinze milles de Santa-Fé avec plusieurs amis, fit toucher à un nègre nommé Pio et enlacer impunément autour de son corps un des serpens les plus venimeux; on put s'assurer que les crochets à venin du serpent n'avaient pas été enlevés. Plusieurs des assistans se firent inoculer avec la salive du serpent; l'un d'eux fut même mordu à la main. Le nègre frotta les petites plaies avec les feuilles du guaco et aucun n'eut à souffrir d'accidens consécutifs.

La manière dont les nègres se garantissent, au moyen du guaco, contre la morsure des serpens, est une véritable *inoculation*; ils pratiquent six petites incisions, deux aux mains, deux aux pieds et une de chaque côté de la poitrine; puis ils insinuent le suc fraîchement exprimé des feuilles du guaco; mais il faut que la personne qui doit être inoculée s'administre à l'intérieur deux cuillerées de ce suc, et qu'elle continue à en prendre la même dose, tous les mois, pendant cinq à six jours; sans cette précaution l'inoculation perd sa force et doit être renouvelée.

Préparation du suc du guaco.

On écrase les feuilles et on en exprime le suc à travers un linge; puis on en remplit une bouteille à moitié et on ajoute une même quantité de cognac ou de rhum. On bouche la bouteille et on agite fortement le mélange qu'on laisse ensuite reposer pendant huit jours. Au bout de ce temps il s'est formé un dépôt au fond de la bouteille; le liquide ainsi clarifié est transvasé dans une autre bouteille que l'on bouche hermétiquement; il se conserve ainsi pendant très-long-temps.

Pour l'inoculation on ne peut se servir que du suc pur, et non de celui qui est mêlé au rhum.

Le guaco, comme tout médicament nouveau, a été recommandé contre une foule d'affections diverses. La propriété qu'il a de guérir la morsure de serpens venimeux nous paraît la moins contestable. Le fait que nous avons rapporté plus haut et plusieurs autres observations remarquables consignées dans l'ouvrage espagnol, ne laissent aucun doute à cet égard.

Il guérit également les piqûres de scorpion et l'hydrophobie, et doit même prévenir cette dernière affection.

Le docteur Mendoza rapporte que de quatre nègres mordus par un chien enragé, trois qui employèrent les moyens ordinaires succombèrent, tandis que le quatrième qui fit usage du *suc de guaco* se rétablit.

Une dame Poute de Caraccas et son esclave ayant été mordues un matin par un chien enragé, prirent pendant 40 jours trois cuillerées de ce suc par jour et en frottèrent en même temps les plaies; de cette manière toutes deux échappèrent à l'hydrophobie.

Le mode d'administration du suc de guaco contre les morsures de serpens, de chiens enragés et les piqûres de scorpions est le suivant: on prend aussitôt trois cuillerées de suc pur, et on recouvre en même temps les petites plaies avec un cataplasme de feuilles écrasées. On continue ainsi tous les jours, 40 jours dans le cas de rage, jusqu'à entière guérison. Lorsqu'on n'a que de l'extrait au rhum à sa disposition, on en administre également trois cuillerées, mais en même temps on en humecte les petites plaies.

Les autres maladies contre lesquelles on vante encore l'emploi du guaco, sont: les douleurs arthritiques, la goutte, les convulsions, la ménostasie, les affections du foie et obstructions, le tétanos, le trismus, les crampes de l'estomac, la phthisie pulmonaire, l'asthme, les fièvres intermittentes, l'helminthiasis, les digestions pénibles, la migraine, l'odontalgie, etc.

La simple énumération de ces affections de nature si diverse prouve combien on a exagéré les propriétés médicinales du guaco. Cependant il ne faudrait pas tomber dans un excès contraire, et le rejeter entièrement sans l'avoir soumis à une nouvelle expérimentation. Sa réputation, comme moyen très-efficace contre la morsure d'animaux venimeux lui est justement acquise; nous connaissons aussi les succès remarquables obtenus par le docteur Chabert, de Mexico, contre le choléra. Si maintenant nous nous rappelons les accidens nerveux formidables auxquels donne lieu la morsure de certains serpens, et qu'on observe également dans le cours du choléra, on en conclura avec justesse que le guaco pourra être employé, avec quelque espoir de succès, dans le traitement d'autres affections du système nerveux.

ÉPISIORAPHIE (ἐπίσειον, parties honteuses, ῥαφή, coûture); RÉTRÉCISSEMENT ARTIFICIEL DE LA VULVE; par le docteur FRICKE, de Hambourg.

Nous avons déjà publié, il y a quelques mois, un article sur cette opération; mais aujourd'hui que l'attention des chirurgiens paraît se tourner vers les moyens de guérir radicalement les chutes de matrices, on lira avec d'autant plus d'intérêt les nouveaux détails qui vont suivre, que les procédés mis récemment en usage à Paris n'ont malheureusement pas tenu tout ce qu'ils promettaient. La malade opérée par M. Bérard jeune, montrée par lui à l'Académie de médecine, et dont nous avons publié l'histoire, a vu depuis lors son prolapsus se reproduire entièrement. Par une circonstance assez singulière, et qui donnera encore à cette analyse un intérêt d'actualité, le jour même où paraîtra ce mémoire on annonce la lecture d'un mémoire de M. Fricke sur ce sujet à l'Académie de médecine.

L'épisioraphie, rétrécissement artificiel de la vulve, est une opération qui a pour but de remédier au prolapsus de la matrice dans les cas où cet organe ne peut plus être retenu en place par aucun moyen mécanique. Le docteur Fricke, directeur de la section de chirurgie du grand hôpital de Hambourg, a publié le premier cas de ce genre dans le second volume de ses annales; depuis cette époque, il a répété cette même opération quatre fois, et dans trois cas avec succès. D'Outrepont (1), l'a également recommandée.

L'opération est facile, courte et peu douloureuse; mais le traitement ultérieur exige beaucoup de soins; la plus grande propreté doit être observée dans le pansement de la plaie, si l'on veut éviter le contact toujours nuisible d'une sécrétion mucoso-purulente surabondante, et réunir par première intention. La réunion complète jusqu'au périnée n'a été obtenue qu'une seule fois par M. Fricke; dans les autres cas, il est toujours resté une ouverture plus ou moins grande; cependant, loin que pour cela le but de l'opération soit manqué, l'auteur croit même pouvoir regarder ce manque de réunion complète comme une condition favorable, car l'écoulement du pus et du mucus peut ainsi avoir lieu plus facilement par l'ouverture qui reste inférieurement; les points de suture doivent être enlevés le troisième jour, si à cette époque la réunion des bords de la plaie n'a pas eu lieu, elle ne se fera pas plus tard; il faut alors procéder à un nouveau rafraîchissement de ces mêmes bords. L'emploi de la pierre infernale appliquée à temps est d'une utilité très-grande dans les cas d'une adhésion trop peu ferme des lèvres de la plaie.

L'observation suivante offre un exemple de réussite dans les conditions les plus défavorables.

(1) Neue Zeitschrift für Geburts-Kunde. 2ter Band., 3tes Heft.

Obs. — K. E. Sornsen, de Hambourg, 44 ans, mère de quatre enfans, souffrait depuis sa dernière couche qui avait eu lieu quatre ans auparavant d'une manière prompte et facile, d'une chute de la matrice. Une tumeur volumineuse, cylindrique, se rétrécissant vers son extrémité inférieure, d'un rouge pâle, pendait entre les cuisses, au devant des parties génitales externes. A l'extrémité inférieure on apercevait l'orifice de la matrice, par lequel suintait une mucosité sanguinolente; on pouvait faire pénétrer par ce même orifice une sonde à un quart de pouce dans l'organe utérin. Son fond était adhérent aux parois internes des grandes lèvres, de manière à ne pouvoir y passer le doigt. La tumeur était indolente, avait neuf pouces et demi dans sa grande circonférence, et quatre dans sa plus petite.

On ne pouvait méconnaître une chute de la matrice et du vagin. La démarche était naturellement difficile; les parties voisines, excoriées par le frottement, très-douloureuses; les selles, rares, n'avaient lieu que tous les deux à trois jours, et le plus souvent seulement à la suite de lavemens; l'excrétion des urines, quoique difficile, se faisait cependant spontanément.

On pouvait facilement réduire la tumeur lorsque la malade était couchée; mais dès qu'elle se remettait debout, la matrice ressortait aussitôt. Quand elle était replacée dans la cavité pelvienne, les parties génitales externes apparaissaient dans une amplitude telle, qu'on pouvait facilement introduire la main fermée dans le vagin. La muqueuse vaginale était extraordinairement lâche et distendue.

La condition de la malade qui était une femme de peine, et l'état des parties, ne permettaient point de penser à l'application d'un moyen mécanique; on recourut donc à l'opération, quoique l'extrême dilatation et le relâchement considérable des membres fussent une condition très-défavorable à sa réussite.

La malade placée sur une table d'opération, le sacrum élevé et les cuisses rapprochées du bas-ventre comme pour la taille, l'opérateur fit, avec un bistouri pointu, aux grandes lèvres de chaque côté, un lambeau d'un demi-pouce de long et de deux lignes à peu près de large; les incisions formèrent de cette façon une sorte de V, dont l'extrémité fermée était dirigée vers l'angle périnéal. Pendant ce temps de l'opération, un aide retenait le vagin qui faisait saillie au dehors; on réunit ensuite les bords ainsi rafraîchis des grandes lèvres par treize points de suture, après avoir préalablement introduit une éponge molle, taillée en forme de cône, dans le vagin. Les cuisses furent plus tard fortement rapprochées l'une contre l'autre, et maintenues dans cette position au moyen de liens. L'orifice du vagin ainsi rétréci n'avait plus qu'un pouce de diamètre longitudinal.

Après l'opération, qui fut prompte et peu douloureuse, la malade fut couchée avec précaution sur le côté droit. Depuis ce moment jusqu'à la guérison complète, l'urine fut constamment évacuée au moyen d'une sonde élastique.

Premier jour après l'opération. Fièvre traumatique légère; douleur peu vive; suppuration de la plaie modérée; on fait avec précaution des injections d'eau tiède.

Deuxième jour. Un peu de gonflement au pourtour de la plaie; suppuration plus abondante; les sutures sont enlevées, sans faire écarter les cuisses à la malade; la partie supérieure et antérieure de la plaie est réunie par première intention; la partie inférieure et postérieure s'entr'ouvre de nouveau au moment où on ôte les fils. Il s'écoule un peu de pus sanguinolent. On fait avec une petite seringue des injections avec eau de camomille, une livre, et extrait de saturne, 1 gros.

Troisième et quatrième jours. Les bords inférieurs de la plaie, qui se sont écartés la veille, ont commencé à suppurer et sont devenus un peu flasques; on les enduit d'un peu de teinture de benjoin composée; l'éponge imbibée de pus est extraite avec soin par l'ouverture supérieure du vagin.

Sixième jour. La portion de la plaie qui s'est réunie par première intention, est toujours ferme et solide; jetée d'une grande lèvre à l'autre, elle forme comme un pont qui partage l'ouverture du vagin en deux orifices, l'un supérieur et antérieur plus grand, l'autre inférieur et postérieur plus petit. On humecte l'espèce de pont dont nous venons de parler avec une solution de nitrate d'argent. De petits bourdonnets de charpie sont introduits dans le vagin par l'orifice inférieur. Une selle spontanée.

Huitième jour. La malade, dont la position est devenue très-incommode, est transportée dans un autre lit disposé d'une manière inclinée; les cuisses sont toujours maintenues rapprochées.

Douzième jour. On touche les bords de la plaie avec la pierre infernale; le pont formé par la réunion d'une portion des grandes lèvres est entouré avec précaution de fils de charpie.

Seizième et vingtième jours. La partie de la plaie réunie par première intention est toujours ferme et solide; l'autre partie, dont les bords sont restés écartés, a commencé à se cicatriser. Le 20, la cicatrice est presque complète; il ne reste plus que tout en bas une petite ouverture qui continue à suppurer.

Vingt-sixième jour. Cicatrice entière de toute l'étendue de la plaie; le petit pont jeté d'une grande lèvre à l'autre présente 5 lignes de largeur et 5 lignes de longueur en avant, et 6 en arrière; on enlève les liens autour des cuisses; on permet à la malade d'écarter ces dernières et de prendre une position plus convenable; elle ne se lève cependant qu'au bout de la quatrième semaine. L'ouverture vaginale est, comme nous avons dit, partagée en deux orifices, l'un antérieur, vers le pubis, d'un pouce de diamètre longitudinal; l'autre postérieur vers le périnée, de 15 lignes, du même diamètre; la matrice et le vagin sont parfaitement maintenus en place, et la femme peut, sans aucune incommodité, vaquer à ses travaux.

— Le fait suivant, dont nous n'avons pas besoin de relever l'importance, appartient à une de nos revues antérieures.

OBSERVATION D'UN CROUP SANS TOUX, par le docteur MICHAELIS.

Obs. — Au mois de février 1831, à dix heures du matin, M. le docteur Michaelis fut appelé chez un enfant de 4 à 5 ans, robuste, qui la veille se portait encore très-bien; l'enfant, ordinairement causeur et gai, était couché sur le dos, indifférent, ne prononçant aucune parole, et sur sa figure on remarquait une expression de douleur. Il répondait à peine aux questions avec quelques mouvemens de tête. Après un examen attentif, on ne put découvrir qu'un trouble dans la respiration; point de douleur de tête ni du bas-ventre. Dans la supposition d'une inflammation intense du poumon, on prescrivit des sangsues à la poitrine, du sel ammoniac et du tartre stibié à dose réfractée. A cinq heures du soir, difficulté de la respiration si grande, qu'on craignait une mort prochaine. Decubitus dorsal, immobile; tête un peu renversée; bras largement étendus sur le lit, formant un angle aigu avec le reste du corps. L'enfant n'a pas encore toussé une seule fois (il est douteux s'il a été enroué auparavant).

Dans cet état de choses, M. Michaelis, après bien des réflexions, s'arrêta à l'idée d'un croup sans toux, phénomène pathologique extrêmement rare. Après avoir engagé inutilement l'enfant à tousser, il lui fit respirer des vapeurs de vinaigre fortement chauffé. A peine avait-il fait quelques aspirations, qu'il commença à tousser. Cette toux avait tellement le caractère distinctif du croup, qu'une femme qui était présente s'écria avec étonnement : Ne serait-ce donc pas le croup? On prescrivit au petit malade un vomitif qui lui fit rendre une quantité de glaires et des substances sur la nature membraneuse desquelles on ne pouvait pas se méprendre. La respiration devint plus facile, et l'enfant rapprocha ses bras du corps. (Sangsues au cou, calomel et soufre doré d'antimoine, qui produisirent quelques selles.) Nuit bonne. Quelques quintes de toux avec expectoration facile, gluante; respiration bonne sans bruit particulier; sueur générale; urine naturelle avec un seul flocon léger. L'enfant ne répondait pas encore aux questions du médecin, quoiqu'il eût parlé à sa mère. Continuation des poudres, puis le soufre doré d'antimoine seul, et enfin le sénéga. Guérison complète le cinquième jour, sans récidive.

M. Michaelis, qui ne connaissait de l'existence d'un croup sans toux que ce qu'en a dit le célèbre Heim, fait remarquer que cette observation est unique dans la science, en ce que la toux, regardée par tous les auteurs comme signe pathognomonique, a été provoquée d'une manière artificielle; dans les cas cités par Heim, l'existence du croup n'a été reconnue que par l'autopsie, vu que la toux manquait pendant tout le cours de la maladie.

Heim, dans un travail qu'il a publié sur la nature et sur le traitement du croup, Berlin, 1810, dit à ce sujet, pag. 8 : « Un médecin » expérimenté peut méconnaître cette maladie; il y a peu de temps, il » est mort à Berlin de cette affection un enfant de deux ans qui, au » commencement de la maladie, était enroué, et par conséquent n'a» vait *jamais eu une voix claire*. Ce n'est que deux jours avant sa » mort que j'ai reconnu la maladie, et principalement à la circonstance » que l'enfant tenait continuellement sa tête en arrière (1). Tout secours » venait trop tard. » Pag. 15 : « Il existe des catarrhes sans enroue» ment proprement dit; celui-ci n'est souvent que très-médiocre dans » le croup; car devient-il fort, le malade *ne peut rendre le son ca» ractéristique connu.* » Pag. 19 : « Si la voix manque, on peut fa» cilement se tromper. J'avoue franchement m'être trompé plus d'une » fois. »

Ces citations ne laissent plus de doute sur l'existence d'un croup sans toux, et il est assez étonnant, quoique le travail de Heim soit bien connu, qu'aucun auteur n'en ait fait mention. Pour honorer la mémoire de ce célèbre médecin, M. Michaelis propose d'appeler à l'avenir cette maladie *angina membranacea occulta Heimi.*

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE.

RÉCLAMATION AU SUJET DE L'APPLICATION DU CHLORURE D'OXIDE DE SODIUM DANS LES MALADIES INTERMITTENTES.

Deux médecins, MM. Munaret et Lalesque, avaient adressé à l'Académie, pour le concours des prix Monthyon, chacun un mémoire sur l'efficacité du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes; tous deux réclament à la priorité de la découverte et se la disputent. Le docteur Roche, dans une lettre qu'il a adressée à l'Académie, prétend qu'ils n'y ont droit ni l'un ni l'autre, et que c'est lui-même qui est l'auteur de la découverte. En effet, il avait exposé dans le *Journal universel et hebdomadaire* et dans la troisième édition du *Traité de médecine et de chirurgie*, qu'il a publié avec M. Sanson, une théorie nouvelle des fièvres intermittentes, de laquelle il déduisait l'utilité des chlorures dans ces maladies, et cela dès les premiers jours de septembre 1833. Or, M. Lalesque, le premier en date de ces deux messieurs, n'a fait et publié sa première expérience, qu'un mois après que M. Roche avait donné le conseil de la tenter.

NOUVEL EXEMPLE D'HOMME PRÉTENDU FOSSILE.

Dans une lettre écrite à M. Arago, et communiquée par ce dernier à l'Académie, M. Bernard annonce qu'on a trouvé à la grotte de Gigny, entre Bourg et Lons-le-Saunier, des ossemens qu'on décore du titre d'*homme fossile*, et que ces pièces ont été envoyées à Paris pour y être examinées. Il est en effet arrivé une tête d'homme qui a été vue par MM. Cordier, Flourens et Duméril; mais ces naturalistes n'y ont rien aperçu qui puisse la faire considérer comme fossile; tout à côté on a trouvé du charbon et des cendres, et il n'y avait pas d'ossemens d'ani-

(1) Ce symptôme, regardé par Heim comme caractéristique, était aussi très-prononcé dans le cas présent. (N. du R.)

maux antédiluviens dans son voisinage ; elle était dans les mêmes conditions où l'on a déjà trouvé d'autres ossemens humains qu'on a pris pour des fossiles. Ils les regardent donc comme une incrustation d'une tête humaine qui aura été enfouie dans la grotte de Gigny comme si elle eût été dans une catacombe.

DÉVELOPPEMENT DE L'OEUF HUMAIN. — RÉPONSE DE M. COSTE A M. VELPEAU.

Dans sa dernière séance l'Académie avait entendu la lecture d'une lettre renfermant plusieurs assertions par lesquelles M. Velpeau repoussait les faits dont M. Coste se sert pour établir une analogie entre le développement de l'œuf humain et celui des mammifères. La réponse de M. Coste ne s'est pas fait attendre. M. Magendie s'est d'abord opposé à ce qu'on en fît la lecture, parce que la discussion s'était engagée entre les deux anatomistes dans des termes peu académiques, qu'elle durerait éternellement, et qu'il valait mieux la soumettre à la commission qui avait déjà examiné les travaux de M. Coste. Mais M. Dupin a fait observer que M. Magendie aurait dû former opposition plus tôt, que la lettre de M. Velpeau ayant été lue et étant un peu verte, il convenait de ne pas laisser M. Coste sous le coup de l'accusation portée contre lui, et de lui accorder la faculté de donner la publicité à sa défense par la même voie par laquelle l'attaque avait été dirigée. A ce motif, M. Arago en a joint un autre : c'est qu'aucune lettre adressée à l'Académie ne peut être lue en séance, si ce n'est sur la demande d'un membre qui en a pris connaissance, et que cette lecture préalable doit être une garantie suffisante de la convenance du ton qui y règne ; or, M. Frédéric Cuvier avait demandé la lecture de la lettre en question.

Dans sa réponse, M. Coste fait d'abord remarquer qu'il aurait été plus convenable et peut-être plus prudent d'examiner ses préparations avant de les frapper de réprobation. Il rappelle ensuite qu'en mettant sous les yeux de l'Académie les œufs humains contre lesquels a été dirigée la lettre de M. Velpeau, il a voulu démontrer, contrairement aux assertions de cet anatomiste, que la vésicule érythroïde observée plusieurs fois par M. Pockels, n'est autre chose que l'allantoïde humaine, et que c'est cette allantoïde qui se convertit en cordon ombilical et peut-être aussi en placenta, comme chez les mammifères. Après ces préliminaires, il s'exprime ainsi :

« Tous les anatomistes entendent aujourd'hui par *allantoïde* un prolongement du fœtus qui porte les vaisseaux ombilicaux ; or, le *magma réticulé* de M. Velpeau ne porte jamais les vaisseaux ombilicaux, et, d'après les observations de M. Velpeau lui-même, n'a aucune relation de continuité avec l'embryon ; donc, ce magma réticulé n'est pas une allantoïde, à moins qu'on ne veuille consacrer un abus de langage inouï.

» M. Velpeau affirme que le plus jeune des embryons mis sous les yeux de l'Académie n'est pas dans l'état normal, parce qu'il a son ombilic ouvert. Je proposerai à M. Velpeau, afin d'éviter toute discussion sur ce point, d'examiner avec lui, en présence des commissaires, un des fœtus qu'il possède, et, pourvu que ce fœtus n'ait, comme celui dont il s'agit, qu'une ligne et demie de long, je m'engage à lui montrer un évasement ombilical très-sensible, là où il suppose qu'il n'en existe pas. » En attendant, M. Coste reproduit deux passages du livre de son antagoniste, dans l'un desquels ce dernier avoue que l'artiste n'a peut-être pas rendu toutes les particularités de la surface externe du plus jeune embryon, et dont l'autre est ainsi conçu : « Toutes mes figures ont été prises à l'œil nu, tandis que le docteur Pockels a fait usage du microscope. » On ne peut reprocher, suivant M. Coste, à un observateur de faire usage du microscope, quand il s'agit de représenter tous les détails d'un corps dont le plus grand diamètre n'a qu'une ligne et demie. « D'un autre côté, dit-il, je comprends parfaitement pourquoi, lorsqu'on a négligé l'usage du microscope, on n'est pas bien sûr de l'exactitude d'un dessin, et pourquoi surtout l'évasement ombilical se trouve au nombre des détails oubliés. »

» M. Velpeau prétend que le cordon ombilical existe à toutes les époques de la gestation. Il me suffira, pour faire apprécier la valeur d'une assertion que des faits bien constatés ne permettent pas d'accueillir, de dire qu'elle ne tend à rien de moins qu'à ressusciter la vieille théorie de l'emboîtement des germes, et j'espère qu'après de plus sérieuses réflexions, M. Velpeau reconnaîtra son erreur avec autant de bonne foi qu'il en a mis à placer la vésicule ombilicale hors de la cavité de l'amnios, alors qu'il avait positivement affirmé, contre toute analogie, qu'elle se trouvait dans la cavité même de cette membrane. J'espère aussi que, revenant à une philosophie plus rationnelle, il comprendra que là où l'expérimentation n'est pas possible, l'analogie est le seul moyen de salut. »

L'Académie a renvoyé la lettre de M. Coste à la commission qui avait déjà examiné les faits observés par lui. Cependant M. Serres, qui faisait partie de cette commission, a fait observer que c'était lui imposer un tout autre travail ; qu'il ne s'agissait plus maintenant de vérifier un simple fait de l'ovologie humaine, puisque la polémique s'était engagée non-seulement sur l'ovologie de l'homme, mais encore sur celle des mammifères et des oiseaux, et même sur les méthodes à suivre dans ces recherches. Sur l'observation de M. Serres, on a adjoint M. de Blainville à la commission.

RÉPONSE DE M. THOMPSON A M. VELPEAU.

M. Thomson commence par annoncer qu'ayant vérifié tous les faits avancés par M. Coste, l'amitié qu'il manifeste pour M. Velpeau ne le dispensera pas de répondre à ses assertions. Il a examiné soigneusement toutes les parties de l'embryon qui fait le sujet de la controverse ; il en a mesuré les dimensions, qu'il a comparées avec les dessins de M. Velpeau. Tous ces détails minutieux seront soumis au jugement de l'Académie.

Pour qu'on ne l'accuse pas d'entreprendre une tâche au-dessus de ses forces, M. Thomson annonce que depuis treize ans il n'a cessé d'étudier l'anatomie, le scalpel en main. Trois ans ont été consacrés aux mollusques et autres animaux invertébrés, sous la direction d'anatomistes anglais ; trois années à l'anatomie humaine et comparée, en suivant les dissections du docteur Knox d'Edimbourg, pour lequel il faisait les dessins à la loupe. Plus tard, il a aidé son père à faire l'anatomie des plantes. Il a eu l'occasion d'examiner avec soin tous les œufs conservés dans les musées de Londres et d'Edimbourg.

M. Thomson commence par réduire le nombre des embryons qu'aurait examinés M. Velpeau. « Sur un total de près de 200 produits, dit ce professeur, exa» minés avant la fin du troisième mois, je n'ai rencontré que 30 fois la vésicule » ombilicale dans un état qu'on peut appeler naturel.. » — Mais un simple coup d'œil jeté sur un tableau qu'a dressé M. Thomson, d'après l'ouvrage de M. Velpeau, suffit pour s'assurer que ce dernier n'a donné quelques détails que sur 35 œufs seulement.

Parmi tous ces embryons, M. Velpeau n'en mentionne que 26 avant la fin du troisième mois ; encore il paraît que, de ces 26 œufs, 8 étaient, d'après ses propres notes, plus ou moins altérés ; en sorte qu'il faut réduire à 18 le nombre de ceux où l'on pouvait chercher la vessie allantoïdienne ou ovo-urinaire.

Passant à la détermination de l'âge des embryons, le critique fait observer que M. Velpeau ne donne jamais que des à peu près, excepté pour un seul produit, dont il donne l'histoire très-détaillée comme étant le plus précieux de tous ceux qu'il a examinés. Il provenait d'une fausse-couche d'une dame accoucheuse, déjà mère de six enfans ; et, d'après des renseignemens exacts, M. Velpeau considéra cet embryon comme ayant au plus douze jours. M. Thomson discute une à une les preuves apportées par M. Velpeau à l'appui de son opinion ; ainsi, il ne croit pas que la continuité des règles soit un indice invariable de la non-fécondation ; d'ailleurs, l'embryon peut employer plus de huit jours à traverser la trompe ; enfin, son développement dans la matrice même peut se trouver arrêté par plusieurs genres d'accidens ; et tant qu'on n'aura pas des preuves plus satisfaisantes, l'âge d'un embryon restera toujours inconnu. Les citations suivantes feront voir, du reste, que M. Velpeau a laissé aussi beaucoup de vague dans ses déterminations.

Ainsi, page 25, il parle de 4 œufs, les plus jeunes qu'il ait eu jusque-là l'occasion d'examiner ; et il en fixe les âges, le premier, de 10 à 12 jours ; le deuxième, à 18 jours ; les troisième et quatrième, de 12 à 18 jours. Il admet n'en avoir point observé d'autres entre l'âge de 10 à 18 jours ; et pourtant on lit à la page 27 qu'il a observé un ovule entre 12 à 15 jours. Lequel de ces 4 ovules veut-il indiquer, puisqu'il déclare n'en avoir que 2 de 12 à 18 jours ? A la page 13, il parle encore de trois produits de 10 à 12 jours, et à la page 77, il dit avoir examiné 3 ovules âgés tout au plus de 12 jours. Ainsi, nous le voyons fixant l'âge des *mêmes 3 produits*, tantôt de 10 à 12 jours (p. 13), tantôt à 12 jours (p. 77), puis l'un d'entre eux de 10 à 12 (p. 25), un autre à 12 jours rigoureusement, et 2 autres de 12 à 18 jours, et une autre fois (p. 28) de 12 à 15 jours. Il est donc évident qu'il est lui-même dans la plus grande incertitude sur les âges, et on est obligé de conclure que, faute de pouvoir décider rigoureusement les âges, le professeur les a devinés.

En effet, l'œuf fourni par M. Morisse a, dans le même ouvrage, tantôt cinq semaines (p. 49), tantôt 5 à 6 semaines (p. 40), tantôt 6 à 7 semaines (p. 27). Un troisième œuf donné à M. Velpeau par M. Bernardin a aussi tantôt un peu plus de 2 mois (p. 28), tantôt 6 à 7 semaines (p. 41). Un quatrième œuf, fourni par M. Guillon, est balancé pour l'âge entre 6 à 7 semaines (p. 40), et 7 à 8 semaines (p. 30), et se trouve avoir (p. 28) 3 mois au moins. Un cinquième œuf de M. Fournier se trouve avoir (p. 26) 4 à 5 semaines, et (p. 94) 2 mois. De telles contradictions sont incompréhensibles.

Il résulte de cette analyse que les œufs marqués dans le tableau présenté par M. Thomson, sous les chiffres (1, 2, 3, etc.), en tout 8, n'ont point un âge déterminé dans l'ouvrage de M. Velpeau ; les 4 premiers et le sixième se trouvent parmi les 18 œufs non dégradés, sur les 27 au-dessous de 3 mois cités dans l'ouvrage ; de sorte que cette incertitude élimine encore 5 des 18 œufs, et n'en laisse définitivement que 13 dont l'âge soit arrêté ; et il est probable que l'âge de ces 13 œufs est aussi conjectural que celui des 5 éliminés pour cause d'incertitude.

Si maintenant, dit M. Thomson, nous envisageons le petit nombre des œufs convenables, ou remplissant toutes les conditions nécessaires pour la solution du problème, l'incertitude sur la détermination de leur âge, la base précaire pour cet âge que M. Velpeau a puisée dans les périodes de l'œuf d'une sage-femme, on tirera cette conséquence rigoureuse que les formes attribuées par l'auteur à telle ou telle époque de l'existence embryonnaire ne peuvent point être admises sans nouvelle vérification par les esprits exacts.

M. Thomson passe à l'examen des diverses parties de l'œuf, et soit pour les formes, soit pour les dimensions de ces organes, il fait observer que les descriptions écrites ne s'accordent presque jamais avec les figures, auxquelles M. Velpeau néanmoins renvoie pour combattre les faits avancés par M. Coste. M. Thomson essaie de démontrer en outre que les conclusions tirées par M. Velpeau ne résultent pas nécessairement des exemples qu'il a produits. Ceci regarde principalement la vésicule et le cordon ombilical, l'amnios, le corps de l'embryon et le chorion.

Ainsi M. Velpeau ne parle nullement de la forme du chorion, et ne donne que la dimension d'un seul diamètre de cet organe ; en sorte qu'on serait porté à croire que cet organe est sphérique, conclusion démentie par toutes les observations des auteurs, de M. Coste en particulier, et par les figures même de M. Velpeau.

Relativement aux villosités du chorion, M. Velpeau affirme que jusqu'à la quatrième ou la cinquième semaine, les filamens de cette membrane sont *courts, solides, non ramifiés*. Comment, après cette déclaration si précise, a-t-il laissé dessiner 12 œufs, variant de 10 jours à 5 semaines, avec des villosités si grandes, que plusieurs personnes ont pu les prendre pour une végétation des plus vigoureuses, et que la loupe a encore grossies.

M. Velpeau, en parlant du cordon ombilical, fait observer que, « fondés sur » de fausses analogies, des données hypothétiques ou des observations inexac» tes, les auteurs ont avancé que le cordon ne commençait à se dessiner qu'a» près le premier mois de la gestation. Les embryons les plus jeunes que j'ai dis» séqués avaient un cordon ombilical. J'en conserve plusieurs de 15 jours ou 3 » semaines, qui n'ont que 3 à 4 lignes de dimension, et chez lesquels il existe » déjà. En m'appuyant sur des faits nombreux, je crois même pouvoir établir » en règle générale, qu'à toutes les époques du développement de l'œuf, la lon» gueur du cordon est à peu près égale à celle du fœtus, si elle ne la dépasse un » peu. »

Maintenant, si l'on recourt aux dessins de l'auteur, dessins faits au compas avec beaucoup de soin par M. Chazal, on trouvera qu'un embryon de 3 lignes

et demie a un cordon d'une ligne et demie; qu'un autre de 2 lignes et tiers a un cordon d'une ligne; qu'un troisième, de 2 lignes et demie, possède un cordon d'une ligne et demie; qu'enfin un quatrième de 6 lignes aurait un cordon d'égale longueur selon l'anatomiste, et de 3 lignes seulement d'après l'artiste. Voilà, du reste, les quatre seuls exemples donnés à l'appui d'une loi générale! Quant à l'existence du cordon ombilical à tous les âges des fœtus, nous pouvons affirmer qu'il n'en est rien, et que, par exemple, l'embryon de M. Coste n'en offre encore aucune trace, comme tout le monde a pu s'en convaincre.

En résumé, dit M. Thomson, pour le cordon comme pour tous les points traités dans ce mémoire, il est manifeste que M. Velpeau ne fournit aucune donnée exacte, rigoureuse et véritablement scientifique, et qu'il reste encore à résoudre la question des âges. Dans un autre mémoire, continue M. Thomson, je compléterai cette analyse, et je démontrerai que M. Velpeau n'a pas consulté le mémoire original du docteur Pockels, et que la plupart des découvertes réclamées par M. Velpeau appartiennent véritablement à cet auteur allemand.

RAPPORT SUR UNE NOTE DE M. J.-N. LEGRAND, RELATIVE A DES VARIATIONS QUI ONT ÉTÉ SIGNALÉES DANS LA TEMPÉRATURE DE DIVERSES SOURCES THERMALES. Commissaires, MM. Mathieu et Arago.

Depuis qu'il est assez généralement convenu que les sources thermales empruntent leur haute température à la chaleur propre des couches terrestres plus ou moins profondes d'où elles proviennent, l'étude des changemens qu'elles peuvent éprouver a acquis une nouvelle importance. Il serait sans doute curieux de savoir si la cause chimique minéralisatrice de ces eaux, dans laquelle on cherchait jadis l'explication de leur chaleur extraordinaire, augmente d'intensité par le progrès du temps, ou si elle s'affaiblit; mais en tout cas, on n'aurait ainsi découvert qu'un fait local et sans portée. Envisagé de l'autre manière, le phénomène, au contraire, se rattache aux plus grandes questions de la philosophie naturelle. Le sujet traité par M. Legrand est donc très-digne de l'intérêt de l'Académie.

Un ouvrage publié en 1756 par le médecin Carrera, renferme des observations de température faites deux ans auparavant dans la plupart des établissemens thermaux des Pyrénées-Orientales. Les observations de Carrera, comparées à celles que M. Anglada, professeur de l'école de médecine de Montpellier, recueillit dans les mêmes lieux en 1818 et 1819, semblent toutes indiquer que les sources des Pyrénées se refroidissent. La diminution en 65 ans serait de 2, de 3, et même de 10 degrés du thermomètre de Réaumur.

Dans la note qu'il a présentée à l'Académie, M. Legrand se propose d'établir qu'on s'est beaucoup trop hâté d'adopter les énormes différences dont il vient d'être fait mention, et d'en tirer des conclusions générales. Cette opinion paraît étayée sur des considérations démonstratives.

Le thermomètre de Réaumur, on paraît trop souvent l'oublier, n'était pas gradué à l'origine comme celui qui porte aujourd'hui le nom de cet illustre naturaliste. Les 80 degrés correspondaient, non à l'intervalle compris entre la glace fondante et l'ébullition de l'eau, mais à celui qui sépare le même terme de la glace du degré de l'ébullition de l'alcool, employé par l'artiste comme liqueur thermométrique. Or, le thermomètre de Carrera était à l'alcool. D'après cela, et pour peu qu'on se reporte à l'époque où ce médecin écrivait, on ne doit guère douter que son instrument ne fût le thermomètre originaire de Réaumur. Au surplus, s'il n'en était pas ainsi, nous serions amenés, et cela tranche toute difficulté, à cette conclusion complètement inadmissible, qu'à Escaldas, par exemple, en 1754, les malades se baignaient dans de l'eau à 50 degrés centigrades. Les observations de Carrera ne peuvent donc pas être comparées directement à celles que l'on fait de nos jours avec un instrument qui diffère très-notablement de l'ancien thermomètre de Réaumur, quoiqu'il porte le même nom.

M. Legrand a corrigé toutes les anciennes déterminations du médecin roussillonais; il les a ramenées aux degrés du thermomètre mercuriel en 80 parties, à l'aide d'une table calculée par Deluc, et qui se trouve dans l'ouvrage intitulé: *Modifications de l'atmosphère*. La correction une fois faite, toutes les grandes différences qu'on avait remarquées entre les températures de 1754 et de 1819 se sont évanouies. Sur aucun point elles ne dépassent 1°, 3. Ordinairement elles sont nulles. Ainsi soixante-cinq années n'ont apporté aucune altération notable à la température des sources thermales situées dans le département des Pyrénées-Orientales. Ce résultat est important: M. Legrand y est arrivé à l'aide d'une remarque très-simple. La note qui le contient n'en mérite pas moins, d'après l'avis des commissaires, d'être conservée dans les archives de la science, et ils proposent à l'Académie de décider qu'elle sera imprimée dans le Recueil des savans étrangers.

Après la lecture de ce rapport dont les conclusions ont été approuvées par l'Académie, M. Arago cite une observation que lui-même a faite, et qui tend à prouver également l'invariabilité de la température des sources thermales. A Bagnères-de-Bigorre, il y a une source thermale d'eau presque pure. Le fils de Montesquieu, caché sous le nom de Secondat, en avait déjà pris la température, et les degrés qu'il indique se trouvent heureusement contrôlés par d'autres déterminations qu'on lui doit à lui-même. En effet, il a aussi mesuré la chaleur de son propre corps, et les degrés qu'il donne concordent avec ceux qu'on obtient encore aujourd'hui en mesurant la température humaine. Or, M. Arago a déterminé à son tour la température de la source en question, et en comparant les résultats qu'il a recueillis avec ceux qu'avait obtenus Secondat, il a trouvé les mêmes degrés aux deux époques.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE.

M. de Humboldt présente au nom de l'auteur, M. Ehrenberg, membre de l'Académie des sciences de Berlin, et correspondant de l'Institut, un tableau de la *nouvelle division du règne animal en 28 classes, fondée sur l'organisation et la généralité d'un type qui se révèle dans le système sensitif, vasculaire, de locomotion, de nutrition et de propagation*. Ce tableau est en allemand.

Dans le système de M. Ehrenberg, dit M. de Humboldt, 22 des 28 groupes appartiennent aux animaux sans vertèbres, que l'auteur divise selon qu'ils possèdent un cœur ou en sont dépourvus, en *cordata* et en *vasculosa*. Dans ceux-ci, les vaisseaux ne présentent pas de pulsations; le mouvement rapide des liquides est souvent favorisé par l'oscillation des parois internes des vaisseaux. L'organe digestif est ou unique (simple) comme dans les *tubulata*, ou divisé et multiforme comme dans les *racemifera*, dont la dernière classe à cils vibrans, et hermaphroditisme presque toujours visible, offre les *polygastrica* ou infusoires.

M. Ehrenberg, dans le cours de deux expéditions (l'une en Syrie, en Nubie, à Dongola et à la mer Rouge, l'autre dans le nord de l'Asie et à la mer Caspienne), a eu occasion d'observer un grand nombre de ces organisations. Il a continué sans relâche, en Europe, ses recherches microscopiques, mais il ne présente son tableau général que comme un essai susceptible de perfectionnement et de développemens successifs.

EMBRYOGÉNIE.—RÉPONSE DE M. VELPEAU A MM. COSTE ET THOMPSON

— M. Velpeau adresse une lettre en réponse aux objections présentées contre son travail sur le fœtus, par MM. Coste et Thompson. Relativement au premier dit-il, huit des dix objections qu'il m'adresse sont sans valeur, puisqu'elles réfutent des opinions que je n'ai jamais eues. Quant aux deux autres, elles sont relatives à une assertion dont je maintiens toujours l'exactitude, savoir, que l'embryon présenté par cet anatomiste n'est pas à l'état normal, et qu'il est plus âgé que plusieurs de ceux que j'ai examinés. Quant à M. Thompson, sans doute sa qualité d'étranger l'aura empêché de sentir le véritable sens de certains termes de notre langue, ou bien il a parcouru mon ouvrage avec une inconcevable préoccupation. Non-seulement il me prête des opinions qui ne sont point les miennes, mais il trouve des contradictions dans des passages qui n'en présentent pas, croyant, par exemple, que je donne successivement à un même produit six semaines, huit semaines et trois mois, parce qu'il a confondu trois produits qui n'ont rien de commun entre eux que de m'avoir été donnés tous les trois par un même médecin, M. le docteur Guillon. J'ajouterai que M. Thompson, en avançant que mes *prétendues découvertes* appartenaient à Pockels, semble avoir oublié que le mémoire de cet anatomiste, auquel il fait allusion, parut dans l'*Isis* en décembre 1825, tandis que les miens avaient été insérés en 1824 dans les *Archives générales de médecine*.

M. Velpeau termine sa lettre en offrant de prouver à la commission l'exactitude de ce qu'il avance, en rapprochant des opinions qu'on lui prête les passages des mémoires imprimés où il traite des mêmes questions.

MOYEN D'EMPÊCHER L'ASPHYXIE DE L'ENFANT DANS L'ACCOUCHEMENT LABORIEUX.

M. Baudelocque annonce qu'il est parvenu à sauver la vie de deux enfans qui se présentaient par les pieds, et dont la tête était restée long-temps engagée, en introduisant dans leur bouche une sonde en argent d'un assez grand diamètre pour permettre l'entrée et la sortie facile de l'air dans l'acte de la respiration.

— M. Sollier présente un modèle d'un nouvel appareil destiné à diminuer la fatigue des personnes obligées de faire usage de béquilles. Cet appareil consiste dans une sorte de petit siége qui se fixe par deux courroies aux bâtons des béquilles, et fait que dans le mouvement de translation du corps, les aisselles ne sont plus l'unique point d'appui.

CHOLÉRA.

M. Larrey lit une notice sur la nature des causes et le mode de traitement de cette maladie, d'après les observations qu'il a faites dans le cours de sa dernière mission. Ayant émis l'opinion que cette maladie était due principalement à des miasmes qui, en se déplaçant, la pouvaient porter successivement en différens lieux; M. Serres s'élève contre cette manière de voir, et paraît craindre qu'on ne s'appuie des paroles de M. Larrey pour représenter le choléra comme contagieux. M. Larrey réplique que cette idée n'est ni dans sa pensée, ni autant qu'il peut le croire dans ses expressions; mais il suffit qu'une personne ait pensé qu'on pouvait les interpréter ainsi pour qu'il consente à les modifier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

FIN DE LA SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE.

RAPPORT SUR LA MÉDECINE ÉLECTROPATHIQUE, par M. PIORRY.

M. PIORRY, au nom de MM. Thillaye, Bouillaud et en son nom, lit un long rapport sur l'appareil électrique de M. Coudret, dont nous avons déjà parlé.

Après avoir signalé, sinon une complète identité, du moins quelques rapprochemens entre le fluide électrique et le fluide nerveux, et regretté que le charlatanisme et l'ignorance se livrent si souvent aux applications en pareille matière, le rapporteur aborde l'appareil de M. Coudret, qui, dit-il, est franchement convaincu de l'ambition de cette épithète: *électropathique*, d'une acception beaucoup trop étendue.

Il entre dans le détail des expériences qu'a faites la commission, avec l'électroscope à lames d'or de la Faculté de médecine. Nous indiquerons les principales.

Posé sur une peau enflammée, l'électroscope a donné un écartement d'un pouce, et de six lignes après l'exposition de la même partie à l'air. Sur le dos, dix lignes; sur la face, rien; sur un érysipèle à la joue droite, un pouce; sur l'autre joue, rien. Après une saignée, les mêmes parties ne produisaient, dans les lames de l'instrument, que la moitié de l'écartement qui se manifestait avant. On a, dit-il, tenu compte des courans d'air, de l'haleine, de la menstruation, de la présence d'un trop grand nombre de personnes, du frottement sur le globe de verre, etc., etc.

M. Piorry induit de cette expérimentation qu'il se dégage de l'électricité de la surface du corps; qu'elle ne se distribue pas également sur toutes ses parties; qu'elle abonde lorsque la circulation est activée, lorsqu'il y a phlogose, etc.

Ensuite l'électromoteur n'a pas paru guérir les inflammations, mais les malades ont semblé plus calmes, et on a tâché de faire la part de la marche naturelle de l'inflammation, de l'instrument et de l'imagination.

Enfin, M. Piorry fait ressortir d'autres expériences, ce qu'il appelle des résultats affirmatifs. Il cite notamment une hystérique chez laquelle la dysménorrhée cessait par l'application de l'électromoteur sur le front.

Il pense donc que les instrumens proposés par MM. Fozembas et Coudret ont prouvé l'accumulation du fluide électrique dans certains organes, enflammés surtout, et là où la vie est plus active; que l'idée théorique de soustraire ce fluide est à prendre ou à laisser, et qu'il faut attendre les faits à cet égard; mais qu'on peut se servir utilement de ce moyen dans certains cas et l'essayer toujours, puisqu'il n'est pas nuisible. Il conclut à ce que des remercîmens soient adressés à l'auteur, et à ce que l'Académie l'engage à publier ses recherches.

DISCUSSION.

M. Bouillaud. Je n'ai rien à dire contre les conclusions; mais je ferai observer que M. Coudret a tenté de ses expériences dans mon service, et qu'il n'en a obtenu aucun résultat. Il ne me paraît même pas démontré que celles qui ont été faites dans le service de M. Piorry aient été plus heureuses; rien ne prouve que dans le seul cas de maladie où le procédé a paru rendre d'*éminens services*, la nature seule n'ait pas tout fait. Enfin, j'aurais voulu voir retrancher du rapport la mention de cette prétendue expérience physiologique, dans laquelle, dit-on, un amalgame métallique substitué au cerveau a entretenu quelque temps les fonctions; c'est un conte bon à faire croire aux esprits superstitieux.

M. Boulay demande la parole pour une motion d'ordre. Il est singulier de voir deux membres d'une commission, qui ont tous deux signé un rapport, se combattre en pleine Académie sur ce rapport même.

M. Piorry. Oh! nous ne sommes pas bien éloignés d'opinion! (On rit.) J'ai cité l'expérience en question, mais en ajoutant que l'homme prudent ne l'accepte qu'avec défiance... (Plusieurs voix : Mais elle est absurde!) Je mettrai absurde si vous le voulez. Quant aux expériences faites dans mon service, sons mes yeux, j'y ai apporté tout le soin et toute l'attention nécessaires; et je me suis borné à les exposer; mais je puis répondre de tous les détails.

M. Rouillard. J'ai signé le rapport comme approuvant les conclusions; mais le corps du rapport est toujours l'œuvre du rapporteur même.

M. Thillaye. Je regrette que dans ces expériences on n'ait pas cherché à reconnaître quelle espèce d'électricité se dégage.

M. Piorry. Ma justification sera facile; M. Thillaye était de la commission; (on rit); et je n'ai pu que regretter qu'il ne vînt pas lui prêter le secours de ses lumières en fait de physique, que je reconnais bien supérieures aux miennes.

M. Thillaye. Il y avait beaucoup à dire; cette électricité ne tient-elle pas à l'action de l'instrument lui-même, et ne s'en serait-il pas également dégagé en expérimentant sur des corps inertes ou bien sur le cadavre?

M. Piorry. La question était de savoir s'il se dégageait plus d'électricité d'un lieu enflammé que d'un endroit sain; nous ne pouvions donc expérimenter sur le cadavre.

M. Thillaye. On nous dit ensuite que l'électromoteur agit en soutirant l'électricité; mais pour soutirer l'électricité, une seule pointe vaut mieux que plusieurs. Ainsi l'instrument est absurde ou bien la théorie; et en résumé, les expériences relatées dans le rapport ne sauraient servir à rien prouver.

M. Emery. Je ne peux m'empêcher de faire remarquer que voilà une commission dans une position singulière; elle nous présente un rapport, et pas un des commissaires n'est d'accord avec les autres sur ce que ce rapport contient. (Rire général.)

M. Double. Sans doute, toute expérience qui offre un but thérapeutique doit être accueillie avec faveur; mais il ne faut aussi les accepter qu'avec quelque réserve. Il y a dans le travail de M. Coudret deux choses : la théorie, puis les faits. Quant aux faits, j'ai eu le rapport entre les mains, et je dois dire qu'ils sont d'une nature telle, qu'ils n'entraînent aucune conviction; toutes les maladies traitées par cette méthode auraient pu guérir toutes seules et aussi bien et aussi vite. La théorie en elle-même est contraire à tout ce que nous savons sur l'électricité. Ainsi, elle établit que dans l'inflammation il y a accumulation locale d'électricité; et nous savons qu'il est impossible d'accumuler l'électricité en un point circonscrit du corps, la matière muqueuse qui lie tous les organes étant le meilleur de tous les conducteurs. On a cité dans le rapport l'action des poissons électriques; mais cette action ne s'exerce que dans certaines circonstances, et surtout par un appareil tout spécial; en dehors de cet appareil, il n'y a point d'électricité dégagée, et cet appareil même ne fonctionne pas constamment; il faut un certain état de l'animal, comme quand il est irrité, par exemple. Walsh a fait de ces expériences sur la torpille; mais elles ont été répétées avec des résultats bien plus frappans sur le *gymnotus electricus*, poisson d'eau douce, par MM. de Humboldt et Bompland. Ainsi, pour attraper de ces poissons qui infestent certaines mares d'eau douce en Amérique, ils prirent conseil des naturels, qui proposèrent d'abord d'empoisonner les eaux; mais il s'agissait d'avoir des poissons vivans; ce moyen expéditif fut donc rejeté. Les Indiens se mirent alors à la recherche de chevaux sauvages; ils en cernèrent une trentaine, qu'ils chassèrent dans une des mares, et là ils les excitaient à se débattre en les piquant avec le fer de leurs lances. Les gymnotes, ainsi troublés par le piétinement des chevaux, se défendirent d'abord en émettant de si furieuses décharges de fluide électrique, que dans quelques minutes plusieurs chevaux furent mis hors de combat et se noyèrent, et que l'issue de la lutte parut incertaine. Mais peu à peu leur provision d'électricité s'épuisa, les chevaux reprirent courage, et alors on put saisir les gymnotes avec la main sans avoir plus rien à redouter.

On voit donc que le dégagement d'électricité n'est pas permanent; mais de plus, comme je l'ai dit, il ne s'opère que dans un appareil tout à-fait spécial, ce qui ne permet pas d'en tirer des conséquences pour les animaux non pourvus de cet appareil. En voici une preuve sans réplique. M. de Humboldt, et après lui M. de Blainville, ont plongé dans cet appareil une aiguille qui, mise en contact avec le multiplicateur de Schweigger, a fait décrire à l'aiguille de celui-ci plus d'un demi-tour de circonférence. En plongeant au contraire une aiguille sur tout autre point de la surface du corps, l'aiguille du multiplicateur demeurait immobile. Au reste, les conclusions du rapport sont tellement mitigées, qu'on n'y saurait rien voir de favorable pour le procédé; et par cette raison je crois qu'on peut les adopter.

M. Piorry. Je me suis borné, quant aux faits, au rôle d'historien; permis à chacun de les interpréter. Quoi qu'il en soit après cela de la théorie, qui n'est peut-être pas plus mauvaise qu'une autre, le fait est que sur un lieu enflammé nous avons constaté un dégagement d'électricité, tandis qu'à côté, mais sur la peau saine, il ne s'en dégageait point. Ces faits sont indépendans de toute théorie.

M. Bussy. Mais quel avantage a cet instrument? S'il s'agit de multiplier les points de contact en multipliant les pointes, pourquoi ne pas faire arriver ces pointes jusqu'au contact avec la peau? Pourquoi même ne pas leur substituer une plaque métallique? Le contact serait bien plus étendu.

M. Emery. En résumé, les commissaires ne s'entendent pas eux-mêmes sur leur rapport; ce qui est avancé par l'un est contredit par l'autre; il faut les inviter à se réunir pour s'entendre et nous donner enfin leur avis.

M. Piorry. Je ne referai pas le rapport : il y a quatre mois que j'y travaille; et je donne ma démission de rapporteur.

M. Emery. Alors je dis que ces conclusions, toutes mitigées qu'elles soient, sont encore trop favorables; l'Académie ne peut adresser de remercîmens pour un semblable travail. Il faut tout simplement le déposer aux archives.

M. Cornac. On peut d'ailleurs attendre de nouveaux faits sans craindre que ce retard préjudicie aux auteurs. Ils ont pris deux brevets d'invention : l'un pour cinq ans, l'autre pour dix ans, annonçant que leur instrument a la propriété, dit le *Bulletin des Lois*, de guérir les migraines, les maladies nerveuses, etc. Il y a un *et cœtera*. (On rit.)

M. Piorry. Il y a ici confusion. C'est M. Fozembas qui a pris un brevet d'invention; M. Coudret est un jeune médecin des plus honorables, qui ne prétend ni à l'invention ni à l'exploitation en monopole de l'électro-moteur, et qui n'a appelé l'attention de l'Académie sur les phénomènes qu'il a observés par son moyen. Or, je maintiens la réalité de ces phénomènes; je les déclare *certains*, parce que je les ai *vus*; j'ai vu l'électroscope à lames d'or offrir un écartement très-manifeste par l'application de l'électro-moteur sur une surface enflammée, et je maintiens mes conclusions, qui ont certainement toute la réserve qu'on peut exiger.

M. Double. Mais ces conclusions elles-mêmes en appellent implicitement à d'autres expériences; il est donc sage d'ajourner la décision de l'Académie. M. le rapporteur paraît effrayé de ce nouveau travail; mais il a en quatre mois pour le premier; qu'il prenne pour le second quatre mois, un an, deux ans, le temps qu'il voudra (on rit); et ajournez les conclusions jusque là. (Appuyé.)

M. Moreau. Cela est fort bien; mais à l'avenir il serait important que les commissions se réunissent et fissent leur rapport en commun; si cela eût été fait cette fois, l'Académie n'aurait pas perdu trois quarts d'heure. (Rumeurs en sens divers.)

Le renvoi du rapport à la commission est mis aux voix et adopté.

Séance du 22 septembre. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

La correspondance comprend les communications suivantes :

— M. le docteur Aublanc, de Nantes, adresse une note sur des cas de troisième vaccination opérée avec succès sur le même sujet, qu'il a observés sur deux de ses filles; il en tire la conclusion que la petite-vérole a pu se développer trois fois sur la même personne, opinion qui était autrefois accréditée chez beaucoup de gens.

Cependant, ajoute-t-il, le développement du vaccin pour la troisième fois ne prouve pas absolument que celui sur lequel on l'obtient ait perdu le bénéfice de ses deux premières vaccinations. Il prouve bien que la variole pouvait lui être communiquée par l'inoculation; mais il est probable aussi qu'il eût pu, sans cette troisième garantie, séjourner dans une atmosphère varioleuse.

En admettant chez les différens sujets, dit-il en terminant, des degrés différens d'aptitude à la contagion varioleuse, on explique facilement les cas exceptionnels, les irrégularités qui peuvent se rapporter, soit à la variole, soit à la vaccine, sans avoir recours à une prétendue dégénération du fluide vaccin, démentie par les faits. — Renvoyée à la commission de vaccine.

— M. Mille, orthopédiste à Aix, en Provence, envoie à l'Académie le modèle d'une jambe artificielle de son invention, et dans laquelle il trouve de grands avantages : 1° sous le rapport de point d'appui; 2° sous celui du moignon, qui est parfaitement garanti; 3° sous celui de la marche; 4° sous celui des divers mouvemens qu'elle permet d'exécuter; 5° et enfin sous celui de son application. —Commissaires : MM. Sanson, Lisfranc et Thillaye.

— M. Leroy d'Etioles soumet une sonde à inclinaison qu'il nomme *explorateur*, et au moyen de laquelle on peut découvrir plus sûrement qu'avec les sondes ordinaires la présence des pierres plates et des pierres d'un petit volume, dans les vessies dont le bas-fond est fort déprimé, et dont il se sert surtout pour apprécier l'état du col de la vessie et reconnaître l'existence, le volume et la situation des tumeurs qui se développent fréquemment au pourtour de l'ouverture interne de l'urètre.

Il envoie également un tireballe articulé. — Commissaires : MM. Amussat et Hervez de Chegoin.

— M. le docteur J. Lafond prie l'Académie de nommer une commission pour examiner un malade qu'il a guéri d'une hernie, qu'il portait depuis 26 ans, à l'aide d'un simple bandage contentif, auquel a été substitué, après six semaines, le bandage à pelote médicamenteuse, que le malade a gardé pendant huit mois. — Renvoyé à MM. Renauldin, Ribes, Gimelle et Sanson.

— M. le secrétaire annonce ensuite une lettre de M. Hossard, en réponse à celle de M. J. Guérin. (Lisez! lisez!)

RÉPONSE DE M. HOSSARD.

M. Hossard commence par déclarer que les allégations contenues dans la lettre de M. Guérin sont d'une telle gravité, qu'il lui est impossible de les laisser sans réponse. En conséquence il se propose de les réfuter succinctement et l'une après l'autre.

Premièrement, les révélations de M. Guérin ne sont basées que sur la déposition anonyme de deux personnes qui ont cherché à sortir furtivement, et sans payer, de l'établissement de M. Hossard. M. Hossard ajoute cependant qu'*elles pourraient s'appuyer peut-être de la voix de deux ou trois autres personnes*, qu'il traitait aussi dans son établissement d'Angers. Au lieu de deux témoins, il *pourra* donc y en avoir quatre ou cinq; mais tous ces témoignages démontrant un complot formé pour nuire à M. Hossard, cela suffit pour les réfuter, et il va directement aborder les faits.

1° Mlle Aglaé n'a *jamais* séjourné ni été traitée *un an* à la maison; 2° elle n'était nullement guérie en venant à Paris; 3° Mlle Nancy n'a *jamais* non plus séjourné ni été traitée *un an* à la maison; 4° quant à la quatrième imputation, elle est si grave, que M. Hossard *préfère s'en taire pour l'instant*. On prouvera *et constatera même* qu'il n'a jamais employé de machines *pour augmenter la difformité de Mlle Nancy ou de qui que ce soit* dans l'établissement; 5° il se peut que Mmes X... n'aient pas vu ou n'aient pas voulu voir la déviation et la marche singulière de *la femme de chambre* de Mme Hossard. Je ne puis, ajoute l'auteur, discuter sur ce point; 6° je me suis vanté, dit-on, de pouvoir produire des courbures à la colonne vertébrale: *ici on a dit la vérité*, mais ce n'était point sur des faits que je m'appuyais; 7° quant aux jeunes personnes présentées l'année dernière à la commission, et dont le traitement a duré, dit-on, 18 mois, elles sont restées beaucoup moins long-temps à l'établissement; et au mois de septembre 1834 leur guérison était *presque* complète; 8° quant à Mmes X..., les témoins anonymes, ce sont des ingrates qui faisaient autrefois des complimens à M. Hossard, et qui n'ont changé de langage que parce qu'il n'a pas voulu achever de guérir Mlle X.... *Du reste, de nombreuses guérisons, et des plus complètes, ont été obtenues sous les yeux de ces mêmes dames, pendant leur séjour à l'établissement*; 9° pour ce qui concerne M. Mille, ce n'est pas le plâtre de Mlle X... qu'il a vu, mais un autre; et M. Hossard se serait bien gardé de choisir Mlle X... pour modèle, pouvant en trouver plus de dix à Paris *infiniment mieux à tous égards*.

Après avoir ainsi réfuté cet enchaînement d'*erreurs grossières, nous allons tomber*, dit l'auteur, *dans ce qu'il y a de plus absurde*. M. Guérin avance que la déviation de Mlle Janny était artificielle; *mais prouver le fait serait plus difficile!!* Et M. Hossard pourra lui démontrer (à M. Guérin) qu'il est encore bien neuf en pareille matière.

« Après avoir signalé, ajoute M. Hossard, toute l'inexactitude des faits allégués par M. Guérin, je prierai l'Académie de supposer un moment que j'ai pu user de pareils subterfuges près de sa commission: qu'en résultera-t-il? une opinion défavorable sur ma loyauté, mais aussi une preuve également incontestable de l'efficacité de la méthode. Deux fortes déviations corrigées *en moins de quinze mois* (toujours assez vite alors); et pour complément la formation en peu de jours, sur un sujet de 22 ans, d'une déviation telle, qu'elle s'est toujours maintenue la même à l'inspection de tous les médecins... En admettant ce fait d'inflexion artificielle du rachis, M. Guérin ne pouvait donner une plus haute idée de la puissance de ma méthode. »

M. Hossard ajoute que, dans l'entrevue qu'il a eue avec M. Guérin, loin d'avoir cherché à émouvoir sa sensibilité, c'était un piége qu'il tendait à son adversaire pour mieux connaître ses intentions. Enfin il invite les membres de l'Académie à lui adresser des malades, auquel cas il s'engage à les présenter publiquement aux séances; *ce sera le moyen le plus certain, ce lui semble, de ne laisser aucun doute sur les déviations à traiter*. Et il termine en déclarant au président *qu'il a l'honneur d'être, avec la plus parfaite considération*, Hossard.

Cette lettre est renvoyée à la commission. (1)

LETTRE SUR QUELQUES SUPERCHERIES ORTHOPÉDIQUES, par M. BOUVIER.

M. Bouvier adresse à l'Académie quatre plâtres qui lui ont paru propres à jeter quelque jour sur les questions graves soulevées à propos des cures de M. Hossard.

Chaque paire de ces moules représente le même sujet dans deux états: l'un des bustes est l'image d'une déviation du rachis portée à un haut degré; l'autre ne diffère pas sensiblement de l'état normal. Certes, maint orthopédiste envierait de pareils témoignages de l'excellence de sa méthode, et on lui accorderait au moins la palme de la promptitude s'il ajoutait que ce résultat, qui tient du prodige, a été obtenu en... *quelques secondes!!!* (Murmures et marques d'incrédulité.)

Or, ces apparences sont entièrement un produit de l'art. Les deux sujets sont naturellement droits et parfaitement conformés, et l'incurvation qu'ils présentent sur l'un des moules résulte uniquement de la pose qui leur a été donnée. On conçoit dès lors qu'elles se redressent avec la même facilité. L'un des sujets est une enfant de 9 ans et demi, élevée à faire des tours de souplesse sur la place publique; l'autre est une ouvrière âgée de 19 ans, servant de modèle dans les ateliers de peinture. Non-seulement ces deux sujets ont pu être amenés en quelques minutes, par de simples mouvemens volontaires, à une position qui simule de la manière la plus trompeuse des difformités considérables du tronc, mais ils ont encore gardé d'eux-mêmes cette situation sans aucun moyen contentif, et en même temps qu'ils se livraient à des mouvemens de locomotion; ils la reproduisent à volonté, la conservent sans en paraître gênés, comme si elle leur était naturelle, et reprennent ensuite avec la même aisance leur pose naturelle. La jeune fille de 9 ans est surtout très-remarquable sous ce rapport.

De même que l'on peut créer et faire disparaître à volonté des déviations artificielles sur des sujets bien conformés, on peut aussi effacer plus ou moins complétement, en apparence, des courbures anormales très-réelles, soit par les poses que l'on donne au sujet, soit en raison des différences qu'offrent les déviations selon que l'individu est debout, couché ou assis. Les bustes adressés par M. Bouvier ont été moulés debout, comme ceux qui avaient été présentés à l'appui du rapport de la commission.

Cette lettre est également renvoyée à la commission.

ÉLECTROPATHIE.

M. Virey prétend qu'on a glissé trop légèrement, dans la dernière séance, sur la question électropathique. Il cite les phénomènes électriques que présentent certains animaux; tels que le chat, la belette, le renard, le cheval, certains oiseaux, etc.; il rappelle que l'homme même offre des faits analogues, et qu'isolé, couvert de vêtemens de laine, et dans le mouvement, ou dans l'état fébrile, il peut dégager des étincelles. Il ajoute qu'on a mal choisi les régions où pouvait se manifester l'électricité; c'est sur le rachis qu'il s'en développe. Ainsi, les organes électriques des poissons ne peuvent être mis en jeu que par leur communication avec les nerfs cérébraux, dont la section détruit absolument toute action électrique, en interrompant les relations avec les organes. Enfin, dit-il, les nerfs de la vie organique ne donnant pas d'électricité, c'est sur les parties animées par les nerfs de la vie animale qu'on aurait dû diriger les expériences.

COMPOSITION DU PROCHAIN FASCICULE.

M. Bousquet, au nom du comité de publication, annonce que ce fascicule sera ainsi composé.

Partie historique.

1° Eloge de Chaussier, par M. Pariset.
2° Programme des sujets de prix proposés dans la séance publique du 7 juillet 1835.

Partie des mémoires.

1° Notice sur la peste de Moscou en 1771, par M. Gérardin.
2° Mémoire sur les hernies intersticielles, par M. Goyrand.
3° Quelques observations sur l'inutilité de l'inflammation pour la cicatrisation des plaies, par M. Macartney.
4° De l'abolition des chaînes à Bicêtre, par M. Pinel.
5° Rapport sur les propriétés du sublimé corrosif pour la conservation du bois, et des effets de cette préparation sur la santé des marins, par M. Keraudren.

— M. Lisfranc lit en son nom et au nom de MM. Amussat et Haffos, un rapport sur un travail de M. Malgaigne, intitulé: *Mémoire sur la détermination du siége et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales*; et propose de renvoyer ce mémoire au comité de publication. M. Moreau propose en outre d'adresser des remercîmens à l'auteur. Cette proposition ainsi que les conclusions du rapport sont adoptées.

Nous publierons dans notre prochain numéro le rapport de M. Lisfranc, en même temps que la discussion à laquelle il a donné lieu.

— Samedi, séance supplémentaire. L'ordre du jour est ainsi arrêté:

Lecture: 1° d'un mémoire sur l'épisioraphie dans les cas de chute du vagin, par M. Fricke de Hambourg; 2° d'un mémoire sur la guérison du varicocèle, par le même; 3° sur un nouveau moyen de réduire les hernies, par M. Sabatier; 4° sur le traitement consécutif après la réduction des luxations, par M. Malgaigne; 5° de trois autres mémoires dont le titre n'est pas connu, par MM. Gerdy, Halma-Grand, Devilliers.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

QUELQUES FAITS INTÉRESSANS RELATIFS A L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS AURIFÈRES, par M. J.-A. CHRESTIEN, docteur en médecine de l'université de Montpellier, etc.

En publiant quelques faits nouveaux touchant l'emploi thératique des préparations aurifères, ce n'est guères plus pour confirmer la vertu antisyphilitique de l'or, que le praticien de Montpellier prend aujourd'hui la plume, mais bien pour démontrer la propriété dont cette substance est aussi douée contre l'affection scrophuleuse. Six observations de tumeurs blanches dont la guérison a été opérée par l'or lui ont été soumises par M. Pourché, professeur-agrégé à la Faculté de Montpellier, et par M. Souchier, médecins à Romans. A la suite de ces faits, M. Chrestien rapporte l'histoire d'une anasarque accompagnée d'hydropisie ascite et reconnaissant pour cause le vice scrophuleux, laquelle a

(1) Nous avons analysé sans y joindre aucune réflexion, et en respectant soigneusement le texte dans tous les passages en italiques, cette lettre, qui serait un monument de ridicule s'il s'agissait de choses moins graves, et si son auteur n'échappait au rire par le mépris. Il a trouvé cependant un protecteur, non dans aucun des journaux qui s'occupent de science, mais dans une feuille ignorée, qui cherche à faire de la médecine populaire, et que nous n'enleverons point à son obscurité. Mais nous ne saurions résister au désir de reproduire quelques passages de ce panégyrique, qui porte pour titre: INVENTION IMPORTANTE. (On sait que, selon le rapport de la commission, M. H... a *inventé* le sous-cuisse qu'il a ajouté à la ceinture de Delpech.)

« La ceinture de M. Hossard a tant de puissance, et les effets en sont si sûrs, que cet habile artiste *est parvenu à reproduire volontairement des difformités qu'il venait de guérir*, les guérissant ensuite de nouveau, avec le soin tout simple de changer la direction de la ceinture. »

« Cette contre-épreuve qui nous paraît convaincante, vous verrez que les rivaux de M. Hossard auront la maladresse de lui en faire un reproche et peut-être une objection! »

« *Nous ne serions même pas étonnés que M. Hossard*, QUI GÉNÉRALEMENT N'EST PAS UN AIGLE, *commît la faute de dénier des faits pourtant on ne peut plus favorables à son invention!!!* »

Et de fait ce pauvre M. Hossard, *qui généralement n'est pas un aigle*, ne l'a pas été non plus dans ce cas particulier; il a commis la faute de dénier ces faits si favorables; mais heureusement ses amis sont là pour les attester!

Le numéro du journal en question a été adressé à l'Académie; nous le recommandons à l'attention de la commission.

Au reste, nous savons de source certaine que la commission s'est réunie, et que M. Hossard ne lui a communiqué *aucune* des preuves qu'il promettait dans sa lettre.

été guérie par les préparations aurifères. M. Chrestien avait annoncé, dans sa *Méthode iatraleptique*, en s'appuyant sur l'observation, la propriété antiscrophuleuse de l'or, et les nouveaux faits qu'il publie confirment l'opinion qu'il avait émise.

M. Chrestien, connaissant les succès obtenus contre la syphilis par les pilules de Dupuytren, composées chacune de trois grains d'extrait de gayac, d'un quart de grain d'extrait aqueux d'opium et d'un cinquième de grain de deutochlorure de mercure, a pensé qu'on pourrait obtenir d'aussi heureux résultats en remplaçant le sublimé par les diverses préparations d'or, et il a fait préparer des *pilules aurifères* de trois espèces; les premières contiennent chacune un cinquième de grain de chlorure d'or; les secondes un cinquième de grain de cyanure; et les troisièmes un quart de grain d'oxide par l'étain; la quantité des extraits de gayac et d'opium est la même que dans les pilules mercurielles de Dupuytren. Des faits nombreux recueillis par M. Ducel ont amené M. Chrestien à préférer ces pilules aurifères aux préparations employées en frictions sur la langue. Parmi les observations rapportées, nous avons remarqué la cinquième, dans laquelle il s'agit d'une syphilis constitutionnelle, caractérisée par des ulcères, des exostoses, et qui a été complétement guérie par cette nouvelle manière d'administrer l'or. Nous aurions désiré que les autres observations n'eussent pas eu trait seulement à des symptômes vénériens primitifs, car ces symptômes se dissipent assez souvent lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes, l'on ne peut pas aussi bien apprécier la part qu'a eue le médicament dans la guérison de la maladie.

L'intéressant recueil de M. Chrestien renferme en outre des observations qui lui ont été fournies par MM. Pourché et Vaílhé, et qui sont relatives à des maladies syphilitiques rebelles au mercure et vaincues par l'or. Il est terminé par l'histoire d'une maladie grave de matrice qui ne reconnaissait pour cause aucun vice humoral admis, et par celle d'une maladie coxale accompagnée de points fistuleux nombreux, lesquelles ont complétement cédé à l'hydrochlorate d'or et de sodium.

M. Chrestien a choisi, pour composer sa brochure, des observations qui lui sont étrangères. « S'il s'agit, dit-il dans son avant-propos, de » convaincre des gens qui souvent ne sont pas trop disposés à croire, » j'aime mieux le témoignage d'autrui que le mien. » En s'appuyant sur les hommes que nous avons eu le soin de citer dans cette courte analyse, et dont le talent d'observation et la véracité sont bien connus, M. Chrestien a donné toutes les garanties que l'on peut désirer. Nous faisons des vœux pour que, dérobant quelques instans à sa vaste clientelle, notre respectable et savant confrère nous gratifie quelquefois de publications semblables à celles que nous recommandons aujourd'hui à l'attention des praticiens, et enrichisse ainsi la science du fruit de ses élucubrations (1).

RECUEIL DES PRINCIPAUX TRAVAUX DU CONSEIL DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE L'AUBE. — In-4°, avec de nombreux tableaux statistiques.—Février, 1835.

Le travail du conseil de salubrité du département de l'Aube est un excellent exemple que nous désirerions voir suivi par les conseils de salubrité des autres départemens. Si les conseils généraux étaient tous disposés à fournir les fonds nécessaires pour la publication de ces sortes de recherches, par ce moyen nous obtiendrions une foule de documens statistiques appartenant à des localités très-différentes et qui, par cela même, auraient une plus haute valeur peut-être que ces résultats statistiques obtenus sur des masses considérables, mais soumises à des influences tellement variées qu'on ne peut le plus souvent tirer aucune induction générale des différences observées; tandis que les recherches statistiques faites dans des localités peu étendues, sont plus propres à faire apprécier les causes des différences obtenues et à fournir des indications. Ainsi, pour prendre un exemple qui soit familier à tout le monde, les résultats statistiques fournis d'un côté par l'un des arrondissemens les plus pauvres de Paris, le faubourg St-Marceau, et de l'autre par l'un des plus riches, le faubourg Saint-Honoré, seront plus importans sous le point de vue que nous venons de signaler que la moyenne établie sur ces deux arrondissemens.

Nous trouvons d'abord en tête du recueil que nous avons sous les yeux, diverses pièces propres à faire connaître les fonctions des conseils de salubrité du département de l'Aube, leur organisation, leur but, leur réglement, etc. Ensuite sont indiquées les questions que le comité central de salubrité a adressées aux conseils d'arrondissement et par leur intermédiaire à tous les correspondans cantonnaux. Pour donner une idée complète du travail dont nous nous occupons, nous allons donner ces questions en les séparant du programme dont elles sont accompagnées.

1° Analyser les eaux qui servent à la boisson de l'homme et des animaux.

2° Rechercher l'influence des rouissoirs, et indiquer pour chaque localité les moyens de faire cesser les incommodités qu'ils entraînent avec eux.

3° Décrire les habitations servant actuellement aux hommes et aux animaux; indiquer la disposition qu'il paraîtrait le plus convenable de leur donner.

4° Education physique et morale, depuis la naissance jusqu'à sept ans.

5° Naissances pendant la période décennale de 1821 à 1830.

Cette dernière question a déjà été traitée, au moins pour la ville de Troyes, par le docteur Potin; et son travail nous offre quelques faits assez intéressans pour que nous les présentions ici sommairement.

La population de la ville de Troyes a éprouvé une diminution assez notable: en 1821 elle était de 25,076 habitans; en 1831 elle n'était plus que de 23.749.

Les naissances des deux sexes ont été, pendant le même espace de temps, dans le rapport de 1 pour le sexe masculin, à 0,941 pour le sexe féminin, ou, en d'autres termes, le nombre des enfans mâles l'a emporté d'environ un seizième sur celui des enfans femelles. Si on borne, dit M. Potin, le calcul aux enfans naturels, la proportion est encore plus forte en faveur du sexe masculin, qui est alors au sexe féminin comme 1 est à 0,906.

Le nombre des enfans naturels a été à peu près le sixième du nombre total des naissances.

Nous voyons, dans un tableau très-curieux où les naissances sont rapprochées des conceptions et distribuées par mois, que les mois d'hiver sont généralement les plus riches en naissances, tandis que c'est le contraire pour les conceptions.

Si les naissances ont été plus nombreuses pour le sexe masculin que pour le féminin, il n'en a pas été de même de la mortalité, qui a été beaucoup moindre pour les hommes que pour les femmes, et dans le rapport de 1 à 1,159. Ce fait s'explique il est vrai en partie, mais non complétement, par la composition de la population de la ville, qui compte 10,626 hommes et 13,123 femmes.

La mortalité annuelle a été de 1 sur 36,32 habitans.

L'auteur étudie ensuite l'influence des saisons sur la mortalité aux différens âges de la vie, et obtient des résultats curieux, mais que les détails dans lesquels ils nous entraîneraient nous empêchent de reproduire.

Enfin le volume contient quinze grands tableaux de chiffres qui fournissent la preuve des faits avancés par M. Potin, dont le travail est, nous le répétons, plein d'intérêt, et peut servir de modèle.

Monsieur le rédacteur,

Je souscris bien volontiers aux suppressions que vous avez fait subir à ma lettre dans votre numéro du 12 septembre. Je vous serai cependant infiniment obligé de vouloir bien rappeler dans le numéro prochain que dans les passages supprimés se trouvaient établies les deux propositions suivantes: 1° De toutes les somnambules de Georget, Braquette était peut-être celle qui avait le plus contribué à établir ses convictions magnétiques. 2° Elle ne s'est pas gâtée par l'habitude, comme pourraient l'objecter quelques magnétiseurs, car elle n'a cessé jusqu'à l'an dernier de faire des prosélytes; et si sa fourberie a été reconnue par intervalles, elle l'avait été aussi en 1824 par plusieurs médecins distingués, témoins des expériences de Georget.

Vous comprenez, M. le rédacteur, que sur ces deux propositions repose toute la valeur des faits que j'ai rapportés. Avec elles, en effet, ils établissent qu'une femme sans éducation a pu, par un mensonge continuel, devenir une des gloires du somnambulisme, et duper un des esprits les plus élevés de la médecine. Or, ceci n'est pas indifférent pour la foule de ceux dont l'opinion flotte entre l'autorité des noms et l'invraisemblance des faits. *Ab uno disce omnes.*

Agréez, etc.

14 septembre 1885.

A. DECHAMBRE.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) Cette analyse nous a été communiquée par M. le docteur Lafosse de Montpellier.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 40. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 3 OCTOBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre.—On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

RAPPORT FAIT PAR M. LISFRANC A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ : DE LA DÉTERMINATION, DU SIÉGE ET DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES; par M. MALGAIGNE.

L'Académie nous a chargés, MM. Baffos, Amussat et moi, de lui rendre compte d'un mémoire ayant pour titre : *De la détermination du siége et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales*, par le docteur Malgaigne.

Parmi les causes qui ont donné à la chirurgie du 19e siècle une précision qu'elle n'avait pas eue jusqu'alors, il faut mettre au premier rang l'étude approfondie de l'anatomie des rapports : c'est elle qui a appris à diriger avec certitude la marche du couteau dans les chairs, qui a montré par quelle voie les viscères déplacés devaient être repoussés dans leur demeure primitive. Le mémoire dont nous avons à vous rendre compte est une preuve nouvelle des services qu'elle peut rendre encore à la pratique. En effet, c'est à l'anatomie chirurgicale que l'auteur doit les principaux résultats auxquels il est arrivé.

Les luxations scapulo-humérales, pour être des plus communes, n'ont pas été plus exactement étudiées. Les dissentimens qui règnent encore sur ce point en font foi. Cependant on admet assez généralement la luxation *en bas*, dans laquelle la tête est dite reposer sur le col de l'omoplate, au dessous de la cavité glénoïde; la luxation *en avant et en dedans*; la luxation *en arrière* ou dans la fosse sous-épineuse; une luxation incomplète dont votre rapporteur a montré un exemple à l'Académie, et sur laquelle il ne s'accorde pas avec Sir A. Cooper, et enfin les luxations *consécutives* dues à l'action musculaire.

M. Malgaigne n'a pas trouvé cette doctrine en accord constant avec les faits, et d'abord avec les faits anatomiques. La cavité glénoïde qui reçoit la tête humérale est entourée en haut, en avant et en arrière par une sorte de voûte ostéo-fibreuse qu'il appelle *acromio-coracoïdienne*. Cette voûte, qui descend plus bas en arrière qu'en avant, rend déjà les luxations postérieures plus difficiles que les antérieures, tandis que, manquant totalement en bas, il semble qu'elle favorise les luxations en ce sens plus que toutes les autres; mais un autre obstacle se présente alors, c'est la capsule.

La capsule scapulo-humérale, bien que très-lâche, ne l'est pas assez pour permettre à la tête humérale de se luxer, excepté en avant, et encore d'une manière très-incomplète. Pour toutes les autres luxations, il faut qu'elle soit préalablement rompue, au moins dans la moitié de sa

Feuilleton.

RELATION MÉDICALE D'UN VOYAGE A ALGER,

par le docteur POINTE, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Deuxième article. Voir le numéro précédent).

L'hôpital de St-Mandrier est dans la campagne, au sud-est de la grande rade et près de la côte; établissement vraiment monumental, et construit depuis peu d'années d'après un plan parfaitement approprié à sa destination, sa situation est salubre; il se compose de trois grands corps de bâtiment qui décrivent un parallélogramme et de quelques constructions accessoires; il pourrait recevoir quinze cents malades. Les infirmeries renferment chacune environ quatre-vingts lits, elles sont plafonnées, très-bien éclairées, aérées par des fenêtres qui peuvent s'ouvrir à toutes les hauteurs, et entourées des pièces de desserte nécessaires pour le service; salles de bains, pharmacie, cuisine, appartemens pour les employés; escaliers larges, à marches peu élevées; chapelle; jardins vastes et bien cultivés; réservoir ou citerne qui pourrait contenir vingt millions de litres d'eau, et tuyaux destinés à conduire cette eau dans toutes les divisions de l'établissement. L'édifice entier, qu'on le considère dans son ensemble ou dans ses détails, est d'une perfection absolue, tant sous le rapport de l'élégance architecturale que sous celui des règles hygiéniques applicables à la construction des hôpitaux.

Voilà un éloge que je ne crois pas exagéré; je vais maintenant faire la part de la critique : 1° quand la mer est mauvaise, cet hôpital est d'un abord difficile, quelquefois même impossible; 2° sa destination primitive fut, dit-on, de recevoir les blessés dans le cas d'un combat naval près de la rade; en conséquence le gouvernement avait demandé à l'architecte que les bâtimens pussent contenir 4,000 lits, et ils sont loin d'être assez vastes pour remplir cette condition. Il est vrai de dire toutefois que si, par malheur, le besoin venait à s'en faire sentir un jour, il pourrait être facilement satisfait par l'établissement de baraques en bois dans les jardins. Sous un aussi beau ciel, les blessés ne se trouveraient point mal dans ces constructions légères, et celles destinées aujourd'hui aux diverses manutentions ainsi qu'aux différens besoins de l'administration seraient suffisantes pour le service de tous les malades; 3° cet hôpital était à peine achevé que l'on s'aperçut qu'il manquait de solidité, et des travaux importans furent indispensables pour remédier à un vice de construction qui n'est jamais complètement réparable; 4° la citerne qui est magnifique doit être remplie par les eaux douces qui descendent des montagnes, et il a été reconnu depuis sa construction que ces eaux seraient insuffisantes; 5° enfin, et voici un grave sujet de reproche, la journée de chaque malade y revient à un prix beaucoup plus élevé que dans les autres hôpitaux, ce qui tient sans doute à son éloignement de Toulon, d'où l'on est forcé de tirer toutes les choses nécessaires à son entretien.

Provisoirement l'on utilise ce vaste établissement en y déversant, quand il y a lieu, le trop plein des autres hôpitaux de la ville. Je n'y ai trouvé que quelques invalides malades.

Aucun médecin n'est spécialement attaché à l'hôpital Saint-Mandrier. Quand le service le réclame, l'on y envoie seulement pour un temps un médecin ou un

circonférence; c'est ce qui a lieu en effet dans toutes les luxations produites sur le cadavre, et quand on a eu occasion de disséquer des luxations opérées pendant la vie, on n'a jamais trouvé la capsule intacte. Mais telle est la longueur exacte des diverses parties de la capsule, que quand ses trois quarts inférieurs même seraient déchirés, le quart supérieur résistant encore ne permettrait pas à la tête humérale de se luxer en bas au lieu que les auteurs lui assignent; elle se place alors presque nécessairement sous l'apophyse coracoïde. Nous omettons les détails anatomiques les moins importans; il nous suffit de ceux que nous venons de reproduire, et que nous avons trouvés parfaitement exacts sur le cadavre: M. Malgaigne en tire des conséquences déjà fort importantes, comme on va voir.

1° Toutes choses égales d'ailleurs, la luxation sous l'apophyse coracoïde est la plus facile de toutes.

2° Il est possible que la tête humérale se luxe sous cette apophyse sans que la capsule soit rompue, mais alors la luxation est incomplète.

3° Toute luxation complète en quelque sens que ce soit ne peut se faire sans que la capsule soit déchirée au moins en partie.

4° Il est impossible que la tête humérale se place sur le col de l'omoplate, ou dans la fosse sous-scapulaire, ou dans la fosse sous-épineuse, sans que la capsule soit déchirée dans tout ou presque tout son contour. Il est bien entendu que nous ne parlons pas des cas dans lesquels la capsule a été allongée au-delà de ses limites normales par quelque cause que ce soit.

5° Toute luxation de l'humérus rend nécessairement le bras plus long lorsqu'on le mesure rapproché du tronc. En effet, la base de l'apophyse coracoïde ou de l'acromion, la fosse sous-scapulaire et la fosse sous-épineuse sont toujours moins élevées que le sommet de la voûte acromio-coracoïdienne, dont l'humérus dans l'état normal n'est distant que de 3 lignes.

6° Enfin, les dimensions de cette voûte étant sujettes à varier chez les individus, la cavité glénoïde en sera moins défendue, et les luxations devront être plus aisées, soit à produire, soit à réduire. M. Malgaigne a cru voir que chez les femmes cette voûte descendait moins bas que chez les hommes et moins encore chez les enfans.

Sans doute, ces conclusions, pour avoir toute leur force, avaient besoin d'être confirmées par d'autres ordres de faits. M. Malgaigne les a appuyées d'abord par des expériences sur les cadavres; le résultat de toutes celles qu'il a tentées sur des sujets entiers a toujours été de luxer la tête humérale sous l'apophyse coracoïde; cette tête entièrement hors de la capsule regardant en avant et en dedans; le trochiter reposant dans la partie inférieure de la cavité glénoïde; le col huméral appliqué sur le rebord glénoïdien antérieur.

Ainsi les expériences confirmaient les déductions anatomiques, mais elles allaient même plus loin. C'est que sur le cadavre cette luxation en bas et en avant, que l'auteur appelle du nom de *luxation sous-coracoïdienne*, cette luxation, dis-je, présentait les mêmes symptômes que la luxation en bas des auteurs, et de plus quelques autres dont les auteurs n'avaient point parlé.

Les plus remarquables de ces signes nouveaux sont: 1° L'allongement de la paroi antérieure de l'aisselle, mesurée depuis la clavicule jusqu'au bord libre de cette cavité; 2° la saillie de la tête luxée en avant sous le muscle grand pectoral; 3° la rotation de l'humérus en dehors, rotation portée très-loin dans quelques cas, mais très-faible ou même absolument nulle dans d'autres.

De là suivaient trois conséquences, qui, bien que logiques, devaient être vérifiées elles-mêmes: 1° C'est que les symptômes attribués aux muscles sur le vivant, comme l'abduction du bras, ne leur appartenaient pas, puisqu'on les retrouvait sur le cadavre; ils étaient dus à la résistance de la capsule; 2° c'est que la prétendue luxation en bas n'était autre chose qu'une luxation *sous-coracoïdienne*; 3° enfin, que la symptomatologie était incomplète, puisqu'elle avait négligé des signes importans. Pour rendre ces déductions inattaquables, que fallait-il? Constater sur le vivant tous les symptômes observés sur le cadavre, sans exception, et faire voir par l'autopsie que le siége de la luxation révélée par ces symptômes est vraiment sous l'apophyse coracoïde.

M. Malgaigne a rempli ces conditions. Les autopsies de luxations scapulo-humérales sont rares dans la pratique et même dans les hôpitaux; mais en rassemblant celles qui sont éparses dans les annales de la science et le petit nombre de celles qui existent dans les collections, on met hors de doute la luxation *sous-coracoïdienne*. En comparant les symptômes offerts par le vivant et par le cadavre, on met hors de doute leur parfaite identité. M. Malgaigne a consigné dans son mémoire un grand nombre d'autopsies et d'observations qui confirment complètement les données déjà acquises par l'anatomie et par les expériences. Il en est deux surtout qui sont faites pour frapper. La première est celle d'une femme qu'un des plus grands chirurgiens de notre époque avait jugée atteinte d'une fracture du col huméral. L'application des nouveaux symptômes signalés par M. Malgaigne fit révoquer le diagnostic, et la luxation fut réduite. Le second fait prête un grand appui à cette autre opinion de l'auteur, qu'il n'existe pas de luxations consécutives par l'action musculaire. Il s'agit d'un soldat russe qui portait depuis l'âge de six ans une luxation de l'humérus. A l'autopsie, on trouva que la pression du rebord glénoïdien sur le col huméral avait été tellement forte, que le col s'était creusé une rainure large et profonde qui divisait l'extrémité supérieure de l'humérus de la même manière que l'extrémité supérieure du fémur à l'état normal. Cette observation est consignée dans les *Nova acta physico-medica*, et appartient à Melle. M. Malgaigne en cite un autre exemple, qu'il a eu sous les yeux lui-même; et ce n'est pas là la seule circonstance où deux os luxés contractent l'un avec l'autre des engrénures artificielles. Une autre luxation de l'humérus a offert aussi ce phénomène, comme nous le verrons tout à l'heure. Ainsi, les expériences ne démontraient que la luxation *sous-coracoïdienne* complète; l'anatomie laissait seulement supposer la possibilité de la luxation incomplète et de la luxation en bas proprement dite.

Existe-t-il des exemples bien avérés de cette dernière luxation? Nous avons vu que pour la produire, il fallait que la capsule fût complètement ou presque complètement rompue, et même alors, d'après le mécanisme le plus probable des luxations scapulo-humérales, la tête devait être jetée plutôt en dedans qu'en bas. Ces deux raisons doivent donc la rendre très-rare. Aussi, M. Malgaigne n'en a pu recueillir qu'un seul cas bien décisif dans les auteurs. Dans ce fait, qui est dû à Desault, il paraît que la capsule était tout-à-fait rompue, car la tête de l'humérus jouissait d'une mobilité extraordinaire, et se portait avec

---

chirurgien de la marine; il me semble que cet hôpital serait très-utile s'il se déclarait à Toulon une maladie contagieuse ayant le caractère épidémique; il serait avantageux alors d'y envoyer les malades, leur presence dans la ville étant de nature à compromettre sans cesse l'existence de ceux que l'épidémie n'aurait pas encore frappés.

Sur la même côte de la rade on trouve le lazaret, peu remarquable, point assez grand, et suffisant à peine aux besoins des *quarantainaires*. La plupart des bâtimens destinés à leur logement sont d'anciennes maisons d'habitation qu'on a disposées tant bien que mal pour leur nouvelle destination.

La durée des quarantaines varie suivant la distance et l'état sanitaire des pays d'où viennent les passagers et les marchandises. Pour les provenances d'Alger, elle est de six jours; ce ne serait probablement point assez si ces provenances apportaient quelque germe de maladie contagieuse, et c'est beaucoup trop si elles n'en apportent pas. Un bâtiment tenu en quarantaine dans la rade, reste pendant un nombre de jours déterminé dans la grande rade, à une certaine distance de la ville. Plus tard il lui est permis d'entrer dans la petite; plus tard enfin il est reçu à *libre entrée*. Ne croirait-on pas, d'après cela, que la science possède des données bien précises sur la nature, la marche des principes contagieux, et l'influence qu'ils peuvent avoir à telle ou telle distance? Que de sacrifices l'ignorance et la peur imposent à l'état et au commerce...! (1)

Je terminerai cette esquisse sur Toulon, considéré surtout médicalement, par quelques mots au sujet de la consigne, sorte de parloir à triple grille, où les quarantainaires viennent passer quelques instans avec leurs parens et leurs amis, dont ils restent séparés par un intervalle de deux à trois mètres. C'est là aussi que les prétendus pestiférés déposent les lettres qu'ils envoient dans les départemens. Ces lettres, avant d'être expédiées, passent assez rapidement, et sans être dépliées, au travers du vinaigre, ou au milieu des vapeurs du chlore; mesures bien insuffisantes si les lettres, quelquefois très-épaisses, renfermaient le germe de la peste ou du choléra! C'est aussi à travers le vinaigre que l'on fait passer les pièces de monnaie données par les quarantainaires en échange de quelques marchandises. Un égout qui s'ouvre près de l'entrée de la consigne, fait de ce lieu de salubrité administrative un des endroits les plus infects du port.

Le 26 avril, à 9 heures du matin, je montai à bord du bâtiment à vapeur *le Crocodile*, commandé par le capitaine Janvier. Ce marin appartient à une famille distinguée de la ville de Lyon. Jeune encore, il fut un des officiers qui travaillèrent à la confection des cartes marines en usage aujourd'hui sur les bâtimens de l'état; il est l'auteur d'un ouvrage estimé, le *Manuel du constructeur des ma-*

(1) Les quarantaines de Toulon et de Marseille ont, depuis 1829, coûté plusieurs millions au ministère de la guerre. La première invasion du choléra dans cette dernière ville a été peu grave, dans ce sens qu'elle n'a pas augmenté sensiblement le chiffre ordinaire de la mortalité; mais elle a fait un grand tort au commerce d'exportation. Les provenances de Marseille, complétement repoussées de certains points d'Italie, n'étaient admises dans d'autres qu'avec des restrictions ou des quarantaines qui, par leur durée, équivalaient à une véritable exclusion. Déjà M. Duchatel, ministre du commerce, a apporté des améliorations importantes dans cette branche de notre législation; mais il lui reste encore beaucoup à faire; telle est du moins l'opinion du commerce, des corps savans de plusieurs villes du Midi, et même de plusieurs intendances sanitaires.

une égale facilité contre le bord externe du grand pectoral, contre le bord antérieur du grand dorsal et contre la peau de l'aisselle. On voit combien ces symptômes diffèrent de ceux que présente la luxation la plus commune ou *sous-coracoïdienne*.

Du reste, ce serait à tort qu'on regarderait comme parfaitement tranchées et sans nuances intermédiaires, ces espèces de luxations qui servent de type à nos descriptions générales; pas plus que les maladies internes, les lésions externes ne se présentent absolument les mêmes, et *toujours* et *jamais* sont des mots qu'il faut rayer de toute pathologie. M. Malgaigne fait justement observer que la tête de l'humérus n'est pas toujours fixée à la même place, même dans les cas qui paraissent le plus semblables. Dans la plupart des cas, on la trouve immédiatement au-dessous du bec coracoïdien, dont elle n'est séparée que par quelques fibres du sous-scapulaire; mais quelquefois, soit par une déchirure en sens différent de la capsule, soit par l'action musculaire, la tête se trouve abaissée à 2, 3, 4 lignes et plus au-dessous de cette apophyse. D'autres fois, elle est portée un peu plus en dedans, sans perdre cependant les caractères de la luxation sous-coracoïdienne. Ce sont des nuances intermédiaires entre cette luxation et celle à laquelle nous laissons le nom de luxation *en bas*, et cette autre que les auteurs appellent luxation *en dedans*, et que M. Malgaigne, d'après son siège mieux précisé, a nommé *luxation sous-scapulaire*.

Les idées émises par l'auteur sur cette luxation ne sont pas moins neuves que les précédentes; les signes qui en ont été donnés par les auteurs sont insuffisans pour la distinguer; et en effet le signe essentiel, la saillie de la tête sous le grand pectoral, est très-manifeste dans la luxation *sous-coracoïdienne*. Si l'on néglige les descriptions générales pour étudier les observations particulières, celles-ci sont extrêmement rares, ou du moins si mal décrites, qu'on n'en saurait tirer aucun parti. M. Malgaigne n'en a trouvé qu'une assez exacte, encore manquait-elle de certains détails. Enfin on n'est pas d'accord sur le siège précis de la tête luxée: les uns le placent dans la fosse sous-scapulaire, les autres sous le grand pectoral.

L'auteur essaie de combler cette lacune avec deux observations qu'il a eu occasion de recueillir sur le vivant. La ressemblance des symptômes dans ces deux cas, aussi bien que dans la troisième observation qui est due à White, leur différence complète de tous ceux décrits par les auteurs, leur facile explication par la comparaison avec ce qu'enseignent les autopsies, tout semble se réunir pour appuyer les conclusions de l'auteur. Un de ces cas s'est présenté à la clinique de la Pitié, et votre rapporteur a pu conséquemment vérifier la réalité des symptômes et la justesse du diagnostic.

Le bras est plus long que celui du côté opposé; cela résultait déjà des données anatomiques dont nous avons fait mention; mais les auteurs avaient donné un symptôme tout opposé. On ne sent point la tête luxée dans l'aisselle, à quelque profondeur qu'on plonge les doigts; la saillie de la tête humérale est sous la clavicule, en dedans de l'apophyse coracoïde; cette saillie est irrégulière et formée par les tubérosités humérales, ce dont on s'assure et par le toucher et par la position correspondante des condyles de l'humérus. Enfin, chose bien remarquable, tandis que dans la luxation *sous-coracoïdienne* le bras est éloigné du tronc et ne peut en être rapproché, ici le bras est fortement rapproché du tronc, et ne peut en être écarté qu'avec des efforts et des douleurs considérables.

La tête de l'os, d'après plusieurs cas d'autopsie auxquels manquent malheureusement les symptômes observés durant la vie, se trouve alors dans la fosse sous-scapulaire, et justifie le nom que M. Malgaigne a assigné à cette luxation.

Une dernière section est consacrée à la *luxation incomplète* de l'humérus, niée encore par plusieurs chirurgiens, et sur laquelle ceux qui l'admettent sont fort loin de s'accorder, soit quant au siége de l'os déplacé, soit quant aux symptômes.

M. Malgaigne attaque d'abord l'opinion de sir A. Cooper, qui veut que la tête de l'os se trouve alors en dehors de l'apophyse coracoïde; d'une part l'examen attentif d'une omoplate saine prouve sans réplique que la chose n'est pas possible; d'autre part sur trois observations rapportées par l'illustre chirurgien anglais, il note précisément dans la seconde que la tête était placé contre et *sous* l'apophyse coracoïde, et qu'on sentait cette apophyse *au-dessus* et au côté interne de la tête de l'humérus; la troisième, qui n'est qu'une autopsie, montre également la tête humérale placée *sous* l'apophyse coracoïde, qui forme la partie supérieure de la nouvelle cavité articulaire. Il y a donc une contradiction évidente entre la description générale de sir A. Cooper et les deux faits qu'il rapporte; quant au troisième, il n'a été vu que sur le vivant, et ne peut rien prouver absolument; d'ailleurs il manque de détails.

Suivant M. Malgaigne, la luxation incomplète existe; mais alors la tête de l'os est toujours sous l'apophyse coracoïde, une partie de cette tête seulement regarde la cavité glénoïde, tandis que dans la luxation *sous-coracoïdienne* complète, elle est entièrement refoulée en dedans.

Une autopsie rapportée par Pinel prouve qu'alors la capsule est au moins quelquefois rompue. M. Malgaigne pense qu'elle l'est le plus souvent. Il a d'ailleurs été établi dans la partie anatomique de ce mémoire que la luxation pouvait avoir lieu sans cette rupture. En opérant cette luxation sur le cadavre, on a trouvé pour symptômes, le bras pendant, allongé, légèrement tourné en dehors, non écarté du tronc, ne pouvant même se mouvoir en dehors, se mouvant quelque peu en avant et en arrière; la tête fait saillie dans l'aisselle et sous le pectoral, mais moins que dans la luxation *sous-coracoïdienne* complète, et enfin la dépression sous-acromiale ne se sent bien complètement qu'en arrière.

Ce premier signe, l'absence de l'abduction du bras, a été vu sur le vivant par M. Malgaigne. M. Laugier a noté également sur un cas de ce genre que le coude pouvait être rapproché du tronc; il semble aussi que ce symptôme existait dans la deuxième observation d'A. Cooper. Est-il constant? M. Malgaigne cite lui-même un cas où il paraît avoir manqué, et où M. Dupuytren diagnostiqua toutefois une luxation incomplète: une plus ou moins grande saillie de l'apophyse coracoïde donnerait lieu à cette variété de symptôme qui s'est également reproduite dans une observation due à André Bonn et complétée par l'autopsie.

L'allongement du bras résulte évidemment de la position nouvelle de la tête humérale, et M. Malgaigne pense que si M. Laugier l'a trouvée raccourcie, c'est qu'il ne l'a pas mesurée entre deux points fixes, et qu'au lieu de l'épicondyle, il a pris l'olécrane pour la limite de sa mensuration. Les autres symptômes n'ont donné lieu à aucune discussion; mais A. Cooper pense qu'elle est très-difficile à réduire et à maintenir ré-

---

chines à vapeur, imprimé à Paris en 1828; enfin il a découvert un nouveau système de construction des bâtimens à vapeur, dont l'application sera d'un avantage immense pour la marine royale et marchande.

La traversée de Toulon à Alger se fait ordinairement en cinquante et quelques heures; mais pour cette fois il devait en être autrement. Cinq à six degrés au-dessous de 28 pouces annonçaient un temps orageux, et un vent de nd-Ouest assez fort menaçait de ralentir notre marche. Le capitaine suspendit le départ, et ne se décida à quitter la rade que le soir à 8 heures, rassuré par la brise qui mollissait, et par l'époque avancée de la saison. Malheureusement les prédictions du baromètre ne furent pas trompeuses; à mesure que nous avancions la mer devenait plus houleuse, et le vent, sans changer de direction, prenait plus de force à la hauteur des îles Baléares. La marche du navire fut tellement ralentie par le vent contraire, et le roulis devint si fort, qu'il fut décidé qu'on relâcherait à Mahon. Nous entrâmes donc dans le port de cette île, l'un des plus beaux de la Méditerranée. Mais les gardes de la santé, dont nous fûmes bientôt entourés, nous déclarèrent que, venant de France, nous étions assujétis à une quarantaine par rapport au choléra de Marseille. Vainement assurâmes-nous que la maladie prétendue contagieuse avait cessé de régner en France depuis plus d'un mois. Cette nouvelle n'arrivant point par la voie du gouvernement de la reine Isabelle, n'inspira aucune confiance. Il fallut donc rester à bord, occupés à regarder les bâtimens de diverses nations qui nous entouraient, et les nombreux et élégans canots de Mahon qui sillonnaient la rade. L'un d'eux s'approcha de nous: il portait M. le consul de France, qui nous exprima ses regrets de n'avoir pu obtenir pour nous, de M. le gouverneur, la permission d'entrer dans la ville.

Les habitans de Mahon vivent dans une ignorance assez complète des choses qui se passent sur le continent; nous leur apprimes les nouvelles les plus importantes et particulièrement le vote des chambres en faveur des vingt-cinq millions réclamés par les Americains.

Le 29, le temps était moins mauvais; nous levâmes l'ancre et fîmes route jusqu'à l'île de Mayorque; mais un coup de vent nous attendait en face de Palma; il nous surprit pendant la nuit et nous força de revenir à Mahon, l'obscurité et un orage assez violent ne permettant pas d'aborder avec sécurité dans un port moins rétrograde.

Pendant le gros de l'orage, je n'avais point échappé au mal de mer, dont je m'étais assez bien defendu jusqu'alors. Les auteurs ne sont point d'accord sur la nature de cette maladie. Très-souffrant moi-même, je n'ai cependant pas éprouvé tous les symptômes que je trouve mentionnés dans leurs descriptions; je crois donc utile de dire ce que j'ai senti, ce que j'ai vu, et ce que j'ai appris sur les lieux où l'on peut considérer cette maladie comme endémique.

Le mal de mer est plus frequent sur les bâtimens à vapeur que sur les vaisseaux à voiles, ce qui tient sans doute à ce que les premiers luttant directement contre les vents sont bien plus exposés au roulis et au tangage. L'un des passagers du *Crocodile*, M. le docteur L..., qui navigue depuis près de vingt ans, eut dans cette occasion, et pour la première fois, le mal de mer; il ne s'était jamais trouvé, par un aussi mauvais temps, sur un bâtiment à vapeur.

Nous avions à bord un enfant que sa mère allaitait et sur lequel j'ai pu constater l'existence du mal de mer.

Une femme enceinte de plus de six mois fut atteinte par le même mal; il n'en résulta rien de fâcheux pour l'enfant qu'elle portait; M. le chirurgien du bord me

duite, et cette opinion paraît aussi avoir été partagée par Dupuytren.

Deux faits seuls sont allégués à l'appui, l'un de sir A. Cooper, qui a très-bien réduit la luxation, mais la récidive est aussitôt revenue, l'autre de M. Laugier qui n'a pas pu la réduire du tout. Ne s'agirait-il pas dans le premier cas de quelque interposition de la capsule, ainsi que cela est arrivé à Desault, ou bien encore, comme le soupçonne M. Malgaigne, de quelque fracture de la cavité glénoïde? Et l'insuccès du second ne s'explique-t-il pas par la date de la luxation, bien qu'elle n'eût que douze à quinze jours? Quoi qu'il en soit, les autres faits connus déposent qu'elle n'offre pas plus de difficultés que la luxation ordinaire. Sir A. Cooper dit aussi qu'elle est la plus commune de toutes; chose assez singulière, puisqu'en Angleterre même il est, que nous sachions, le seul chirurgien qui en ait traité ex-professo et *de visu*; que Chelius, en Allemagne, n'en parle que d'après lui, et qu'en France, l'observation de M. Laugier est la seule qui ait été publiée depuis l'apparition du traité de A. Cooper. Toutefois, M. Malgaigne, sans la regarder comme la plus commune, pense qu'elle est beaucoup moins rare qu'on ne le croit communément, et qu'on la confond souvent avec la luxation complète. Un fait bien curieux, c'est que cette tête humérale, appuyant sur un rebord poli par une portion de sphère également polie, ne change point cependant de position par l'action musculaire. Au bout de plusieurs années on trouve la tête humérale creusée en ce point d'un sillon plus ou moins profond qui la divise en deux condyles, pour ainsi dire; et ce fait, rendu incontestable par des dessins et des pièces qui existent à Paris dans diverses mains, n'est pas une des moins fortes preuves que l'action musculaire est inhabile à produire les luxations consécutives.

M. Malgaigne a remarqué que la douleur est plus forte dans les luxations incomplètes; il l'attribue au peu d'étendue de la déchirure capsulaire, et à la distension des fibres qui retiennent la tête humérale dans sa demi-luxation. Il note également que cette demi-luxation est arrivée par des causes spéciales et agissant presque immédiatement sur le moignon de l'épaule. Dans aucun des cas publiés, elle n'était due à une chute sur le coude ou sur la main.

Là se termine ce mémoire; l'auteur s'étant borné à quelques mots sur la luxation en arrière ou dans la fosse sous-épineuse dont on n'a pas encore eu d'autopsie, et dans laquelle, selon lui, et d'après les expériences sur le cadavre, la tête est placée sous l'acromion.

Ici donc, messieurs, devrait se terminer le travail de votre commission, mais quelques circonstances qui ont précédé ou suivi la lecture de ce travail, ont demandé des éclaircissemens dont vous nous avez également chargés. M. Malgaigne, comme l'a témoigné l'honorable président de l'année dernière, était inscrit au moins dès le mois de décembre pour la lecture de son mémoire; quand le 5 janvier M. Sédillot en présenta un autre presque sous le même titre à l'Académie des sciences. M. Malgaigne réclama un tour de faveur qui lui fut accordé; M. Sédillot vous envoya son mémoire à son tour, et il s'ensuivit entre les deux auteurs une série de réclamations qui nous furent renvoyées avec les deux mémoires. Nous regrettons que M. Sédillot n'ai pas cru devoir attendre votre jugement, et qu'en imprimant son mémoire tout entier, il nous ait privés de la faculté de vous en rendre compte; nous dirons donc seulement qu'il est demeuré constant pour nous que M. Malgaigne s'est occupé le premier de ce sujet, qu'il a fait voir en 1830, toute l'influence de la présence de la voûte acromio-coracoïdienne sur l'allongement du bras; qu'il avait dès cette époque décrit et désigné la luxation sous-coracoïdienne. Pour tout le reste, les deux mémoires diffèrent autant par le fond que par la forme; et il n'y a eu plagiat d'aucune part, puisque les idées que réclame M. Malgaigne étaient déjà publiées (*Journal des progrès* 1830), et que dès-lors on ne pouvait les lui ravir.

Pour en revenir à ce mémoire, il ne faudrait pas voir là seulement des faits curieux d'anatomie pathologique; et bien qu'une plus grande précision dans le diagnostic soit toujours d'une grande importance pour le praticien, déjà même les idées de M. Malgaigne ont donné lieu à des conséquences pratiques plus directes; elles ont servi à montrer la supériorité d'une méthode complètement oubliée parmi nous, et que l'auteur lui-même a pu croire nouvelle, pour les luxations *sous-coracoïdiennes*; et il annonce un travail prochain sur les différens procédés à employer suivant les cas. Votre commission pense que c'est un travail extrêmement remarquable, et par la nouveauté des idées, et par les faits dont elles sont appuyées; elles sont surtout d'une grande importance pratique non-seulement pour le diagnostic, mais encore pour la thérapeutique.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer de renvoyer le mémoire de M. Malgaigne au comité de publication, et d'adresser des remerciemens à l'auteur.

THÉRAPEUTIQUE.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DES BUBONS VÉNÉRIENS PAR LES VÉSICATOIRES, par M. REYNAUD, professeur à l'école de médecine de la marine, à Toulon.

La GAZETTE MÉDICALE du samedi 1[er] août 1835 renferme un article sur la méthode que j'ai proposée pour le traitement des bubons, qui me porte à croire qu'on n'a pas parfaitement compris ma méthode, et surtout les intentions qui me dirigent dans son application.

Un des avantages que je cherche à obtenir, d'après M. Ristelhueber, c'est de fixer le principe morbifique et de le saturer dans le lieu même où il a signalé sa présence; en d'autres termes, d'anéantir par des applications locales l'infection syphilitique, dont le bubon est bien souvent un symptôme.

Telle n'est nullement mon intention et mon espoir. Pour mon compte, le traitement du bubon par ma méthode n'est qu'un traitement local propre à combattre le bubon lui-même, et nullement l'infection qui lui donne lieu, et je joins toujours à ce traitement, dans les cas de bubons syphilitiques, l'administration générale du mercure. Je dirai même que, désireux de pousser cette méthode jusqu'à ses dernières limites et de lui faire produire tous les résultats qu'elle était susceptible de donner, j'ai cherché à l'employer seule chez plusieurs malades, sans l'aider par un traitement général; et que des insuccès bien constatés, des symptômes franchement consécutifs m'ont prouvé son insuffi-

---

dit avoir observé que les femmes en état de gestation et les enfans prenaient plus facilement le mal de mer et en guérissaient plus vite.

Quant aux symptômes que j'éprouvai, le premier et le plus permanent consista en une sorte d'étourdissement qui paraissait dépendre d'une oscillation des fluides dans tout le système vasculaire cérébral; les mouvemens du bâtiment me semblaient être l'occasion d'autant de coups de piston qui poussaient de nouvelles injections. Plus tard, des nausées se manifestèrent, puis des soulèvemens d'estomac, et enfin des vomissemens précédés et accompagnés d'efforts douloureux et d'un état d'angoisse indéfinissable; les matières alimentaires encore contenues dans l'estomac furent rendues. Il m'est arrivé, très-peu de temps après avoir mangé, de ne vomir qu'un liquide aqueux; des stries sanguinolentes se trouvèrent dans ces matières; j'en rendais aussi par une sorte d'expuition durant l'intervalle des vomissemens. Cette hémorrhagie était évidemment le résultat d'une exsudation ou d'une exhalation sanguine, et non d'un état inflammatoire. Enfin, dans le moment où j'étais le plus souffrant, mes sens, et particulièrement celui de l'odorat, éprouvèrent un grand accroissement de sensibilité, à tel point que l'odeur du goudron qui est prédominante dans un bâtiment, et qui jusqu'alors ne m'avait point affecté désagréablement, devint pour moi durant une nuit tout-à-fait insupportable. Ces symptômes morbides, les seuls que j'aie éprouvés, ont toujours été en rapport par leur intensité avec la force des mouvemens que la mer houleuse communiquait au bâtiment.

De toutes les opinions émises par les auteurs sur la nature du mal de mer, la moins invraisemblable, si j'en juge d'après la sensation que j'ai éprouvée pendant que j'étais atteint de ce mal, serait celle de Wollaston qui, comparant le mouvement du sang dans les artères à celui du mercure dans le tube du baromètre, suppose que, de même que le métal s'élève quand cet instrument est abaissé avec une certaine rapidité, de même quand le navire descend avec la vague, il y a ascension des colonnes sanguines et pression de ce fluide sur le cerveau.

A l'égard des phénomènes qui se passent du côté de l'estomac, je les crois sympathiques de la lésion cérébrale; ils ne se rattachent à aucune inflammation des membranes qui composent ce viscère; les signes d'un état véritablement inflammatoire manquent évidemment. L'influence de la mer m'a paru n'avoir qu'une action secondaire sur la digestion; l'appétit se conserve, à moins que le mal ne soit porté à un très-haut degré d'intensité, et la digestion stomacale est seule momentanément interrompue; celle des intestins se continue très-régulièrement. Je puis même affirmer que pendant vingt jours que j'ai passés sur mer, elle s'est constamment faite beaucoup mieux qu'auparavant.

La partie centrale et la plus basse du bâtiment étant celle où les mouvemens de tangage et même de roulis sont le moins grands, doit aussi être celle où le mal de mer sera le moins fort; j'en ai fait plusieurs fois l'expérience. Quant aux moyens curatifs, l'art n'en possède aucun; la position horizontale est celle dans laquelle je souffrais le moins, et c'est cependant dans cette position que j'ai eu des vomissemens. La compression des régions abdominales et les boissons acides ne m'ont point réussi; et relativement aux autres moyens préconisés par les auteurs, ils ont souvent été essayés par les médecins de la marine, mais toujours sans succès.

Si le mal de mer est plus fréquent et susceptible de prendre un plus haut degré d'intensité sur les bâtimens à vapeur que sur les voiliers, il n'en est pas de même des autres maladies auxquelles les marins sont sujets; elles sont sur les premiers moins nombreuses et surtout beaucoup moins graves. En voici les prin-

sance, et m'ont forcé de ne voir en elle qu'un traitement purement local, ainsi que je l'annonçais déjà en 1832 dans une note présentée à l'Académie royale de médecine.

Les vésicatoires convenablement employés favorisent la résolution des bubons indurés avec bien plus de rapidité que les fondans et les résolutifs ordinairement mis en usage; mais c'est principalement dans les cas où la suppuration est déjà établie, et où l'ouverture de l'abcès était jusqu'à présent la dernière et l'indispensable ressource, que les vésicatoires donnent les résultats les plus avantageux.

De tous temps, nos salles de vénériens avaient été encombrées d'hommes à plaies sinueuses, dont les bords décollés, renversés, squirrheux, les retenaient de longs mois dans les hôpitaux, et forçaient fréquemment à leur faire souffrir des excisions douloureuses. Frappé de ces graves inconvéniens, je me mis, dès que je fus chargé du service des vénériens de la marine de Toulon, à rechercher avec persévérance les moyens d'empêcher ces fâcheux résultats.

J'ai employé pendant long-temps, et sur un grand nombre de malades, tous les moyens proposés pour donner issue au pus, lorsque j'avais vainement tenté d'en prévenir la formation. J'ai fait aux bubons, avec l'instrument tranchant, des ouvertures dans toutes les directions et de toutes les grandeurs. J'ai pratiqué ces ouvertures dès l'apparition du pus, et alors qu'il n'était pas encore réuni en foyer, et j'ai attendu d'autres fois que la collection fût parfaitement formée, et que toutes les indurations du voisinage de l'abcès fussent détruites, comme on le dit, par la fonte purulente. J'ai souvent attendu que la peau fût très-amincie, ou même que la nature donnât elle-même issue au pus. J'ai appliqué la potasse caustique sur les bubons à toutes les époques de leur durée; je les ai ouverts avec le cautère actuel, et je me suis servi tour à tour de cautères en roseau de deux, de trois, de quatre lignes de diamètre.

J'ai employé tous ces moyens comparativement sur des hommes placés dans les mêmes circonstances extérieures; je les ai plusieurs fois employés comparativement aussi sur des malades atteints de plusieurs bubons, et après des essais variés de mille manières, j'étais arrivé à ce résultat, que les petites ouvertures sont plus avantageuses pour donner issue au pus que les grandes incisions; que la potasse caustique vaut mieux que l'instrument tranchant; que le cautère actuel est préférable à la potasse caustique et à l'instrument tranchant, et que les cautères en roseau de quelques lignes de diamètre doivent être préférés à tous les autres cautères.

Mais malgré tous mes efforts, de nombreux malades présentaient souvent encore des plaies blafardes et à bords renversés, des décollemens et des destructions de peau qui prolongeaient indéfiniment leur séjour dans mes salles, et que la pourriture d'hôpital envahissait encore fréquemment.

J'avais quelquefois tenté d'appliquer des vésicatoires sur les bubons à diverses époques de leur développement; le peu de succès de mes expériences m'avait fait abandonner à peu près ce moyen, lorsque les observations insérées par le docteur Malapert dans les *Archives générales* de mars 1832, vinrent ranimer mes espérances. Je me remis aussitôt à l'œuvre; j'appliquai d'abord le vésicatoire et les plumasseaux trempés dans la dissolution de 20 grains de deuto-chlorure de mercure par once d'eau distillée, ainsi que l'indique le docteur Malapert; mais bientôt je crus devoir modifier cette méthode, et je me suis arrêté après de nombreux tâtonnemens à celle que je vais dire, et qui m'a habituellement réussi dans les cas très-nombreux où je l'ai employée.

J'applique sur le centre du bubon un vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un franc jusqu'à celle d'une pièce de deux francs, suivant l'étendue de la tumeur. Lorsque la phlyctène est bien formée, je l'enlève et je place sur le derme mis à nu un plumasseau trempé dans une dissolution de 20 grains de deuto-chlorure de mercure dans une once d'eau distillée. Deux heures après, la plaie est occupée par une escarre superficielle. Je réapplique un nouveau plumasseau dans les cas rares où l'escarre n'est pas parfaitement formée, et je recouvre ensuite toute la tumeur d'un large cataplasme émollient. L'escarre ne tarde pas à se déclarer; la plaie du vésicatoire guérit en quelques jours, et le bubon, que je continue à panser avec un cataplasme émollient, disparaît quelquefois entièrement avec elle. Dans tous les cas, il prend une marche rétrograde, et ne tarde pas à céder complètement à une deuxième ou troisième application.

On m'objectera peut-être que dans les adénites aiguës et dans les adénites indolentes, le moyen que je propose n'est point indispensable, puisque les unes et les autres cèdent quelquefois aux antiphlogistiques, aux résolutifs, aux fondans, etc.; mais ces agens, quoique souvent utiles, sont loin de réussir constamment; mais lorsque, comme la chose a malheureusement lieu trop souvent, les malades ne réclament des soins que quand déjà les bubons sont en pleine suppuration, ou lorsque, ce qui arrive bien souvent aussi, malgré les antiphlogistiques et les résolutifs les mieux dirigés, le travail pyogénique s'est établi, il ne restait bien évidemment jusqu'à présent qu'une seule indication, celle de donner issue au pus. Alors, quel que fût le procédé employé pour ouvrir l'abcès, il n'était plus possible de prévoir le terme de la maladie.

Eh bien! c'est contre les bubons en suppuration, lorsque l'ouverture de l'abcès et ses suites funestes étaient jusqu'à ce jour inévitables, que j'ai obtenu les succès les plus prompts et les plus constans, et c'est sur l'emploi de ma méthode dans ces cas particuliers que je vais m'arrêter quelques instans.

Le premier effet du vésicatoire et du plumasseau escarrotique est l'épaississement marqué de la peau qui recouvre le foyer. Trente-six ou 48 heures après la formation de l'escarre, et dès que cette escarre commence à se détacher, il se fait une filtration de liquide séro-purulent à travers le derme aminci. Cette filtration augmente à mesure que l'escarre tombe, et devient quelquefois très-abondante après sa chute complète. Pendant ce temps, le bubon s'affaisse, et ses parois, dans lesquelles le vésicatoire a déterminé une vive inflammation adhésive, se recollent de la circonférence au centre.

Souvent le premier vésicatoire ne suffit pas pour laisser transsuder tout le pus, ou du moins tous les élémens les plus liquides du pus contenu dans l'abcès; le recollement s'opère seulement dans une certaine étendue, le foyer se trouve circonscrit dans des limites plus étroites, mais une nouvelle application est nécessaire pour achever la guérison.

Quelquefois, soit que la peau soit trop amincie, soit que cette enveloppe ne présente pas la même densité et la même résistance chez tou-

cipales causes: 1° La combustion d'une énorme quantité de houille nécessaire pour faire manœuvrer une machine à vapeur de la force de 180 chevaux, et souvent plus, entretient dans les parties inférieures du navire des courans d'air très-favorables à leur salubrité; comme, jusqu'à présent au moins, les bâtimens à vapeur n'ont pas été employés à des voyages de long cours, et comme la nécessité de renouveler la provision de charbon oblige souvent les matelots à descendre à terre, ils en profitent pour s'approvisionner aussi de comestibles frais et de tous les objets nécessaires à l'entretien de la santé. Ils sont donc, beaucoup plus que sur les vaisseaux à voiles, à l'abri de toutes les maladies qui naissent d'une mauvaise alimentation et de l'insalubrité de la cale.

Pendant que je faisais ces diverses observations, et que la plupart des passagers étaient plus ou moins tourmentés par le mal de mer, le bâtiment avançait rapidement, poussé qu'il était alors par le sud-ouest, qui avait cessé de nous être contraire; et le 30 avril nous étions rentrés dans Mahon. Cette fois il nous fut permis de visiter la ville; trois jours d'ailleurs s'étaient écoulés en allées et venues en face des îles Baléares. M. le gouverneur ne nous fit donc grâce que d'un seul jour, puisque la quarantaine n'est que de quatre.

La ville de Mahon est la patrie du doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. Orfila; et le nom de ce médecin distingué, de ce savant chimiste, est en vénération dans cette île, comme il est en France l'objet de l'estime et de la reconnaissance de tous les hommes qui portent quelque intérêt aux progrès de la médecine et à la réforme de ses institutions.

Parfaitement accueilli par M. Wals, consul de France, et accompagné par un de ses parens, je visitai la ville et ses établissemens principaux. Une population de 22,000 ames, des rues en général assez droites, un pavé plat et bien entretenu, des maisons d'un ou deux étages qui semblent toutes avoir été blanchies de la veille, des intérieurs d'une très-grande propreté, même chez les artisans, des églises remarquables par la richesse et la surabondance des ornemens, et l'une d'elles par un orgue qui est, dit-on dans le pays, le meilleur et le plus beau qui existe en Europe; de riches couvens et des établissemens publics importans et bien tenus, voilà ce qui fait de Mahon une des villes que j'ai vues avec le plus d'intérêt.

L'hôpital renferme une soixantaine de lits répartis dans plusieurs petites salles le claustral n'est nullement remarquable; les salles des malades sont propres; suffisamment aérées, et les lits assez espacés; les alimens sont bien préparés; les malades sont par conséquent dans une position hygiénique satisfaisante. Cet hôpital est dirigé par un prêtre qui ne manqua pas de nous faire admirer un bain de vapeur par encaissement, établi par le docteur Orfila il y a une douzaine d'années.

L'hospice des enfans abandonnés en renferme une cinquantaine qui m'ont paru frais et bien portans; ils étaient occupés à diverses industries; je n'ai point remarqué chez eux cette prédominance du système lymphatique, et ces signes de scrophules si communs dans nos maisons de charité.

Le théâtre est à une très-petite distance de cet hospice; point de façade qui annonce sa destination; une salle petite, mais d'une coupe agréable, des décors très-propres, trois rangs de loges louées à l'année et à un prix assez élevé, des stalles occupant tout le parterre, tel est ce que cette petite salle offre de plus remarquable. Le spectacle n'est sans doute pas un besoin bien impérieux pour le peuple de Mahon, car aucune place ne m'a paru être d'un prix à la portée de la bourse des prolétaires. L'excédant des recettes sur les frais d'exploitation de ce

les individus, ou que le vésicatoire agisse avec plus d'énergie dans certains cas, l'escarre donne lieu à un pertuis capillaire par lequel le bubon se vide lentement; mais l'inflammation de ses parois n'en suffit pas moins pour en déterminer l'adhésion, et la guérison a lieu avec la même rapidité. Quelquefois enfin, et ces cas sont fort rares, le vésicatoire et le plumasseau escarrotique agissant sur une peau plus amincie encore, la détruisent dans toute son épaisseur, et font un emporte-pièce fort semblable à celui que produit la pierre à cautère. Mais le recollement des parois de l'abcès a encore ordinairement lieu comme dans les cas précédens; et après quelques jours, il ne reste plus qu'une plaie simple, que quelques pansemens bien dirigés feront aisément cicatriser.

Dans ce cas, qui est sans contredit le plus fâcheux et qui se présente très-rarement dans mon service, les malades sont dans les conditions de ceux sur lesquels on a employé la potasse caustique ou le cautère actuel, et moins exposés même que ceux-là aux décollemens de peau et aux trajets fistuleux, le vésicatoire agissant bien plus puissamment que ces premiers moyens pour déterminer l'adhésion des parois de l'abcès. Il ne faut pas perdre de vue, du reste, que toutes les fois que la peau est très-amincie, on doit surveiller attentivement l'action du plumasseau escarrotique, ne le laisser qu'une heure s'il paraît agir rapidement, et éviter le plus possible la destruction complète du derme.

Enfin, lorsque les hommes se présentent dans mes salles avec des trajets fistuleux plus ou moins profonds et plus ou moins anciens, et que ces affections résistent aux injections irritantes avec les dissolutions de potasse caustique, de nitrate d'argent, etc., au lieu de me décider à ouvrir ces clapiers, à en détruire les parois par la pierre à cautère, ou à les traverser par des bandelettes à séton, comme on le fait d'ordinaire, j'ai encore recours au vésicatoire tel que je le mets en usage dans les bubons, et je parviens souvent par ce moyen à faire recoller les parois du trajet fistuleux et à obtenir une guérison solide.

Je n'ai voulu m'occuper ici que du traitement local des bubons, traitement applicable quelle que soit l'opinion qu'on professe sur leur formation, sur la nature particulière des causes qui les produisent, et sur leur valeur comme signes d'infection syphilitique. J'exposerai dans un autre article mes travaux sur la syphilis en général, sur la nécessité de la combattre par certains médicamens, et sur les résultats statistiques que j'ai obtenus par les divers traitemens que j'ai successivement essayés.

REYNAUD.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Le cahier de juillet comprend les articles originaux suivans : 1° *premier mémoire sur l'influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique*, par J. Guyot; 2° *mémoire sur le traitement des luxations congénitales du fémur*, par M. Pravaz. Ce travail a été lu à l'Académie de médecine, et nous en avons donné l'analyse dans le n° du 14 mars dernier; 3° *de l'exophthalmie* : leçon clinique de M. Gerdy, recueillie par M. Beaugrand, interne; 4° *observation de dégénérescence graisseuse des muscles, et emploi du ramollissement général des os*, par M. Dechambre; 5° *de l'emploi du chlore dans le traitement du choléra épidémique*, par M. Toulmouche.

Le cahier d'août contient : 1° des *recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards*, par MM. Hourmann et Dechambre, premier article; 2° *note sur les propriétés emménagogues de l'aconit*, par M. West; 3° la fin des *recherches sur les épidémies de grippe et en particulier sur la grippe qui a régné en 1833 à Paris*, par M. Riehelot; 4° *du rôle des fosses nasales dans l'acte de la phonation*, par M. Valleix; 5° *nouvelles expériences sur la méthode ectrotique de M. Serres*, par M. Gariel.

Nous avons, avant tout, à rendre compte d'un travail de M. Donné, qui appartient à la revue précédente.

RECHERCHES SUR LES CARACTÈRES CHIMIQUES DE LA SALIVE, considérés comme moyen de diagnostic dans quelques affections de l'estomac; par le docteur DONNÉ.

On sait quelle obscurité enveloppe encore aujourd'hui l'étude des affections de l'estomac. Les seules qui soient peut-être bien connues, et sur lesquelles la plupart des médecins soient d'accord, sont les maladies organiques chroniques. Quant aux autres, nous sommes, on peut dire, dans l'ignorance la plus complète à leur égard; nous ne connaissons pas de bonne description de la gastrite, et aujourd'hui on ne parle plus du ramollissement de l'estomac (considéré comme maladie) que l'on rencontrait si fréquemment il y a quelques années. Quelle est la nature de l'embarras gastrique? dépend-il d'un état pathologique de l'estomac, ou d'un état morbide plus général? C'est ce qui n'a pu être encore décidé, et c'est la solution de quelques-unes de ces questions que M. Donné propose dans le mémoire que nous allons analyser. Son but principal, dit-il, « est d'indiquer un caractère précis, matériel et facile à vérifier, propre à distinguer les affections gastriques de nature inflammatoire de celles qui reconnaissent une autre cause. » Ce symptôme que M. Donné regarde comme caractéristique de l'*irritation* de l'estomac, lui est fourni par la salive.

Avant de parler des modifications pathologiques de la salive, il est nécessaire de bien établir ses caractères physiologiques, sur lesquels les auteurs sont loin d'être d'accord. Aussi M. Magendie prétend qu'elle est tantôt acide, tantôt neûtre et tantôt alcaline; acide entre les repas et alcaline pendant la mastication; tandis que, d'après MM. Tiedman et Gmelin, elle serait constamment alcaline. Voici ce que de nombreuses expériences faites sur ce point par M. Donné lui-même, chez l'homme et chez plusieurs animaux, lui ont appris. La salive est constamment alcaline et à un degré très-prononcé avant, pendant et dans l'intervalle des repas, toutes les fois que les fonctions de l'estomac se font régulièrement.

Maintenant il est vrai qu'on trouve fréquemment la salive acide chez certains individus; mais cette modification tient à une altération particulière de l'estomac qu'elle peut même faire connaître.

L'auteur regarde comme tout-à-fait hors de doute que cette acidité soit réellement un signe d'affection gastrique, et qu'elle coïncide cons-

théâtre, est consacré à l'entretien de l'hospice des enfans trouvés. Les Mahonais ont sans doute voulu que les bénéfices faits sur leurs plaisirs servissent à en réparer autant que possible les suites trop souvent funestes.

Plusieurs établissemens importans aussi se rencontrent hors de la ville ou sur la côte qui borde le port : ce sont les cimetières, quelques travaux de défense peu redoutables, l'hôpital des Américains et le lazaret.

Il y a à Mahon plusieurs cimetières; mais il en est un qui mérite d'être cité : il est situé à un quart de lieue de la ville, et consiste en un vaste cloître dont les galeries sont divisées par un grand nombre de cloisons. Chaque intervalle ou cellule renferme un monument érigé le plus souvent à une famille, et au-dessous un caveau destiné aux inhumations. Du centre de ce cloître s'élève un obélisque majestueux. Le reste de sa surface est couvert de pierres tumulaires qui ne proéminent pas sensiblement au-dessus du sol. A l'entrée est une église. Il résulte de cette disposition que ce cimetière, tout en renfermant un grand nombre de tombes, offre dans son ensemble quelque chose de régulier et de monumental que l'on ne retrouve pas dans les nôtres.

L'hôpital des Américains est sur le bord de la rade; il se présente sous la forme d'un assez joli édifice; il est, dit-on, fort bien tenu; mais je n'ai pu en juger, car il ne renfermait point de malades.

Le lazaret est dans la même position, mais un peu plus éloigné de la ville; il est remarquable par sa grandeur et par la beauté des bâtimens; trente équipages peuvent y faire quarantaine à la fois, et être pourtant tout-à-fait isolés les uns des autres. Dix-huit constructions plus ou moins grandes, très-belles et séparées par de vastes jardins, sont destinées, les unes à recevoir les marchandises que l'on y soumet à l'action des courans d'air qui les traversent dans tous les sens et à toutes les hauteurs, les autres à l'exercice du culte divin, au logement des quarantainaires et des employés, aux cuisines, au parloir et à l'observatoire. Une large galerie d'enceinte circonscrit l'établissement et en rend la surveillance facile.

Mahon est un port de station et de relâche pour plusieurs puissances. La ville est par conséquent fréquemment visitée par les marins. Cette population flottante assez considérable, ajoutée à celle des indigènes, explique pourquoi un si grand nombre de courtisanes se rencontre dans cette ville. Quelques rues assez belles en sont presque uniquement peuplées. J'ai pris des renseignemens sur les ravages que devait faire la maladie syphilitique au milieu de ces élémens de propagation, et j'ai appris des habitans, ainsi que de plusieurs chirurgiens de la marine, qu'elle est peu commune dans la ville, et que les marins en sont assez rarement affectés. J'ai cru trouver les causes de ce fait dans la température douce du climat, dans la grande propreté des habitans, et peut-être dans l'état du système lymphatique, qui est rarement prédominant chez les Mahonais.

Le 2 mai, le vent de sud-ouest était moins fort, et le départ fut ordonné. Mais la ville que nous quittions est pour les marins une seconde Capoue : deux matelots avaient déserté le port et restèrent dans l'île; trois autres payèrent en cette occasion leur infraction à la discipline par des punitions sévères, et qui, du moins en France, ne sont plus en usage qu'à bord des bâtimens.

Nous naviguâmes pendant deux jours, et le troisième, à cinq heures du soir, nous étions dans la rade étroite et peu sûre d'Alger. Enfin je me trouvai bientôt dans cette ville, naguère la terreur de la chrétienté, aujourd'hui l'une des plus riches colonies du monde chrétien.

tamment avec un état normal de l'estomac. Il affirme n'avoir jamais rencontré une seule personne ayant bon appétit et les fonctions digestives en bon état, avec la salive acide ou même neutre.

Ce fait est déjà important par lui-même, mais il le deviendra bien plus si, ainsi que l'avance l'auteur, il peut être considéré comme caractéristique de l'irritation et de l'inflammation de l'estomac. Mais avant d'arriver aux preuves qu'il apporte à l'appui de cette assertion, nous allons faire connaître le procédé qu'il emploie pour reconnaître les caractères chimiques de la salive.

Il coupe en petites bandes longues de 2 pouces et demi et larges de 3 à 4 lignes des feuillets de papier réactif coloré en bleu par la teinture de tournesol, et d'autres petites bandes de ce même papier rougi par un acide. Les premières servent à reconnaître l'acidité de la salive, et les secondes son alcalinité. Il en place une sur la langue du malade, qui la conserve quelque temps dans la bouche, en ayant soin de l'humecter. Le papier bleu étant en général plus sensible que le rouge, est promptement affecté par l'acide lorsqu'il existe; il suffit qu'il soit humecté pendant un instant, pour que la réaction se prononce. Il est bon, au contraire, de laisser le papier rouge en contact avec la langue pendant une minute ou deux, pour avoir un effet marqué.

Lorsque la salive est dans son état normal, on voit la bande de papier rouge passer au bleu; si ce changement n'a pas lieu, c'est-à-dire si elle a perdu son caractère alcalin, on essaie avec le papier bleu, et l'on constate que la salive est ou neutre, ou plus ou moins acide. M. Donné dit avoir vu ainsi ce fluide passer par tous les degrés de l'acidité, depuis le plus faible jusqu'à un degré très-prononcé.

Il s'est assuré aussi que c'est la salive qui dans ces cas est altérée, et non point le mucus blanc ou jaune qui enduit souvent la langue.

Lorsque la langue du malade est sèche et recouverte d'une couche, on peut mouiller la bande de papier avec un peu d'eau avant de la mettre sur la langue; et souvent alors cette précaution suffit pour permettre de constater le caractère chimique de l'enduit épais et collant de cet organe.

Voici maintenant les preuves sur lesquelles l'auteur appuie sa proposition principale, savoir que l'acidité de la salive indique constamment un état d'irritation ou d'inflammation de cet organe, et que l'absence de ces caractères est un indice que la maladie n'est pas de nature inflammatoire.

Dans deux séries de faits rapportés avec détails, nous trouvons d'abord ceux où l'acidité de la salive a été observée chez des sujets à l'autopsie desquels on a trouvé un ramollissement très-prononcé de l'estomac, ou dont les symptômes n'ont pu laisser de doute sur la nature inflammatoire de la maladie, et ceux ensuite chez lesquels la salive avait conservé son alcalinité, bien qu'ils eussent une affection gastrique. Chez les sujets des quatre premières observations qui ont succombé, la salive fut, pendant toute la durée de leur maladie, très-acide; et à l'autopsie on trouva un ramollissement plus ou moins étendu de la muqueuse de l'estomac. Chez ceux des quatre observations suivantes, qui ont tous guéri après avoir offert des symptômes gastriques, la salive, qui avait été acide pendant la plus grande partie de la durée de la maladie, revint graduellement à son état d'alcalinité normale. La seconde série, celle des faits où la salive s'est montrée alcaline sous l'influence d'un embarras gastrique présumé non inflammatoire, est bien incomplète, car elle ne se compose que d'un fait, le seul que l'auteur ait pu encore recueillir. Nous l'allons rapporter textuellement.

Obs. — Une jeune femme, couchée au n° 3 de la salle Ste-Madeleine, se présenta dans l'état suivant. Prostration, lassitude dans les membres, anorexie, langue couverte d'un enduit jaunâtre et sans rougeur sur les bords, nausées, physionomie triste et abattue, chaleur intense de la peau, épigastre indolent, pouls fréquent de 100 à 110 pulsations. Tous les matins trois ou quatre applications de sangsues furent faites sur l'abdomen sans aucune amélioration; lavemens; cataplasmes; tisanes rafraîchissantes; diète.

J'avais remarqué que la salive n'avait pas cessé un instant de conserver son caractère alcalin, et cette circonstance me faisait désirer que l'on employât les purgatifs. J'eus occasion de tenter cette méthode chez cette malade, et je lui fis prendre une bouteille d'eau de Seidlitz. Ce purgatif fut suivi de plusieurs garderobes abondantes. Dès le lendemain matin je fus frappé de l'air gai et riant de cette femme; la tristesse dont sa physionomie était empreinte avait fait place à un véritable épanouissement des traits; sa parole n'était plus lente, et à ma première question, elle me répondit avec vivacité qu'elle était guérie. En effet, la langue commençait à se nétoyer, et déjà l'appétit se faisait sentir; il y avait de la moiteur et une douce chaleur à la peau, et le pouls était souple; il était tombé à environ 80 pulsations par minute. Une seconde bouteille d'eau de Seidlitz fut administrée, et dès le second jour la guérison était complète.

Nous laissons maintenant au lecteur à juger si l'acidité de la salive est, ainsi que le pense M. Donné, un indice certain d'un état phlegmasique de l'estomac, et son alcalinité celui d'un état morbide d'une nature différente. Cependant nous ferons remarquer que les données sur lesquelles l'auteur s'appuie pour prononcer sur l'état inflammatoire ou non inflammatoire de l'estomac, nous paraissent le plus souvent hypothétiques. Ainsi, dans l'état actuel de la science, peut-on admettre que le ramollissement de l'estomac soit constamment le résultat de l'inflammation de cet organe? La présence des nausées, des vomissemens même, de la douleur épigastrique, suffit-elle pour indiquer une gastrite?

Si l'observation que nous venons de rapporter est considérée par l'auteur comme un exemple d'un état saburral simple (non inflammatoire), c'est parce que, dit-il, les saignées ne procurèrent aucun soulagement, tandis qu'au contraire le purgatif fit disparaître la maladie subitement. On attachait, il y a quelques années, une haute importance à l'axiome : *naturam morborum ostendit curatio*, à l'époque où toutes les discussions roulaient sur la nature inflammatoire ou non inflammatoire des maladies. Mais aujourd'hui que l'on reconnaît que le plus souvent la nature des maladies nous reste inconnue, et qu'il est rarement possible d'établir un rapport rationnel entre ce que nous croyons être la nature d'une maladie et le mode d'action du moyen que nous lui opposons, cet axiome n'est réellement applicable que dans un très-petit nombre de cas.

Les réflexions que nous venons d'offrir ici ne sont point une critique du travail de M. Donné; loin de là, les recherches qu'il a entreprises nous paraissent d'un haut intérêt et méritent d'être continuées. Si, à l'aide de nouveaux faits, il peut arriver à démontrer ce qui nous paraît encore incertain, savoir que l'acidité de la salive se lie constamment à un état phlegmasique de l'estomac, et qu'elle peut être considérée comme un caractère de la gastrite, il aura fait faire un pas immense à la science et spécialement à la médecine pratique.

PREMIER MÉMOIRE SUR L'INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE DE LA CHALEUR ATMOSPHÉRIQUE; par M. J. GUYOT, D.-M. P.

La première question que M. Guyot s'est proposé de résoudre est celle-ci : *Quelle est la température la plus favorable à la cicatrisation des plaies ?*

Hippocrate avait remarqué qu'un temps chaud est plus avantageux que l'hiver à la plupart des plaies. A. Paré, tirant de cette donnée une conséquence pratique, recommandait de traiter les plaies de tête en hiver « par la réverbération de quelque fer échauffé anparavant au feu. » Depuis, la plupart des chirurgiens ont reconnu l'heureuse influence d'une température élevée et uniforme; mais cette idée demeurait dans le domaine de l'observation simple, et les essais d'A. Paré étaient même à peu près oubliés. M. Guyot est venu les reproduire sous une autre forme; et en donnant à ses expériences un plus haut degré de précision, il est arrivé à des résultats qui doivent attirer toute l'attention des praticiens.

Il a expérimenté sur trente lapins, dont plusieurs, ayant servi une seconde et même une troisième fois, lui ont complété un total de 64 expériences. Donnons d'abord une idée de ses appareils et du mode d'expérimentation.

Le principal appareil consiste dans une caisse de bois à quatre compartimens superposés. Chaque compartiment peut contenir deux lapins fort à l'aise; il est fermé derrière par une coulisse qui se tire latéralement, et présente par-devant une saillie en forme d'auge, destinée à recevoir la nourriture des lapins. Un tuyau vertical traverse toutes les cases dans leur milieu, et porte au niveau de chacune d'elles une bouche de chaleur qui peut s'ouvrir et se fermer plus ou moins à volonté. L'extrémité inférieure de ce tuyau emboîte l'extrémité supérieure d'une lampe qui brûle pendant 24 heures, et qui chauffe à la fois tous les compartimens au degré désiré, au moyen de soupapes. Un trou percé dans la partie latérale de chaque case, permet d'y introduire un thermomètre qui en indique constamment la température. Une forte toile percée de deux trous capables d'admettre chacun la tête d'un lapin, est clouée sur le devant de chaque compartiment, laissant l'auge en dehors, en sorte que les lapins ont le corps plongé dans l'air chaud, tandis que la tête reste à l'air libre.

Un second appareil est construit d'après le même système; mais les lapins y sont enfermés tout entiers; on y a adapté quatre vitres pour voir ce qui se passe à l'intérieur. Le premier appareil donnait donc une chaleur diffuse sur tout le corps, excepté la tête; le second, une chaleur générale; enfin on obtint une chaleur locale par le moyen suivant.

Sur un large banc on fixa sept lapins à l'aide de rubans plats serrés sur les pattes, chaque lapin étant de plus enveloppé dans un morceau de toile cloué tout autour de lui, de façon à ne laisser de libres que la tête et la surface des plaies qu'on pratiquait sur les fesses. Entre chaque

lapin s'ouvrait un tuyau traversant le banc et portant inférieurement un entonnoir renversé pour recevoir et concentrer la chaleur d'une ou plusieurs veilleuses placées au-dessous; supérieurement chaque tuyau s'ouvrait entre deux lapins, de façon à échauffer au même degré les plaies de chacun d'eux.

Arrivons maintenant aux résultats.

Deux lapins sains, plongés tout entiers dans une atmosphère échauffée, n'ont rien présenté de remarquable jusqu'à 25° centigr.; alors la respiration a commencé à s'accélérer; à 35°, abattement, sueur commençante; à 40°, prostration; la bave s'échappe de la bouche; à 50°, respiration tellement précipitée qu'on a peine à en suivre les mouvemens; à 60°, ils cessent de donner signes de vie après deux heures d'immersion. Remis à la température ambiante, ils reviennent peu à peu et sont bien portans au bout de 24 heures. Deux autres lapins, l'un amputé de la cuisse, l'autre avec une plaie pénétrante de poitrine, furent plongés dans une atmosphère de 40°; le premier mourut au bout d'une heure, le second après huit heures seulement.

Pour la température diffuse, les résultats sont tout-à-fait étranges, et à peine peut-on se défendre de quelque crainte que des circonstances étrangères soient venues influer sur les expériences. Ainsi, les lapins supportent très-bien une température de 25 jusqu'à 35° cent.; mais de 35 à 45°, constamment l'abattement est extrême, l'appétit nul, la respiration précipitée; au-delà de 45°, au contraire, jusqu'à 50, 60, 70 et même 75°, ils se portent fort bien, sans sueur, sans perte d'appétit, sans autre perturbation générale qu'une légère accélération de la respiration, qui souvent ne persiste pas. L'auteur se borne à indiquer le fait sans tenter même d'en donner une explication.

Quant aux plaies soumises à cette température diffuse, voici ce qui fut observé. Sur quatre incisions simples à la fesse, de 18 lignes de longueur, chauffées constamment à 60°, deux se réunirent dans l'espace de quatre à six heures; les deux autres, restées béantes, fournirent pendant douze heures une exsudation séreuse qui se dessécha peu à peu en forme de vernis luisant, rosé, transparent; dans les vingt-quatre heures qui suivirent, on vit une matière blanche, solide, s'étendre au-dessous du vernis qui commençait à se fendiller, tandis que les bords de la plaie se rapprochaient. Le troisième jour, les plaies étaient réduites à une ligne de large. Le quatrième, on enleva ce qui restait de la croûte primitive, et la cicatrisation était complète; elle avait paru se former sans inflammation; *quant à la suppuration, il ne s'en était assurément pas produit.* De quatre autres plaies de mêmes dimensions exposées à une température de 14° seulement, deux laissées à l'air libre, les autres pansées à plat, les premières ne furent cicatrisées qu'au douzième jour, les autres du quatorzième au quinzième; toutes avaient suppuré.

M. Guyot expérimenta ensuite sur des plaies avec perte de substance intéressant l'aponévrose, et ayant 18 lignes de long sur 7 à 8 de large. Deux de ces plaies soumises à une température de 50° exhalèrent pendant vingt-quatre heures une sérosité visqueuse et peu abondante, puis se recouvrirent de l'espèce de vernis rosé déjà indiqué; au troisième jour, on commençait à apercevoir des points où se déposait une matière blanche solide qui semblait être la *plastique* de M. de Blainville. Cette couche s'étendit peu à peu et parut former une véritable membrane sur toute la surface de la plaie au septième jour. En même temps, la plaie se rétrécissait; le dixième jour, elle n'avait plus que 2 lignes de largeur; du onzième au douzième jour, les cicatrices étaient parfaites. Deux plaies du même genre, intéressant de plus la substance musculaire dans une épaisseur de 2 lignes, exposées à 40°, furent guéries le quatorzième jour. D'autres, à la température ordinaire, suppurèrent, et ne guérirent que du dix-neuvième au vingt-deuxième jour. L'influence d'une haute température ne fut pas moins avantageuse sur des plaies traitées d'abord à la manière ordinaire et déjà en état de suppuration.

Les amputations réussirent moins bien; tous les lapins succombèrent, soit avec le tétanos, soit par une perforation des intestins. Il en fut de même de quelques autres qui avaient la poitrine ouverte par suite de résection d'une portion de côte; l'un d'eux, soumis à une chaleur de 36°, guérit cependant en seize jours; *la plaie complétement cicatrisée à l'extérieur sans avoir suppuré.*

Les essais avec le troisième appareil ne réussirent pas; les lapins se dérangeaient, se brûlaient à l'orifice du tube; il fallut y renoncer. Mais M. Guyot a expérimenté d'une autre manière la température locale.

Il fit une injection d'un à deux centimètres cubes d'eau à 8° dans le crâne d'un lapin, et chez un second une injection pareille à 32°. Tous deux éprouvèrent d'abord un étourdissement et une prostration prononcée; mais après une heure, le lapin injecté à chaud paraissait complétement remis; l'autre resta souffrant et maladif pendant quarante-huit heures. La même différence se montra dans deux injections comparatives de 5 à 6 centimètres cubes d'eau à 8° et à 32 faits dans l'abdomen sur deux lapins. Tous ces animaux, du reste, survécurent.

On a beaucoup disputé sur l'action des instrumens employés à températures diverses; M. Guyot dit avoir remarqué dans le plus grand nombre des cas un frémissement musculaire moindre, et l'absence de cris quand il opérait ses lapins avec des instrumens chauffés à 25 ou 30°. Mais dans un grand nombre de cas aussi, il n'a pu saisir aucune différence dans l'action des instrumens chauds et froids.

Jusqu'ici les expériences n'avaient été faites que sur les animaux; il s'agissait de les tenter sur l'homme. M. Magendie ayant eu connaissance des résultats obtenus, et ayant constaté lui-même sur des lapins qu'une plaie large et arrondie comme une pièce de cinq francs, et soumise à une chaleur de 45°, ne présentait après huit jours *ni inflammation ni suppuration*, et tendait cependant à se cicatriser, engagea M. Guyot à essayer d'abord l'application de la chaleur sur des ulcères. Ce fut dans le service de M. Breschet que furent traités les quatre premiers malades, deux autres dans le service de M. Roux, alors à la Charité, et un dernier au Val-de-Grâce.

L'appareil consiste dans une boîte parallélipipède de 10 pouces carrés et de 12 pouces de long, fermée à ses deux extrémités par une toile cirée à son pourtour, et présentant à son centre un trou qu'on peut agrandir ou resserrer à volonté au moyen d'un cordon traversant une coulisse qui le borde tout autour; le membre malade est engagé dans ces deux trous et la plaie placée au milieu de la boîte, et une porte qui s'ouvre en dessus permet de l'examiner. Latéralement l'appareil reçoit un tuyau qui marche horizontalement sur le lit, se portant en dehors, puis redescend verticalement, redevient horizontal, et enfin vertical pour s'adapter à une lampe placée à côté du lit. Au-dessus de la dernière portion du tube est placée une coulisse qui ouvre ou ferme à volonté un orifice destiné à laisser échapper une partie de la chaleur; un trou percé à la paroi supérieure de la boîte permet d'y placer un thermomètre dont la tige saillant à l'extérieur indique la température. Le membre repose d'ailleurs sur des coussins.

A l'aide de cet appareil et d'une chaleur de 45°, deux des malades de l'Hôtel-Dieu affectés d'anciens ulcères guérirent avec une cicatrice très-solide; les deux autres en retirèrent seulement quelque amélioration. Il faut noter que chez l'un de ces derniers, la chaleur ayant monté jusqu'à 60 et 70 degrés, l'ulcère suppura abondamment et répandit une odeur désagréable jusqu'à ce qu'on l'eût abaissée. Des deux ulcères traités à la Charité, l'un guérit très-bien; l'autre n'alla pas jusqu'à cicatrisation complète. Le traitement fut interrompu au Val-de-Grâce avant la guérison.

M. Guyot a encore essayé son appareil sur une tumeur blanche; il enleva des douleurs lancinantes; mais ayant haussé la chaleur jusqu'à 60 degrés, dès le lendemain la tumeur s'était accrue en volume. Chez un autre sujet opéré d'un anévrisme poplité par la ligature de la crurale, deux heures d'immersion dans une température de 35 degrés suffirent pour calmer des crampes si douloureuses qu'elles avaient ôté le sommeil. L'auteur a obtenu aussi un soulagement notable d'une température de 35 à 50 degrés dans un cas de sciatique; mais tous ces faits sont incomplets, c'est-à-dire que l'appareil n'a pas été appliqué jusqu'à guérison, ou que le traitement se continue encore.

En résumé, l'application de la chaleur locale sur l'homme n'a pas si bien réussi que sur les lapins; mais les circonstances étaient fort différentes; et l'on conçoit parfaitement qu'un moyen propre à guérir une plaie récente ou un ulcère simple échoue contre un ulcère compliqué. Les résultats sont d'ailleurs encore assez encourageans; et durant la saison froide surtout, pour les plaies étendues qui suivent certaines opérations, ce moyen sagement dirigé peut acquérir une importance dont l'expérience seule révélera l'étendue. C'est aux chirurgiens des hôpitaux à nous éclairer sur sa valeur.

DE L'EXOPHTHALMIE; leçon clinique de M. Gerdy, recueillie par M. Beaugrand, interne.

Un jeune homme de 15 ans portait, depuis un an, une ophthalmie opiniâtre de l'œil droit; et depuis quatre mois cet œil était devenu saillant au point de dépasser enfin d'un bon travers de doigt le rebord orbitaire supérieur. La vision était notablement affaiblie, mais s'exerçait encore. Sous la paupière supérieure on sentait une tumeur résistante, mais sans bosselures ni douleurs. Après avoir essayé en vain de la résoudre, M. Gerdy l'enleva à l'aide d'une incision parallèle au bord supérieur de l'orbite et s'étendant de l'angle externe à l'angle interne de

l'œil. Elle avait le volume d'une grosse noix, et était placée dans l'orbite entre le releveur de la paupière supérieure et le muscle droit supérieur de l'œil d'une part, et le nerf optique qu'elle entourait en dedans et en dehors. Son tissu offrait l'aspect granuleux et rougeâtre du foie. La plaie guérit très-bien; l'œil reprit sa place et ses mouvemens volontaires; quant à la vision, le malade ne pouvait, lors de sa sortie, distinguer les objets à une lumière diffuse, mais il apercevait parfaitement une chandelle et en précisait exactement la position. Il paraît donc au total qu'il avait fort peu gagné sous ce rapport.

Le professeur fait suivre cette observation d'une longue analyse des faits rapportés par les auteurs et principalement dans le mémoire de Louis; comme il n'en tire aucune conséquence nouvelle, l'analyse en offrirait peu d'intérêt.

DOULEURS SIMULANT UNE AFFECTION RHUMATISMALE; DÉGÉNÉRATION GRAISSEUSE DES MUSCLES; RAMOLLISSEMENT GÉNÉRAL DES os; observation recueillie à la Salpêtrière, dans le service de M. Hourmann, par M. DECHAMBRE, interne.

OBS. — Une femme de 61 ans, constitution sèche et maigre, éprouvait depuis un an, sans cause appréciable, des douleurs intenses dans le membre inférieur gauche d'abord, puis dans les fausses côtes des deux côtés; et depuis six mois dans le membre inférieur droit et les deux épaules. Il n'y avait ni rougeur ni gonflement. Dans le repos, les douleurs étaient ordinairement nulle; mais le toucher et le moindre mouvement les développaient à un degré extrême. Elle vint à l'hôpital, et y resta sept mois entiers sans grande amélioration; puis elle mourut.

Autopsie. On ne trouva rien de bien notable dans les cavités encéphalo rachidiennes ni dans les troncs nerveux, à part une fermeté remarquable de la substance cérébrale. Les muscles étaient partout d'une pâleur extrême, tirant un peu sur le jaune. Une grande portion de la fibre musculaire avait disparu, remplacée par du tissu adipeux qu'on pouvait suivre jusqu'entre les fibres les plus ténues; toutefois les masses charnues étaient peu volumineuses, et la femme paraissait, pendant sa vie, réduite à une émaciation considérable. Les vertèbres, les humérus, les clavicules, les fémurs, les os iliaques, se coupaient avec la plus grande facilité. Un mouvement brusque imprimé à la cuisse brisa le col du fémur gauche. L'intérieur des os offrait presque partout un tissu aréolaire très-raréfié, d'un blanc grisâtre, contenant une grande quantité de sucs d'un aspect gélatiniforme. En quelques points cependant, comme au col du fémur, dans l'os iliaque gauche, le tissu osseux était réduit en un détritus rougeâtre qui en occupait le centre. Le dernier de ces os seul parut sensiblement augmenté d'épaisseur, aussi la fesse de ce côté était-elle sensiblement plus saillante. Bien dans les articulations, qu'une érosion peu étendue du tissu osseux à la face interne de chaque olécrâne, et sur la tête du fémur gauche.

L'auteur a fait suivre ce fait de quelques réflexions. A quelle cause doit-on rapporter ces dégénérescences remarquables des tissus musculaire et osseux? Il attribue la première à la longue immobilité dans laquelle la malade a vécu; mais pour la seconde, elle s'est montrée dans des cas si différens, qu'il croit devoir la rapporter à cette disposition générale, quelle qu'elle soit, la détérioration de l'organisme.

L'analyse a démontré, dit-il, dans les os ainsi ramollis, une abondance insolite de matière gélatineuse; et comme c'est de la gélatine qui, chez les fœtus et les jeunes enfans, remplace le suc huileux qui remplit les cellules osseuses des adultes, il fait remarquer que dans son observation, à mesure qu'un élément organique disparaissait, il était remplacé par un autre placé moins haut dans l'échelle, le tissu musculaire par le tissu adipeux, le suc huileux des os par la gélatine. Il y a toute apparence que les termes dont l'auteur s'est servi ne rendent pas bien sa pensée. L'analyse a démontré dans les os ramollis une plus grande quantité de matière animale, mais non de gélatine; loin de là cette matière animale est presque entièrement composée de suc huileux, que nous sommes bien loin de regarder comme un élément plus élevé dans l'échelle que la trame gélatineuse des os chez les jeunes sujets. Nous remarquerons aussi que, s'il y a plus de substance médullaire chez les adultes que chez les jeunes sujets, la trame gélatineuse n'a pas disparu pour cela; et dans une diaphyse, par exemple, l'unique différence qui existe entre l'os de l'enfant et celui de l'adulte, c'est que, chez le dernier, les sels terreux sont plus abondans; à peine s'il y a trace de matière huileuse.

DE L'EMPLOI DU CHLORE DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE, par A. TOULMOUCHE, médecin à Rennes.

M. Toulmouche n'est pas le premier médecin qui ait pensé à traiter le choléra par le chlore. On se rappelle quelle immense consommation en fut faite en 1832 par toute la France. A cette époque, le chlore devait faire plus que de guérir le choléra: il devait le prévenir. L'événement a prouvé combien était juste la confiance que l'on avait en ce médicament. Nous ne disons point ceci pour révoquer en doute les succès de M. Toulmouche. Au reste, lui-même avoue que les faits sur lesquels il s'appuie sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en inférer rigoureusement une supériorité marquée sur les autres moyens. Cependant, comme jusqu'à ce moment nous sommes encore dans le doute sur le traitement le plus efficace, nous dirons avec lui que ces faits, bien qu'en petit nombre, sont de nature à engager les praticiens à les multiplier, pour les rendre plus concluans si les circonstances l'exigeaient. Nous allons donc faire connaître la méthode de M. Toulmouche, qu'il désigne sous le nom de *médication chloreuse triple*. Dans cette méthode, le chlore est administré en fumigations par les poumons, mêlé aux boissons pour être pris à l'intérieur, et enfin en lavemens. Les fumigations étaient données chaque heure avec dix gouttes de chlore qui étaient doublées chaque fois, et qui ont été portées ainsi à la dose de 90 à 100 gouttes. Le chlorure d'oxide de sodium était administré à la dose de demi-gros à un gros par chopine d'eau, et le même chlorure entrait dans la proportion d'une demi-once à une once sur six onces d'eau pour un tiers de lavement. Sur cinq cas qui sont rapportés avec détail dans le mémoire de M. Toulmouche, deux se sont terminés par la guérison, et trois par la mort. Mais en comprenant d'autres cas dont l'historique n'est pas rapporté ici, M. Toulmouche dit avoir traité environ douze malades par cette méthode, et en avoir guéri six: résultat qui est certainement très-remarquable, si, comme il semble le faire entendre, c'est au début de la maladie, c'est-à-dire dans sa phase d'intensité la plus forte que ces cas ont été recueillis.

NOTE SUR LES PROPRIÉTÉS EMMÉNAGOGUES DE L'ACONIT, par M. WEST, D.-M.

L'aconit, après avoir été prôné outre mesure, a été presque complètement abandonné au moins en France, où il est mis au nombre des médicamens qui ne sont doués d'aucune action spéciale; et si en Allemagne il n'est pas encore tombé dans un oubli aussi complet, il n'y jouit plus des propriétés presque merveilleuses qu'on lui avait attribuées et n'est plus employé que dans quelques cas déterminés. M. West qui a suivi les principales cliniques d'Allemagne, dit, que les praticiens de cette contrée ne l'administrent que dans la phthysie et les affections rhumatismales.

Dans la phthysie l'aconit n'a jamais paru avantageux; son action calmante est inférieure à celle des autres narcotiques et l'organisme s'y habitue très-promptement.

Il lui a paru plus utile dans les affections rhumatismales, mais telle est la variété qu'offre la marche de ces maladies, qu'il est extrêmement difficile de juger si un changement offert par la maladie est le résultat de la médication.

Mais l'aconit ayant semblé dans deux cas d'affection rhumatismale compliquée d'aménorrhée avoir eu un effet remarquable sur cette complication, l'attention de M. West fut fixée sur ce sujet, et voici les résultats de son observation.

Le premier sujet était une femme, âgée de 27 ans, robuste et jouissant habituellement d'une bonne santé; elle était affectée d'un rhumatisme articulaire du bras gauche, et ses règles étaient supprimées depuis trois mois à la suite d'un refroidissement. L'affection rhumatismale fut combattue par l'extrait d'aconit uni au soufre doré d'antimoine. La femme entrait dans l'époque menstruelle lorsqu'elle prit le remède. Les règles reparurent et le rhumatisme resta sans changement.

La seconde observation est celle d'une femme de 32 ans, ayant une suppression de règles depuis cinq mois et une affection rhumatismale générale; elle fut soumise à l'usage de l'aconit, les douleurs rhumatismales diminuèrent un peu et la menstruation se rétablit.

A ces deux faits recueillis à l'hôpital de Vienne, l'auteur en joint trois autres observés dans sa pratique. Le suivant nous paraît assez important pour que nous croyions devoir en présenter l'analyse.

OBS. — Catherine S., âgée de 19 ans, grande, forte, bien constituée, eut ses règles à 16 ans et demi. Au bout d'un an elles furent subitement supprimées à la suite d'un refroidissement pendant l'époque menstruelle. Au bout de cinq mois la malade éprouva de violens maux de tête et des coliques qu'elle dit être singulières. En même temps elle perd ses forces et son activité. A la suite d'une frayeur ces symptômes sont exaspérés, et bientôt changés en véritables accès d'hystérie dont le retour correspond à chaque époque menstruelle, et qui sont provoqués par toute émotion un peu vive.

L'auteur vit la malade un an après la suspension des règles; elle offrait alors tous les signes de la chlorose à un haut degré. Il ordonna des bains généraux et locaux, une potion calmante, et trente pilules d'aconit à prendre huit jours avant la prochaine époque menstruelle. Deux jours après l'époque indiquée, après l'usage de vingt grains d'aconit, les règles reparurent. Cette fois elles durèrent deux jours de plus qu'à l'ordinaire, et furent suivies d'un écoulement blanc très-fétide. Depuis ce moment les accès d'hystérie ne sont point reproduits, et tous les signes de la chlorose tendaient à se dissiper.

Chez le sujet de la seconde observation, l'aménorrhée durait depuis vingt-deux mois; et le huitième jour de l'emploi de l'aconit, les règles

reparurent. Chez la troisième, qui était une femme âgée de 37 ans, chez laquelle les règles étaient supprimées depuis quatre ans et remplacées par un écoulement blanc très-abondant, cet écoulement avait disparu avec sensation de tiraillement dans le vagin et pesanteur au fondement. Dès le dixième jour de l'emploi de l'aconit, les douleurs avaient cessé et l'écoulement reparut.

L'auteur croit, d'après ces faits ne pas pouvoir douter de l'action de l'aconit dans la suppression des règles, et cherche à s'expliquer le mécanisme de cette action. Ce n'est pas comme emménagogue qu'a pu agir cette substance, car il n'est pas d'emménagogue absolu dans la nature. Les Allemands attribuent beaucoup de cas d'aménorrhée à une affection rhumatismale de l'utérus; et cependant on ne peut dès dire que l'aconit ait détruit l'effet en neutralisant la cause; car, dans trois cas d'aménorrhée où il y avait complication d'affection rhumatismale, celle-ci persista sans modification, tandis que les règles reprirent leur cours sous l'influence du remède. L'auteur paraît disposé à adopter l'opinion émise par plusieurs écrivains qui rapportent l'aménorrhée à un engorgement soit du col, soit de l'organe entier, mais le plus souvent appréciable à la vue et au toucher. Dans ce cas, l'aconit combattrait directement par sa propriété calmante, antispasmodique, cet état de tension du col, et amènerait la réapparition de règles. Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait signalé ici par M. West est assez important pour qu'il soit soumis à de nouvelles expérimentations.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LA MÉTHODE ECTROTIQUE DE LA VARIOLE, DE M. SERRES, par M. GARRIEL, interne à l'hôpital de la Pitié.

La méthode connue sous le nom de méthode ectrotique, et qui consiste à cautériser avec le nitrate d'argent les pustules varioliques, étant à la fois et d'un emploi difficile et douloureux, et peu certaine dans ses résultats, a dû compter peu de partisans. Aussi peut-on dire sans crainte d'erreur qu'elle est complétement abandonnée. Cependant, nous aurions lieu d'être étonnés de ce que depuis plus de dix ans que la variole règne en Europe avec une intensité inaccoutumée, de nouvelles tentatives n'aient pas été faites pour chercher à affaiblir au moins les traces qu'elle laisse chez ceux qu'elle a frappés, si, pendant cet intervalle, de futiles discussions de théorie n'avaient presque exclusivement occupé tous les esprits. M. Serres cependant n'a pas abandonné les recherches qu'il avait entreprises, et si nous ne nous trompons, les faits nouveaux que nous offre ici le travail de Garriel semblent promettre des résultats plus avantageux que ceux obtenus jusqu'ici.

S'il est important de procurer une cicatrisation uniforme des petites plaies qui succèdent à la suppuration des pustules varioliques, il doit l'être encore plus d'empêcher leur développement lorsqu'elles ne font encore qu'apparaître, ou de provoquer leur avortement lorsqu'elles entrent en suppuration. Pour y parvenir, différens moyens ont été employés, mais on n'avait pas encore fixé l'attention sur l'action résolutive du plomb et du mercure dans cette maladie.

Les faits exposés dans ce travail ont été recueillis depuis le commencement de l'année; ils sont au nombre de huit, dont six de variole semi-confluente et deux de variole confluente, les seuls qui aient été observés pendant cette époque. Voici les expériences qui furent faites chez les sujets de ces huit observations. Un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, appliqué sur différentes parties du corps, à des époques variées de l'éruption variolense, y a constamment produit les mêmes résultats, c'est-à-dire un développement beaucoup moins considérable de l'aréole inflammatoire des pustules placées sous l'emplâtre que de celles des autres parties du corps, l'avortement de la plupart de ces pustules, leur desquamation beaucoup plus rapide, après avoir présenté une espèce de petit tubercule rouge, qui disparaissait promptement par résolution sans formation de croûtes, et sans traces de cicatrices à la peau. Dans le but de mieux faire comprendre et la manière dont ces expériences ont été faites, et les résultats qu'elles ont fourni, nous allons rapporter la huitième observation, celle d'une variole confluente.

VARIOLE CONFLUENTE.

OBS. — Odiard, âgé de 24 ans, prodrômes le 25 juillet. Apparition des premiers boutons le 27. Entré le 29 salle Ste-Athanase.

Le jour de l'entrée, troisième de l'éruption, les pustules sont encore petites, font à peine saillie au-dessus de l'épiderme; elles sont toutes ombiliquées et entourées d'une aréole inflammatoire très-large; sur le corps elles sont presque toutes isolées, mais à la figure, et au front elles sont la plupart réunies par leur base. Ce jour même, pour mettre en opposition l'effet de la litharge avec celui de l'emplâtre de Vigo, deux compresses sont taillées de telle façon que chacune d'elles recouvre la moitié de la figure, à l'exception du front et de la lèvre supérieure seulement. Elles sont enduites l'une de litharge et l'autre d'emplâtre de Vigo, et appliquées sur la figure, avec leurs bords soudés au moyen d'une solution gommeuse. Elles se réunissaient sur le milieu du nez et de la lèvre inférieure. Aucun accident n'eut lieu.

Le 4 août, sept jours après l'application, on enlève les emplâtres : sous celui de Vigo les pustules sont avortées; quelques-unes cependant paraissent avoir suppuré, car une couche de pus assez épaisse recouvre la partie déclive de la figure. En délayant ce pus et l'enlevant, on voit distinctement les tubercules. Sous l'emplâtre de litharge, l'épiderme est soulevé en grande partie. L'avortement est plus complet encore que du côté opposé, excepté auprès de la bouche, où les pustules ont suivi leur marche habituelle aussi bien que de l'autre côté, parce que les mouvemens fréquens que le malade était obligé de faire, avaient décollé les deux emplâtres sur ce point. Les pustules du front et de la lèvre supérieure sont fort développées.

7 août. Croûte mielleuse, presque sèche, très-épaisse aux parties indiquées ci-dessus. Sous l'emplâtre de Vigo l'avortement est complet à l'exception de quatre pustules; les tubercules de la peau sont pâles, de la même couleur que la peau, à peine saillans. Sous l'emplâtre de litharge l'épiderme est fendillé, et ses débris donnent lieu à des surfaces de différentes grandeurs, comme dans la desquammation de l'érysipèle. Il s'est raccourci, car entre chaque débris existent des sillons sinueux au-dessous desquels on voit la peau blanche sans trace de tubercule. Ces débris d'épiderme tiennent encore par leur centre à la peau, au moyen d'un liquide incolore. Une seule pustule a échappé à cet avortement complet, et c'est auprès de la bouche, où l'emplâtre s'est décollé.

Quoique, dans cette observation, toutes les pustules de la face aient avorté, il n'y a pas eu le moindre accident; et cependant si une résorption funeste était à craindre, c'était bien dans ce cas, où toutes les pustules de la face, à l'exception de celles du front, furent arrêtées dans leur développement.

Dans le fait que nous venons de rapporter, l'emplâtre avait été appliqué à une époque peu avancée de la maladie, le troisième jour après l'éruption; mais à une époque plus reculée, l'effet paraît en être le même. Ainsi, nous voyons chez le sujet de la troisième observation un emplâtre de diachylon appliqué d'un côté et un emplâtre de Vigo de l'autre, le huitième jour de l'éruption. Au bout de deux jours, les pustules situées sous les deux emplâtres offraient entre elles des différences bien tranchées : celles situées sous le diachylon étaient un peu flétries; leurs aréoles paraissaient moins rouges, moins enflammées que sur le reste du corps; mais celles situées sous l'emplâtre de Vigo étaient tout-à-fait avortées et réduites à quelques tubercules, dont la desquammation se fit beaucoup plus promptement que sur le reste du corps.

Il n'est pas nécessaire que l'emplâtre reste appliqué pendant longtemps pour qu'il produise l'effet que l'on en attend; car il a suffi dans trois des cas rapportés dans le travail de M. Gariel de moins de vingt-quatre heures pour que l'emplâtre de Vigo déterminât l'avortement.

Voici les principales conclusions que l'auteur tire des faits intéressans que contient son mémoire :

1° L'emplâtre de Vigo *cum mercurio* et la litharge en poudre unie à l'axonge font à coup sûr avorter les pustules varioliques, et c'est à leur action résolutive qu'est dû cet avortement.

2° Le diachylon, le charbon porphyrisé, les solutions gommeuses, etc., ne donnent lieu à aucun phénomène d'avortement.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Le cahier d'août contient ce qui suit : 1° *fragmens historiques relatifs à l'inflammation des méninges, arachnites ou méningites des modernes*; article d'érudition très-intéressant, où sont mises en regard les idées d'Hippocrate, Celse, Arétée, Galien, Cœlius Aurelianus, Alexandre de Tralles parmi les anciens; de Baillou, Sydenham, Baglivi, Boerhaave, Van-Swieten, F. Hoffmann, Morgagni, Stoll et Lieutaud, parmi les modernes. L'auteur, qui ne se nomme pas, est arrivé à cette conclusion qui revient si souvent dans les études du même genre, que les anciens étaient beaucoup moins ignorans et moins inférieurs aux modernes, soit pour la pathologie, soit pour le traitement de la méningite, que ceux-ci n'affectent de le croire; 2° *mémoire sur l'efficacité du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes*, par M. Lalesque; premier article; 3° *recherches et observations sur l'épilepsie*, par M. Gibert, premier article; 4° *note sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui règne actuellement à Paris*, par M. Prus.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI RÈGNE ACTUELLEMENT A PARIS, par M. PRUS, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Le fait le plus important signalé dans cette note, c'est le grand nombre de cas de fièvres typhoïdes qui ont été observées cette année à Paris. Si nous en croyons l'auteur, soixante élèves en droit auraient été enlevés par cette maladie pendant le courant de l'hiver dernier, et

il est probable qu'elle n'aura pas fait moins de ravages parmi les étudians en médecine. Nous savons d'un autre côté que des compagnies de soldats nouvellement arrivés de province, et qui ont passé à Paris leur première année de service, ont perdu dans cette année plus du tiers de leur effectif et en partie par les ravages de la fièvre typhoïde. Peut on considérer cette récrudescence vraiment extraordinaire comme une épidémie ? C'est ce que nous n'examinerons pas ici, mais en présence de pareils faits, il est facile de concevoir comment on a pu recueillir dans les hôpitaux un nombre aussi prodigieux de cas de fièvre typhoïde qu'on l'a fait cette année.

Un second poiut sur lequel M. Prus appelle l'attention, c'est l'emploi des purgatifs dans le traitement de cette maladie; mais comme il n'a employé cette médication que dans trois cas, et avec beaucoup moins d'énergie que ne l'ont fait d autres praticiens également recommandables, nous nous contentons de les signaler ici rapidement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

FIN DE LA SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE.

DU SIÉGE ET DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

M. Lisfranc lit un rapport sur un mémoire de M. Malgaigne, touchant les luxations scapulo-humérales. (Voir ce rapport dans le numero de ce jour.) La commission propose le renvoi au comité de publication.

M. Velpeau demande la parole. Ce rapport, dit-il, est relatif à une question importante qui elle-même en comprend plusieurs autres. Je ne veux appeler aujourd'hui l'attention de l'Académie que sur deux points principaux. M. Malgaigne a émis d'une manière absolue cette proposition, que dans toute luxation de l'humérus le bras est allongé; et ce fait, s'il était constant, aurait une grande importance, puisqu'il suffirait à établir un diagnostic infaillible entre les luxations et les fractures du col huméral. Déjà du reste Duverney avait dit, mais vaguement, quelque chose de semblable. Or cela n'est pas exact; et l'on peut s'assurer, soit sur le vivant, soit sur le cadavre, que dans quelques cas le bras est raccourci. J'en ai vu pour ma part deux exemples. Ainsi, il y a un an, je reçus dans mon service à la Pitié un malade ayant une luxation de l'humérus; je mesurai le bras avec l'attention la plus scrupuleuse et de toutes les manières, du sommet de l'acromion à l'épicondyle, à l épitrochlée, à l'olécrâne; et toujours je trouvai 7 lignes de raccourcissement. Il y a trois mois, une femme vint a la Charité avec une luxation du même genre; le bras offrait un raccourcissement de 5 à 6 lignes; et ce raccourcissement fut constaté par M. Sédillot, qui ne savait comment l'expliquer, ayant complétement adopté sur ce point l'opinion de M. Malgaigne. Voilà donc deux faits qui prouvent contre la proposition trop absolue du mémoire et du rapport; il n'est pas vrai que le bras soit toujours allongé; le bras est écarté du tronc et décrit une diagonale; et il est d'ailleurs évident que dans le cas où la tête de l'humérus s'enfonce dans la fosse sous-scapulaire, le bras doit se trouver raccourci. Voilà pour le premier point. Passons au second.

M. Malgaigne nie la possibilité de la luxation en bas. Si l'on entend par là une luxation dans laquelle la tête de l'os descendra sous la cavité glénoïde, il a raison; mais les auteurs ont généralement entendu par luxation en bas la luxation en bas et en dedans; tout se réduit donc à une dispute de mots. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a établi plusieurs espèces de luxations: Guy de Chauliac en admet deux; Avicenne en ajoute une troisième; M. Sédillot, dans un mémoire qui contient des raisonnemens spécieux, en décrit sept à huit espèces. Je ne vois pas qu'il soit bien utile de multiplier autant les divisions, et d'ériger en espèces ce qui ne mérite que le nom de variétés. Une de celles qu'a admises M. Malgaigne, et qui me paraît des plus douteuses, est la luxation incomplète. Les observations recueillies sur le vivant ne prouvent rien; sur le cadavre, je ne connais que trois faits publiés: l'un appartient à A. Cooper, le second à M. Manec, le troisième est à moi, et a été publié par M. Sédillot. Dans tous ces cas la tête de l'humérus a été trouvée dans la fosse sous-scapulaire, ou plutôt entre elle et la cavité glénoïde; le rebord glénoïdien antérieur était disparu, et les deux cavités n'en formaient pour ainsi dire qu'une; mais ceci peut être considéré comme l'effet de la pression exercée par la tête de l'os; et il y a donc au moins doute. J'ajouterai cependant que j'ai rencontré sur le vivant deux exemples d'une luxation incomplète réelle, mais dans un autre sens que celui qui est indiqué par M. Malgaigne; la tête de l'humérus faisait saillie sous l acromion, le bras était immobile, parallèle au corps; les mouvemens en dedans étaient faciles, en dehors très-douloureux; en voulant allonger le membre on fit rentrer la tête dans la cavité glénoïde. Je suis convaincu, pour ma part, qu'il y avait ici luxation, et qu'elle n'était pas complète; il est vrai que je ne saurais communiquer ma conviction aux autres, n'ayant point la preuve anatomique. Il y a bien encore d'autres points à discuter sur ces luxations; mais M. Malgaigne les a réservés pour un autre travail: nous attendrons donc qu'il le publie pour établir une nouvelle discussion.

M. Lisfranc. Avant toutes choses je dois relever une assertion qui me paraît grave et propre à induire en erreur les jeunes chirurgiens. M. Velpeau vient de dire que dans les fractures du col de l'humérus il n'y avait pas allongement...

M. Velpeau, vivement. Je n'ai pas dit cela!

M. Lisfranc. Vous l'avez dit, et il y a là une erreur qu'il importe de signaler. Il y a deux cas où un membre fracturé peut être allongé...

M. Roux. Mais il ne s'agit pas de fracture; on a nié l'allongement constant du membre dans les luxations.

M. le rapporteur veut continuer son argumentation sur les fractures; MM. Roux, Moreau, Velpeau, l'interrompent en le rappelant à la question.

M. Lisfranc. Il est bien étonnant que le rapporteur d'une commission ne puisse être entendu lorsqu'il défend son rapport. (A la question!) Je prie ceux qui m'interrompent de croire que je connais aussi bien qu'eux la question, et que je n'ai nulle envie de m'en écarter. La question, la voici: est il vrai, quand même le bras luxé serait toujours allongé, que ce serait là un signe suffisant pour distinguer la luxation de la fracture? M. Velpeau a dit: oui; moi je réponds, non! la réponse ne saurait être plus directe. Il y a deux cas où l'humérus fracturé peut donner des indices d'allongement; le premier, signalé par Lallement de la Salpêtrière, quand il y a paralysie du membre; le second, que j'ai observé, lorsque la fracture est oblique et que dans les extensions on a amené le fragment inférieur bout à bout avec le biseau du fragment supérieur.

Ainsi l'allongement peut avoir lieu dans les fractures; voyons ce qui en est dans les luxations. Selon M. Velpeau, Duverney aurait dit vaguement que l'allongement existait dans tous les cas; cela n'est point exact; Duverney, comme tous les auteurs, n'a attribué ce signe qu'à la luxation dans l'aisselle; M. Malgaigne est le premier qui l'ait généralisé. On dit qu'il peut manquer, attendu que lorsque la tête luxée se porte en dedans vers le tronc, le coude s'en écarte au contraire, l'os tout entier décrit alors une diagonale qui diminue la distance de l'acromion au coude. Mais nous avons pris soin d'établir qu'il fallait rapprocher le coude du tronc le plus possible avant de mesurer le bras; alors la diagonale est presque entièrement détruite, et la tête se trouvant à un niveau inférieur de son niveau ordinaire, l'allongement est forcé. M. Velpeau le nie encore, même dans ces circonstances, et il apporte en preuve deux faits à lui propres. Je réponds d'abord que la mensuration pour être exacte doit se faire entre deux points fixes; que le point fixe préférable en haut n'est pas le sommet de l'acromion, mais son angle inférieur et postérieur; et en portant un fil de ce point à l'épicondyle, on trouve toujours le bras allongé. Pendant dix-huit ans que j'ai fait des cours d'opérations, j'ai eu nombre de fois occasion de rencontrer des luxations anciennes; toujours le bras était allongé. Au dernier concours du bureau central, j'ai vu répéter cette expérience sur un cadavre atteint d'une luxation sous-coracoïdienne très-ancienne, l'allongement était manifeste; et l'an dernier, dans mon service à la Pitié, j'ai eu une luxation sous-scapulaire dont M. Malgaigne a rapporté l'observation dans son mémoire; l'allongement fut également constaté sans réplique. Donc ce n'est pas seulement un signe propre aux luxations en bas.

M. Velpeau nous a reproché d'avoir fait une dispute de mots en niant la possibilité des luxations en bas. D'abord nous ne les nions pas; nous avons même cité une observation de Desault qui s'y rapporte; seulement nous avons dit qu'elles devaient être très-rares, et que la capsule devait être alors complétement ou presque complétement déchirée. Mais était-ce une dispute de mots, et est-il vrai que tous les auteurs entendaient par là une autre espèce de luxation? Je dis au contraire que s'il y a une opinion générale dans la science, c'est que dans ces luxations, dites en bas et données comme les plus communes, la tête de l'os se trouvait placée au-dessous de la cavité glénoïde; voilà ce que M. Malgaigne a attaqué, et ce qu'il a dit être excessivement rare. Puis M. Velpeau a regardé comme inutile de faire de trop nombreuses espèces de luxations, par la raison que des tractions fortes peuvent souvent les transformer les unes dans les autres. A cet égard il faut s'entendre. Etablir comme espèces de simples variétés, qui n'offrent ni symptômes spéciaux pour les distinguer, ni indications pour les réduire, sans doute c'est multiplier les êtres sans raison; mais nous avons pris soin de rattacher ces nuances aux grandes divisions dont nous nous sommes occupés, et ce n'est pas à nous que va ce reproche. On sait bien aussi que certaines luxations peuvent être transformées les unes dans les autres; la sous-scapulaire doit, pour être réduite, repasser un instant sous l'apophyse coracoïde; et quand la capsule est toute déchirée dans la luxation en bas, on peut à volonté porter la tête en avant et en arrière. Cela n'empêche pas les types principaux d'exister, aux conditions que je viens de dire.

Vient enfin la question des luxations incomplètes. M. Velpeau nie qu'il en existe des cas bien constatés. J'ai dit dans mon rapport que j'en avais montré dès 1823 un spécimen anatomique à la section de chirurgie; M. Fischer en a fait voir un autre à la société anatomique; M. Malgaigne en cite d'autres encore dans son mémoire. Dans tous ces cas, le rebord glénoïdien non encore disparu a creusé une rainure sur la circonférence de la tête elle-même, tandis que dans les luxations complètes sous-coracoïdiennes, la rainure se trouve entre la tête et la grosse tubérosité. Il n'y a pas de confusion possible.

Après avoir rejeté nos pièces anatomiques, M. Velpeau admet une autre espèce de luxation incomplète en arrière en s'appuyant de deux faits observés sur le vivant. Mais ce point sortant des limites du mémoire et de celles de notre rapport, nous ne croyons pas avoir à le discuter.

M. Velpeau. M. le rapporteur s'est mépris sur mes paroles; je n'ai point fait de reproches; j'ai exposé des doutes et demandé des renseignemens sur un sujet que je regarde encore comme très-obscur; par exemple sur la question des luxations incomplètes. Je dois faire remarquer au sujet de l'allongement, que mon objection subsiste dans toute sa force; quand on aurait mille faits où cet allongement aurait existé, ils ne détruiraient pas mes deux faits négatifs qui témoignent qu'il n'est pas d'une constance absolue. On m'a répondu qu'en rapprochant le coude du tronc, la diagonale disparaissait presque complétement; soit, mais elle persiste toujours, la tête luxée étant plus en dedans que dans sa position normale. Enfin il y aurait quelque chose à dire sur cette facilité prétendue de porter la tête luxée en avant et en arrière à volonté; je regarde comme impossible de transformer une luxation en avant en une luxation en arrière.

M. Lisfranc. Sur ce dernier point je me suis appuyé d un fait bien authentique, celui de Desault; jusqu'à ce qu'on le nie, la conséquence que j'en ai tirée subsiste. Le diagonale décrite par l'humérus cesse presque complétement en rapprochant le coude du tronc; en effet l'humérus représentant un levier inflexible, on ne saurait porter son extrémité inférieure en dedans que son extrémité supérieure ne bascule en dehors. Enfin quant à l'allongement, j'ai établi et je maintiens que c'est un signe commun à toutes les luxations de l'humérus; qu'il y ait des cas où on ne le rencontre pas, je ne voudrais point le nier; car, ainsi que je l'ai dit dans mon rapport, *toujours* et *jamais* sont des mots qu'il faut rayer de toute pathologie; mais ces cas doivent être excessivement rares, à raison de la conformation anatomique des parties.

La discussion est fermée. M. le rapporteur relit ses conclusions.

M. Moreau demande que des remercîmens soient adressés à l'auteur.

Les conclusions de la commission, avec l'amendement de M. Moreau, sont adoptées.

Séance du 29 septembre. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

M. Leroy d'Étiolle adresse plusieurs appareils qui ont pour objet de favoriser la cure des anus contre nature dans les cas où la forme et la disposition de l'éperon ne permettent pas de faire usage de l'entérotome. Ils ont pour objet de repousser l'éperon et d'allonger conséquemment l'infundibulum; leur disposition est telle qu'ils peuvent entrer dans la fistule sous un petit volume et présenter ensuite à l'éperon une surface assez large pour qu'il ne puisse glisser. — Commissaires : MM. Bibes et Sanson.

RAPPORT DE M. GUIBOURT SUR LES MOYENS DE REPRODUIRE ET DE MULTIPLIER LES SANGSUES EN FRANCE.

M. Fleury, pharmacien à Rennes, a adressé au ministre une lettre dans laquelle il proposait au gouvernement de chercher à multiplier les sangsues. Les moyens qui lui semblaient les plus convenables étaient :

1° De prohiber la pêche des sangsues dans le temps de la ponte ;

2° De ne laisser prendre que celles qui auraient atteint une grosseur et un poids déterminés ;

3° De mettre les lieux où vivent les sangsues sous la surveillance des gardes-champêtres ;

4° D'exiger des pêcheurs une légère rétribution pour la permission qui leur serait accordée.

Le ministre a demandé l'avis de l'Académie sur l'opportunité de ces moyens. Avant de répondre, exposons d'abord en peu de mot l'état actuel du commerce des sangsues.

Il y a 25 ans, la France produisait une quantité de sangsues plus que suffisante pour sa consommation; le prix en variait de 15 à 60 francs le mille, suivant les saisons, et le superflu passait à l'étranger. Mais bientôt après la consommation dépassa tellement la production que la France fut obligée d'en aller chercher elle-même en Belgique, en Espagne, en Italie, en Bohême et jusqu'en Afrique. Aujourd'hui malgré le prix élevé des sangsues qui varie de 150 à 250 francs le mille, a pêche active a cessé en France, excepté dans l'ancienne Bretagne et dans la Sologne, qui fournissent encore une petite quantité de sangsues au commerce. Partout ailleurs la pêche n'est que locale, et son produit n'atteint pas les besoins de la population.

L'Espagne en est également épuisée; la Toscane en fournit encore, mais d'une qualité inférieure; la Bohême ne nous en envoie plus; les vastes marais de la Hongrie eux mêmes commencent à en être dégarnis; et la maison française des Vertus, près de Paris, qui a sa succursale à Palota près de Pest, est obligée de tirer ses sangsues des frontières de la Russie et de la Turquie. Les sangsues qui arrivent de ces contrées reculées sont rassemblées d'abord dans des réservoirs établis à Palota; elles y restent jusqu'aux demandes qui sont transmises de Paris. Alors on les pêche dans les réservoirs; on les renferme dans des sacs qui contiennent chacun de 50 à 70 livres; on range ces sacs les uns à côté des autres sur des bannes superposés, placés dans une voiture de la forme d'une tapissière; et la poste les transporte jusqu'à Paris en 12 ou 15 jours de temps. Jamais cependant elles n'arrivent directement; dans les temps chauds ou orageux, on est obligé de les rafraichir deux fois dans l'eau, et on le fait toujours une fois au moins, durant un jour. A cet effet on a établi à Kell de grands baquets dans lesquels on en place de plus petits; les uns et les autres étant remplis d'eau, on vide les sacs dans les petits baquets d'où les sangsues s'échappent dans les grands. Toutes celles qui restent au fond de l'eau sont rejetées comme ne pouvant faire le voyage.

Enfin arrivées à l'établissement des Vertus, elles y sont distribuées dans de grands réservoirs à eau courante dont les bords sont plantés de roseaux. Elles y séjournent ordinairement pendant un mois; mais quand les demandes excèdent les arrivages, on les repêche après cinq ou six jours de repos seulement. C'est alors que beaucoup étant encore fatiguées du voyage, on se plaint à Paris de la mauvaise qualité des sangsues.

Rarement dans ces réservoirs on aperçoit de jeunes sangsues que l'on pourrait croire nées dans l'établissement; et elles mettent au moins huit ans pour parvenir à l'état adulte; cependant on ne saurait répondre que ce soit là la véritable durée de leur croissance, les sangsues adultes apportées du dehors maigrissant dans ces réservoirs au lieu de se nourrir et d'augmenter en poids.

M. Durand, pharmacien à Montereau, a cependant vu les sangsues se reproduire dans deux réservoirs où il les conserve; et il a adressé à la commission des cocons vides et des sangsues d'un à deux ans. Celles-ci ne sont pas parvenues au quart de leur accroissement; il faudrait donc au moins huit années pour amener une sangsue à l'état adulte dans des réservoirs; ce dont au reste on ne saurait déduire la durée de leur croissance dans l'état de nature. Le chef de la maison des Vertus pense aussi qu'il leur faudrait huit années, et alors les frais d'entretien et de nourriture l'emporteraient de beaucoup sur le prix de celles qui sont apportées de l'étranger.

Voilà donc un moyen de subvenir aux besoins du commerce qui nous est retiré. Quant à ceux que propose M. Fleury, ils n'ont rien de scientifique, et l'administration pourrait mieux juger de leur opportunité que l'Académie. Toutefois, ils paraissent encore d'une utilité bien douteuse. Comment fixer la grosseur et le poids des sangsues? Comment faire exécuter la règle? Une restriction absolue seule, après quelques années, pourrait augmenter notablement le nombre de nos sangsues; mais alors même un ou deux ans de consommation nous ferait retomber au même degré de pénurie. La commission pense donc qu'il faut abandonner au commerce le soin de nous pourvoir de sangsues.

Cependant il y a un moyen d'en diminuer la destruction; ce moyen consisterait à rendre les sangsues qui ont servi à leur vie naturelle. Déjà beaucoup de ménages conservent les sangsues dont l'achat a été coûteux; à la vérité, ce moyen appliqué en grand pourrait soulever quelque répugnance dans le public, mais en laissant ces annelides un temps suffisant dans des lieux où elles vivraient naturellement (et non dans des réservoirs artificiels), elles reviendraient à l'état dans lequel on nous les apporte pour la première fois. Nous voudrions donc que les 500,000 sangsues que les hôpitaux de Paris emploient chaque année fussent transportées dans divers lieux marécageux et peu habités de la France, où il ne serait pas permis de les pêcher. De là elles se répandraient partout, et en peu d'années leurs générations diminueraient le nombre de celles qu'on est obligé de tirer du dehors.

Cet essai a déjà été tenté. M. Desportes, administrateur des hôpitaux civils de Paris, possédant aux environs de la capitale une propriété traversée par un cours d'eau, en détourna une partie il y a quelques années pour établir un étang où il fit transporter pendant un temps toutes les sangsues qu'il put faire recueillir dans les divers services de l'Hôtel Dieu. Là ces animaux montraient une agilité et une vigueur, indices de la meilleure santé. Après les y avoir conservées cinq à six mois, il les proposa aux habitans des environs, qui les refusèrent, comme on pouvait s'y attendre. Cependant les plus nécessiteux en firent usage et s'en trouvèrent bien; peu à peu on reconnut leur bonne qualité, et M. Desportes eut bientôt autant de demandeurs qu'il en voulut. Il en délivra ainsi pendant long-temps un très-grand nombre; enfin, une crue d'eau ayant réuni l'étang à la rivière, toutes les sangsues disparurent; mais l'essai avait rempli le but de M. Desportes, de montrer que les sangsues qui ont servi, remises dans l'état de nature, reviennent promptement et sans beaucoup de perte en état d'être utilisées de nouveau.

En conséquence, la commission propose de répondre au ministre :

Que les moyens proposés par M. Fleury pour s'opposer à la destruction des sangsues en France paraissent insuffisans n'étant appliqués qu'au petit nombre de celles qui restent, et d'une exécution difficile;

Que la seule manière de s'opposer efficacement à cette destruction serait de rendre à leur vie naturelle en France celles qui y sont apportées de l'étranger, après leur usage dans les hôpitaux, ce qui les livrerait presque pour rien à l'administration.

DISCUSSION.

M. Louyer-Willermay annonce qu'on fait en ce moment au Val-de-Grâce des expériences sur une grande échelle pour la conservation des sangsues déjà employées.

M. Bouillaud. Il n'est pas absolument impossible de suppléer dans la pratique aux sangsues; et de se décharger ainsi en grande partie du tribut que nous sommes obligés de payer à l'étranger pour cet objet. J'en faisais autrefois une grande consommation; mon service en absorbait 8 à 10,000 par an. Depuis un an je n'en ai pas employé 500; presque toutes les émissions sanguines locales ont été faites à l'aide des ventouses appliquées à la méthode allemande; et j'y ai trouvé de grands avantages, non-seulement sous le rapport économique, mais encore sous le point de vue thérapeutique. Les sangsues des hôpitaux sont généralement assez mauvaises; sur 40 il n'y en a guère plus de 10 qui prennent; leur application offre aussi des difficultés et demande des soins qu'on ne peut guère obtenir dans les grands établissemens; enfin il est impossible de calculer la quantité de sang extraite par ce moyen. Avec les ventouses, rien de plus facile. Je sais qu'en ville les ventouses effraient beaucoup de personnes à cause des scarifications; mais dans les hôpitaux elles pourraient dans la plupart des cas être substituées aux sangsues.

M. Emery. Les ventouses sont depuis long-temps employées; l'administration des hôpitaux a même appelé sur ce moyen l'attention des médecins; et nous les employons tous plus ou moins; mais dans beaucoup de cas elles ne peuvent suppléer les sangsues.

M. Lisfranc. Les ventouses sont sans doute un très-bon moyen; mais il ne faut pas en exagérer les avantages. Outre qu'elles ne sauraient être appliquées dans certaines régions, elles n'ont qu'une seule propriété, celle de tirer du sang; tandis que les sangsues en ont une autre bien précieuse dans une foule de cas de chirurgie; savoir d'attirer le sang à la peau, et d'y occasioner une sorte d'irritation révulsive, qui produit d'excellens effets.

M. Velpeau ajoute qu'on ne peut mettre les ventouses sur une partie enflammée.

M. Bouillaud. Certes on ne m'accusera pas d'être l'ennemi des sangsues (on rit); je leur ai livré mon corps et celui de bien d'autres (rire général); mais je maintiens qu'on peut les remplacer, et il serait très-important de faire faire à l'administration des hôpitaux sur cet objet une économie de 60 à 80,000 francs; qu'elle pourrait employer à d'autres besoins, et par exemple à l'amélioration du régime. Eh bien! je dis qu'avec les ventouses on obtient la même action révulsive qu'avec les sangsues; et notez bien que je ne parle pas ici des ventouses avec les grandes scarifications, à la méthode ancienne; mais de la méthode nouvelle où des piqûres petites et multipliées simulent très-bien les piqûres des sangsues. De cette manière elles peuvent être appliquées sur des parties enflammées; j'en ai mis sur des érysipèles, sur des articulations prises de phlegmasie aiguë; et chose bien remarquable, c'est que le sang qu'elles ont tiré se montrait couenneux comme le sang de la veine. Ce que j'avance n'est point une théorie, c'est un fait que j'ai étudié et répété nombre de fois; il a eu pour témoins tous ceux qui ont assisté à ma clinique, et je citerai particulièrement M. Capuron. (M. Capuron : C'est vrai.)

M. Moreau. Je partage l'avis de M. Bouillaud sur les ventouses; mais en définitive, puisqu'il reste toujours des cas où les sangsues sont indispensables, il faut bien en revenir à l'objet du rapport. Les moyens proposés par la commission me paraissent très-bons; mais n'a-t-elle pas un peu trop dédaigné ceux qu'indiquait M. Fleury? Pourquoi ne pas empêcher la pêche des sangsues durant la ponte? et pourquoi ne pas charger les gardes-champêtres de faire observer cette prohibition? Nous avons des garde-pêches, des garde-chasses; pourquoi pas des garde-sangsues? (Rire général.) Ceci est sérieux, messieurs; et outre les avantages qu'on en retirerait pour la reproduction des sangsues, ces mesures auraient pour effet d'augmenter le revenu des communes à qui appartiennent les étangs où les sangsues se trouvent, dont la plupart sont très-pauvres, précisément par le voisinage de ces marais. Ne pourraient-elles pas affermer cette pêche comme toutes les autres?

M. Boulay. Le moyen proposé par la commission est excellent, si l'administration des hôpitaux de Paris, la seule pour qui cet objet soit important, veut tenter les essais pour son propre compte, jeter ses sangsues dans des réservoirs bien

clos où elle seule puisse les reprendre. Mais si on les jette au hasard dans des étangs publics, d'abord on viendra les voler, et puis ne voyez-vous pas quelle répugnance universelle vous exciterez dans le public, qui ne veut pas absolument des sangsues qui ont déjà servi? Enfin, ce moyen même ne remédiera pas à la disparition des sangsues en France. Les sangsues transportées loin de leur lieu natal se reproduisent très difficilement. Un de mes amis a fait il y a déjà 20 à 25 ans des essais sur la reproduction des sangsues; il a bien obtenu des cocons; mais jamais il n'a vu le nombre de ses sangsues augmenter.

M. Kéraudren. Il a été fait beaucoup de ces essais dans les hôpitaux de la marine, et malgré cela nous avons toujours été obligés de faire des achats considérables; aussi j'approuve parfaitement l'idée de M. Bouilland; c'est un pur préjugé qui fait regarder les sangsues comme préférables aux ventouses.

M. Emery appuie les conclusions de la commission. Il n'y a aucun inconvénient à faire reservir des sangsues déjà employées; il connaît des familles qui en conservent depuis plus d'un an, qu'on a déjà réappliquées plus de six fois; bien plus, il a vu des sangsues qu'on avait appliquées sur des bubons enflammés, que l'on mit ensuite dégorger durant 8 ou 10 jours seulement, et que l'on réappliqua sans aucun inconvénient.

M. Deneux rappelle qu'à l'hôpital de Versailles, il y a 8 ou 10 ans, on remettait les sangsues employées dans un bassin d'eau courante, et on les fesait reservir après quelque temps.

M. Husson dit en avoir conservé qui ont servi plusieurs fois à lui et à ses enfans. Il y a un moyen très simple de les faire dégorger, c'est de les prendre par la tête et de les comprimer entre deux doigts de la tête à la queue; le sang sort par cette extrémité. La sangsue, remise dans l'eau, paraît d'abord contuse et malade; mais peu à peu elle frétille, et après 24 heures ou 48 heures elle est aussi vivace que jamais.

M. Velpeau. La question de savoir si les sangsues déjà employées peuvent reservir est jugée depuis long-temps. Avant que j'eusse commencé mes études médicales, je me souviens que dans mon village une personne conservait depuis plusieurs années deux à trois cents sangsues, qu'elle appliquait à tout le monde; elle les faisait dégorger en les mettant sur le plancher parsemé de cendre; tout le monde savait qu'elles avaient déjà servi, et personne n'en concevait de répugnance. Pourquoi ce qui s'est fait là ne pourrait-il pas se faire ailleurs? Il faut dire que ce qui entretient surtout la répugnance du public, c'est que les sangsues déjà employées et réappliquées trop tôt, sont mal dégorgées et bavent du sang; voilà ce qui dégoûte. Quelques personnes craignent aussi qu'elles ne transmettent les maladies des individus qu'elles ont piqués. Sous ce rapport, le fait cité par M. Emery est fort important; et cependant le résultat est tout simple: le virus n'est pas dans la peau que mordent les sangsues. Et en définitive, il est presque sûr que les sangsues qui arrivent dans les pharmacies ont déjà servi, ont déjà mordu ou des hommes ou des animaux; seulement nous n'en savons rien et nous n'avons pas de répugnance; mais cette répugnance est un préjugé.

M. Boulay. Mais ce préjugé existe; et ce n'est pas en un jour qu'on peut le détruire. D'ailleurs un autre intérêt se lie à ma proposition: vous voulez que les sangsues se reproduisent; que l'administration, qui seule peut le faire, ait donc soin de placer des sangsues dans lieux inaccessibles, et où on ne puisse pas les reprendre le lendemain; et qu'on fixe un temps déterminé après lequel seulement il sera permis de les repêcher.

M. Guibourt. Je n'ai rien à dire sur la substitution des ventouses aux sangsues. La question actuelle est celle-ci: On consomme une immense quantité de sangsues en France; les hôpitaux de Paris seuls dépensent 70,000 fr. par an pour cet article; et comme la pénurie s'en fait déjà sentir, le ministre nous demande les moyens de les conserver et de les reproduire. Nous avons indiqué un moyen; mais on nous dit: Laissez-le à l'administration des hôpitaux. Sans doute, cette administration peut l'adopter; elle le fera peut-être; mais alors même nous n'aurions point répondu à la demande du ministre; car les sangsues mises dans un lieu clos ne se reproduisent que très difficilement; l'administration s'en servirait donc deux ou trois fois peut-être; mais le nombre en diminuerait rapidement, et il faudrait toujours en racheter. La question tout entière est d'en repeupler les marais de la France. Eh bien! nous pensons que pour cela il faut imiter ce qui est arrivé à M. Desportes. Nous avons une foule de rivières parsemées de petites îles; dans ces îles, creusez des bassins; déposez-y les sangsues qui ont servi dans les hôpitaux de Paris, et chargez les gardes-champêtres de veiller à ce qu'on ne les dérobe pas. Lorsque viendra l'hiver, la crue des eaux confondra ces bassins avec la rivière; les sangsues disparaîtront, se répandront partout, se reproduiront dans cet état de pleine liberté, et non-seulement après quelques années on les retrouvera en état de servir, mais c'est ainsi et seulement ainsi que vous pouvez espérer d'en augmenter le nombre.

M. Virey. J'approuve d'autant plus ce projet que les sangsues sortant des hôpitaux sont mieux nourries que celles même qui sont en pleine liberté, et que c'est là une circonstance très-favorable pour leur reproduction. Dans l'ancienne section de pharmacie, M. Chapelain, pharmacien de la marine, nous avait communiqué le fait suivant: des sangsues gorgées de sang, mises dans une eau salubre, fournissaient des cocons bien plus nombreux comparativement qu'un égal nombre de sangsues ordinaires. (Aux voix! La clôture!)

MM. Velpeau et Nacquart demandent la parole contre la clôture. M. Nacquart voudrait qu'on décidât avant tout la question de savoir si la réapplication des sangsues ayant déjà servi est réellement sans inconvénient. Cette question a bien été effleurée, mais non jugée. (Vives réclamations.)

M. Emery. Une foule d'observations ont constaté la pleine innocuité de cette réapplication!

M. Moreau. C'est une question jugée! Je puis ajouter aux faits connus celui-ci. Dans un village où mon beau-père a sa maison de campagne, j'eus besoin de 30 sangsues, que je fis venir de la ville; elles furent données aux paysans après avoir servi; elles ont reservi ensuite une foule de fois. Depuis dix-huit mois, on les a appliquées à toute la population. (Eclats de rire.) J'insiste d'ailleurs sur la prohibition de la pêche au temps de la ponte et sur la surveillance des gardes-champêtres.

M. le rapporteur adopte cet amendement.

M. Villeneuve. Mais quel est le temps de la ponte?

M. Double. On n'en sait rien. (Rire général.)

M. Guibourt. Je crois que c'est dans le mois de mai ou de juin.

M. Double. On n'en sait rien et on ne peut pas le savoir. Les sangsues ont les deux sexes et chaque animal peut se féconder lui-même. (M. Viry oppose de vives dénégations.) Je demande donc qu'on supprime cette circonstance de la ponte et qu'on fixe seulement un temps avant lequel les sangsues ne pourront être repêchées. Du reste, si cette discussion a été un peu longue et un peu vive, elle aura eu ce double résultat très-avantageux, d'apprendre au public: 1° que les ventouses peuvent très-bien remplacer les sangsues; 2° que les sangsues peuvent très-bien reservir plusieurs fois sans inconvénient.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Marc, en son nom et au nom de MM. Thillaye et Kérandren, fait un rapport favorable sur l'appareil de sauvetage pour les mineurs inventé par M. Vallat; c'est un titre de plus pour ce médecin à être désigné comme candidat à une place de correspondant.

ÉLECTIONS.

M. Nacquart, au nom de la commission des élections, rappelle qu'une vacance est ouverte par la mort de MM. Laubert, Heydelhofer et Lallement. Ils appartenaient à trois sections: celles de physique et chimie médicales, d'anatomie pathologique et de pathologie chirurgicale; d'après l'art. 81 du règlement, la nomination doit être faite dans l'une de ces sections, et toutes ayant un plus grand nombre de membres que ne le veut le réglement, la commission avait donc toute liberté dans son choix. Elle propose d'attribuer la nomination à la section d'anatomie pathologique.

— M. Amussat présente un instrument imaginé par M. Thompson pour empêcher les matières fécales, dans les cas d'anus artificiel, de sortir en dehors, et les diriger dans un réservoir qui peut s'attacher à l'instrument ou s'en séparer.

Séance levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre sur l'emploi du chlore dans le choléra, par M. le professeur A. Dugès, de Montpellier.

A M. le rédacteur en chef de la Gazette médicale.

Mon cher confrère,

Je viens de lire dans la Gazette médicale un article de M. Richard sur l'emploi du chlore inspiré par les poumons; les bons effets qu'il dit avoir obtenus de cette méthode m'engagent à vous donner connaissance d'un essai dont je n'osais, pour ainsi dire, point parler encore, attendant quelque nouvelle occasion de lui donner plus de consistance; ces occasions se sont éloignées de plus en plus, puisque le choléra a totalement cessé à Montpellier depuis près d'un mois, et je prends le parti de publier mon observation telle qu'elle est dans l'espoir d'être utile peut-être encore aux localités qui sont moins heureuses que la nôtre.

L'opinion qui regarde le choléra comme produit par un *empoisonnement miasmatique* se répand de plus en plus; elle est générale actuellement dans le Midi; or, les miasmes dont il dépend ne sont certainement pas de nature plus inorganique que les autres miasmes; il est donc rationnel de les attaquer non par l'albumine et autres antidotes, opposés avec avantage aux empoisonnemens par des substances métalliques, mais par le *chlore*. C'est ce qu'on fait en partie quand on en répand dans les lieux suspects; c'est ce qu'a voulu faire, jusque dans le poumon des malades, M. Richard. Mais il me paraît que les effets qu'il a obtenus sont plutôt de pure excitation que des effets spécifiques; ils n'en sont pas moins à noter pour cela; mais il est bien évident que l'action première des miasmes cholériques se porte sur *l'appareil digestif*; rien ne prouve qu'il ne soit pas porté directement avec la salive et les alimens dans l'estomac et les intestins, et, tout au contraire, semble indiquer qu'il en est ainsi. C'est donc là qu'il faut l'attaquer et qu'on peut le faire avec bien moins de désavantages que dans le poumon. Tels sont les raisonnemens qui m'ont conduit à proposer l'administration du chlore par les organes digestifs; s'il n'a pas là une action spécifique plus que dans le poumon, il y produira sans doute les mêmes effets stimulans et sans les mêmes dangers; c'est ainsi que je pensais alors; aujourd'hui je conseillerais de joindre la méthode de M. Richard à la mienne pour favoriser la réaction; car la prudence avec laquelle il fait faire l'inspiration du chlore doit la rendre tout-à-fait sans danger.

Maintenant venons aux faits. Le choléra sévissait avec violence dans l'établissement des aliénés à Montpellier; les malades périssaient rapidement, et mon collègue M. Rech, médecin en chef, était frappé de l'insuffisance de la plupart des moyens proposés jusqu'ici et dont il avait essayé l'emploi. Je lui proposai celui du chlore, sans dissimuler la faiblesse et le vague de mes conjectures; il fut résolu de s'en servir

et de commencer, pour plus de certitude, par l'usage de la solution aqueuse du chlore même ou chlore liquide, plutôt que du chlorure dont l'administration eût été plus commode sans doute, mais l'efficacité plus douteuse. Quatre malades venaient d'être frappés à peu près au même degré, deux hommes et deux femmes. Les deux hommes furent traités par une autre méthode; ils étaient morts tous deux dès le soir même ou dans la nuit suivante. Les deux femmes prirent le chlore liquide par dose de quinze gouttes dans deux onces d'eau froide, de demi-heure en demi-heure, et l'on en continua l'usage jusqu'au troisième jour; voici ce qui en résulta en somme. (Les détails de ces observations seront sans doute publiés plus tard par M. Rech, qui vient d'ailleurs d'achever avec le professeur Dubreuil sa mission dans les villes du Midi que l'épidémie a frappées.) Il n'y eut pas de réaction brusque et violente, mais les malades se soutinrent. Au troisième jour on renonça au chlore qui fatiguait l'estomac; il était même survenu des symptômes d'inflammation gastrique qu'il fallut traiter par les saignées locales, etc. Néanmoins une des deux femmes mourut du cinquième au sixième jour; l'autre continua de se mieux porter, mais aux symptômes de gastro-entérite succédèrent ceux d'un catarrhe pulmonaire très-intense qui retarda la guérison complète, laquelle pourtant ne se fit pas attendre en tout plus de trois semaines.

Chez la femme morte dont l'autopsie fut faite par M. Dubreuil, on remarqua d'abord que la bile avait complètement reparu dans l'intestin avec ses qualités ordinaires; il y avait des traces d'une gastro-entérite des plus intenses. Ces faits, bien peu nombreux sans doute, et que la cessation de l'épidémie arrivée peu après n'a pas permis de multiplier davantage, sont-ils de nature à faire rejeter l'emploi du chlore? je suis bien loin de le croire; et peut-être eussent-ils été plus concluans encore, si l'on eût pu suivre à la lettre mes instructions. 1° J'avais recommandé de donner de prime-abord, et en même temps que la première prise serait administrée par la bouche, un lavement avec quarante gouttes de solution, poussé le plus haut possible; 2° j'avais aussi conseillé de s'arrêter dans l'emploi du chlore dès l'apparition des premiers signes évidens de surexcitation à l'estomac. L'état mental de ces deux femmes ne permit pas d'employer le lavement, ni de reconnaître d'assez bonne heure les symptômes gastriques. Peut-être le chlorure de soude ou de chaux aurait-il moins d'inconvéniens sous ce rapport; il serait bien plus facile d'ailleurs de se le procurer et de l'administrer dans la pratique particulière.

Les observations de M. Lalesque sur son application au traitement des fièvres intermittentes, prouvent qu'on peut administrer ces chlorures à la dose de demi-gros dans une potion, et réitérer la même prise quelque temps après, sans inconvénient. On aiderait aussi à l'action du médicament, non-seulement, comme je l'ai déjà dit, en en faisant respirer les émanations à la manière de M. Richard, mais encore en l'appliquant à la peau en fomentations et lotions, dans les sinapismes, etc.

Je vous ai présenté, mon cher confrère, l'état de la question avec toutes ses incertitudes, désireux de les voir cesser par des expérimentations plus nombreuses et plus complètes. Je finirai en rappelant qu'il ne faudrait pas apporter comme argument contre l'efficacité du chlore, les essais qui en ont été faits ailleurs, mais *dans des conditions et dans des vues* toutes différentes. Ainsi, dans le rapport de MM. C. Alibert, Boudart, Dalmas, Dubled et Sandras, on lit ceci, page 109: « L'eau chlorurée que l'on composait en mêlant trois onces d'une dissolution de chlore avec trois onces d'eau ordinaire, que l'on édulcorait convenablement avec un sirop simple, a été principalement opposée au choléra *lorsqu'il passait à l'état de typhus, et plutôt comme un moyen utile contre cette dernière maladie que contre le choléra.* » Je conseille au contraire de l'employer dès le début et contre la cause même de cette maladie. Je pense que c'est en agissant contre cette même cause, soit en l'évacuant, soit en la neutralisant, que l'ipécacuanha a procuré des succès, que la poudre de charbon a offert des avantages. Rien n'empêcherait d'user aussi de ces adjuvans. Dans une maladie qui résiste à tous les traitemens, aux plus rationnels comme aux plus perturbateurs, il est permis sans doute de proposer quelque chose de nouveau, même quand on n'est pas suffisamment fondé à en garantir l'efficacité constante; il suffit de quelques données favorables pour justifier de pareilles propositions, et cette considération fera, j'espère, excuser la mienne dans le cas où elle ne procurerait pas les bénéfices que j'en attendais.

Agréez, etc. — Ant. Dugès, P. M. M.

Lettre sur l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement des fièvres intermittentes; par M. Munaret, D.-M. à Châtillon-de-Michaille.

D'après une lettre, insérée dans le n° 25 (année 1834) de votre estimable journal, j'ai eu l'honneur de vous apprendre: 1° que depuis le mois de septembre 1832, je traitais avec un constant succès les fièvres intermittentes de marais, par le chlorure de sodium; 2° qu'au moment de cette communication des fièvres de cette nature régnaient épidémiquement dans le canton de Châtillon-de-Michaille, ce qui me permettait de multiplier mes résultats et consécutivement de donner, à ce nouveau mode de traitement, l'authenticité qu'il mérite; 3° enfin, que j'élaborais un mémoire pour le concours Monthyon, indiquant la spécificité fébrifuge du chlorure de sodium, les idées sommairement théoriques qui me l'avaient fait présenter, son indication précisée, son emploi formulé; et comme pièce de conviction individuelle d'abord, mon mémoire devait également contenir l'esquisse de l'épidémie annoncée.

J'ai donc adressé à l'Académie royale des sciences ce mémoire dont voici les conclusions pratiques.

« Le chlorure de sodium jouit d'une propriété fébrifuge aussi » prompte et aussi certaine que le quinquina et tous ses composés, » dans les cas de fièvres intermittentes. Mais ce spécifique mérite la » préférence, 1° parce que le quinquina et ses composés, donnés à la » dose formulée par le médecin, déterminent quelquefois des phlegmasies gastro-intestinales, des splénites, des œdèmes, des leucophlegmasies, tandis que le chlorure de sodium permet que l'on dépasse » même la dose sans accident consécutif, ainsi que le peuple le fait en » l'absence du médecin à l'égard de tous les fébrifuges, pensant, comme il le dit, *couper plus promptement la fièvre*; 2° parce que » toutes les préparations de quinquina sont chères, tandis que » le chlorure de sodium ne l'est pas; 3° parce qu'en » considération de l'innocuité et du bon marché, cette substance » peut s'administrer, non-seulement comme curatif, mais encore » comme préservatif, quand la fièvre intermittente règne endémiquement; 4° enfin, parce que, dans le cas où il existe des symptômes » d'irritation gastrique, on peut administrer le chlorure de sodium » quand même, ce qu'on ne pourrait pas faire avec le quinquina, le » sulfate de quinine, etc. »

Depuis la réception de mon mémoire, à la date du 4 mai, j'ai obtenu deux nouvelles guérisons de fièvres vernales par le chlorure de sodium. Par le même courrier, je prends la liberté de les communiquer aux commissaires nommés par l'Académie, MM. Double et Duméril.

Comme je désire, dans l'intérêt commun de la science, des estomacs et des bourses, vulgariser mon traitement, je terminerai cette deuxième lettre par sa transcription.

Avant la médication spéciale, faire disparaître complètement toute complication, bilieuse ou sanguine, par les moyens appropriés.

La fièvre étant réduite à sa plus intime essentialité, ou, pour m'énoncer plus explicitement, réduite à un empoisonnement miasmatique, user ainsi qu'il suit de la potion ci-formulée:

Prenez: Solution officinale de chlorure de sodium, demi-once.
Eau de fleurs d'oranger, 3 onces.
Sirop simple, 1 —

Trois cuillerées à bouche par jour: le matin à jeun, puis une heure avant l'invasion approximative de l'accès ou à midi, et le soir en se couchant.

Après la disparition des paroxysmes, deux cuillerées seulement: le matin et à l'heure du dernier accès, pendant quinze jours environ.

La sagacité de chaque praticien, et mieux encore l'habitude du traitement, indiqueront quand il faudra varier la dose indiquée comme terme moyen, suivant l'âge, le tempérament, etc.

Au fébricitant débile par nature ou délabré par le mal, j'administre le chlorure de sodium associé avec la thériaque, d'après cette seconde formule:

Prenez: Solution de chlorure de sodium, 1 once,
Thériaque,
Extrait de genièvre, } 2 onces.

A prendre chaque matin et à l'approche de la convalescence, gros comme un haricot.

Enfin le traitement par l'une ou l'autre formule, le malade boira journellement trois tasses environ d'une infusion légère de camomille ou de café cru.

Enfin, comme soins généraux diététiques, je recommande une grande propreté des vêtemens et des habitations, qu'il faut exposer à des courans d'air fréquens; une nourriture saine et analeptique sous un petit volume; l'eau rougie et souvent quelques *doigts* de vin pur pendant chaque repas; un exercice modéré, par un temps sec et chaud; la chaleur des pieds; l'usage d'une camisole de flanelle sur la peau; enfin l'abstinence long-temps prolongée des plaisirs de l'amour.

D'après cette note, j'ose espérer que tous mes confrères qui habitent des localités marécageuses s'empresseront d'approuver les bienfaits de ma découverte.

Agréez, etc.

MUNARET, D.-M.

BIBLIOGRAPHIE.

PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES TENUES PAR LES MÉDECINS DE NANTES, pour discuter la valeur des doctrines nouvelles relativement à la nature et au traitement de la syphilis (1).

Nos lecteurs ont pu voir dans la GAZETTE MÉDICALE du mois de juillet dernier l'annonce d'une sorte de congrès médical convoqué à Nantes pour s'occuper exclusivement de cette grande question de la syphilis. Déjà même nous avions commencé à reproduire les débats de la première séance, lorsque nos honorables confrères nantais ont réclamé près de nous contre ce compte-rendu *incomplet*, disaient-ils, *et dès lors inexact, puisqu'une discussion ne saurait être bien appréciée qu'autant que les opinions contraires sont exposées dans toute leur teneur*. Nous sommes parfaitement de l'avis que toute opinion doit être présentée dans toute sa teneur; mais à la vérité nous ne croyons pas indispensable de la reproduire dans toute sa longueur, surtout recueillie dans un débat à peu près improvisé. Néanmoins, comme on nous annonçait l'impression des procès-verbaux des séances dans toute leur étendue, nous avons mieux aimé attendre cette publication, dont nous avons à rendre compte aujourd'hui.

Il a été tenu en tout cinq séances. Toutes les grandes questions ont été abordées et traitées avec beaucoup de talent et de science; d'habiles praticiens ont présenté les résultats de leur expérience, et au total, sans résoudre des problèmes peut-être à jamais insolubles, la discussion a réellement jeté sur plusieurs points de vives lumières; mais on regret qui nous a été laissé par cette lecture, c'est que les défenseurs de chaque opinion, très-riches en faits et en argumens favorables, aient tenu si peu de cas des faits et des argumens de leurs adversaires; il semble même, d'après la déclaration assez singulière de M. Mesnard, que quelques membres étaient venus bien moins avec l'intention de s'éclairer que de détruire les germes d'une doctrine *coupable pour le présent et pernicieuse pour l'avenir*. Voyons cependant ce qui est sorti de cette réunion de médecins pardessus tout praticiens.

La première question concerne l'origine de la syphilis. M. Devergie pense qu'elle était connue des anciens, et il en fait remonter les premières notions jusqu'à Moïse. La débauche et le libertinage ont pu et peuvent encore lui donner naissance; mais il admet concurremment un agent de contagion. M. Leborgne, au contraire, n'admet qu'une seule cause, la contagion; les excès et la malpropreté peuvent bien produire des blennorrhagies et des ulcères; mais ces symptômes ne sont pas syphilitiques, et surtout ils ne sont pas contagieux. Le diagnostic différentiel est à la vérité impossible; mais on y obvie en traitant tous ces symptômes par le mercure, sauf à l'abandonner si on s'aperçoit qu'il est nuisible. Cette théorie rend très-bien compte des succès obtenus par le traitement simple; c'est qu'alors on n'avait affaire qu'à des symptômes non syphilitiques. Elle paraît, du reste, unanimement adoptée par les médecins de Nantes, à l'exception de M. Esmein fils, qui s'est rangé du côté de M. Devergie.

Il est bien difficile de traiter à fond de semblables matières dans une discussion improvisée. Quant à la date de l'apparition de la syphilis, on a allégué particulièrement que les accidens connus des anciens offraient bien la *forme* des symptômes syphilitiques, mais non point leur *nature*, qu'ils n'avaient point pour cause le coït, et qu'ils n'étaient pas contagieux. On a fait remarquer que les chirurgiens du quinzième siècle, fort versés dans la lecture des anciens, auraient reconnu la maladie si elle n'eût pas été tout-à-fait nouvelle. Ce sont là des assertions qui demanderaient à être mieux prouvées. Le quinzième siècle est au contraire, depuis la renaissance de la chirurgie, l'époque où elle fut le moins étudiée, et on ne commence guère à trouver quelques écrits dignes d'être cités que lors de l'apparition même de l'épidémie vérolique. Cette épidémie se présenta aussi avec des caractères que la syphilis n'a plus de nos jours, et qui suffisaient bien pour la faire regarder comme nouvelle. Du reste, le procès est loin d'être jugé, et peut-être les auteurs qui s'en sont occupés ont-ils été un peu trop dirigés, même à leur insu, par une idée préconçue. Quant à la spontanéité de la syphilis, outre qu'il a bien fallu qu'elle eût un commencement de cette nature, M. Devergie a cité des faits assez nombreux qui attestent qu'elle existe encore de nos jours. Cette partie de son argumentation est restée sans réponse, et nous n'avons pas vu que la théorie de M. Leborgne, tout ingénieuse qu'elle soit, se soit appuyée sur d'autres preuves que les assertions de ses partisans.

L'hérédité de la syphilis a été plus rigoureusement démontrée. Il n'est pas même besoin que les parens gardent au moment de la conception quelques signes extérieurs de leur état; M. Mesnard a vu des père et mère qui n'offraient aucun signe appréciable de vérole procréer des enfans affectés, soit dès leur naissance, soit plus tard, de pustules, d'exostoses, d'ophthalmies syphilitiques. M. Guénier a cité des cas du même genre. Un douanier avait eu une écorchure à la verge, à la suite du coït; on le guérit par cautérisation. Il se maria deux ans après; sa femme accoucha d'un enfant ayant aux parties génitales des pustules syphilitiques qui guérirent par le mercure. Le mari n'ayant aucun symptôme se refusa à tout traitement; six mois après, il avait une exostose et des douleurs ostéocopes. La femme resta saine sans traitement. Dans un autre cas, les deux premiers enfans naquirent sains; un troisième eut des symptômes syphilitiques. M. Devergie a ajouté à ces observations celle d'un jeune homme qui, ayant eu des symptômes syphilitiques, se maria et eut dix enfans qui moururent successivement dès leur naissance, par l'effet de la syphilis dont ils étaient atteints. Le père ayant subi un traitement mercuriel qui dura dix-huit mois, il survint un onzième enfant qui a joui constamment d'une bonne santé.

Il semble donc que les humeurs du mari, et le sperme en particulier, seraient imprégnés du principe de cette terrible maladie, et la conséquence logique serait que le contact des humeurs d'un individu ainsi syphilisé suffirait pour déterminer la contagion. Cette question si grave n'a été qu'à peine effleurée; M. Palois a avancé que la vérole peut se communiquer à une femme pudique par les embrassemens d'un mari infecté autrefois, et chez lequel les symptômes locaux ont disparu; M. Gély a émis une opinion toute semblable; M. Sallion de même; mais tous en passant, sans apporter de faits à l'appui; et, chose remarquable, cette assertion n'a trouvé personne pour la relever ou la contredire. D'un autre côté, M. Devergie a soutenu que ni la blennorrhagie ni les chancres de vieille date ne sont plus contagieux, et personne non plus n'a fait entendre la plus légère parole de doute. Il s'en faut bien cependant que nous admettions sans réserve de semblables propositions, à part même ce qu'elles paraissent offrir de contradictoire.

Si des causes et des moyens de transmission nous passons aux symptômes, il a été généralement admis que nous ne possédions aucun moyen de distinguer à la simple vue un ulcère ou tout autre symptôme syphilitique d'un autre qui ne l'est pas. Les commémoratifs ne sauraient non plus servir à grand' chose, puisque les mêmes symptômes peuvent dériver d'un coït simple ou d'un coït impur; le succès du traitement est tout aussi douteux, puisque les partisans exclusifs du mercure admettent eux-mêmes que le traitement simple peut faire disparaître les *formes* extérieures de la vérole; la véritable pierre de touche, c'est la production des phénomènes consécutifs. Nous verrons à quelles conséquences cette incertitude conduit pour le traitement. Mais auparavant nous avons à parcourir quelques questions théoriques d'une haute importance, et tout d'abord celle de la nature de la syphilis ou de l'existence d'un virus.

Du reste, les âcres discussions soulevées dans l'origine entre les premiers adversaires du virus et ses derniers partisans quand même, ont bien perdu de leur vivacité. M. Leborgne, par exemple, déclare que le mot de *virus syphilitique* n'est pour lui qu'un moyen d'expliquer une cause inconnue, une action spécifique et contagieuse; en d'autres termes, que, dans la syphilis, comme dans la pustule maligne, la variole, etc., il y autre chose ou plus que de l'inflammation. M. Devergie ne veut point du mot; mais il admet un principe contagieux dont les effets sont suivis pas à pas dans différentes parties de l'organisme, où il agit surtout par la voie des sympathies. Au premier abord, on dirait que l'idée est la même et que l'on ne dispute que faute de s'entendre; mais cet accord apparent laisse au fond la dissension aussi profonde. Ces espèces d'avances que se font en paroles les deux opinions opposées ne sont que de pures précautions oratoires pour allécher le public qui écoute et qui juge. Ainsi ce mot de virus dont M. Leborgne semble faire si bon marché, c'est pour lui l'essence, la nature intime de la maladie, la seule chose pour ainsi dire qu'il importe de combattre; chancres, bubons, pustules, exostoses, tout cela

(1) In-8° de 151 pages. Nantes, 1835.

ne constitue que des formes, choses de si peu d'importance que le malade guéri de tous ces symptômes est à ses yeux tout aussi syphilitique qu'auparavant. Aussi, avec cette rigueur de logique qui n'appartient qu'aux esprits fermement convaincus, dès qu'à la suite de l'acte vénérien quelque symptôme douteux se montre, comme M. Leborgne reconnaît impossible de distinguer s'ils sont ou non syphilitiques, il ne se contente pas de les guérir, il administre le mercure sans exception, pour détruire le virus qu'il soupçonne. Il y a cependant une conséquence tout aussi logique à laquelle cette doctrine n'a pas encore osé arriver; c'est qu'après tout coït suspect, il ne faudrait pas attendre le développement des symptômes, qui ne sont que la manifestation extérieure du virus déjà incarcéré dans l'économie; il faudrait passer tout de suite l'homme et la femme au mercure.

De même, lorsque M. Devergie semble concéder la présence d'un principe contagieux qui se répand dans l'économie, et que cependant il ne veut point lui donner de nom, c'est qu'en réalité il regarde ce principe comme de nulle valeur; les symptômes sont tout pour lui dans la maladie; quand il les a fait disparaître, il dit à ses malades : vous êtes guéris. Mais alors il y a inconséquence à admettre l'hérédité d'une maladie qui ne consisterait que dans des symptômes et dont les symptômes n'existeraient plus; si elle se transmet en l'absence de tout symptôme extérieur, il y a donc autre chose que des symptômes; et ce quelque chose, de quelque nom qu'on l'appelle, il faut donc le combattre, même quand toute l'économie est en apparence dans un état sain.

Nous l'avouons; aucune de ces théories ne nous a paru admissible; chacune a ses faits favorables, son terrain propre où elle triomphe et se pavane; mais elle n'ose s'aventurer sur le terrain de la théorie contraire. M. Guépin, dans l'assemblée de Nantes, en a également proclamé l'impuissance. Y a-t-il un moyen d'échapper aux difficultés que l'une et l'autre présentent? assurément; et ce moyen très-simple est de s'en tenir aux faits, d'accepter d'une théorie tout ce qu'elle a de concordant avec les faits, de rejeter tout ce qui les contredit ou les violente. Dans cette question de la syphilis, il est évident d'abord qu'elle est produite par un principe contagieux, soit qu'il se communique toujours d'un individu à un autre, soit qu'il se développe quelquefois spontanément, comme semblent le prouver les faits rapportés par M. Devergie. Maintenant, dans un grand nombre de cas, l'action de ce principe contagieux se borne en réalité à quelques phénomènes extérieurs; on a un chancre, on en guérit, tout est dit; et l'individu peut vivre cinquante années sans en ressentir aucune fâcheuse conséquence. Ces faits se voient tous les jours; la théorie que défend M. Devergie n'a vu qu'eux; elle a eu tort; la théorie que soutient M. Leborgne n'a pas voulu les voir, elle a eu tort encore. Dans les autres cas, il est très-vrai qu'à part les symptômes extérieurs, la contagion syphilitique infuse dans l'organisme une sorte d'élément spécial, qui entretient les symptômes, qui persiste quand ils sont guéris, qui plus tôt ou plus tard en détermine d'autres qu'on nomme consécutifs, qui se transmet par hérédité, etc. Chaque jour aussi cela se voit; cet élément, on l'a nommé virus. Quant à nous, nous acceptons aussi bien le mot que la chose; nous sommes d'avis de le combattre quand il existe, et nous regardons le mercure, si non comme le moyen unique, au moins comme le plus puissant de tous; mais quand rien n'indique un état semblable de l'économie, nous croyons aussi que c'est abuser de la théorie que de soumettre les malades à un traitement que rien ne requiert, et qui même, dans ces circonstances, ne donne nullement la certitude que le patient sera garanti de tout accident à l'avenir.

Au reste, en dépit des théories, le jugement des praticiens les tient suffisamment écartés de ces partis extrêmes; et l'opiniâtreté de la maladie en apprend plus que les argumens les plus spécieux. Aussi, malgré les divergences plus ou moins prononcées, on voit cependant les idées exclusives s'affaiblir peu à peu, et le rapprochement s'opérer par degrés. M. Devergie, l'un des plus énergiques soutiens de la méthode antiphlogistique, et qui lui a dû de si beaux succès, a pris la parole au début de la discussion pour déclarer positivement qu'il fait usage du mercure, mais seulement qu'il s'attache à bien spécifier les cas où on doit y avoir recours. M. Lehorgne, d'autre part, admet que les antiphlogistiques doivent être employés pour combattre la forme inflammatoire des accidens primitifs; il avoue même qu'ils peuvent faire disparaître tous les symptômes; seulement il pense qu'alors la guérison n'est point radicale. M. Palois ajoute qu'à son avis, les succès dont s'énorgueillit la médecine physiologique ont surtout eu lieu dans des cas de syphilisés auxquels le mercure avait été prodigué outre mesure. M. Mesnard, grand partisan du mercure, et qui le regarde surtout comme très-puissant sous le climat de Nantes, remarque qu'il redouble les accidens si on l'emploie dans la période aiguë de la maladie, qui dure de quinze à trente jours. M. Guénier a fait un plus grand pas encore vers la méthode nouvelle; il n'emploie le mercure dans la gonorhée que quand elle a été rebelle aux autres moyens; alors il en donne très-peu, seulement comme moyen d'exploration, et n'insiste que lorsqu'il se manifeste de l'amélioration, ce qui est très-rare. Dans le doute d'une affection syphilitique, il ne le prescrit qu'après avoir épuisé les autres moyens; enfin, ajoute-t-il, chaque année je remarque que l'expérience me conduit à réduire de beaucoup les doses de mercure que j'administrais autrefois. M. Barré a renoncé à toute préparation mercurielle contre la blennorrhagie soit chez l'homme, soit chez la femme; chez cette dernière, dans les cas de blennorrhagie rebelle, il a constaté que le col de l'utérus est enflammé, et plusieurs fois il a vu cet état s'aggraver en insistant sur les mercuriaux. Frappé de ces mécomptes, il s'est décidé depuis quinze ans à traiter cette forme de la syphilis par les antiphlogistiques, et il a guéri ainsi une femme qui depuis dix-sept ans avait subi vingt-cinq traitemens mercuriels. Aujourd'hui il n'administre plus le mercure que très-rarement dans les symptômes primitifs, le réservant spécialement pour la vérole consécutive. Déjà même quelques essais sans mercure sur des accidens consécutifs lui ont réussi, par exemple pour des végétations anciennes; les syphilides, au contraire, s'y sont montrées rebelles, et les fumigations de cinabre en ont triomphé avec facilité; depuis six mois il compte douze observations de guérison par ce moyen de cette forme de la syphilis.

Telles sont les principales nuances qui se sont offertes; aucun des médecins présens n'a été en-deçà ni au-delà. La question de la fréquence des récidives a été assez légèrement abordée; M. Sallion a assuré n'en avoir jamais vu après un traitement mercuriel, ce qui peut passer pour un succès inouï; tandis que d'autres ont demandé quel est le médecin qui, la main sur la conscience, voudrait assurer à un malade traité avec le mercure qu'il n'a rien à redouter pour l'avenir.

En résumé, l'impression qui nous est restée de cette discussion, c'est qu'elle n'a converti personne; le langage de chaque interlocuteur est resté le même à peu près à la fin qu'au commencement du congrès; et en effet qui pourrait espérer en cinq séances de changer des convictions assises sur de longues années de pratique? Mais on aperçoit avec plaisir que, long-temps avant cette discussion, beaucoup de ces praticiens à longue expérience avaient commencé eux-mêmes à réviser leurs opinions, les uns les conservant tout entières, les autres les modifiant; et il n'est pas douteux que ce choc d'opinions et de pratiques diverses ne donne une vive et forte impulsion à ce travail de révision et de progrès. Rarement les meilleurs argumens nous convainquent de suite; c'est plus tard, dans le silence de la réflexion, que nous opérons nous-mêmes notre conversion, quand toutefois il y a lieu.

Nous ne saurions du reste qu'applaudir à ce mouvement scientifique qui se propage dans nos départemens. Plusieurs villes se disposent, dit-on, à suivre l'exemple de Nantes; elles ne pourront sans doute mettre plus de science et de talent dans leurs débats; mais il serait à désirer qu'elles y missent plus d'ordre. Que le président ou le bureau, par exemple, divisent la question principale en question secondaires, qui soient mises tour à tour à l'ordre du jour; la discussion sera plus claire et plus complète, et l'on en apercevra bien mieux le résultat. C'est ce que nous avons essayé de faire dans cette analyse; mais la nécessité de chercher ainsi au hasard toutes les idées éparses qui se rattachent à chaque sujet, impose un travail assez pénible, et qui, en suivant la marche que nous venons de dire, pourra facilement être évité.

— Le Moniteur du 25 août contient deux ordonnances : la première décide que deux officiers de santé principaux, pris dans les hôpitaux militaires de Paris, l'un en médecine, l'autre en chirurgie, feront partie dans leur grade, et comme membres adjoints, du conseil de santé établi auprès du ministre de la guerre. Ces deux membres auront voix délibérative, et participeront à toute la plénitude des attributions du conseil de santé.

Par la seconde ordonnance, MM. Broussais, médecin principal, premier professeur à l'hôpital du Val de Grâce, et Pasquier, chirurgien principal de l'Hôtel des Invalides, sont nommés membres-adjoints du conseil de santé.

Nul doute que ces adjonctions ne rendent plus faciles les fonctions du conseil de santé, dont les trois membres titulaires étaient d'ailleurs surchargés d'autres travaux. Mais en applaudissant à cette mesure, nous regrettons de ne pas voir appeler dans le sein du conseil le chirurgien en chef du Val-de-Grâce, M. Gama, dont la capacité administrative et le dévouement aux intérêts de la chirurgie militaire sont si bien connus de tous ceux qui se sont trouvés sous ses ordres; et nous ne craignons pas de dire que le vœu que nous émettons de l'y voir bientôt est partagé par la plupart des chirurgiens de l'armée.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 41. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 10 OCTOBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA FRACTURE INCOMPLÈTE DU COL DU FÉMUR, LU A LA SOCIÉTÉ CHIRURGICALE D'IRLANDE, dans sa séance du 5 avril 1834 ; par M. Adams.

Il arrive assez souvent qu'un chirurgien est appelé auprès d'un malade qui, dans une chute sur l'un des trochanters, s'est fait une lésion plus ou moins grave de la hanche. Le malade n'a pu, le plus souvent, se relever. Il est très-difficile de former un jugement précis sur la nature de cette affection, qui présente quelques-uns des symptômes de la fracture du col du fémur ; mais les traits les plus caractéristiques de cette lésion ne se retrouvent point.

Ordinairement le malade a la conscience qu'il est incapable de se tenir debout et de marcher, aussi ne fait-il aucune tentative dans ce sens ; il ne peut élever ni mouvoir son membre, mais celui-ci n'est point dans la rotation en dehors et dans cet état d'impuissance absolue qui indique la fracture complète du col fémoral. Au contraire, le malade, couché sur le dos peut fléchir à volonté la jambe sur la cuisse, puis celle-ci sur l'abdomen ; et même telle est la position ordinaire du membre, lorsque le chirurgien arrive auprès du blessé qui supporte ainsi le poids des couvertures avec son genou. Cette circonstance ôte toute idée de fracture. Il est à remarquer aussi que le membre n'offre point un raccourcissement appréciable ; il n'y a point de crépitation, et le mouvement de rotation en dedans et en dehors qu'on imprime au membre pour la produire, ne détermine point de douleur comme cela a lieu ordinairement. Le grand trochanter n'ayant point perdu le point d'appui qui lui est fourni par le col de l'os, ne retombe point en arrière vers l'ischion, comme on le voit dans la fracture complète ; au contraire, il semble faire une saillie plus considérable qu'à l'ordinaire, et si l'on soutient le malade dans l'attitude verticale, on est frappé de la saillie produite par la hanche malade. Il est excessivement difficile de décider tout d'abord quelle est la nature de la maladie. Si toutefois, au bout d'un mois ou six semaines, on se livre à une nouvelle exploration, on trouve le membre raccourci et le pied dans la rotation en dehors.

L'inspection cadavérique seule peut nous apprendre quelle est la lésion qui donne lieu à de tels symptômes ; mais comme cet accident n'est point ordinairement mortel, on n'a que peu d'occasions de se livrer à ces recherches.

Je suis convaincu d'avoir donné des soins à des personnes qui vivent encore, et qui avaient souffert une fracture incomplète du col du fémur ; je possède même plusieurs fémurs qui offrent des traces évidentes

Feuilleton.

RELATION MÉDICALE D'UN VOYAGE A ALGER,

par le docteur Pointe, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Troisième et dernier article. Voir les numéros précédens 39 et 40.)

C'est une singulière impression que celle que l'on éprouve en parcourant pour la première fois les rues d'Alger ! Dix peuples différens qui, tous, ont conservé leurs habitudes, leur costume et leur langage ; les Turcs qui méprisent toujours les Arabes ; les juifs plus malpropres et plus immoraux (1) en Afrique que sur les autres points du globe ; les Arabes des diverses tribus qui peuplent les environs d'Alger, les Mauresques surchargées de vêtemens qui leur cachent jusqu'à la figure ; quelques femmes d'une nudité à peu près complète et qui sont là comme pour faire contraste avec les premières ; les Français victorieux qui oublient quelquefois les égards que l'on doit aux vaincus, et un grand nombre d'autres Européens qui se livrent à diverses industries, et profitent, peut être déjà plus que nous, du commerce qui, sous la protection de nos armes, commence à prospérer dans ce pays fertile.

Quelques rues de la partie basse de la ville ont été élargies, et quelques maisons construites à la française. Une vaste place est résultée de la démolition d'un grand nombre de constructions mauresques ; mais ces différens travaux ne sont point achevés. Le reste de la ville, qui en comprend au moins les deux tiers, est encore tel qu'il était avant la conquête. Ce sont des rues de six à huit pieds de largeur, quelquefois moins, souvent tortueuses ; il en est qui sont plus ou moins complètement couvertes par des voûtes ou par des toits en saillie, de sorte que la lumière y pénètre à peine. Les maisons sont d'une blancheur qui fatigue la vue ; elles ne prennent sur les rues que des jours précaires. A l'extérieur elles ne présentent aucune espèce d'ornement ; à l'intérieur elles sont toutes construites d'après un plan uniforme, et parfaitement appropriées aux besoins du climat, ainsi qu'aux

(1) Les ravages que le choléra vient de faire parmi la population juive d'Alger, sont comparativement beaucoup plus grands que ceux qu'il a exercés parmi les autres habitans de cette colonie. C'est là, sans contredit, une nouvelle preuve de l'influence fâcheuse de la malpropreté, de l'entassement d'un grand nombre d'individus dans des logemens étroits, et d'une conduite peu régulière sur le développement et la marche meurtrière de cette épidémie ; car les juifs offrent toutes ces conditions d'insalubrité à un si haut degré qu'il est difficile de s'en faire une idée.

de cette lésion ; mais je dois avouer que j'ai vu très-peu de cas où les résultats de l'inspection cadavérique soient venus s'ajouter aux symptômes que j'ai assignés à la fracture incomplète du col du fémur. Mais avant de décrire les altérations anatomiques qui constituent cette lésion, il est nécessaire de nous arrêter un instant sur la structure intime du col du fémur, à laquelle il est étonnant qu'on ait fait si peu d'attention.

Si l'on fait une section verticale dans l'épaisseur du col du fémur non altéré et à l'état sec, suivant la direction de son grand axe, et de manière que cette section, se continuant dans le corps de l'os, laisse en avant une moitié du fémur, et en arrière l'autre moitié avec le petit trochanter, on voit que la principale force du col réside dans une espèce de voûte de tissu compacte, qui, d'abord très-mince au point de réunion de la tête de l'os avec la partie inférieure du col, s'épaissit peu à peu à mesure qu'elle se rapproche du petit trochanter. Cette couche de tissu compacte peut être suivie jusqu'à la partie moyenne du fémur, où elle après du double d'épaisseur de la paroi opposée du corps de l'os. Une autre couche du tissu compacte presque aussi mince qu'une feuille de papier qui recouvre la tête du fémur, la partie supérieure du col, et le grand trochanter, semble contribuer très-peu à augmenter la force de l'os. On peut en dire autant du tissu cellulaire de ces apophyses, tandis qu'au contraire le tissu compacte de la *face inférieure* du col semble disposé tout exprès pour supporter le poids du corps dans l'attitude verticale.

Lorsque nous faisons une chute d'une certaine hauteur sur les pieds ou sur les genoux, le choc est d'abord supporté par la couche compacte même de la face supérieure du col, et par la totalité de son tissu réticulaire, qui probablement cèdent sous l'effort de manière à ce que la force de l'impulsion soit décomposée et affaiblie d'autant avant d'être transmise à la voûte épaisse que je viens de décrire, et qui, en dernière analyse, est la seule pièce de résistance à tous les efforts dirigés de haut en bas sur le col du fémur.

La fracture du col du fémur arrive rarement chez un sujet adulte et bien portant, lorsqu'il tombe même avec violence sur ses jambes ou sur ses genoux; car le tronc porte alors de la manière la moins défavorable sur la voûte du tissu compacte en question, qui trouve dans sa densité et sa forme une force suffisante pour résister presque toujours. On sait qu'alors la cavité cotyloïde se fracture, le ligament capsulaire se déchire, et une luxation a lieu, plutôt qu'il ne s'opère une fracture du col.

Si, au contraire, le sujet tombe sur le grand trochanter de manière que cette éminence soit retenue par le sol, tandis que le poids du corps, agissant obliquement sur la voûte compacte de la face inférieure du col, tend à porter dans la ligne du corps de l'os, en d'autres termes à effacer son obliquité, alors cette voûte reçoit le choc de haut en bas, de la manière la plus défavorable, et son tissu se fend transversalement à sa longueur. Si la fêlure ne va pas plus loin, il en résulte la forme la plus simple de fracture incomplète du col du fémur. Cet accident fait supposer nécessairement dans le tissu réticulaire du col fémoral assez de résistance et de ténacité pour céder sans se rompre, et c'est une chose sur laquelle on ne peut élever de doute.

Dans cet état, il est facile de concevoir que le blessé ait pu se tenir debout et même marcher à quelque distance, et que le chirurgien, comme il est arrivé souvent, ait pu croire qu'il n'y avait point de fracture. Il est également facile de concevoir comment alors des mouvemens imprudens ou une chute peuvent rendre la fracture complète, ou comment, par suite d'une lésion consécutive grave, ou même par le fait du choc primitif dont la force n'ayant pas été entièrement épuisée par la fracture de la voûte compacte, peut se continuer dans des directions variées; on conçoit, dis-je, comment le fragment supérieur du col fracturé peut s'engager dans le tissu réticulaire du corps de l'os.

Il me reste maintenant à rechercher la cause des changemens qui ont lieu lentement dans la portion non fracturée du col fémoral, consécutivement à la fracture de la couche compacte qui constitue la principale force du col du fémur, et à expliquer anatomiquement comment cette lésion, d'abord si obscure, devient au bout de six semaines assez évidente pour qu'on ne puisse se méprendre sur son existence.

Lorsque la fracture incomplète du col existe, le col lui-même est raccourci, parce que le tissu compact qui fait presque toute sa force, ayant perdu sa continuité, ne peut plus contrebalancer les forces qui tendent à rapprocher la tête du fémur de son corps. Le membre se place dans la rotation en dehors; en effet, bien que le tissu réticulaire du col du fémur ait assez d'élasticité pour supporter un changement de forme sans se rompre, lorsque la fracture du tissu compact a été opérée; cependant il est probable qu'au moment de l'accident, le tissu cellulaire dans lequel résident tous les élémens vitaux de l'os, doit avoir reçu une commotion qui laisse l'os susceptible du raccourcissement consécutif ou par absorption interstitielle, à la suite de laquelle il cedera facilement à l'action des muscles, et le membre se trouvera placé dans la rotation en dehors au bout d'un certain temps.

Si l'on retire de sa cavité articulaire un fémur qui a été soumis à la fracture incomplète de son col, et si on l'examine, on remarque, dans tous les cas, que la triple obliquité du col en haut, en avant et en dedans est détruite, et que la tête et le col de l'os sont dirigés horizontalement en dedans, à angle droit avec le corps de l'os. Dans tous les cas que j'ai vus, en regardant l'os en arrière, on voyait que la ligne intertrochantérienne avait été le siége d'une déposition de matière osseuse; l'intervalle compris entre cette ligne et la tête, et qui constitue la partie postérieure du col, était diminuée d'un tiers de sa longueur; en un mot, le raccourcissement et le renversement du membre se trouvent expliqués anatomiquement par la perte de l'obliquité du col du fémur et par la perte de longueur de la partie postérieure de ce col; le raccourcissement et le renversement sont proportionnés à la perte d'obliquité et à la perte de longueur indiquées.

Si, sur un fémur qui a subi cette fracture incomplète, on pratique une section verticale comme il a été dit plus haut pour un fémur sain, on voit que le tissu compact de la partie supérieure du col, et tout le tissu réticulaire, n'offrent aucune trace de fracture, aucune altération, si ce n'est cette perte d'obliquité; au contraire la voûte compacte de la face inférieure du col offre une trace évidente de fracture, et par suite d'une action soudaine ou plus ou moins lente, elle s'est enfoncée dans le tissu aréolaire du corps de l'os, de manière qu'elle forme avec la couche compacte de ce corps une espèce de T.

Cette espèce de fracture a été signalée d'abord par le docteur Colles; le docteur Amesbury et quelques autres en ont parlé très-brièvement. J'espère que les considérations qui précèdent, quoique incomplètes, attireront l'attention sur un sujet si important pour la pratique.

---

habitudes et aux mœurs des habitans. La maison du riche diffère de celle du pauvre beaucoup plus par sa grandeur et ses décorations que par le plan de construction qui est à peu près le même pour toutes. Dans quelques quartiers le prix des loyers doit être aussi cher à Alger que dans nos grandes villes, si j'en juge par l'exiguité de certains magasins; j'ai vu des Maures, marchands d'objets assez précieux, n'avoir pour tout domicile qu'un espace de huit à dix pieds encombré de marchandises, au milieu desquelles se trouvait une espèce de trou analogue à l'intérieur d'un tonneau et dans lequel se tient, durant le jour, le vendeur qui, pendant la nuit, dort sans doute étendu sur sa marchandise.

Quelques établissemens importans existent à Alger; la Cazauba, ancien palais du dey, qui se trouve dans la partie la plus élevée de la ville, est occupée par les troupes françaises qui y sont casernées. Elle se compose de plusieurs bâtimens qui ne forment point monument par leur ensemble, et qui pour être appropriés à leur nouveau service, ont perdu presque tout ce qu'ils avaient de beau. Les riches ornemens de cette habitation ont presque entièrement disparu; et pour en soustraire quelques débris à une destruction plus complète, le corps du génie a réuni et placé dans un jardin, où leur conservation est provisoirement assurée, dix colonnes en marbre très-bien sculptées, des coupes d'une forme élégante, et d'autres objets précieux.

J'ai trouvé trois hôpitaux à Alger : deux dans la ville et un à la campagne.

L'hôpital civil est établi dans une ancienne mosquée située dans la rue Bab-Ozum; il ne renfermait qu'une quarantaine de malades et pourrait en contenir soixante-dix. L'aspect d'un grand nombre d'Arabes qui, à certains jours, mendient aux portes de la ville, en offrant aux regards des infirmités dégoûtantes, m'a donné à penser que cet hôpital n'est pas ouvert au premier nécessiteux souffrant qui vient y réclamer un asile. Il est fâcheux que l'administration française recule devant la dépense qu'entraînerait une distribution plus large de secours aux indigènes pauvres et malades; c'est un moyen de civilisation dont nous pourrions retirer d'immenses avantages. Le bâtiment où est placé cet hôpital est dans un état de vétusté et de délabrement déplorable. Les officiers de santé réclament vainement les réparations les plus urgentes; M. le docteur Boben (d'origine anglaise), médecin, et M. le docteur Rivière, chirurgien, font dans cet établissement tout le bien qu'il est possible de faire avec les faibles moyens que l'administration civile met à leur disposition.

Les maladies les plus communes chez les Arabes sont celles des yeux : ophthalmie, goutte sereine, hypopion et cataracte; elles sont dues d'abord à l'action des rayons solaires qui, pendant une grande partie de l'année, sont réfléchis du sol desséché sur les yeux du voyageur; ensuite, à l'habitude de marcher les jambes nues, et peut être enfin à la vue habituelle de la ville d'Alger, qui est, comme je l'ai dit, d'une blancheur éblouissante. J'ai observé aussi quelques maladies de la peau assez graves, et particulièrement des teignes. Je crois que ces maladies doivent leur existence à l'oubli des règles de l'hygiène, particulièrement à la malpropreté, et qu'elles doivent leur gravité à l'absence de tout traitement. Quand arrive la saison des chaleurs, les Arabes comme les Français, mais toutefois plus fréquemment ces derniers, sont sujets aux fièvres et aux dysentéries. Je parlerai de ces maladies à l'occasion des hôpitaux militaires.

Près de l'hôpital civil et toujours dans la rue Bab-Ozum, se trouve celui de Karratine, destiné aux militaires français, suffisamment grand pour recevoir quatre cents malades; il n'en renfermait que cent quarante lorsque je l'ai parcouru; quoique les bâtimens n'aient point été construits pour leur destination

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL CIVIL ET MILITAIRE DE GENÈVE, par le docteur H.-C. LOMBARD, médecin de cet hôpital.

PARTIE PREMIÈRE. — MALADIES DU COEUR ET DES GROS VAISSEAUX.

§ I. *Description sommaire de l'hôpital et mouvement de sa population.*

L'hôpital de Genève est bâti sur le sommet d'une colline assez élevée du côté du lac, ce qui fait jouir la façade septentrionale des avantages d'un air pur et souvent renouvelé. Les salles de médecine sont dirigées du nord au sud et se trouvent ainsi dans la direction des grands courans d'air qui parcourent la vallée du lac de Genève; leurs deux extrémités sont occupées par deux grandes fenêtres et par une ouverture carrée au niveau du sol, ensorte qu'une ventilation complète y est non-seulement possible, mais en quelque sorte inévitable. C'est probablement à l'ensemble de ces circonstances, aussi bien qu'aux soins extrêmes que l'on prend pour y maintenir une propreté minutieuse, que l'on doit l'extrême salubrité de ces salles comparées aux autres parties du même bâtiment.

Au centre de chaque salle est un poêle qui, pendant toute la saison froide, est chauffé deux fois dans les vingt-quatre heures; et l'on obtient par ce moyen une température fixe de 12 à 15 degrés Réaumur dans toutes les parties de la salle. Le nombre des lits est de quatorze pour chaque salle, ce qui donne pour le volume d'air alloué à chaque malade quatre toises cubes deux tiers, en supposant tous les lits occupés. Cette moyenne est supérieure à celle de beaucoup d'hôpitaux, mais elle est inférieure à celle des hôpitaux de Paris, et il serait à désirer que nous pussions l'augmenter en diminuant le nombre des lits.

Les salles destinées aux hommes reçoivent annuellement de trois cent cinquante à trois cent soixante-dix malades, soit environ une entrée par jour. Celles des femmes, qui ne sont presque jamais complétement occupées, ne comptent que cent vingt à cent trente entrées annuelles, soit un peu plus d'une entrée tous les trois jours.

La mortalité a été en 1833 et 1834 :

	MALADES.	MORTS	PROPORT. APPROXIM.
Salles des hommes,	700	96	1/7
Salles des femmes,	241	39	1/6
Total,	941	135	1/7

En sorte que la mortalité a varié entre un sixième et un septième, ou plus exactement entre treize et quatorze centièmes. Mais il est important de noter que sur ces 135 morts, 23 ont succombé dans les quarante-huit heures qui ont suivi leur entrée, en sorte qu'on peut à peine les considérer comme ayant été traités dans les salles de l'hôpital, et si on défalque ces 23 de 135, l'on obtient un huitième ou de onze à douze centièmes pour le chiffre de la mortalité du service de médecine.

La mortalité totale de l'hôpital varie entre un neuvième et un dixième, proportion qui se rapproche assez de celle des principaux hôpitaux européens, ainsi qu'on peut en juger par le tableau suivant extrait de la statistique médicale de Bisset Hawkins (1).

MORTALITÉ MOYENNE DE QUELQUES HÔPITAUX.

Paris. Hôtel-Dieu, un mort sur		6 3/4 malades.
— Charité,		5 1/2
Lyon, Hôtel-Dieu,	—	11
Montpellier,	—	10
Berlin, Charité,	—	6
Vienne,	—	7
Pesth,	—	6
Dresde,	—	7
Munich,	—	9
Bruxelles,	—	9
Pétersbourg,	—	4 1/2
Milan,	—	6
Pavie,	—	10
Genève (1829 à 1834)	—	10

§ II. *Observations cliniques sur les maladies du cœur.*

Ainsi qu'on vient de le voir, le service médical ne compte que quatre à cinq cents malades dans toute l'année, et, cependant, malgré l'exiguité de ce nombre, j'ai pu recueillir quelques observations qui ne sont pas dénuées d'intérêt; les unes nous présenteront des faits anatomiques rares ou inconnus; d'autres nous permettront de mettre en évidence certaines questions de diagnostic ou de thérapeutique, et d'en déduire des conséquences pratiques intéressantes. Je commence par les maladies du cœur.

POCHE ANÉVRISMALE DÉVELOPPÉE DANS LES PAROIS DU COEUR, ET COMMUNIQUANT AVEC LE VENTRICULE GAUCHE, A LA BASE DUQUEL ELLE EST SITUÉE.

OBS. I. — Un vernisseur âgé de 48 ans, né manchot, ayant beaucoup d'embonpoint et le teint habituellement très-coloré, entra à l'hôpital le 20 novembre 1833, se plaignant de gêne dans la respiration, et d'une toux sèche assez fréquente. Le pouls était régulier, assez plein, et battait de soixante à quatre-vingts fois par minute; la peau était chaude, la langue blanche, l'appétit bon, les selles plutôt rares

L'oppression et la toux diminuèrent promptement sous l'influence d'une saignée dont le sang ne fut pas couenneux. Le lendemain et les jours suivans le malade parut convalescent; le pouls resta régulier et sans fréquence; la toux fut le seul symptôme qui persista; elle fut combattue par des poudres de kermès et de digitale. A cette époque, la poitrine, auscultée avec soin, ne fit reconnaître aucun bruit anormal; les battemens du cœur étaient réguliers et assez forts, mais sans impulsion; la respiration était obscure dans toute la poitrine, mais s'exécutait sans aucun râle.

Environ quinze jours après son entrée à l'hôpital, le malade observa un commencement d'enflure aux extrémités inférieures; il se plaignit aussi d'avoir un gros ventre, et en effet il existait un peu de fluctuation dans l'abdomen. A peu près à cette époque il survint une douleur assez aiguë dans le côté gauche, en arrière et en dehors, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Un vésicatoire fit cesser la douleur, qui ne reparut plus.

Depuis l'apparition de l'enflure, le malade avait tous les soirs un peu d'angoisse; il parlait souvent en dormant, et son sommeil était agité; il restait beaucoup au lit et ne se levait pas volontiers, quoiqu'il n'eût point perdu ses forces.

Le 15 décembre, c'est-à dire vingt-cinq jours après son entrée, il fut pris d'oppression et d'angoisse extrême, et succomba en quelques minutes. La journée n'a-

(1) Elements of medical statistics. Londres, 1829. In-8°.

---

actuelle, ils n'en sont pas moins assez heureusement disposés; des infirmeries qui ne prennent que des jours précaires à l'extérieur suffisans, pour établir des courans d'air, mais ne laissant point pénétrer en trop grande quantité les rayons brûlans du soleil d'Afrique, sont au contraire plus largement ouvertes sur des galeries qui reçoivent elles-mêmes leur jour d'une espèce de cloître. Grâce à une telle disposition, ces salles offrent dans toutes les saisons une température modérée. Les médecin et chirurgien en chef de cet hôpital sont MM. les docteurs Ferat (médecin) et Moulinart (chirurgien).

L'hôpital du *Dey* est situé à un quart de lieue et à l'ouest d'Alger; il occupe un ancien jardin du dey, la plus belle des habitations des souverains de la régence. Un vaste périmètre à peu près carré et entouré de murailles, plusieurs palais et pavillons d'une grande beauté, des plantations de bananiers, orangers, citroniers, bergamottes, etc.; des allées couvertes de clematite et de jasmins odorans, des réservoirs, des colonnes et des coupes en marbre du meilleur goût, enfin des eaux jaillissantes dans les jardins et dans les palais, devaient faire de cette habitation un lieu de délices; il ne reste plus aujourd hui que les débris de tant de magnificence...

Sept cents soldats malades sont couchés dans neuf baraques en bois élevées au milieu des parterres, et qui contiennent chacune cent et quelques lits. Les officiers sont logés dans un des pavillons; on leur a réservé aussi un très-joli jardin qui leur sert de promenade. C'est encore dans les anciennes et belles constructions dont ce jardin est semé que l'on a établi la pharmacie, la cuisine, la boulangerie, et que l'on a logé les divers employés. A certaines époques, tous les lits sont occupés, et l'emplacement est assez vaste pour que l'on pût au besoin y établir de nouvelles baraques. La grandeur de cet hôpital est telle, que l'on a pu en supprimer plusieurs autres qui se trouvaient dans des lieux moins convenables, et surtout moins salubres. On a englobé dans celui-ci plusieurs bâtimens désignés sous le nom de *Salpêtrière*, où existaient autrefois une fabrique de salpêtre, ainsi que de vastes casernes pour les janissaires, et qui sont en continuité de construction avec le jardin du dey.

MM. les docteurs Antonini, Margrage et Flachat sont chargés du service de santé de cet établissement, dont M. Marie est pharmacien en chef.

Les hôpitaux militaires dont je viens de parler sont très-bien tenus; ils pourraient, ainsi que je l'ai dit, recevoir un beaucoup plus grand nombre de malades; mais le printemps est une des saisons où les affections morbides sont le moins nombreuses en ce pays; pendant l'été, au contraire, non-seulement ces hôpitaux sont beaucoup plus peuplés, mais leur insuffisance oblige à en ouvrir un de plus dans la ville.

Il résulte des renseignemens que j'ai pu recueillir, que les maladies qui règnent alors en Afrique sont des entérites aiguës et des dysentéries traitées avec succès par les antiphlogistiques, les boissons mucilagineuses et les opiacés; des fièvres aiguës graves traitées par des méthodes variées, suivant la forme qu'elles affectent, et quelquefois suivant les idées systématiques du médecin traitant; et enfin des fièvres intermittentes pernicieuses de diverses formes, algides, cholériques, pneumoniques, pleurétiques, etc.; quelquefois compliquées surtout de gastro-entérite ou de péritonite. Les lésions organiques rencontrées chez les malades qui ont succombé à ces dernières fièvres, sont les suivantes : la rate souvent tuméfiée, ramollie et transformée en une substance brunâtre et de consistance huileuse; la muqueuse intestinale parfois ulcérée sur différens points, d'autres fois simplement phlogosée; le système capillaire cérébral souvent injecté; et d'autres le-

vait rien présenté d'extraordinaire, si ce n'est beaucoup de gaîté du malade, qui causait et plaisantait avec ses voisins quelques instans avant sa mort; il avait pu le matin se lever et traverser la salle pour aller à la selle.

AUTOPSIE 40 HEURES APRÈS LA MORT.

L'anasarque n'est pas très-considérable.

Tête. Crâne dur et épais; glandes de Pacchioni très-développées; vaisseaux du cerveau assez distendus par le sang qui remplit les sinus et les veines de la pie-mère. Il n'existe nulle part d'épanchement sanguin. La substance cérébrale est saine, plutôt un peu molle. On trouve quelques cuillerées de sérosité dans les ventricules.

Abdomen. Plusieurs pintes de sérosité citrine distendent la cavité du péritoine; la muqueuse intestinale est saine dans toute son étendue, sauf à l'estomac, où il existe un peu de pointillé et un léger degré de ramollissement partiel. Le foie est volumineux et gorgé de sang liquide qui découle par la section. La substance rouge est hypertrophiée, ce qui donne au foie une couleur rouge assez foncée. Reins assez volumineux sans altération. Rate dure et résistante, d'un volume assez considérable.

Poitrine. Quelques anciennes adhérences pleurétiques. Environ une pinte de sérosité dans chacune des plèvres. Tissu du poumon sain et crépitant dans toutes ses parties. Le péricarde est distendu par une quantité considérable de sérosité.

Le cœur est très-volumineux; les artères et les veines coronaires sont très-développées sans être flexueuses; leur calibre et surtout celui des artères est très-considérable; il paraît en quelques points triple de ce qu'il est dans l'état normal. L'augmentation de volume du cœur est due surtout au ventricule gauche, dont la cavité, ainsi que les parois, ont pris un développement considérable. La valvule mitrale est opaque et contient quelques granulations cartilagineuses. L'origine de l'aorte présente diverses lésions remarquables. Les valvules sigmoïdes sont toutes les trois épaissies, dures et presque immobiles par la transformation de leur membrane en tissu osseux et cartilagineux; leur bord libre est inégal et tout-à-fait irrégulier. Aux points de jonction des trois valvules, on remarque des granulations rougeâtres et une surface inégale formée par des aspérités osseuses entremêlées de petits caillots fibrineux; l'une de ces surfaces présente un orifice central qui communique avec une *poche anévrismale* logée dans l'anneau fibreux qui entoure la base du cœur. Cette poche est située entre l'aorte et l'artère pulmonaire; elle contient des couches de caillots fibrineux, qui s'enlèvent facilement et laissent voir au dessous une membrane rougeâtre qui tapisse une cavité anfractueuse de douze à quinze lignes de longueur, sur dix à douze de largeur. Les anfractuosités de la poche anévrismale sont logées entre les oreillettes et l'orifice des gros vaisseaux. L'aorte ne présente aucune autre lésion que quelques plaques cartilagineuses à sa grande courbure. Le ventricule droit est sain, de volume et d'épaisseur normale; les valvules sigmoïdes sont saines, souples et transparentes; l'artère pulmonaire ne présente aucune lésion.

Les poches anévrismales ou dilatations partielles du cœur se rencontrent si rarement, que plusieurs des anatomistes les plus distingués n'en ont jamais observé; et parmi les cas décrits jusqu'à présent, il n'en est aucun à ma connaissance qui se rapporte exactement à la lésion observée dans le cas qu'on vient de lire. La plupart des dilatations partielles du cœur ont pour siége le sommet des ventricules et principalement du ventricule gauche; tels sont les deux cas décrits dans la thèse de M. le professeur Bérard (1); d'autres se sont développées dans la valvule mitrale; enfin le cas qui se rapproche le plus de notre observation est celui de Corvisard, qui décrit une poche anévrismale occupant la partie supérieure et latérale du ventricule gauche; mais les détails incomplets qu'il donne ne permettent pas de supposer que l'orifice fût situé, comme dans le cas précédent, à la base des valvules sigmoïdes.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'observation que nous venons de rapporter, c'est la simultanéité des lésions observées au point de jonction des valvules sigmoïdes, et qui dépend probablement de quelque circonstance anatomique inconnue jusqu'à présent. Cette recherche pourrait avoir quelque intérêt pour ceux qui s'occupent de l'anatomie du cœur.

L'observation qu'on vient de lire nous fournit encore quelques remarques cliniques qui ne sont pas sans intérêt. En premier lieu, la rapidité de la mort qui survient au milieu d'un état peu grave en apparence est un fait digne d'être noté, non pour sa rareté, car chez un très-grand nombre des personnes atteintes d'hydrothorax l'on observe des morts subites, et comme dans ce cas-ci, sans cause apparente. Plusieurs succombent en se tournant dans leur lit et sans pousser un soupir; d'autres, et c'est le plus nombre, meurent en faisant quelque effort soit pour se lever, soit pour aller à la selle. Il est donc important pour le praticien de connaître cette terminaison de l'hydrothorax afin de n'être point pris au dépourvu sans avoir prévenu les parens de la possibilité d'un pareil événement. En second lieu, la marche insidieuse de l'hydrothorax, de l'ascite et de l'hydropéricarde mérite d'être notée: un malade arrive avec tous les symptômes apparens d'une pléthore sanguine, la face est colorée, la peau chaude, le pouls plein, la respiration gênée; tous ces symptômes disparaissent après une saignée; la convalescence paraît s'établir, et pendant plusieurs jours la guérison ne laisse aucun doute, lorsqu'il survient un peu d'angoisse, de la gêne dans la respiration, de l'anasarque et de l'ascite. Mais telle était la force de résistance du malade qu'il a pu jusqu'au dernier jour se lever au moins une partie de la journée, et qu'il demandait fréquemment sa sortie, se croyant guéri ou près de l'être. Enfin, nous ferons remarquer que l'auscultation ne nous a fourni aucun signe de l'existence de la poche anévrismale: les battemens du cœur furent auscultés avec soin et trouvés assez intenses, mais réguliers et sans impulsion ni aucun bruit anormal. Il ne paraît pas probable que, si la poche anévrismale eût donné lieu à un bruit de souffle ou de râpe, ce symptôme eût échappé à l'oreille qui fut appliquée presque tous les jours sur la région du cœur; ensorte que l'on peut conclure de ce fait que les symptômes d'une dilatation partielle du cœur, qui n'est pas plus considérable que celle dont on vient de lire la description, sont assez peu apparens pour échapper à un examen ordinaire.

MORT SUBITE OCCASIONÉE PAR LA RUPTURE DE L'ARTÈRE CORONAIRE GAUCHE.

OBS. II. — Une femme âgée de 44 ans, de petite taille, ayant assez d'embonpoint et beaucoup d'activité, avait eu à diverses reprises des palpitations et un peu de gêne dans la respiration lorsqu'elle montait un escalier ou sur un plan incliné; elle n'en continuait pas moins ses occupations de domestique, lorsque étant occupée à laver un plancher, elle sentit une douleur intérieure qui l'empêcha de se relever, et lorsqu'on vint à son secours quelques minutes après l'accident, elle demanda à être portée sur son lit, où elle eut beaucoup d'angoisses, et fit quelques efforts de vomissemens qui amenèrent un liquide sanguinolent. Depuis ce moment jusqu'à la mort, qui eut lieu environ une heure après le début, elle conserva toute sa présence d'esprit et se plaignit beaucoup d'une angoisse inexprimable qu'elle rapportait à la poitrine.

AUTOPSIE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

Embonpoint très prononcé; cou court; teinte livide du visage et de presque tout le corps.

Tête. Vaisseaux gorgés de sang, mais sans extravasat ni épanchement. Substance cérébrale saine.

(1) Dissertation sur plusieurs points d'anatomie pathologique et de pathologie. Thèse. Paris, 1826.

---

sions très-variables par leur forme, par leur siége, mais ayant toujours quelques rapports avec le caractère spécial qu'avait offert la maladie.

Les fièvres pernicieuses sont généralement traitées avec un grand succès par le sulfate de quinine administré dès le début de la maladie à haute dose, 30, 40, 50, même 60 grains par jour, et avec toutes les précautions recommandées par Torti et par M. le professeur Alibert. La salicine a été mise en usage dans le traitement de ces fièvres; quelques kilogrammes de ce fébrifuge avaient été envoyés à cet effet par le ministre à MM. les pharmaciens en chef des hôpitaux militaires; mais ces essais n'ont servi qu'à faire ressortir davantage la supériorité du sulfate de quinine.

Très-rarement la saignée a été employée dans le début de ces maladies. Si quelque phénomène inflammatoire paraît prédominant, on ne le combat d'ordinaire par les évacuations sanguines qu'après avoir maîtrisé par le quina le caractère intermittent pernicieux. Proportionnellement au nombre général des malades, les fièvres intermittentes pernicieuses ont été moins souvent observées dans les hôpitaux d'Alger que dans ceux de Bougie et de Bone. Ces fièvres, si communes et si meurtrières en Afrique à certaines époques, ont pour cause la température élevée du pays, les variations de l'atmosphère, qui est souvent chaude pendant le jour, froide et humide pendant la nuit; l'action des effluves marécageuses, et enfin l'influence d'un mauvais régime alimentaire qui se compose trop souvent de fruits et de viandes salées. A Bougie particulièrement, où les vivres arrivent parfois difficilement, on est plus fréquemment qu'ailleurs obligé de nourrir la garnison avec les préparations de charcuterie.

Pendant les premières années de notre séjour en Afrique, les fièvres pernicieuses intermittentes étaient traitées par les antiphlogistiques, et la mortalité était grande; elle a considérablement diminué depuis qu'une méthode sanctionnée depuis long-temps par les plus heureux résultats, a été mise en pratique par le zèle éclairé de MM. les docteurs Worms et Maillot.

L'hydrophobie, si commune dans nos climats et dont le nom seul fait frémir, n'a jamais été observée en Afrique, où il existe cependant beaucoup de chiens, et même des chiens sauvages et abandonnés.

L'administration militaire a réuni à Alger un trop grand nombre d'hommes instruits et versés dans les sciences médicales, pour qu'elles n'y soient pas cultivées avec fruit; et quoiqu'en leur qualité de médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux et de l'armée, ces savans n'aient aucun devoir à remplir comme professeurs, plusieurs d'entre eux se sont volontairement réunis pour organiser une école d'instruction médicale, fort utile aux étudians et aux jeunes médecins attachés à différens titres aux administrations civiles et militaires. Ils ont déjà un cabinet d'anatomie et d'anatomie pathologique ainsi qu'une bibliothèque, peu riches encore il est vrai, mais qui le deviendront sous la surveillance des professeurs remplis de zèle qui les ont fondés. Espérons qu'un établissement aussi utile fixera l'attention du gouvernement, et recevra une organisation légale bien nécessaire à sa prospérité.

Pour avoir une idée complète de nos possessions d'Afrique, il me restait à visiter la campagne, à en examiner le sol, les productions et les habitans. En conséquence, le 8 mai, je montai à cheval, accompagné de M. Champanhet (1) capitaine

(1) M. Champanhet, né à Lyon en 1808, sorti de l'école polytechnique en qualité de lieutenant de génie en 1827, fait capitaine et membre de la Légion-d'Honneur en 1834.

Abdomen. Muqueuse intestinale saine. Le foie, la rate et les reins ne présentent aucune lésion.

Thorax. Poumons gorgés de sang, mais sans aucune apparence morbide, soit dans leur tissu, soit dans leur enveloppe.

Cœur très-volumineux et d'une couleur livide à sa base; le péricarde contient quelques gouttes de sang non caillé. Tout le tissu cellulaire qui entoure la base du cœur, entre les deux feuillets du péricarde et la gaine celluleuse qui entoure l'aorte jusqu'à sa crosse, est distendu par une quantité considérable de sang caillé qui entoure l'origine des gros vaisseaux, l'aorte, l'artère pulmonaire, les veines-caves, les veines pulmonaires et l'oreillette gauche, et y forme des couches plus ou moins épaisses de tissu rouge, ferme et résistant. Une portion de la gaine celluleuse de la carotide gauche présente un épanchement semblable, mais séparé par trois ou quatre pouces de tissu sain qui ne contient pas le moindre caillot. Il n'existe aucune déchirure des membranes interne et moyenne de la carotide. Le cœur est assez volumineux, ce qui tient au développement du ventricule gauche, dont les parois sont épaisses et se laissent facilement déchirer. A l'origine de l'aorte, l'on remarque une perforation circulaire qui occupe la place de l'artère coronaire gauche; celle-ci est détachée de l'aorte et présente un bord libre et arrondi qui répond exactement à la perforation de l'aorte. Son tissu est friable, se laisse facilement déchirer avec le doigt et par la moindre traction; il est parsemé de plaques cartilagineuses qui forment un bourrelet circulaire tout autour de la déchirure. Le tissu de l'aorte présente la même friabilité et la même apparence cartilagineuse. Son diamètre est assez notablement augmenté à la grande courbure.

La rupture de l'artère coronaire est un fait d'anatomie pathologique qui n'a pas encore été décrit, du moins à ma connaissance. La cause de cette lésion est évidemment le ramollissement et la cartilaginification du tissu de l'artère, qui a facilité son décollement de l'aorte, ensorte que le moindre effort a suffi pour la détacher de son origine et pour y laisser une ouverture qui semblait faite avec un emporte-pièce. Si l'effort eût été plus considérable, l'aorte même eût pu être détachée, puisque elle participait à la désorganisation du tissu de l'artère coronaire; M. Lobstein cite un cas de ce genre observé sur le cadavre d'un jeune nègre mort subitement après une toux insignifiante; on trouva que l'aorte ossifiée et ulcérée s'était rompue immédiatement après son origine; cette rupture était d'environ six lignes (1).

Dans l'observation qui précède, l'on a vu que la tunique celluleuse n'avait point été rompue, et que le sang, au lieu de s'épancher dans le péricarde ou dans la cavité des plèvres, avait distendu le tissu cellulaire qui entoure la base du cœur. Il est probable que cette particularité est due à la petitesse de l'ouverture, qui ne permettait pas la sortie simultanée d'une grande quantité de sang; et, cependant la force avec laquelle le sang a été poussé au-dehors a dû être considérable, puisqu'il a pénétré jusqu'à l'angle de la mâchoire, dans la gaîne celluleuse de la carotide gauche, où existait un caillot assez apparent et qui ne pouvait reconnaître d'autre origine que la perforation de l'aorte, puisque la carotide était parfaitement saine et sans déchirure. Il n'en est pas moins remarquable que ce caillot supérieur ait été trouvé à trois ou quatre pouces du caillot principal, et surtout qu'il fût séparé par une aussi grande étendue de tissu cellulaire qui ne contenait point de sang épanché.

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, t. 2, p. 570.

PLEURO-PNEUMONIE; DÉLIRE INTENSE AU MILIEU D'UNE CONVALESCENCE APPARENTE ET MORT EN DOUZE HEURES; VÉGÉTATIONS DES VALVULES SIGMOÏDES ET COMMUNICATION ANORMALE DU VENTRICULE GAUCHE AVEC L'OREILLETTE GAUCHE; POCHE ANÉVRISMALE DANS LE VENTRICULE GAUCHE.

OBS. III. — Un cultivateur âgé de 42 ans, fortement constitué et habituellement bien portant, ressentit il y a un mois, après exposition au froid, une douleur pleurétique du côté droit pour laquelle il appliqua des sangsues et un vésicatoire. Sous l'influence de ce traitement la douleur diminua, mais il restait toujours un peu de gêne dans la respiration, un mouvement fébrile vers le soir; et comme ces symptômes persistaient et que les forces ne revenaient point, le malade entra à l'hôpital le 20 janvier. Il présenta l'état suivant le 21 au matin: Pouls, 72 à 76; teint coloré; respiration courte; toux par intervalles; expectoration muqueuse peu abondante; langue un peu blanchâtre avec tendance à se sécher; sonoréité de tout le côté droit nulle ou presque nulle; très-bonne dans tout le côté gauche, où la respiration s'entend bien, est même puérile, quoique avec un peu de râle muqueux; absence complète de respiration vésiculaire dans toute la partie postérieure du côté droit et souffle bronchique dans les deux tiers supérieurs. Vers le soir, accès de fièvre assez prononcé; pouls à 100; chaleur de la peau et sueur. Ces divers symptômes persistèrent sans modification du 21 au 23, époque où l'on commença l'administration de l'oxide blanc d'antimoine à la dose de 24 grains par jour.

Les 24 et 25. L'état de la poitrine s'est notablement amélioré; l'on entend dans toute la partie postérieure du poumon droit un râle crépitant *redux* très-prononcé; la sonoréité est meilleure; il y a depuis deux jours d'abondantes sueurs.

Le 26 au matin, le pouls est à 76; la peau est moite, la chaleur normale; la langue un peu rouge; l'épigastre légèrement douloureux sous la pression, et le reste de l'abdomen complètement indolent. Le malade est considéré comme en pleine convalescence. Depuis deux jours, il s'était développé sur sa tête une énorme quantité de poux qui pullulaient avec une rapidité incroyable; on fait lever le malade pour lui couper les cheveux et le débarrasser de la vermine; mais deux heures après cette opération, qui s'est faite dans une chambre froide, le malade qui s'était recouché est pris d'un délire violent; il veut assommer son voisin et pousse des cris aigus; il a plusieurs selles involontaires dans l'espace d'un quart d'heure. Une heure après l'invasion du délire, je le trouve dans un état d'agitation extrême; il veut se lever à chaque instant et ne peut être contenu que par le gilet de force; les yeux sont fixes et les pupilles dilatées; il agite sa tête dans tous les sens; les artères carotides et temporales battent avec force et avec un frémissement très marqué; les jugulaires sont aussi soulevés par des battemens isochrones à ceux du cœur; le pouls bat 120 fois par minute; il est dur, irrégulier. Le malade succombe douze heures après l'invasion du délire. Une saignée fut pratiquée immédiatement; le sang était sans couenne et présentait un caillot ferme et d'un beau rouge, entouré d'une sérosité claire et peu abondante.

AUTOPSIE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

Quelques vergetures au cou et à la partie postérieure du tronc.

Cerveau. Peu d'injection des tégumens; légère injection des membranes qui recouvrent la face convexe des hémisphères; un peu d'infiltration sous-arachnoïdienne; la pie-mère s'enlève facilement et sans déchirer la substance grise du cerveau, qui est d'une teinte pâle; la substance blanche est pointillée et légèrement injectée en quelques points; l'une et l'autre sont de consistance normale. Il n'existe pas de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde, mais seulement une cuillerée à café de liquide transparent dans chaque ventricule. Les plexus et la toile choroïdienne sont très-pâles. Quelques cuillerées de sérosité à la base du crâne. La protubérance annulaire, la moelle allongée et le cervelet ne présentent aucune lésion; leur consistance est normale. Ces divers organes sont plutôt pâles que gorgés de sang, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

Poitrine. Poumon droit adhérant de toutes parts à la plèvre. Tissu pulmonaire gorgé de sang rouge écumeux, d'une couleur rouge foncée, friable surtout à la base, mais perméable à l'air dans toute son étendue et surnageant au-dessus de l'eau.

---

de génie. Nous parcourûmes d'abord cette partie de la plaine qui environne Alger à l'Est, et à peu de distance de la mer. M. Champanhet, digne d'appartenir à une famille qui compte un maréchal de France (1) parmi les hommes distingués qu'elle a déjà donnés à l'état, commande les troupes de son arme qui occupent la Maison Carrée, le dernier des postes français que l'on rencontre dans la direction que nous avions prise, en contact depuis un an avec les Arabes des différentes tribus, Bescry, Mozaby, Arybde, etc. M. Champanhet sert la France moins encore peut-être par la force des armes que par les rapports de bonne intelligence et même d'amitié qu'il entretient avec ces indigènes, ainsi que par les routes utiles que le gouvernement fait ouvrir, et dont cet habile officier dirige et surveille l'exécution. La langue des Arabes lui est devenue familière; il devait donc m'être d'un grand secours dans cette excursion.

J'examinai d'abord ce sol foulé il y a plus de huit siècles par ces médecins arabes dont le nom est encore en honneur dans les annales de la science, et habité aujourd'hui par l'ignorance et la barbarie. Il me parut généralement fort riche, d'une superbe végétation, et arrosé par les eaux qui descendent des montagnes. Les terres voisines de la mer sont les seules qui offrent quelques rochers et qui soient sablonneuses. Les parties les moins fertiles des terrains que j'ai parcourus sont couvertes d'aloës et de cactus qui croissent spontanément; et si l'on réussit dans les essais tentés à Toulon et à Paris pour filer et tisser la fibre que l'on rencontre dans la première de ces plantes, l'Afrique nous fournira en abondance un puissant auxiliaire du chanvre et du lin.

Les orangers, citroniers, oliviers et mûriers y réussissent parfaitement et sont d'une grande beauté; le laurier-rose et le chèvre-feuille viennent d'eux-mêmes. J'y ai vu de beaux échantillons de canne à sucre et de coton; et la cochenille y est décidément acclimatée. M. le docteur Loze, qui est chargé de ces essais, en me parlant des heureux résultats qu'il en obtenait depuis quelques années, m'exprimait le regret que le ministre ne le mit pas à même de les faire sur une plus grande échelle. Les animaux sont vigoureux, mais en général d'une stature peu élevée. Ceux qu'on emploie le plus souvent aux usages domestiques sont les ânes, les chameaux et les chevaux.

Nous arrivâmes enfin à la Maison-Carrée, dont le nom indique assez bien la forme. Un grand espace est circonscrit par quatre corps de bâtimens où sont casernées des troupes de différentes armes. Quelques parties de la plaine voisine de cette espèce de fort, qui est assez faiblement fortifié, sont basses et marécageuses. Les fièvres intermittentes graves y sont communes pendant les chaleurs; la Maison-Carrée elle-même, quoique située sur un lieu élevé, devient alors inhabitable, parce qu'elle se trouve sous l'influence des effluves qui se dégagent des marais voisins. Par différens travaux habilement exécutés, le gouvernement a déjà obtenu le desséchement de plusieurs de ces marais; et, grâce à sa sollicitude, dans peu d'années auront disparu tous ces marécages, et avec eux ces fièvres meurtrières qui déciment encore quelques-unes de nos garnisons.

Avant de continuer notre promenade, nous nous adjoignîmes des compagnons de voyage, M. G..., lieutenant de génie, un sapeur de la même arme et un Turc. Ce fut avec cette faible escorte que nous continuâmes de parcourir la campagne. Nous nous dirigeâmes d'abord vers la tribu des Arybdes. A quelques heures de marche nous aperçûmes le *Fort-de-l'Eau*, voisin de la mer et gardé par des Arabes qui ont leur demeure habituelle sous des tentes de poils de chameau, aux

(1) Le maréchal Suchet, duc d'Albuféra.

Poumon gauche. Adhérences des plèvres costale et pulmonaire par l'intermédiaire d'une fausse membrane gélatineuse. Même état du tissu du poumon, qui est gorgé de sang écumeux, d'une couleur rouge foncée, et partout perméable à l'air.

Cœur. Un peu de sérosité dans le péricarde; le volume du cœur est environ deux fois celui du poing du sujet; il est chargé de graisse et présente à sa surface des plaques blanches, ovoïdes, disposées régulièrement sur le feuillet adhérent du péricarde, qu'elles soulèvent légèrement. Cavités droites sans altérations; volume, épaisseur et orifices parfaitement normaux. Il n'en est pas de même des cavités gauches, qui présentent diverses lésions très-remarquables.

L'origine de l'aorte paraît dilatée dans tous les sens, et son tissu est en partie cartilagineux. Les valvules sigmoïdes sont toutes trois malades; l'une d'elles est simplement hypertrophiée, opaque et comme mamelonnée, molle et sans ossification. La seconde est rompue à l'une de ses attaches et flotte librement dans la cavité du ventricule; son épaisseur est considérable, son bord irrégulier et mamelonné. La troisième valvule est surmontée d'une végétation oblongue de sept à huit lignes de diamètre, de consistance molle, de couleur livide, à surface et bords mamelonnés, formée par de petits corps arrondis; l'un d'eux incisé représente assez exactement une graine de raisin contenant de petits grains noirâtres. Entre les deux valvules existe un enfoncement circulaire à bords taillés à pic, et qui contient une couche de caillots fibrineux; tout autour de cette poche anévrismale, les parois du ventricule sont recouvertes de végétations et d'ulcérations; l'une de ces dernières a perforé la paroi ventriculaire et établi une communication anormale entre l'oreillette et le ventricule gauches.

Abdomen. La muqueuse gastrique et intestinale ne présente aucune lésion, si ce n'est un peu de rougeur sans ramollissement disposée par bandes dans l'estomac; il n'existe pas de développement des plaques de Peyer. La rate est énorme; elle est formée par un tissu mou qui se réduit en bouillie par le moindre contact; son volume est la moitié de celui du foie, qui lui-même est très-gros, mais sans altération de tissu.

Cette observation nous présente un second exemple de dilatation partielle du cœur dans l'intérieur du ventricule gauche; quoique moins avancée que dans l'observation première, elle n'en est pas moins identique en siége et en nature, comme dans le cas précédemment cité; elle paraît reconnaître pour cause l'état morbide des valvules sigmoïdes, qui toutes étaient complétement désorganisées et transformées en matière charnue ou cartilagineuse; l'une d'elles était rompue près de son extrémité et flottait dans le ventricule; enfin, outre toutes ces lésions qui devaient gêner au plus haut point la circulation du sang, il existait une perforation des parois ventriculaires. Et cependant le cultivateur qui portait un cœur aussi malade, avait pu continuer ses occupations et ne se plaignait d'aucun trouble de la circulation; il a fallu le développement d'une pleuro-pneumonie pour le constituer malade, et même alors les lésions n'ont point empêché la convalescence de s'établir. Mais ici se présente un fait qui nous paraît difficile à expliquer. Quelle est la cause de cette congestion cérébrale qui a entraîné si promptement la mort? Y a-t-il quelque rapport de causalité à établir entre la grande quantité de poux qui furent enlevés du cuir chevelu et la subite apparition des symptômes de méningite? Ou plutôt peut-on considérer la mort comme produite par un accès de fièvre pernicieuse? Je pencherais pour cette dernière opinion, qui me paraît tirer quelque probabilité de l'énorme développement de la rate et de l'absence de lésion cérébrale autre qu'une congestion qui ne présentait rien d'extraordinaire. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait de cette mort survenue au milieu d'une convalescence apparente n'en est pas moins intéressant à consigner dans les annales de la science.

ANASARQUE DEPUIS PLUSIEURS MOIS; HÉMIPLÉGIE SANS ÉPANCHEMENT SANGUIN; HYPERTROPHIE DU COEUR.

OBS. IV. — Un ancien militaire âgé de 60 ans environ, de petite taille, mais bien musclé et ayant une forte carrure, est entré à diverses reprises à l'hôpital, pour des palpitations accompagnées d'anasarque. Ces divers symptômes se dissipaient assez promptement par quelques jours de repos et l'administration des diurétiques. L'œdème présentait cette singularité, qu'il commençait par les bras, et s'étendait ensuite au tronc et aux extrémités inférieures. Il survenait souvent pendant le traitement des accès d'oppression très-intenses, mais leur retour ne présentait aucune régularité bien marquée; chaque nouvelle crise d'oppression ramenait inévitablement l'anasarque, et nécessitait de nouveau l'emploi des diurétiques. Le pouls était dur, fréquent et regulier; les battemens du cœur étaient réguliers, sans bruit de râpe ou de souffle, mais ils soulevaient l'oreille avec force. Après trois ou quatre mois d'alternatives d'œdème et d'oppression, il survint une amélioration très-prononcée, qui permit au malade d'aller passer quelques semaines à la campagne.

Environ trois semaines après sa sortie de l'hôpital, il eut une attaque d'apoplexie avec hémiplégie incomplète du côté droit. Transporté de nouveau dans les salles, des déplétions sanguines firent cesser les symptômes de paralysie dans l'espace de sept à huit jours. Mais il ne recouvra jamais ses facultés intellectuelles, et resta dans un état intermédiaire entre le délire et l'idiotisme. Dès lors l'anasarque acquit un volume énorme et ne tarda pas à entraîner la mort du malade.

AUTOPSIE.

Tête. Les membranes sont un peu gorgées de sang veineux; le cerveau, examiné avec le plus grand soin; surtout dans l'hémisphère gauche, ne présenta aucune trace d'épanchement sanguin, ni caillot, ni déchirure, ni cicatrice, ni ramollissement; les ventricules lateraux contenaient de la sérosité, mais en quantité presque normale.

Poitrine. Epanchement séreux dans les deux plèvres.

Cœur tellement volumineux qu'il paraît remplir le thorax; il pèse environ deux livres; l'hypertrophie est uniforme dans les deux ventricules, dont les parois ont de 18 lignes à 2 pouces d'épaisseur; leur cavité est dilatée en proportion de l'augmentation de volume; les orifices auriculo-ventriculaires, aortique et pulmonaire ne présentent ni rétrécissement, ni aucune lésion de tissu; il en est de même de l'aorte.

Abdomen. Sérosité dans le péritoine. Estomac, intestins et foie sains.

J'ai cité cette observation parce qu'elle me paraît importante pour établir la nature des rapports qui existent entre les lésions cérébrales et les maladies du cœur. Il est d'observation journalière que les épanchemens sanguins coexistent fréquemment avec l'hypertrophie du cœur; l'on sait aussi qu'un trouble passager dans la circulation cérébrale peut donner lieu à des symptômes cérébraux très-graves en apparence, mais qui se dissipent aussi promptement qu'ils se sont formés; mais ce que l'observation précédente peut servir à établir, c'est que sous l'influence d'une hypertrophie du cœur l'on peut observer la perte de connaissance pendant plusieurs jours; la paralysie de la moitié du corps et l'anéantissement des facultés intellectuelles pendant quelques semaines, sans que cet ensemble de symptômes reconnaisse pour cause un épanchement sanguin dans le cerveau et sans qu'il existe aucune lésion appréciable par le scalpel de l'anatomiste. Si à l'époque où notre malade a été frappé d'hémiplégie, l'anasarque eût été considérable, l'on aurait pu croire à la formation de quelque épanchement séreux dans les ventricules ou à la surface des hémisphères. Mais cette supposition est inadmissible puisque l'enflure avait presque complétement disparu lorsque le malade fut frappé d'hémiplégie. Mais, dira-t-on, peut-être la lésion cérébrale a-t-elle pu disparaître dans l'intervalle assez long qui a

environs et au-delà de cette petite forteresse. Elle est située dans un lieu élevé, entourée de forêts qui, comme toutes celles du pays, offrent peu de bois de haute futaie. Une sentinelle est placée sur le sommet du toit, de sorte qu'il est difficile d'approcher sans être vu; aussi quelques Arabes vinrent-ils bientôt nous reconnaître.

Benzegris, descendant d'une famille qui a régné à Constantine, commande ce fort: il est allié de la France, et nous reçut très-amicalement.

Le hasard nous avait ménagé une bonne fortune. C'était un jour de fête pour le pays, et la plupart des caïds et des cheiks de la plaine, ainsi que le secrétaire de l'aga, s'étaient réunis à cette occasion. Nous fûmes introduits dans le lieu de leur assemblée: c'était une salle vaste, peu éclairée et dépourvue d'ornemens; dans les deux tiers environ de son étendue, une estrade couverte de tapis s'élevait à deux ou trois pieds au-dessus du sol. Les Arabes de distinction, assis à la musulmane sur cette espèce de théâtre, et le dos tourné contre la muraille, formaient un assez grand cercle; la plupart étaient couverts de simples et grossiers *burnous*, et quelques autres portaient de riches costumes. Des Arabes d'un ordre inférieur, sans doute, étaient assis à terre et plus rapprochés de la porte. Nous prîmes place près du commandant.

Deux juifs et une courtisane, fumant le narguillé et richement vêtus, étaient là pour compléter la fête, les deux premiers par la musique, la troisième pour une danse particulière à ces femmes (1). L'un des juifs touchait d'un petit piano placé sur ses genoux; l'autre jouait de la mandoline, et tous deux s'accompagnaient de la voix. Cette musique était monotone et peu propre à réveiller l'impassible physionomie des Arabes; la poésie en était toute pastorale. Ce concert était interrompu de temps en temps par quelques verres de rhum que prenaient les convives. Un repas avait eu lieu avant notre arrivée: on apporta quelques plats de douceurs que nous trouvâmes délicieux, après quoi Benzegris nous fit passer sa pipe en signe d'amitié, et nous invita à fumer.

Nous avions rencontré au Fort de-l'Eau la plupart des Arabes que nous comptions visiter sous leurs tentes; cette circonstance nous détermina à donner une autre direction à notre course. Nous cheminâmes donc du côté des montagnes, en nous éloignant de la mer. Les nouvelles terres sur lesquelles nous marchions alors nous parurent aussi fertiles que les premières; des points de vue agréables et des sites pittoresques nous rappelèrent nos belles campagnes du Lyonnais, qu'il est si difficile d'oublier, quel que soit le lieu où l'on se trouve.

Dans ce trajet nous visitâmes la tribu des *Adecis*, qu'il ne faut point confondre avec les autres habitans de ces contrées. Les Adecis appartiennent à une peuplade nomade et pauvre; ils voyagent en famille, s'établissent sous des tentes au milieu d'un pré ou d'une terre, et y restent tant qu'ils y trouvent quelques moyens d'existence. Ceux que nous avons vus sont originaires des environs de Smyrne; leur troupe se composait d'une douzaine d'individus, hommes, femmes et enfans, tressaillant tous à la vue de quelques pièces de monnaie. Les femmes, très-adonnées au libertinage, avaient la peau olivâtre, le visage tatoué, et d'assez beaux traits.

Il nous eût été facile d'aller plus loin en nous rapprochant de l'Atlas, et sans nous exposer au moindre danger; mais je me devais rembarquer le lendemain pour

(1) Il est rare qu'une fête ait lieu parmi les Arabes, même une fête de famille, sans l'assistance d'une courtisane qui y est appelée pour exécuter la danse des p......; après quoi ordinairement elle se retire.

séparé l'apoplexie de la mort? Nous ne le pensons pas, car une lésion assez grave pour produire des désordres fonctionnels aussi considérables aurait dû laisser quelque trace, telle qu'une cicatrice, une dépression ou au moins quelque opacité des membranes; or, rien de tout cela n'existait dans le cerveau de notre malade; d'ailleurs nous allons citer une observation qui établira l'exactitude de notre conclusion sur l'absence de lésions anatomiques dans les cas d'hémiplégies assez graves pour entraîner la mort chez des personnes atteintes de maladie du cœur.

DOULEUR DANS LA RÉGION DU COEUR; MATITÉ ET DÉVELOPPEMENT DE CETTE RÉGION, OPPRESSION, PALPITATIONS ET ANASARQUE; CESSATION DE TOUS CES SYMPTÔMES; RECHUTE QUELQUES SEMAINES PLUS TARD; HÉMIPLÉGIE MORTELLE; POINT D'ÉPANCHEMENT SANGUIN NI DE PÉRICARDITE.

OBS. V. — Un fabricant de chandelles âgé de 38 ans, fortement constitué, se livrant à des excès habituels de boissons spiritueuses, entre à l'hôpital après trois jours de maladie. Il raconte qu'ayant fait une longue marche, il fut saisi par le froid et l'humidité, et ressentit immédiatement une douleur dans la région du cœur, accompagnée d'oppression et de palpitations. Plus tard les douleurs se sont étendues à divers points de la poitrine, mais l'oppression et les palpitations n'ont point diminué, et il ne peut rester couché.

Le troisième jour, lors de son entrée à l'hôpital, il était dans l'état suivant: oppression considérable; pouls fréquent, petit, irrégulier; toux fréquente, fatigante, avec expectoration muqueuse et incolore; palpitations par intervalles; douleurs vagues dans la poitrine, se fixant tantôt à droite, tantôt à gauche, mais plus souvent, et d'une manière plus permanente, dans la région du cœur. A la percussion, la région du cœur a présenté de la matité, tandis que le reste de la poitrine résonnait bien en avant et en arrière. La respiration est faible partout; elle devient puérile dans les grandes inspirations, et ne s'accompagne que d'un peu de râle muqueux. Battemens du cœur obscurs, profonds et très-irréguliers, se succédant coup sur coup avec rapidité, puis reprenant après un temps d'arrêt. Ces divers symptômes firent admettre l'existence d'une péricardite, qui fut combattue par la saignée, les vésicatoires et la poudre de James.

Quelques jours plus tard, l'existence d'un épanchement dans le péricarde parut de plus en plus évidente, par l'augmentation de la matité dans la région du cœur, par la convexité de cette partie du thorax qui contrastait avec la forme aplatie du côté droit, par l'irrégularité et la faiblesse du pouls, par l'augmentation de la dyspnée, et par l'apparition de l'anasarque aux extrémités inférieures. La saignée fut de nouveau mise en pratique; la digitale fut administrée à l'intérieur, et des frictions mercurielles à l'extérieur sur la région du cœur. Sous l'influence de ce traitement qui fut poussé avec activité, la plupart des symptômes se dissipèrent. La région précordiale n'est plus saillante et ne présente plus de matite; l'oppression n'a pas complètement disparu; elle revient par le mouvement, qui ramène aussi les palpitations; l'anasarque a complétement disparu; en un mot, le malade sort convalescent pour aller passer quelque temps à la campagne, après un séjour de six semaines dans les salles de l'hôpital.

Le jour même de son retour à la ville, il fut pris d'une douleur aiguë dans le côté droit de la poitrine, et d'une gêne extrême de la respiration. Transporté de nouveau à l'hôpital, le malade est pâle, la respiration est pressée, irrégulière; le pouls est petit, faible, fréquent. Une saignée est pratiquée avec un soulagement immédiat, et dès le lendemain le malade peut se lever et se promener; il se croit guéri, mais le soir il est pris d'engourdissement du côté gauche, avec gêne de la respiration, mais sans perte de connaissance. La paralysie augmenta le lendemain et devint complète, malgré les saignées, les sangsues et les vésicatoires, et les stimulans administrés pendant les dernières heures. Dès lors la respiration devint de plus en plus gênée, et il succomba le lendemain de l'apparition de la paralysie.

AUTOPSIE.

Cerveau. Vaisseaux sanguins peu gorgés de sang; membranes sans injection; un peu de sérosité transparente dans la grande cavité de l'arachnoïde. La substance du cerveau, examinée avec le plus grand soin, surtout dans l'hémisphère droit, ne présenta aucune trace de déchirure ni de rupture de vaisseaux; les ventricules latéraux contenaient chacun environ une demi-once, ou, plus exactement, quatre cuillerées à café de sérosité transparente; le ventricule gauche n'en contenait pas davantage que le droit. La substance cérébrale est partout de consistance et de coloration tout-à-fait normales; le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée n'ont présenté aucune lésion.

Poitrine, cœur. Le péricarde n'adhère point au cœur; sa surface est lisse et sans apparence de lésion ancienne ou récente; il n'existe pas de sérosité dans la cavité du péricarde; son feuillet extérieur ou pleurétique adhère fortement à la face interne du thorax par le moyen de fausses membranes pleurétiques, et dans une étendue de trois pouces de diamètre.

Le cœur est volumineux; la cavité du ventricule gauche est dilatée d'une manière très-notable, sans augmentation d'épaisseur de ses parois, qui, comme celles du ventricule droit, sont tout-à fait normales. Les orifices aortique et pulmonaire sont sains; les orifices auriculo-ventriculaires sont dilatés, mais sans lésion de tissu.

La plèvre droite est adhérente dans presque toute son étendue, sauf à son tiers supérieur; la plèvre gauche est adhérente en un grand nombre de points, et présente une infiltration gélatiniforme dans presque tous les points adhérens. Poumons crépitans; tissu grisâtre, résistant et sans apparence de tubercules ou de quelque autre lésion.

Abdomen. Foie volumineux, gorgé de sang liquide; muqueuse gastrique légèrement piquetée, grisâtre et ramollie en quelques points; intestins sains.

Plusieurs déductions pratiques peuvent être tirées de ce fait; en premier lieu, nous voyons la mort survenir par les progrès d'une hémiplégie qui ne laisse aucune trace de lésion cérébrale, à l'exception de quelques cuillerées à café de sérosité qui peuvent avoir été déposées dans les ventricules pendant une longue agonie, et qui d'ailleurs, existant aussi bien à droite qu'à gauche, ne sauraient expliquer l'hémiplégie du côté gauche. Si l'on rapproche ce fait de l'observation précédente, l'on verra qu'ils concourent l'un et l'autre à établir qu'il n'y a pas toujours rupture de vaisseaux et désorganisation du cerveau dans les cas d'apoplexie et d'hémiplégie survenues chez les sujets dont le cœur est hypertrophié, et que les symptômes les plus graves peuvent être produits par une simple congestion cérébrale, ou du moins par un désordre purement fonctionnel dans la circulation cérébrale; ensorte qu'il y a plus de chances de guérison que lorsqu'un épanchement cérébral a détruit une portion du cerveau.

La seconde conclusion que nous pouvons tirer de l'observation précédente est relative aux symptômes qui furent observés au début de la maladie; nous y voyons tout ce qui semblait annoncer une péricardite qui cependant n'existait pas ou du moins qui n'a laissé aucune trace; il semblait qu'il dut ne rester aucun doute, après avoir observé la douleur aiguë dans la région du cœur, les palpitations, l'oppression; la petitesse, la fréquence et l'irrégularité du pouls; l'anasarque aiguë des extrémités inférieures, et surtout les deux signes donnés comme pathognomoniques de la péricardite, la matité circonscrite de la région du cœur et la convexité ou le développement des parois thoraciques dans la région précordiale. Et cependant l'ensemble de ces symptômes était le résultat d'une pleurésie des parties voisines du péricarde, ou au moins il nous paraît très-vraisemblable que l'épanchement annoncé par la matité et par la convexité des parois thoraciques, existait dans les fausses membranes qui unissaient la plèvre costale au feuillet pleurétique du péricarde, et non dans la cavité de celui-ci dont les parois lisses et sans altérations ne paraissaient avoir été le siége d'aucun épanchement.

Nous avons déjà rencontré un fait de ce genre, où une pleurésie circonscrite simule complétement une péricardite; il y avait un grand

la France, et l'heure avancée nous força de retourner à Alger, dont nous primes la route en passant par le camp français de Kouba.

Pendant notre excursion, les habitans de ces campagnes nous ont reçus avec cordialité; plusieurs d'entre eux me consultèrent sur les maladies dont ils étaient atteints, même sur les plus légères indispositions, et écoutèrent avec une attention presque religieuse les conseils que je leur donnai. Ils ne m'ont point paru dénués d'esprit naturel. L'un d'eux me témoigna le désir de voir notre capitale de France, et voulait que je l'y emmenasse. Vous venez bien de Paris, me disait-il en Arabe, pour nous visiter, nous, pauvres sauvages! vous ne devez donc pas être étonné que nous désirions aller à notre tour dans cette ville que l'on nous dit si grande, si belle, si riche, si admirable!...

Cette réflexion ne manque ni de raison, ni de jugement, ni d'un certain esprit d'observation; et pour un homme qui se dit barbare, une telle pensée ne l'est certes pas du tout.

Tel est au reste le privilége de notre beau pays; telle est la puissance du haut degré de civilisation auquel nous sommes parvenus, qu'il commande la vénération même des peuples les moins civilisés! Heureux, cent fois heureux les hommes que le hasard a fait naître sous un ciel si favorisé, sur un point du globe si riche à la fois de ses productions terrestres, de sa position politique et commerciale, du caractère industrieux, de l'intelligence et du génie de ses habitans (1)!

— Depuis la mort de Dupuytren, la chaire de cette illustre chirurgien a, par suite des mutations de service de MM. les professeurs Roux et Velpeau, été transférée à l'hôpital de la Pitié. Elle ne sera mise au concours que dans l'année 1836. En attendant la nomination du titulaire, l'enseignement a été confié par la Faculté à deux agrégés en chirurgie également distingués, M. Blandin, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et M. Berard jeune, chirurgien de la Salpêtrière. M. Blandin a fait les leçons pendant le semestre. M. Bérard, qui a pris le service à partir du 1er novembre, sera chargé du cours pendant le semestre d'hiver. Nous ne doutons pas que ce jeune chirurgien n'obtienne autant de succès que son prédécesseur et ne se prépare ainsi à disputer l'héritage du grand maître avec des chances très-favorables.

— Le conseil royal de l'université vient d'autoriser l'ouverture d'un cours de diététique à Paris, pour l'instruction préparatoire des garde-malades.

(1) Je termine ici cette relation, à laquelle il m'eût été facile de donner plus d'étendue en y consignant une foule d'autres observations faites pendant mon rapide voyage; mais je ne dois pas perdre de vue, en écrivant, que le rapport médical est l'objet, sinon exclusif, du moins le plus important de cet opuscule, que je consacre principalement à la science et à l'intérêt de l'humanité. Mon ambition sera satisfaite si je puis atteindre ce but d'utilité, accomplir ce devoir de philantropie. Quant aux couronnes littéraires, les mains ne manqueront pas pour les cueillir! Le champ est vaste aux descriptions physiques et morales, poétiques et savantes de nos possessions africaines; j'en laisse le soin à d'autres plus habiles.

trouble des fonctions du cœur, de l'oppression, de l'angoisse et la matité bornée à la région du cœur. A l'autopsie l'on trouva, au lieu d'une péricardite, une pleurésie circonscrite qui avait amené l'adhérence complète du péricarde avec la face interne du sternum. Ces faits sont importans à signaler, puisqu'ils doivent modifier les conclusions de M. Louis, qui considère que l'on doit admettre l'existence d'une péricardite toutes les fois que chez un sujet, auparavant bien portant, l'on observera une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, survenue tout à coup, accompagnée d'oppression et de palpitations plus ou moins intenses, d'inégalité ou d'intermittence du pouls, puis et plus ou moins promptement, d'un son obscur ou entièrement mat à la région précordiale, le reste de la cavité thoracique rendant un son clair (1). Or, les deux malades dont nous venons de parler ont présenté l'ensemble de ces symptômes, et cependant n'avaient pas de péricardite qui, suivant M. Louis, laisse toujours des traces de son existence antérieure.

Avant de quitter le sujet des maladies du cœur, nous citerons encore deux observations, l'une qui nous paraît être un cas de guérison de péricardite, et l'autre une observation singulière qui peut, comme les précédentes, jeter quelque jour sur les rapports qui existent entre les maladies du cœur et celles du cerveau.

ANGINE DE POITRINE; HÉMIPLÉGIE, ET DEPUIS LORS DISPARITION PRESQUE COMPLÈTE DES SYMPTÔMES D'ANGINE DE POITRINE.

OBS. VI. — Un horloger, âgé de 60 à 65 ans, de forte constitution et de taille élevée, s'était toujours bien porté jusqu'à ces dernières années, où il a ressenti par intervalles une douleur aiguë à la région du cœur et sous le sternum. La marche, et surtout l'ascension d'un plan incliné était la seule cause qui ramenât cette douleur; elle était quelquefois si vive que la respiration en était comme interrompue, et que si le malade ne s'arrêtait pas immédiatement, il aurait perdu connaissance par l'intensité de la douleur, qui s'étendait alors au sternum et au bras gauche avec une sensation d'engourdissement. Les crises revenaient fréquemment, et il était rare qu'une semaine se passât sans quelque nouvelle attaque. Au mois de mars 1834, il y eut augmentation de la fréquence et de l'intensité de la douleur, et je fus appelé auprès du malade, qui me raconta ce qu'on vient de lire. Je le trouvai dans l'état suivant : teint naturellement coloré; embonpoint assez prononcé; respiration parfaitement libre dans l'intervalle des accès, sans aucun râle ni aucun bruit anormal; sonoréité de la poitrine et de la région précordiale également bonne partout; battemens du cœur parfaitement réguliers, sans intermittence, ni impulsion, ni bruit morbide; le pouls est lent; il bat de 45 à 50 fois par minute; il est fort et plein, régulier et parfaitement égal; il n'y a pas de palpitations; en un mot, aucun signe de maladie du cœur autre que la douleur décrite précédemment. L'emploi de sangsues au fondement, de frictions avec la pommade de belladone, et de quelques antispasmodiques à l'intérieur, firent cesser cette augmentation momentanée, et le malade en revint à son état ordinaire, c'est-à-dire qu'il avait une ou deux crises par semaine. Il resta dans cet état stationnaire jusqu'au mois de juin, époque où il fut se plonger dans une rivière dont l'eau est glaciale. Le lendemain de cette imprudence, il fut atteint d'hémiplégie droite incomplète; il n'y eut ni céphalalgie ni perte de connaissance, mais angoisse générale suivie d'engourdissement, et au bout de quelques heures paralysie des muscles du visage, de la langue, du bras et de la jambe. Deux saignées et quelques purgatifs diminuèrent la paralysie, et au bout de quinze jours, le visage ne présentait que des traces légères de paralysie et la parole était en grande partie revenue, ainsi que le mouvement du bras et de la jambe. Mais ce qu'il y eut de très-remarquable, ce fut la cessation complète de la douleur thoracique, dont le malade n'a ressenti aucune attaque pendant plusieurs mois; il y a maintenant une année depuis l'apparition de la paralysie, et quoique depuis quelques mois les symptômes d'angine de poitrine aient reparu, ils sont bien moins fréquens et surtout bien moins intenses que précédemment.

Cette observation nous présente un fait bien remarquable sur les rapports des maladies du cœur avec les affections cérébrales. Nous y voyons une série de symptômes qui avaient pour siége le cœur et les nerfs thoraciques, être remplacée par une autre classe de phénomènes dépendant d'une lésion cérébrale. Y a-t-il eu dans ce cas transport d'un principe morbide? Y avait-il complication goutteuse ou rhumatismale, quoique le malade n'en ait jamais éprouvé la moindre attaque? Et enfin quelle est la nature de la lésion cérébrale, est-elle identique avec celle de l'angine? Telles sont les questions qui se présentent naturellement par l'observation d'un tel fait; mais elles nous paraissent impossibles à résoudre dans l'état actuel de la science, et si nous cherchons leur solution dans les faits déjà connus, nous trouverons dans l'ouvrage de M. Jurine (2) quelques cas assez analogues. L'un d'eux a pour objet un malade qui vit disparaître tous les symptômes de l'angine de poitrine après une attaque de paralysie des muscles du cou, du pharynx et du larynx, qui survint plusieurs mois avant la mort. Le cerveau ne présenta aucune lésion qui pût expliquer la paralysie; l'angine de poitrine parut expliquée à M. Jurine par l'ossification des deux artères coronaires (1). Chez ce malade, comme chez celui dont on vient de lire l'histoire, le pouls resta régulier pendant toute la durée de la maladie. Un autre cas publié par M. Jurine nous offre l'exemple d'une hémiplégie survenue chez un malade atteint d'angine, mais sans aucune diminution des symptômes thoraciques; enfin un troisième malade de M. Jurine fut atteint d'angine de poitrine plusieurs années après une attaque d'hémiplégie qui continua jusqu'à la mort. Ces deux derniers faits montrent que l'angine de poitrine et les lésions cérébrales peuvent coexister chez le même individu et ne s'excluent pas mutuellement, comme pourraient le faire supposer les deux cas précédens.

Si nous résumons les conclusions pratiques à déduire des trois observations précédentes, nous voyons que les rapports qui existent entre les lésions cérébrales et les maladies du cœur sont loin d'être parfaitement connus, et que s'il est exact de dire que l'hypertrophie du cœur soit une cause fréquente d'apoplexie et d'épanchement sanguin dans le cerveau, il est bien des cas où des symptômes d'hémiplégie assez graves pour entraîner la mort peuvent exister sans autre lésion cérébrale qu'une irrégularité de la circulation de la tête chez les personnes atteintes de maladie du cœur; et qu'enfin, dans quelques cas rares, des lésions du cœur et celles du cerveau semblent se remplacer et s'exclure sans qu'il nous soit possible de reconnaître la cause de ce singulier phénomène.

PÉRICARDITE DOUTEUSE; GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE.

OBS VII. — Une jeune fille âgée de 17 ans, grande et fortement constituée, habituellement bien portante, réglée depuis deux ans, teint très-coloré, a éprouvé pour la première fois, il y a quelques jours, une douleur aiguë sous le sternum. Dans la nuit du 28 au 29 septembre, augmentation de cette douleur, céphalalgie intense, nausées et vomissemens; quelques selles liquides. Le matin, je la trouve dans l'état suivant : Céphalalgie très-intense; langue blanche; épigastre complétement indolent, ainsi que l'abdomen, qui est souple; douleur sous le sternum; oppression assez forte et qui oblige la malade à être presque assise dans son lit; le pouls est à 100; la peau est chaude. (36 grains d'ipécacuanha sont administrés en deux doses.) Le soir, les vomissemens n'ont été ni fréquens ni abondans; ils ont augmenté l'angoisse et la douleur sous-sternale qui existe maintenant dans toute la longueur de la poitrine; douleur aiguë par l'ingestion des boissons, qui amènent presque constamment des efforts de vomissement; *épigastre toujours complétement indolent*, ainsi que l'abdomen, qui est souple; langue blanche; moins de céphalalgie; peau chaude et sèche; pouls à 120, petit, faible; oppression et palpitations très-intenses; facies naturel et n'exprimant aucune douleur; il n'y a ni toux ni douleur thoracique par une forte inspiration. (Saignée de 10 onces.)

Le lendemain, le sang est couvert d'une couenne très-dure et très-épaisse. La malade a été d'abord très-soulagée par la saignée, mais depuis quelques heures, l'angoisse et l'oppression sont revenues; elle est obligée d'avoir la tête haute; la douleur sous-sternale est stationnaire; elle n'est augmentée ni par la pression, ni par une forte inspiration; il n'y a point de toux; la sonoréité de la poitrine est bonne dans tous les points; la respiration est un peu obscure, mais s'entend sans aucun râle; pouls à 120, petit, mou, un peu irrégulier; langue très-blanche; soif vive; la malade éprouve toujours une douleur aiguë dans la partie inférieure de la poitrine chaque fois qu'elle avale et pendant quelques minutes après avoir avalé (Repéter la saignée.)

Le soir, le sang est très-couenneux et relevé en champignon. La malade éprouve moins d'angoisse que ce matin; la douleur sous-sternale s'est étendue au côté gauche dans la région précordiale; peau moins brûlante; il n'y a toujours point de toux; la douleur aiguë qui se montrait pendant et après la déglutition n'a point diminué; la sonoréité de la poitrine est bonne partout; à la région du cœur, l'embonpoint de la malade ne permet pas de percevoir exactement s'il y a matité; la respiration est faible et indistincte, mais sans râle; les bruits du cœur sont très-faibles et obscurs dans la région du cœur; ils ne s'entendent pas ailleurs; les palpitations continuent; le pouls est toujours faible et irrégulier; il varie entre 100 et 110. (8 sangsues à la région du cœur.)

Le troisième jour. Il s'est écoulé beaucoup de sang par les piqûres des sangsues, et dès lors changement notable dans l'état de la malade. La douleur sous-sternale et précordiale a complètement disparu; la respiration est beaucoup plus libre, elle peut aussi avaler plus facilement, et n'éprouve plus de douleur par l'ingestion des boissons. Les palpitations ont aussi disparu; pouls à 100, régulier; les battemens du cœur sont plus distincts; ils s'entendent très-distinctement en appliquant l'oreille sur le sternum; sommeil tranquille pendant une grande partie de la nuit; elle n'a pas eu besoin de rester assise sur son lit.

Le quatrième jour, convalescence complète; pouls à 80; elle n'éprouve aucune douleur et n'a plus ni angoisse ni palpitations.

Le cinquième jour, retour de la fièvre, mais sans douleur, par l'ingestion de quelques cuillerées de soupe au gruau d'avoine.

Le sixième jour. Le malaise d'hier a été passager; elle peut maintenant supporter la nourriture.

Le huitième jour, elle est tout-à-fait bien.

Cette observation nous présente évidemment une lésion des centres circulatoires et probablement du péricarde; la douleur locale, l'oppression, la fréquence et l'irrégularité du pouls, l'obscurité des battemens du cœur, tous ces symptômes concourent à faire admettre une inflammation aiguë du péricarde, qui serait encore rendue plus sensible par le résultat du traitement local. S'il eût existé quelque lésion de la plè-

(1) Mémoires ou recherches anatomico-pathologiques sur diverses maladies. In-8°. Paris, 1826. Page 274.

(2) Mémoire sur l'angine de poitrine. In 8°. Paris. 1815.

(1) Pag 185.

vre ou du poumon, nous aurions observé de la gêne dans une forte inspiration, et l'auscultation nous aurait révélé quelque bruit morbide. Mais, outre les symptômes de péricardite, il en est deux qui pourraient dépendre d'une phlegmasie de l'œsophage. Ce sont la douleur aiguë et prolongée qu'amenait la déglutition, et les efforts de vomissemens à chaque ingestion de boissons; il est vrai que si l'inflammation du péricarde occupait la face postérieure, qui est en contact presque immédiat avec l'œsophage, les contractions musculaires de ce dernier organe devaient exciter la douleur du cœur, et cette supposition me paraît tirer quelque probabilité de la cessation simultanée de la douleur de l'œsophage et de celle de la région précordiale. D'ailleurs, j'ai eu l'occasion d'observer cette sympathie de l'œsophage dans un cas de douleur nerveuse du cœur; elle était si prononcée, que l'ingestion d'une simple cuillerée de liquide, quelle que fût sa nature, ramenait inévitablement la douleur du cœur, et que pendant plusieurs jours l'abstinence la plus complète a été nécessaire pour faire cesser la douleur précordiale. En sorte qu'en résumé l'observation qu'on vient de lire nous paraît devoir être considérée comme une péricardite de la face postérieure du cœur, et nous pourrons en déduire comme conséquences pratiques la sympathie des mouvemens de déglutition avec les fonctions de la circulation, et, en outre, l'utilité d'un traitement local lorsque des saignées générales avaient complètement échoué.

§ III. *Expériences physiologiques touchant l'influence de quelques médicamens sur les fonctions du cœur.*

En terminant cette partie de mon compte-rendu, j'ajouterai quelques mots sur des recherches cliniques et expérimentales que j'ai faites dernièrement pour apprécier plus exactement l'influence de quelques médicamens sur les fonctions du cœur. Les recherches expérimentales ont été faites sur des grenouilles, que je stupéfiais au moyen de plusieurs coups sur la tête, et dont j'ouvrais le ventre pour mettre le cœur à nu; je comptais alors pendant quinze minutes le nombre des contractions des ventricules; les médicamens que je voulais expérimenter avaient été avalés quelques minutes avant l'expérience, ou bien étaient appliqués immédiatement sur le cœur, lorsque je désirais connaître leur action locale sur les contractions musculaires des ventricules. Ces expériences étaient dégagées de toute cause d'erreur, puisque l'on sait que le cœur des grenouilles continue à battre pendant plusieurs heures, soit qu'on le laisse en rapport avec les artères et les veines, soit qu'on le détache complètement du corps de l'animal. J'ajouterai aussi que l'identité des effets obtenus sur le cœur de la grenouille avec ceux que l'on observe chez l'homme par l'administration des mêmes médicamens, nous permet de tirer quelques conclusions applicables à l'espèce humaine.

1° *La noix vomique.* Peu de minutes après avoir donné la noix vomique à une grenouille, l'on voit paraître des contractions tétaniques qui durent pendant plusieurs heures et qui finissent par entraîner la mort. Si après avoir stupéfié l'animal, l'on met le cœur à nu, et que l'on examine les contractions des ventricules, l'on remarque que le sang est noir et que les contractions sont tantôt fortes et complètes, tantôt irrégulières et tumultueuses, se suivant à intervalles inégaux. Cette irrégularité est d'autant plus remarquable que, chez les grenouilles, les contractions des ventricules se font avec une uniformité qui dure souvent vingt-quatre heures, malgré que l'animal ait été mutilé. L'usage intérieur de la noix vomique tend plutôt à ralentir les mouvemens du cœur; la moyenne de plusieurs expériences pendant quinze minutes d'observation a donné 49 contractions, tandis que chez des grenouilles qui n'avaient pris aucun médicament les contractions ont été au nombre de 51,6 par minute. Appliquée localement, la teinture de noix vomique n'a pas une action aussi prononcée sur les mouvemens du cœur; elle les stimule légèrement, les rend plus énergiques et plus fréquens, mais dans des limites plus faibles que lorsque le médicament a été introduit dans les voies digestives. Il résulte de ces expériences que l'emploi de la noix vomique n'aurait aucun avantage dans les maladies du cœur; il est vrai qu'elle ralentit les contractions musculaires de l'organe central de la circulation, mais comme elle les rend en même temps, tantôt plus fortes et plus complètes, tantôt faibles et insuffisantes, il n'est aucun cas de maladie auquel ces propriétés médicamenteuses puissent être appliquées.

2° *L'aconit.* L'action de ce médicament sur les contractions du cœur est assez prononcée; administré à l'intérieur sous forme de teinture pure ou mélangée d'eau, il m'a donné les résultats suivans. Les contractions des ventricules deviennent plus lentes et plus faibles, et finissent par devenir insuffisantes tout en restant toujours régulières. Dans une expérience comparative sur deux grenouilles, dont l'une n'avait pris aucun médicament, et dont l'autre avait avalé 20 gouttes de teinture d'aconit, j'ai compté sur la première 910 pulsations dans l'espace de quinze minutes, et seulement 556 sur la seconde, ce qui donne une moyenne de 60,6 contractions par minute sans médicament, et de 47,1 après l'emploi de l'aconit. La première grenouille vivait encore douze heures après l'expérience, et son cœur battait encore 50 fois par minute. La seconde est morte dans la journée; une heure après l'expérience, les contractions étaient lentes (23) et presque nulles, tandis que les mouvemens des membres étaient redevenus très-vifs. En prenant une moyenne de plusieurs expériences, j'ai trouvé que l'emploi de la teinture d'aconit pure ralentissait la circulation dans la proportion de 51,6 à 36,5. Cette action était d'autant plus prononcée que l'époque de l'ingestion du médicament était plus éloignée; car chez une grenouille dont j'examinai la circulation huit heures après l'administration de 20 gouttes de teinture d'aconit pure, je ne trouvai que 284 contractions dans un quart d'heure, soit 19 dans une minute. La teinture d'aconit mélangée avec 16 parties d'eau paraît aussi ralentir la circulation, quoique avec moins d'intensité que la teinture pure; l'extrait alcoolique d'aconit jouit de la même propriété.

L'usage extérieur de ces diverses préparations n'a qu'une action très-faible sur les contractions des ventricules; dans quelques cas, leur fréquence a paru augmentée, et dans d'autres elle était notablement diminuée, mais d'une manière tout-à-fait passagère; c'est ainsi qu'en prenant une grenouille qui pendant les minutes précédentes avait 50 contractions par minute, la teinture d'aconit appliquée sur le cœur a ralenti la circulation dans la proportion de 42 pendant les deux minutes qui ont suivi l'application de l'aconit, à 51 pendant les deux minutes suivantes.

Ces diverses expériences, qui ont été souvent répétées et modifiées, me paraissent démontrer d'une manière indubitable l'action sédative de l'aconit sur les contractions du cœur; nous voyons l'emploi de ce médicament être suivi dans tous les cas du ralentissement des contractions ventriculaires, de la diminution de leur intensité, et enfin de leur cessation presque complète, alors même que l'animal conserve encore des mouvemens musculaires très-énergiques. Cette action de l'aconit n'est point perturbatrice; car pendant toute la durée des expériences, les contractions restent parfaitement égales et se reproduisent à intervalles égaux sans aucune irrégularité; le sang ne séjourne point dans le cœur et conserve sa couleur rouge vermeille.

Si nous appliquons ces résultats de l'expérience directe sur les animaux à la thérapeutique de l'espèce humaine, nous aurons l'explication de plusieurs phénomènes observés pendant l'administration de l'aconit; en effet, les recherches des médecins homœopathes ont fait reconnaître dans l'aconit un médicament doné de propriétés antiphlogistiques très-énergiques, et ils l'administrent dans tous les cas qui demandent la diminution de la fièvre et des pulsations artérielles. Les recherches que l'on vient de lire démontrent la réalité de cette influence, et elles en assignent la cause dans l'action sédative de l'aconit sur la force et la fréquence des contractions musculaires du cœur. Nous avons encore une confirmation remarquable des expériences précédentes dans les effets observés chez les personnes empoisonnées par l'acoit; en effet, ainsi que nous l'avons noté dans les grenouilles, les contractions du cœur furent diminuées et presque suspendues, de manière à produire des lipothymies chez un malade, avec absence presque complète de pouls et un froid glacial des extrémités; chez quatre brigands à qui l'aconit fut administré, l'on observa la sueur froide et les défaillances; les mêmes symptômes se montrèrent chez un homme qui avait introduit du suc d'aconit dans une petite blessure faite au pouce. (V. Orfila, *Toxicologie*, t. 2, p. 221.)

Il résulte de tout ce qui précède, que l'aconit est un médicament précieux pour le traitement d'un grand nombre de maladies; en effet, sans parler de ses qualités antiphlogistiques, qui doivent le faire administrer toutes les fois qu'il y a fièvre inflammatoire, il est évident que son action sédative doit être très-précieuse pour combattre les maladies du cœur par excès de force. Dans tous les cas d'hypertrophie des ventricules, lorsque le sang est poussé avec trop de force dans les artères carotides ou pulmonaires, l'aconit peut combattre avantageusement ces dispositions morbides et empêcher leurs effets fâcheux; il peut être aussi fort utile dans les cas d'anévrisme des gros vaisseaux, et dans tous les cas où l'on craint le retour de quelque hémorrhagie. Employé à la dose de quelques gouttes de la teinture étendue, l'aconit m'a souvent réussi pour diminuer la fièvre et faire cesser la disposition inflammatoire; j'ai vu des entérites aiguës enrayées, des pneumonies améliorées et des amygdales désobstruées en quelques heures sous l'influence de ce médicament employé comme unique traitement. Souvent

j'ai obtenu l'abaissement du pouls, mais plus souvent encore j'ai réussi à diminuer sa force et sa dureté par le moyen de quelques gouttes de teinture d'aconit; souvent aussi j'ai observé des sueurs froides et cn quelque sorte passives qui semblaient dépendre du ralentissement de la circulation; et si je n'ai pas rencontré des défaillances, c'est que je n'ai jamais administré l'aconit à dose suffisante pour amener des effets d'empoisonnement.

3° *L'opium.* L'action de l'opium sur les contractions musculaires du cœur, n'a pas été étudiée avec autant de soin que les précédens médicamens; mêlée avec 16 parties d'eau, la teinture d'opium a été administrée à une grenouille, et au bout de demi-heure, la circulation a paru ralentie dans la proportion de 36 contractions par minute au lieu de 42 observées chez une grenouille traitée comparativement sans aucun médicament. Les contractions ont paru régulières, et duraient encore vingt-quatre heures après l'expérience. En résumé, l'action de l'opium sur les mouvemens du cœur paraît être sédative comme celle de l'aconit, plutôt que stimulante comme celle de la noix vomique. Il est probable néanmoins que l'influence de l'opium sur le cœur s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux, plutôt que directement sur les contractions musculaires. Au reste, il existe souvent des contre-indications à l'emploi de l'opium, qui ne permettent pas de l'employer comme sédatif dans les maladies du cœur.

§ IV. *Recherches cliniques touchant l'influence de certains médicamens sur les fonctions du cœur.*

Passons maintenant aux recherches cliniques sur l'influence de certains médicamens sur les fonctions du cœur. Les médicamens sur lesquels j'ai fait quelques remarques thérapeutiques sont: l'assa fœtida, le camphre, la digitale et le polygala seneca. Je n'entends point faire ici l'histoire complète de ces divers médicamens, mais seulement signaler leur action sur les fonctions de l'organe central de la circulation.

1° *L'assa fœtida.* Cette gomme-résine est douée de propriétés remarquables pour combattre l'irrégularité des fonctions du cœur; employée à l'extérieur sous forme d'emplâtre, elle réussit à calmer des palpitations qui avaient résisté à une grande variété de médicamens. J'ai fait usage de cette préparation dans un grand nombre de cas, et il est rare que les malades n'en aient pas obtenu quelque soulagement. Les irrégularités des contractions ventriculaires chez les personnes atteintes de maladies du cœur sont avantageusement modifiées par un emplâtre d'assa-fœtida, qui réussit aussi fort bien dans les palpitations purement nerveuses. La formule que je crois la meilleure est la suivante :

Recipe : Gummi assæ-fœtidæ 2 drachmas.
Gummi ammoniaci 1 scrupulum.
Terebenthinæ 6 guttas.
Ceræ flavæ quantum sufficit.
Fiat massa emplastica quam admove cuti tenui.

Employé à l'intérieur, l'assa-fœtida jouit aussi de quelque influence sur les mouvemens du cœur, qu'il ralentit et régularise; à des doses peu considérables il réussit à faire cesser les palpitations, et procure un calme remarquable même chez les personnes les plus impressionnables, ensorte qu'on doit considérer l'assa-fœtida comme une ressource précieuse dans presque tous les cas de maladies du cœur.

2° *Le camphre.* Si l'on en croit les auteurs classiques, rien n'est plus incertain que l'action du camphre sur l'économie animale. Aussi je ne chercherai pas à faire de la critique sur les propriétés de ce médicament, et je me contenterai de signaler aux praticiens les résultats très-avantageux que j'ai obtenus par l'emploi du camphre chez les personnes atteintes de maladies du cœur. Administré à l'intérieur, à doses variables depuis trois à douze grains dans les vingt-quatre heures, le camphre m'a paru agir d'une manière toute spéciale sur l'organe central de la circulation. Chez les personnes atteintes d'hypertrophie du cœur avec dilatation de ses cavités, l'influence nerveuse est souvent insuffisante pour produire des contractions régulières et complètes, et alors le cœur ne bat plus que tumultueusement et devient incapable d'envoyer le sang jusqu'aux extrémités. Cet état de gêne, qui est tantôt passager, tantôt permanent, m'a paru être avantageusement modifié par le camphre; sous l'influence d'un traitement de quelques jours, souvent même de quelques heures, j'ai vu les contractions ventriculaires les plus tumultueuses devenir régulières, complètes et parfaitement isochrones, et par conséquent la gêne de la circulation et de la respiration cesser complètement, après l'administration de quelques grains de camphre. L'action du médicament est-elle sédative ou stimulante? C'est ce que je n'oserais décider; mais ce qui me paraît évident d'après les recherches qui j'ai faites sur le traitement des maladies du cœur, c'est que l'on doit bien se garder d'employer dans tous les cas des médications débilitantes, et que le cœur hypertrophié, mais avec obstacle aux orifices ou avec dilatation de ses cavités, doit être considéré comme un muscle fatigué par les efforts continuels qu'il fait pour maintenir l'équilibre entre l'entrée et la sortie du fluide circulatoire; ensorte qu'il faut lui donner des forces, suppléer à son insuffisance par des médicamens toniques, et régulariser son action par des stimulans antispasmodiques; de là l'indication du fer et du quinquina dans le premier cas, du camphre et de l'assa-fœtida dans le second.

3° *La digitale.* Je ne ferai qu'un petit nombre de remarques pratiques sur ce médicament. Son action sédative sur les contractions ventriculaires est loin d'être constante. Elle m'a paru dépendre de diverses circonstances : 1° de l'état de l'estomac; 2° du genre de vie du malade; 3° des doses employées; 4° du mode d'administration.

1° Lorsque l'estomac est irrité, la digitale ne peut être absorbée et alors elle accélère la circulation au lieu de la ralentir. Lorsque l'estomac, sans être dans un état inflammatoire, est très-impressionnable et supporte difficilement toute espèce de médicament, la digitale entraînera souvent les vomissemens, mais alors il n'est pas rare que l'on obtienne l'effet désiré, c'est-à-dire que, malgré les vomissemens, les palpitations diminuent et la fréquence du pouls disparaisse; et si, malgré les symptômes de saturation, l'on continue l'emploi de la digitale, l'on obtient alors un ralentissement du pouls toujours plus considérable, sans aucun autre effet fâcheux pour le malade que les secousses fréquemment répétées du vomissement. J'ai souvent continué l'usage de la digitale chez des malades qui présentaient les vomissemens et le malaise causés par ce médicament, et je ne me rappelle pas avoir jamais observé quelque effet fâcheux de cette méthode. Si maintenant nous recherchons quelle est la nature des phénomènes observés après l'emploi prolongé de la digitale, nous y reconnaîtrons non pas un état inflammatoire des voies digestives, mais une réunion de symptômes qui se rattachent à un état particulier des centres nerveux épigastriques, qui paraissent modifiés d'une manière tout-à-fait identique avec celle que l'on observe dans le mal de mer. Aussi n'est-ce point avec des antiphlogistiques que l'on réussit à faire cesser ces accidens; bien souvent, lorsque j'avais cru reconnaître une complication inflammatoire de l'estomac, j'avais employé les sangsues et les émolliens, mais je n'ai jamais réussi à calmer ainsi les vomissemens, et j'ai dû recourir à une médication antispasmodique et stimulante. Les remèdes qui réussissent à calmer les gastralgies accompagnées de vomissemens sont ceux qui doivent être préférés pour faire cesser les accidens produits par la digitale; en premier lieu viennent le sous-nitrate de bismuth et l'oxide de zinc, puis les saturations salines avec le nitrate ou l'acétate de potasse, les potions effervescentes, l'éther et les boissons spiritueuses.

2° J'ai remarqué que le genre de vie du malade influait beaucoup sur les effets de la digitale; les personnes qui peuvent se distraire et faire beaucoup d'exercice ont très-rarement des nausées et des vomissemens; je ne me rappelle même aucun cas de saturation par la digitale dans les circonstances que je viens de signaler. Cette observation que j'ai faite explique comment M. Orfila et d'autres expérimentateurs qui continuaient leurs occupations, ont pu prendre vingt à vingt-quatre grains de digitale par jour sans obtenir de ralentissement du pouls; s'ils fussent restés au lit les effets eussent été très-différens. Il est un autre fait que plusieurs praticiens ont été à même de vérifier, c'est le petit nombre des accidens que l'on observe chez les personnes qui prennent la digitale sans le savoir ou sans en connaître les effets ordinaires. D'où il résulte que pour atteindre le but que l'on désire, il vaut mieux laisser ignorer au malade qu'il prend de la digitale; il est aussi très-nécessaire de conseiller autant d'exercice que l'état du malade le permettra.

3° Les doses de digitale doivent être très-différentes suivant l'effet que l'on veut obtenir; si l'on désire obtenir un effet diurétique, il faut répéter les doses très-souvent dans les vingt-quatre heures, mais si l'on cherche à faire cesser les palpitations ou à ralentir les battemens du cœur, il n'est pas nécessaire d'employer des doses considérables; un grain répété trois ou quatre fois par jour, ou bien trois ou quatre cuillerées d'une potion composée d'un gros de digitale sur six onces d'infusion sont ordinairement suffisans pour obtenir le résultat désiré.

4° Le mode d'administration de la digitale est l'un des points les plus importans de son histoire thérapeutique. Nous avons vu plus haut comment l'on peut réussir à dissiper les accidens produits par l'emploi de ce médicament; maintenant nous dirons quelques mots sur les meilleurs moyens de les prévenir. De toutes les préparations de digitale, celle qui m'a paru amener le plus promptement les symptômes de saturation, c'est l'infusion, qui les entraîne presque inévitablement au bout de quelques jours. Les médicamens qui peuvent con-

trebalancer cet effet de la digitale soot l'eau de Rabel, l'éther et les eaux distillées aromatiques. L'eau de Rabel est fortement préconisée par les Allemands, qui la mélangeot presque toujours avec l'infusioo de digitale dans la proportion de 3 à 6 gouttes par once d'infusion. J'ai fait usage depuis plusieurs années de cette méthode, mais je dois avouer que malgré son emploi, j'ai vu souvent les symptômes de saturation ; en sorte qu'il ne faut pas considérer ee moyen comme infaillible. L'éther jouit auprès de quelques praticiens d'une grande réputation pour remplir le même but; il en est de même des eaux aromatiques que l'on ajoute ordinairement aux préparations de digitale ; mais il n'est aucon de ces médicameos qui préserve complétement de la gastralgie produite par l'usage prolongé de la digitale. Néanmoins, il est utile d'y avoir recours, puisque par leur moyen l'on peut continuer la digitale jusqu'au momant où elle produit son effet diurétique ou sédatif.

Administrée sous forme de poudre, la digitale produit plus rarement des vomissemens, quoiqu'ils surviennent quelquefois après l'emploi de doses élevées ou fréquemment répétées. Les adjuvans qui réussisseot le mieux pour éviter ou calmer les symptômes de saturation soot : la magnésie calcinée, le sous-nitrate de bismuth, le sous-carbonate de fer et l'oxide de zinc. La magnésie ealeinée sous forme de trochisque ou de poudre a été conseillée par plusieurs auteurs anglais ; je l'ai presque toujours employée unie au sous-nitrate de bismuth ; en sorte que je ne puis prononcer sur l'utilité de son emploi isolé. Le sous-carbonate de fer a été préconisé par les Italiens, et je puis assurer que c'est l'un des meilleurs adjuvans de la digitale, car je peux lui attribuer l'absence d'accidens chez des malades qui ont pris journellement la digitale pendant plusieurs mois. Le sous carbonate de fer peut être ajouté aux préparations humides, et paraît jouir des mêmes propriétés dans son union avec la teinture et l'infusioo, aussi bien qu'avec la poudre. L'oxide de zinc est surtout conseillé par les auteurs allemands pour faire cesser les symptômes de saturation par la digitale ; mais il réussit aussi à les prévenir, ou du moins à faire supporter le médicament lorsque l'estomac semble s'y refuser complétement. J'ai vu des enfans qui vomissaient depuis plusieurs jours tous leurs alimens et qui ne pouvaient prendre aucune préparation de digitale, être notablement soulagés par l'oxide de zinc, et recommeocer immédiatement l'emploi de la digitale, qui ainsi combinée ne causait plus de vomissement.

5° *Le polygala seneca* est l'un des médicamens les moins connus dans leur action thérapeutique. Si l'on consulte les divers traités de matière médicale, l'on verra des opinions très-diverses sur son mode d'action, d'où est résulté l'abandon presque complet de ce remède, l'un des plus précieux, à mon avis, que possède la matière médicale. Je ne parlerai point ici de ses propriétés contro-stimulantes ou antiphlogistiques dans le traitement des phlegmasies du poumon, quoique j'aie obtenu par l'emploi du polygala des guérisons que ni la saignée, ni les antimoniaux n'avaient pu produire ; mais je me conteoterai de signaler son utilité dans les maladies du cœur. Administré sous forme d'extrait ou d'infusion, le polygala m'a paru raleotir la circulation, et surtout régulariser les contractions ventriculaires ; chez des personnes atteintes de maladie du cœur avec dilatation de ses cavités, le polygala a fait cesser à diverses reprises l'irrégularité des battemens et a diminué la stase sanguine, qui semblait devoir entraîner la mort du malade. Les observations que j'ai faites sur le polygala ne sont pas assez complètes pour que je puisse tracer son histoire thérapeutique ; mais elles ont été assez fréquemment répétées pour me permettre de signaler ce médicament comme une ressource précieuse dans les cas d'irrégularité des fonctions du cœur. Les doses employées ont varié entre 12 et 24 grains d'extrait de polygala dans le courant de la journée. L'infusion préparée avec 1 gros sur 4 onces a été aussi administrée daos les vingt-quatre henres.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 septembre.

PTÉROPODES.

M. d'Orbigny lit un mémoire sur l'organisation et les mœurs de ces animaux.

On les trouve dans toutes les mers, sous l'équateur comme dans le voisinage du cercle polaire. Ils sont éminemment pélagiens, ne s'approchant jamais du littoral ; tous aussi ont des habitudes nocturnes on an moins crépusculaires. Les naturalistes voyageurs, dit M. d'Orbigny, ont dû remarquer comme moi que l'on ne prend jamais un seul ptéropode pendant nn beau jour, quand le soleil darde avec force ses rayons. Jamais du moins nous n'avons été assez heureux pour en prendre alors nn seul dans les filets de traine ; mais vers cinq heures du soir, lorsque le temps est convert, deux on trois espèces commencent à paraître à la surface des eaux, dans les parages qui leur sont propres. Ce sont principalement la petite hyale, *quadritentata*, l'*H. subula* et l'*H. striata*.

Bientôt le crépuscule arrivant, on commence à prendre en grande quantité de petites espèces de cléodores, avec des hyades et des atlantes ; mais les grosses espèces n'apparaissent que lorsque la nuit est tout-à-fait venue. C'est alors que se montrent les pneumodermes, les clios et les grandes espèces de cléodores. Souvent même certaines espèces ne viennent que par une nuit très-obscure ; telle est, par exemple, l'*hyalœa balantium*. Bientôt après, les petites espèces disparaissent graduellement ; les grosses en font autant, mais nn peu plus tard, et vers le milieu de la nuit, on ne prend plus que quelques individus de diverses espèces. Il en reste ainsi quelquefois jusqu'au jour ; mais le soleil levé, on n'aperçoit plus nn seul ptéropode à la surface de l'eau ni dans sa profondeur, aussi loin que l'œil y peut pénétrer. Chaque espèce a pour se montrer et pour disparaître ses heures déterminées, ou plutôt ses degrés d'obscurité.

M. d'Orbigny pense pouvoir conclure de ces habitudes que chaque espèce habite dans les eaux à une profondeur qui lui est propre, et où par conséquent la lumière est plus ou moins atténuée selon qu'elle a eu à traverser une couche plus ou moins espacée. Chaque espèce ainsi n'arriverait à la surface qu'au moment de la journée où l'obscurité est à peu près celle qui règne pendant que le soleil est sur l'horizon dans la zone qu'elle occupe, s'élevant ainsi graduellement à mesure que la clarté diminue.

Si les ptéropodes restaient toute la nuit à la surface, on pourrait, dit M. d'Orbigny, croire, ainsi que l'a avancé M. Raug, qu'ils viennent au coucher du soleil dans le but de chercher leur nourriture dans les couches superficielles ou d'y respirer l'air libre. Mais on ne voit pas pourquoi ils trouveraient leur nourriture à une heure de la nuit plutôt qu'à une autre, ou pourquoi, respirant la plus grande partie du temps l'air dissous dans l'eau, ils auraient besoin de venir tous les soirs respirer l'air libre. Il est au contraire bien plus naturel de penser que les ptéropodes, ainsi que tous les animaux pélagiens qui ont des habitudes semblables, s'élèvent progressivement du fond vers la surface, de manière à jouir aussi longtemps que possible d'une lumière égale à celle qui éclaire pendant le jour la zone dans laquelle ils se tiennent.

Peut-être fera-t on remarquer que jusqu'à présent on n'a point reconnu d'yeux aux ptéropodes, et voudra-t-on en conclure que ces animaux doivent être à peu près insensibles au plus ou moins d'intensité de la lumière ; mais il ne serait pas difficile de montrer par une foule d'exemples pris parmi des animaux de la structure la plus simple, et même parmi les végétaux, que cette objection est sans valeur.

Les différences qui se remarquent entre les ptéropodes relativement au plus ou moins d'intensité de lumière qu'ils peuvent supporter, se remarquent non-seulement chez d'autres mollusques, mais encore chez les diverses classes de vertébrés, certaines espèces étant diurnes, quelques-unes plus ou moins crépusculaires, d'autres complétement nocturnes.

Nous avons dit, poursuit l'auteur, que les ptéropodes ne s'approchent jamais des rivages ; c'est du moins ce qui a lieu pour toutes les espèces que nous avons eu occasion d'observer. Toutes les fois que nous nous sommes trouvés à moins de quarante à cinquante lieues des côtes du Chili et du Pérou, nous ne prenions jamais de ptéropodes ; du côté de l'Atlantique, ils se tiennent encore plus éloignés des terres, bien différens en cela des espèces du Nord, qui, tels que le *clio borealis*, viennent jusque dans les ports.

Il y a lieu de croire que chaque espèce reste toute l'année dans des parages qui lui sont propres. Ces parages sont plus ou moins étendus, et les courans servent encore à les agrandir ; c'est peut-être à l'action de cette dernière cause qu'est due la grande diffusion de certaines espèces qui se trouvent dans toutes les mers. Certaines grandes espèces, d'ailleurs, ne se trouvent que dans la zone torride ; d'autres, également grandes, n'habitent que les régions froides, et l'on peut remarquer en passant que la taille chez ces animaux, de même que chez les céphalopodes, ne semble pas avoir de rapports constans avec le climat.

Un tableau annexé au mémoire donne pour chacune des espèces observées par l'auteur les limites entre lesquelles chacune se trouve, et ses habitudes nocturnes ou crépusculaires. Il résulte de ce tableau que sur vingt-neuf espèces de ptéropodes, quatorze se trouvent également dans l'Océan Atlantique et dans le grand Océan, tandis que onze sont propres à l'Océan Atlantique et quatre au grand Océan. Quant à la largeur des zones qu'elles occupent dans ces mers, cette largeur varie depuis 110° (55 de chaque côté de l'équateur) jusqu'à 46°. Enfin, relativement aux mœurs, on voit que dix-sept espèces sont tout-à-fait nocturnes et onze seulement crépusculaires.

Les ptéropodes ont un mode particulier de natation en rapport avec leur forme. Les nageoires céphaliques ne peuvent faire avancer et soutenir l'animal auquel elles appartiennent que par des mouvemens continuels comparables à ceux des ailes des papillons. Ces nageoires remuent continuellement avec une aisance et une promptitude remarquables ; et suivant la direction qu'elles affectent, l'animal s'avance horizontalement, monte ou descend, le corps avec la coquille restant pendant tout ce temps vertical ou légèrement incliné. D'autres fois, il tournoie sans changer de place ou même se soutient à une hauteur constante sans mouvemens apparens ; mais cette immobilité ne se remarque que chez un petit nombre d'espèces, et toutes au contraire présentent le plus habituellement le mouvement papillonnant. Si pendant qu'ils se meuvent ainsi, l'apparition d'un corps étranger ou même un brusque mouvement du vase dans lequel on les conserve leur inspire quelque inquiétude, leurs ailes se replient sur elles-mêmes, ou, chez quelques espèces, rentrent entièrement dans la coquille, et l'animal se laisse tomber au fond du vase. Il est probable qu'à l'état de liberté, lorsque l'animal a descendu assez profondément pour se croire en sûreté, il déploie de nouveau ses ailes et nage pour se soutenir au lieu d'aller gagner le fond.

La natation est plus rapide chez les hyades que chez les cléodores ; elle est des plus lentes chez les pneumodermes et les clios.

On a dit avoir trouvé des hyales allongées attachées par les nageoires aux feuilles du *fucus natans*. M. d'Orbigny n'a jamais vu rien qui pût le porter à croire que ces animaux eussent besoin d'un corps qui leur servît de point d'appui, et il remarque que cette espèce de ptéropodes devient déjà rare dans les parages où l'on commence à rencontrer le *fucus natans*; leurs ailes d'ailleurs ne sont point des organes de préhension, et leur mince coquille serait exposée sans cesse à se briser, portées par le choc des vagues contre les fucus.

Nous ne connaissons aux ptéropodes, dit l'auteur du mémoire, aucuns moyens de défense; leurs seules armes, encore n'y a-t-il que les hyales qui en sont pourvues, sont les pointes dont est hérissée la coquille dans laquelle l'animal peut au besoin se retirer.

Afin de s'assurer du genre de nourriture des ptéropodes, M. d'Orbigny a examiné avec soin l'estomac des grandes espèces, des cléodores, par exemple, et il y a presque toujours trouvé quelques restes de jeunes atlantes, principalement de l'*A. Kéraudren*. Il croit aussi y avoir vu quelques fragmens de petits crustacés entomostracés, qui dans certaines mers existent en innombrables essaims.

On conçoit comment avec leurs nombreuses ventouses tentaculiformes, les pneumodermes peuvent saisir leur nourriture; mais quant aux cléodores et aux hyales, leur bouche étant tout-à-fait au bord externe des nageoires, et non pas au milieu, comme on l'a toujours dit, il est difficile de s'expliquer comment elles retiennent les animaux dont elles font leur proie.

Les hyales servent de nourriture aux poissons et aux céphalopodes pélagiens.

Presque toutes les espèces de ptéropodes sont très-faiblement colorées; beaucoup même sont presque blanches et ne doivent les nuances qu'on y remarque qu'aux viscères et surtout au foie et aux ovaires qui se montrent au travers de leur coquille transparente. Les clios et les pneumodermes seuls ont quelquefois des teintes plus foncées.

Les ptéropodes sont bien plus nombreux en individus et en espèces sous la zone torride que dans les zones tempérées.

Si l'on compare entre eux les différens genres des ptéropodes, on voit que le genre hyale comprend à lui seul un plus grand nombre d'espèces que tous les autres ensemble. Dans le grand genre hyale, les espèces en cornet sont les plus nombreuses, puis viennent les hyales proprement dites, puis les espèces plus ou moins déprimées ou cléodores.

L'instinct de la sociabilité n'est pas moins marqué chez les ptéropodes que chez les céphalopodes; aussi n'en voit-on pour ainsi dire jamais d'individus isolés; ou l'on n'en prend aucun, ou l'on en prend beaucoup à la fois. On les trouve par bancs dont la distribution n'a rien de régulier; ainsi, pendant plusieurs nuits consécutives, on prendra un grand nombre d'individus de la même espèce, puis on sera deux ou trois nuits sans en rencontrer un seul, après quoi les nuits suivantes on les retrouvera aussi nombreux qu'auparavant.

On a dit que les ptéropodes ne venaient à la surface que dans les temps calmes; M. d'Orbigny s'est assuré que cela n'a rien de fondé, et que souvent dans les nuits orageuses on en prend en quantité. Seulement peut être ces nuits ne sont-elles pas celles que les naturalistes choisissent de préférence pour leurs recherches.

M. d'Orbigny n'a jamais pu trouver ni les œufs des ptéropodes ni même de jeunes individus. Tous ceux qu'on trouve ont à peu près la même taille s'ils appartiennent à la même espèce. C'est une singularité que l'auteur a constatée, mais dont il ne se hasarde pas à proposer l'explication.

LOI DE LA MORTALITÉ ET DE LA POPULATION EN FRANCE.

M. Demonferrand lit un premier mémoire sur le nombre des décès annuels par âge et par sexe.

Tous les ans le ministère de l'intérieur reçoit de chaque département un tableau intitulé : *Feuille du mouvement de la population*, où se trouvent résumés les décès, naissances et mariages qui ont lieu dans l'année. Les naissances sont divisées par mois et par sexes, en enfans légitimes, naturels reconnus, et naturels non reconnus.

Les décès sont classés par sexes, subdivisés selon l'état civil des décédés, mariés, veufs ou célibataires, et par âge, savoir : dans la première, de 0 à 3 mois, de 3 à 6, de 6 à 12, ensuite d'année en année jusqu'à 10 ans, enfin par périodes de 5 ans, depuis la 10e année jusqu'aux limites de la vie.

On trouve, soit au ministère de l'intérieur, soit aux archives du royaume, les collections complètes de la population de 1817 à 1832 inclusivement. Ces documens ont servi de base à tous les travaux des auteurs qui se sont occupés récemment de la population. M. Demonferrand en a extrait :

1° Les naissances par mois et par sexe;

2° Les décès annuels par mois et par sexe, sans distinction de l'état civil des décédés;

3° Les décès par mois, divisés en deux séries, avant et après 30 ans.

L'auteur a formé de ces extraits un tableau pour chaque département, et des résumés annuels des décès par âge. Chaque chiffre inscrit dans une des cases de ces tableaux peut donner, par sa comparaison avec les feuilles du mouvement, une vérification de l'exactitude apportée dans la transcription.

En examinant attentivement les feuilles du mouvement, l'auteur a reconnu qu'elles n'ont pas toujours été rédigées avec un soin consciencieux. On y trouve beaucoup de fautes, les unes faciles à corriger, les autres tellement graves qu'elles obligent à rejeter entièrement les documens qui en sont entachés. M. Demonferrand a examiné sous ce rapport les différens documens indiqués, ceux qui peuvent être corrigés, ceux qui doivent être absolument rejetés, et montré autant que possible à quelle cause tenaient les erreurs. Comme exemple, nous citerons les suivantes.

Lorsque beaucoup de nombres sont disposés à la fois en lignes verticales et horizontales, il arrive souvent que, par quelque négligence dans les additions partielles, les sommes prises dans les deux sens ne concordent pas. Au lieu de recommencer la supputation, souvent les scribes altèrent quelques sommes partielles de manière à rétablir en apparence la concordance.

Les feuilles ne contiennent pas de place pour les décès sans âge connu; on a eu souvent l'habitude de les ranger à la suite des décès de centenaires, mais souvent ceux qui n'étaient pas prévenus de cette disposition les ont ajoutés par mégarde aux centenaires. Ce genre de fautes se trouve surtout dans les feuilles où l'on a eu à faire entrer les registres des hôpitaux maritimes.

Ces diverses fautes peuvent être corrigées, mais il en est d'autres qui, indiquant que les tableaux ont été faits d'imagination et sans consulter les matériaux envoyés par les sous-préfectures, obligent entièrement à les rejeter. On trouve, par exemple, quelquefois le nombre des décès de dix à quinze ans moindre que de neuf à dix.

Une autre erreur consiste dans l'indication d'un nombre d'hommes mariés ou veufs dans la période de dix à quinze ans, pendant que les lois ne permettent pas de mariage à un pareil âge.

Cette indication absurde se trouve dans les départemens de la Corse et de la Gironde pour 1822, d'Ille-et-Vilaine pour 1814 et 1821, de la Loire-Inférieure pour 1823, du Loiret pour 1831 des Hautes-Pyrénées pour 1818, des Basses-Pyrénées et de la Nièvre pour presque tous les ans.

Quelquefois on a simplement transcrit avec de légères variantes la feuille de l'année précédente; ainsi l'année 1832 du département du Cher n'est qu'une reproduction maladroite de 1831; l'année 1827 pour la Vienne est la copie exacte de 1826.

Dans les Ardennes, la mortalité des femmes de 70 à 75, et de 75 à 80, paraît faire double emploi.

M. Demonferrand indique ensuite certaines sources où l'on n'a pas coutume de puiser, et qui lui ont fourni d'utiles moyens de vérification.

Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport qui sera fait par la commission, composée de MM. Mathieu, Poisson et Dupin.

NATURALISATION DU NELUMBIUM SPECIOSUM.

M. Raffenau Delille lit un mémoire sur cette plante qui vient de fleurir pour la première fois dans le jardin botanique de Montpellier.

Dans les climats où elle croît naturellement, cette plante, dit M. Delille, est regardée comme sacrée; elle est figurée sur les monumens religieux; elle est placée dans les temples et sur les autels, cultivée dans de riches vases; elle sert à l'ornement des palais. Elle a existé dans l'ancienne Egypte, ajoute-t-il, et elle en a disparu quand elle a cessé d'être protégée par les institutions qui l'avaient fait introduire. C'était de l'Inde qu'elle avait été apportée dans ce pays, où elle était désignée sous le nom de *lotus*, qui ne lui appartenait pas d'ailleurs exclusivement. Ses tiges en faisceaux ornent les côtés des dés qui supportent les statues colossales égyptiennes. Ses jeunes fruits et ses fleurs couronnent la tête de l'Antinoüs antique, et sont sculptés sur la base de la statue du Nil.

La plante a été connue sous différens noms. Suivant M. Delille, on l'aurait souvent nommée fève d'Egypte, et ce serait à cette fève que s'appliquerait la prohibition connue de Pythagore. Le lis du Nil dont parle Hérodote avec ses fleurs roses et son fruit en forme de rayons de miel, ne peut être autre chose que le nelumbium. Pline l'a désigné sous le nom de pavot, Athénée sous celui de lotus, qui était le nom qu'on lui donnait en Egypte.

Le nom de lotus désignait encore deux autres espèces de nymphéacées du Nil, le *nymphea lotus* et le *nymphea cœrulea*.

Il désignait encore 1° un fruit de la cyrénaïque, le ziziphus lotus, arbre du pays des lotophages d'Homère; 2° au plaqueminier de l'Asie-Mineure, *diospyros lotus*, dattier de Trebisonde des Turcs; 3° au micocoulier d'Italie et du midi de la France; 4° à quelques légumineuses fourragères. Faute d'être prévenu de ces diverses applications d'un même mot, on a peine à comprendre certains passages des auteurs anciens.

Le lotus nelumbium, dans l'ancienne Egypte, croissait dans les lacs sur lesquels on se promenait en barque. Ses larges feuilles s'élevaient assez au-dessus de l'eau pour abriter les nacelles; elles étaient de taille et de consistance à pouvoir aisément servir de plats et de gobelets, et les boutiques des marchands d'Alexandrie en étaient fournies comme celles de nos épiciers le sont de vieux journaux. Comme on ne retrouvait plus la fève d'Egypte dans les eaux du Nil, où l'indiquaient les ouvrages des anciens, les traducteurs de ces ouvrages donnèrent de la plante une figure imaginaire, qui a été long-temps reproduite par des naturalistes d'ailleurs très-scrupuleux.

La fève d'Egypte fut enfin découverte en 1602, dans l'Inde, son pays natal. Le fruit en fut apporté en Hollande à Lecluse, botaniste français, qui, le premier, en reconnut les caractères, et mit les savans sur la voie d'éclaircir un point d'archéologie resté long-temps obscur.

Après avoir long-temps cherché vainement à s'en procurer des graines, M. Delille en a enfin obtenu de M. Bentham, secrétaire de la société d'horticulture de Londres, et de M. le professeur Dargelas, de Bordeaux. Ces graines, semées à quelques lignes sous l'eau, ont bien germé; et après avoir eu des premières feuilles flottantes, elles ont poussé de grandes feuilles pédonculées qui s'élevaient beaucoup au-dessus de la surface de l'eau. La vigueur de la végétation dépend beaucoup de la capacité du vase où le nelumbium a été planté. L'auteur avait d'abord pensé que la plante exigeait plus de chaleur que celle qu'elle eût trouvée dans les bassins du jardin, et il la cultiva à la manière des ananas; mais ce mode de culture n'ayant qu'imparfaitement réussi, on se contenta depuis de placer les vases dans une exposition favorable, dans le voisinage d'allées d'arbres qui donnent un peu d'ombre.

Le succès a été complet, la plante a bien fleuri, et l'on en espère même des graines. Au reste, les racines suffisent pour la multiplier. Les feuilles périssent en automne, et il n'en reste point de traces pendant l'hiver. Les racines persistent seules au fond de l'eau; dans le climat de Montpellier elles se conservent très-bien en un lieu clos, mais non chauffé. Ces racines se présentent en longs cordons cylindriques qui ressemblent à des tiges articulées. Elles sont charnues, cassantes au rétrécissement de leurs articulations, fistuleuses, très-pourvues de trachées déroulables, qui abondent aussi dans les pédoncules et les pétioles.

Trois fleurs se sont épanouies dans des vases disposés comme ceux qu'on emploie dans l'Inde, où, comme nous l'avons dit, on cultive la plante pour l'ornement des palais. Quatre autres se sont épanouies dans le bassin; les pédoncules s'y sont élevés de trois pieds au-dessus du niveau de l'eau, et ont porté des fleurs

de dix à onze pouces de largeur. Les plus grands disques des feuilles ont eu jusqu'à dix-huit pouces de largeur.

Le nelumbium est principalement intéressant en botanique par la singularité de son fruit, dont les caractères ont servi à Tournefort pour établir le genre *nelumbo*. Ce nom est celui de la plante de Ceylan. M. de Jussieu en a fait le nom de *nelumbium* adopté dans la science. Quant à la ressemblance de cette plante avec les autres nymphéacées, en comparant ses feuilles orbiculaires aux feuilles cordiformes du nymphœa, on trouve qu'elles sont construites sur le même plan et n'en diffèrent que par une soudure permanente des nervures. Le disque des feuilles dans les deux genres se déroule également par les deux moitiés parallèles.

La face supérieure des feuilles est d'un velouté extrêmement fin sur lequel l'eau roule par gouttes. Ce n'est point ici un simple enduit glauque farineux, comme dans le pavot ou sur les prunes, mais une organisation papillaire très-vivante sur laquelle l'eau ne s'attache point. La pluie tombe comme dans des coupes dans les disques des feuilles profonds de trois pouces, et élégamment rabattus sur les bords comme le pavillon d'un cor de chasse. Avant de s'épanouir, la fleur ressemble à une énorme tulipe; M. Delille y a compté dix à douze pétales d'un beau rose à leur sommet et blanchâtres à leur base, et six à huit pétales nuancées de vert en dehors. Les étamines, extrêmement nombreuses, ont les anthères linéaires, biloculaires, extrorses, tandis qu'elles sont introrses dans les nymphœa; leurs filets se prolongent au-dessus des loges, en une petite masse obovoïde de tissu cellulaire, dont l'axe est fibreux, capillaire.

Le pollen est globuleux, lisse; on en voit à la loupe des graines distinctes sur les stigmates qui sont en plateaux formés intérieurement de papules serrées, visibles seulement au microscope. Le fruit est un cône celluleux renversé, dans lequel les graines ou carpelles sont implantées dans presque toute leur longueur, et un peu saillantes à la face aplatie qui forme la base du cône renversé. Le fruit le mieux garni de graines qu'on ait observé à Montpellier, en présentait dix-neuf; plusieurs de ceux que l'on conserve dans les collections botaniques en offrent plus de vingt.

Les graines du nelumbium et ses racines peuvent fournir un aliment, mais un aliment grossier; et c'est surtout sous le rapport de l'ornement que la plante mérite de fixer l'attention.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1835. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

M. Forster, chirurgien du roi d'Angleterre, et M. Duvernois, professeur de la Faculté de Strasbourg, sont présens à la séance.

Un membre fait observer que M. Duvernois est correspondant; M. Duvernois s'incline, et déclare que s'il n'a pas adressé ses remercîmens à l'Académie, c'est qu'il n'avait reçu aucune nouvelle de sa nomination.

M. BOULAY. Beaucoup de correspondans sont dans ce cas; cela provient de ce qu'on a adressé les lettres par la poste et qu'elles auront été retenues à la frontière, faute d'être affranchies. Cela ne serait point arrivé si on les avait envoyées par la voie des ambassades.

M. LODIBERT. Les ambassadeurs qu'on a chargé de plusieurs de ces lettres y ont mis aussi beaucoup de négligence; ainsi M. Sandifort de Leyde, qui devait recevoir avis de sa nomination par l'ambassade des Pays-Bas, n'en est pas encore informé.

Ces observations n'ont pas de suite.

REPRODUCTION DES SANGSUES.

M. VIREY insiste, à l'occasion du procès-verbal, sur l'impossibilité où sont les sangsues de se reproduire sans le concours de deux individus. Elles ont les deux sexes, et fécondent et sont fécondées à la fois; mais un individu ne saurait se féconder lui-même.

M. MAINGAULT rappelle qu'un mémoire a été adressé, il y a plusieurs années, à l'Institut, dans lequel on indiquait un moyen de favoriser la reproduction des sangsues.

M. VIREY. Je m'en souviens; il s'agissait de sangsues qu'on avait envoyées du Sénégal; on les avait placées dans de la terre glaise, et en effet elles y avaient pondu des cocons, et on y trouva même de petites sangsues qui étaient nées pendant le voyage. Mais ces sangsues valaient moins que les nôtres et tiraient très-peu desang; aussi n'en a-t-on pas fait usage depuis.

M. KÉRAUDREN. On en a envoyé aux Antilles, à la Guadeloupe, à la Martinique; je ne sais ce qui en est arrivé. Je sais qu'on a trouvé de leurs cocons dans la terre glaise; mais ces cocons avortent et ne donnent pas de sangsues. C'est là ce qui me fait attacher une telle importance aux ventouses comme moyen de suppléer aux sangsues.

ÉLECTION.

M. CORNAC rappelle que, en outre des trois vacances qui donnent lieu à une nomination dans la section d'anatomie pathologique, il y a une autre nomination à faire, par suite des décès de trois membres, MM. Dupuytren, Gratereau et Burdin. Il proposerait, pour ménager le temps de l'Académie, de continuer dans ses pouvoirs la commission qui a été nommée pour décider dans quelle section se fera l'élection.

On réclame de toutes parts; la proposition n'est pas appuyée. Le conseil d'administration s'occupera de cet objet.

CORRESPONDANCE.

— M. ROBERT, de Marseille, annonce que, depuis le 19 de ce mois, on ne publie plus de bulletin sanitaire, et que la ville est rendue à sa prospérité commerciale, ainsi que la Provence. Il remarque que des villages privés d'eau ont été ravagés par le fléau, et la moitié de la population détruite. Presque tous les malades périssaient à la période algide. Il note aussi que le sulfate de quinine a enrayé beaucoup de cholériques. Il pense qu'il existe un virus marécageux dans le choléra d'Asie.

— M. LEROY D'ETIOLLE adresse une notice sur la cure radicale des hernies, au moyen d'instrumens qui peuvent retenir la peau refoulée dans le canal inguinal, sans établir de points de suture au-devant de l'anneau. M. Leroy s'occupe, dit-il de cet objet depuis sept ans. MM. Gimelle, Sanson et Breschet sont nommés commissaires.

MÉMOIRE DE M. SIMON JEUNE, DE HAMBOURG, AU SUJET DES EXPÉRIENCES PROPOSÉES PAR M. CHERVIN TOUCHANT LA CONTAGION DE LA PESTE. — M. GUÉNEAU DE MUSSY rapporteur.

M. Simon commence par combattre la proposition de M. Chervin, en ce sens que, bien que les résultats qu'on obtiendrait pussent peut-être faire révoquer en doute la propriété des étoffes de transmettre la contagion, il ne faudrait pas conclure de là à l'abolition des quarantaines régulières; car c'est depuis leur établissement que l'Europe est préservée des atteintes de la peste.

M. Simon, pour prouver l'utilité de ces quarantaines, explique, dans une théorie qui lui appartient, comment les maladies exotiques viennent jusqu'à nous sans que nous puissions en démontrer le caractère contagieux au lit des malades. Il prétend que la peste, originaire de l'Egypte, la fièvre jaune des Antilles, et le choléra asiatique, du Delta du Gange, ne peuvent se transmettre dans les autres pays que par la contagion, dont le véhicule ne se trouve point en général dans la propriété des étoffes de conserver et transmettre facilement le principe contagieux, car ce serait attribuer tout à la fois à ce principe, et une grande fixité pour adhérer à des tissus pendant de longs trajets, et une grande mobilité pour se transmettre, au moindre contact, avec la rapidité de l'éclair, ce qui semble incompatible.

Selon lui, la voie ordinaire de propagation des maladies contagieuses se trouverait dans les communications entre les hommes soit déjà malades, soit recelant le principe contagieux dont ils ressentiront plus tard les atteintes, soit même présentant les apparences de la santé, mais en réalité susceptibles de conserver en eux-mêmes le germe propagateur, jusqu'à ce que l'influence des causes périodiques ou accidentelles ranime le fléau de l'introduction, duquel on accuse peut-être alors quelque marchandise suspecte. Ainsi, dans ce dernier cas, les causes les plus favorables à cette recrudescence du mal sont, par exemple, l'arrivée en masse d'une autre population qui se mêle à l'ancienne, et sur laquelle le virus pestilentiel se développe d'une manière effrayante. C'est ce qui est arrivé pour l'armée russe, lors de la dernière guerre avec la Turquie.

C'est d'après cette théorie que M. Simon réclame toute la rigueur des quarantaines pour les navires venant de pays où la peste est endémique. Il faudrait, d'après lui, prévenir les communications en masse, et ne permettre aux individus qui pourraient être infectés de se mêler aux habitans que peu à peu, après avoir été isolés et aérés pendant plusieurs semaines.

En terminant son mémoire, M. Simon remarque que l'étude des maladies contagieuses est encore peu avancée. La commission partage cette opinion, en exprimant le doute que ce mémoire soit propre à diminuer l'obscurité qui règne sur cette partie de la science. Néanmoins, pour encourager les efforts de M. Simon dans une matière aussi difficile et aussi importante, la commission propose le dépôt aux archives, et que des remercîmens soient adressés à l'auteur pour sa communication.

M. CHERVIN. Quelle que soit l'opinion qu'on professe par avance, il y a ceci de certain, que la question de la contagion de la peste est très-litigieuse; et que l'unique moyen de l'éclairer, c'est d'instituer des expériences. M. Simon pense que si elles donnaient un résultat négatif, il pourrait s'en suivre des conséquences funestes; sans doute si l'on se bornait à des essais incomplets; mais je demande moi-même que les expériences soient faites sur une grande échelle, qu'on les continue deux, trois, quatre ans, dix ans, s'il le faut; mais qu'on les fasse enfin. M. Simon allègue que l'invasion des grandes armées a toujours été le signal d'une recrudescence de la peste; n'est-ce pas là la meilleure preuve de l'influence du climat, d'une affection endémique préexistante, qui prend le caractère épidémique en sévissant sur de grandes masses d'etrangers? Un médecin russe d'une grande sagacité, M. Sedlitz, l'un de nos correspondans, a publié un très-bon mémoire sur cette peste qui désola l'armée russe en 1828; il a reconnu qu'elle se communiquait sans aucun contact avec les pestiférés et seulement par l'intermédiaire de l'air atmosphérique.

Une autre objection, c'est le danger de semblables expériences. Or, ce danger est absolument nul dans un lazaret immense comme celui de Marseille, entouré d'une triple enceinte de murailles; surtout si l'on ajoute que tous les quarantenaires pourraient être évacués sur l'hôpital de Ratoneau, qui est vide et servirait très-bien à cette destination. Dira-t-on que les vapeurs pourraient porter la peste dans la ville? Mais de deux choses l'une; ou bien les lazarets contiennent la peste sans la laisser sortir, et alors l'objection tombe; ou ils sont incapables de la contenir; et alors ils sont à la fois inutiles pour la santé publique et ruineux pour les intérêts du commerce. D'ailleurs qu'on se rassure; M. de Villeneuve qui a été préfet des Bouches-du-Rhône, nous a appris combien la sécurité contre la peste est grande à Marseille; M. Ségur-Dupeyron a reconnu que les précautions prises au lazaret justifiaient cette sécurité; ce lazaret a renfermé des pestiférés sans aucun inconvénient pour la ville; nos expériences n'offriraient donc aucun danger.

M. ROCHOUX. Le rapport dit que la science des affections contagieuses est encore peu avancée. Rien n'est plus vrai assurément si l'on en juge par le mémoire de M. Simon; c'est une réminiscence complète des idées de Fracastor; et il faut n'avoir aucune idée des progrès de la science pour comparer sous le rapport de la contagion le choléra à la peste; le choléra, reconnu non contagieux à Turin, à Naples, à Rome même, dans le pays encroûté de la papauté! (On rit.) Si l'on demande pourquoi les invasions de la peste sont devenues si rares, ce n'est point aux lazarets que l'obligation en est due; c'est aux progrès de la civilisation, de l'hygiène publique, qui nous ont délivrés de bien d'autres épidémies. Ainsi, sous Louis XIV même, il ne se passait pas d'année qu'on ne vît éclater le typhus dans les hôpitaux de Paris, et le drapeau noir flotter sur l'Hôtel-Dieu; quel est le médecin de nos jours qui a vu le typhus se développer à Paris?

On demande d'une part et de l'autre on redoute des expériences. Mais ces expé-

riences se font tous les jours et sur une vaste échelle en Angleterre ; les quarantaines y sont presques nulles, et en tous cas de si courte durée qu'on peut arriver plus vite à Paris d'Alexandrie en allant faire quarantaine à Londres, qu'en prenant le chemin beaucoup plus direct de Marseille. Le commerce anglais y gagne considérablement ; écoutez par exemple le récit d'une de ces expériences. Lors de l'invasion de la dernière peste en Égypte, le pacha pressé d'argent vendit ses cotons à très-bas prix ; les Anglais les lui achetèrent, malgré la peste, les importèrent dans toute l'Europe ; et peut-être y a-t-il plus d'un d'entre nous qui porte des chemises fabriquées avec ce coton, sans avoir eu la peste pour cela ! (Rire général.)

M. Chervin. Suivant l'auteur du mémoire, c'est aux lazarets et aux quarantaines que l'Europe devrait d'avoir été préservée de la peste dans les temps modernes. M. Simon est très-peu au courant des choses dont il parle. Les lazarets datent du 13e au 14e siècle ; celui de Marseille a été fondé dans le quatorzième ; celui de Venise est de la même époque, et dès 1438 il avait pris un accroissement très-considérable. Eh bien ! n'est-ce pas depuis cette époque qu'ont eu lieu les pestes les plus terribles, celle de Marseille, celle de Venise, celle de Livourne, etc ? Ainsi toutes les grandes pestes se sont développées sous le régime sanitaire, ce qui est loin d'en prouver l'efficacité. Mais il y a plus, et je me fais fort de prouver que toutes ces grandes pestes, à Marseille, à New-York, à Malte, à Corfou, ne sont point venues du dehors, et que les lazarets n'auraient pu, dans aucun cas, les empêcher. A New-York, il a été proposé un prix assez considérable à celui qui démontrerait d'où était venue la peste ; le prix n'a pu être decerné. Il en a été de même à Corfou ; le gouvernement anglais avait proposé un prix sur la même question ; la question n'a pu être résolue. Enfin le docteur Robert lui-même, quoique grand contagioniste, avoue que si la peste nous arrivait par les marchandises infectées, il en entre tant par la contrebande que nous ne pourrions échapper. Aussi, dans l'impossibilité d'attribuer la sécurité dont nous jouissons aux lazarets, il admet des causes particulières, et en définitive la protection de la providence. (On rit.)

D'ailleurs ces marchandises qu'on transporte au lazaret pour les purifier, elles sont touchées, portées, maniées, par les portefaix du lazaret ; bien plus ils les retournent, ils plongent leurs bras jusqu'au coude dans ces masses de coton, de laine, de plumes ; et l'on ne cite pas un seul cas de communication de la peste par ces manœuvres. En 1720, à Marseille, on vit quelques portefaix pris de la peste ; mais elle existait déjà dans la ville. De nos jours, on allègue que ces ouvriers gagnent quelquefois des charbons, des pustules malignes ; mais ce n'est point là la peste ; ces charbons sont une affection assez commune dans tout le Midi ; et il n'y a rien d'étonnant que ces hommes en soient atteints, quand on sait que les cotons du Levant par exemple sont tellement sales qu'on y rencontre même, au rapport de M. Paillette, des matières fécales. Dans aucun des lazarets flottans d'Angleterre, on n'a vu non plus les employés atteints de la peste ; bien plus, aucun voyageur arrivant du Levant n'y a offert de symptômes de cette maladie. A Marseille au contraire cela s'est vu quelquefois, et la raison en est simple ; c'est que le trajet est beaucoup moins long, et que les passagers ne sont pas encore complètement affranchis de l'influence du climat qu'ils viennent de quitter.

Ce qu'a dit M. Rochoux de la courte durée des quarantaines anglaises est confirmé par mes propres documens. M. Burdin, dont l'Académie regrette la perte récente, écrivit à ma prière à ses correspondans en Angleterre et leur posa cette question ; ils répondirent que le temps de la quarantaine variait suivant les ports, mais était toujours de très-courte durée ; à Liverpool il ne dépasse pas 48 à 72 heures. Un seul fait complétera cette preuve et montrera en même temps tout ce que nos réglemens absurdes font perdre au commerce de France. Lors de mes démêlés avec M. Segur-Dupeyron, j'écrivis aux diverses chambres de commerce de France pour obtenir des renseignemens ; celle de Calais me communiqua le fait suivant. Un navire danois venant de Smyrne et faisant eau, relâcha à Calais pour se radouber. On ne lui permit pas d'aborder, et malgré son mauvais état on le laissa au large ; toutefois il fut écrit à Paris pour avoir l'autorisation du gouvernement. Cette autorisation fut refusée. Le vaisseau danois se fit remorquer par un bateau à vapeur jusqu'à Londres où il fut admis sans difficulté ; car je dois dire qu'il avait une patente nette. Ainsi les Anglais ont eu le double bénéfice du radoub et du déchargement, au préjudice du commerce français. Je pourrais citer une foule de faits de ce genre.

Je pense donc, comme M. Rochoux, que ce mémoire est infiniment en arrière des progrès de la science ; et il est fâcheux de rencontrer dans un auteur de notre époque une médiocrité, une ignorance qui rappellent les siècles de barbarie.

M. Guéneau de Mussy. La commission s'est bien aperçue que la proposition de M. Chervin n'avait été pour l'auteur qu'une occasion de développer un système auquel il attache beaucoup d'importance. Cet auteur est étranger ; nous devions à sa politesse de faire un examen sérieux de son mémoire ; d'autre part, nous devions à la vérité de l'accueillir avec beaucoup de réserve. Aussi nos conclusions peuvent être admises, même après les remarques de M. Chervin.

M. Chervin. Le rapport est fort bien fait, et je le loue d'autant plus volontiers qu'il est difficile de faire un bon rapport avec un mauvais mémoire. (On rit.)

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

Rapport sur les propriétés thérapeutiques de la kréosote, par M. Martin Solon.

M. Martin Solon, au nom de MM. Caventou, Chevalier, Soubeiran, H. Cloquet et Bally, fait un rapport sur différens travaux sur la kréosote, envoyés par MM. Ollivier fils et Billard, chimistes ; Coster, Ivan fils, Berthelot et D'Huc, médecins.

M. Coster l'a employée contre la lèpre léontine et quelques autres maladies ; M. Yvan dans deux cas de plaies anciennes ; M. Berthelot, pour tarir les suppurations rebelles et dans le traitement des chancres, des ulcères dartreux et des douleurs déterminées par la carie des dents. Ce médecin a envoyé douze observations. M. D'Huc dans les brûlures et les dartres squammeuses, et l'épistaxis. Les essais faits par les commissaires n'ont pas confirmé les succès obtenus par ces médecins ; mais la commission, de son côté, est parvenue à l'employer avec avantage pour la conservation des pièces anatomiques.

1° Des portions d'épiploon cancéreux, des fragmens d'artères ossifiées et des morceaux de foie squirrheux, ont été plongés dans de l'eau légèrement kréosotée. Retirés trois jours après, ils ont été abandonnés à l'air libre. Les mouches nombreuses ne se sont point approchées et les pièces ne sont pas putréfiées ; mais elles sont devenues tellement racornies, dures, noirâtres, que leur texture est méconnaissable.

2° Un cœur, des morceaux d'épiploon, d'artère et de foie pareils aux précédens ont été le même jour placés dans un vase rempli d'eau kréosotée. Cette préparation séjourne depuis le mois d'août dans l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon. On a changé l'eau kréosotée au commencement d'octobre, parce qu'elle était devenue légèrement sanguinolente. Les pièces anatomiques sont en assez bon état pour donner une idée exacte des organes et des lésions qui les affectaient.

La commission propose : 1° De voter des remercîmens à MM. Billard et Ollivier fils, et à MM. Berthelot, D'Hue, Coster et Yvan fils pour leurs communications.

2° De reconnaître que la kréosote, fort remarquable sous le rapport chimique, a une action particulière sur l'albumine, qu'elle coagule promptement ; qu'elle a une action excitante sur l'économie, et qu'il faut l'étendre pour l'employer, mais qu'elle n'a pas plus d'efficacité que les autres moyens connus ; et enfin qu'étendue d'eau elle conserve les pièces anatomiques.

M. Andral fils. J'ai fait sans résultat des essais avec la kréosote :

1° Dans la phthisie pulmonaire à tous les degrés ;

2° Dans le cancer utérin ;

3° Dans les différentes formes de la leucorrhée. Je l'ai employée en vapeur, à l'intérieur, dans un véhicule, ou en pilules pour éviter l'odeur ; j'ai cherché si elle pouvait guérir, ce qui était peu probable.

M. Martin Solon a cité deux malades chez lesquels des cavernes ont été cicatrisées ; j'ai voulu voir si je modifierais quelques symptômes ; sur 18 malades, ni la toux, ni la diarrhée, ni d'autres symptômes n'ont été diminués, bien que quelques observations traduites des journaux anglais semblent prouver que la phthisie a pu être amendée. Dans le cancer utérin, en injections, elle agit comme détersif, mais pas mieux que d'autres ; quelquefois la leucorrhée a été diminuée, cela se comprend, c'est un astringent.

M. Emery. On l'a vantée dans les maladies de la peau ; dans l'estiomène, j'ai eu occasion de l'employer en deux ou trois cas ; ses effets ont été fâcheux ; il a fallu la suspendre. Dans les eczemas (dartre squammeuse humide), la kréosote et la pommade de goudron ont été également infructueuses ; les symptômes se sont constamment exaspérés. Sur deux ulcères chroniques dont je voulais tarir la suppuration, les lotions avec l'eau kréosotée ont déterminé des erysipèles ; il est vrai qu'il en régnait alors beaucoup à l'hôpital Saint-Louis. Dans un cas de lèpre léontine, les lotions ont occasioné des douleurs vives à très-petites quantités dans les excavations. Dans la phthisie, à l'intérieur, la maladie a été exaspérée. J'emploie avec succès la pommade de goudron dans les psoriasis.

M. Martin Solon. Dans le rapport, nous disons que l'on a guéri des ulcères couenneux, mais par un long usage ; c'est un surexcitant.

M. Pelletier. Il y a deux choses sur lesquelles j'appellerai l'attention de la commission ; d'une part, M. Billard, qui remplit les journaux de ses annonces, donne à la kréosote le nom de *kréosote-Billard*, tandis qu'on sait fort bien que la découverte en est due à M. Reichenbach, et que M. Billard n'y est pour rien. Secondement, le rapport dit que M. Billard a enlevé à la kréosote son odeur, ce qui est faux. Il faut rectifier ces deux points, surtout qu'il est facile de prévoir que les phrases un peu favorables du rapport seront insérées dans tous les journaux dans un tout autre intérêt que celui de la science.

M. Velpeau. Lorsqu'on préconisa si haut la kréosote, il y a deux ans, je me mis comme les autres à l'expérimenter. Je l'appliquai sur des brûlures, sur des plaies de mauvais aspect, sur des ulcères cancéreux, scrophuleux, syphilitiques ; de tous ces essais, il m'est resté la conviction que c'est un médicament excitant, un léger caustique même, qui jouit de propriétés spéciales ; mais que nous en avons d'autres, le nitrate d'argent, le nitrate de mercure, etc., qui valent infiniment mieux ; que dans les cas où la kréosote a paru réussir, on peut encore douter de sa favorable influence ; enfin, que c'est un mauvais moyen dont la thérapeutique chirurgicale ne saurait tirer aucune espèce de profit. (Aux voix.)

M. Cornac. Mais pour un remède qui ne vaut rien, la commission propose de voter des remercîmens à je ne sais combien d'auteurs ; ces conclusions ont besoin d'être modifiées. (Le dépôt aux archives !)

M. Martin Solon. Ces remercîmens ne compromettent nullement l'Académie. Admettez que la kréosote ne vaut pas grand'chose : on ne remercie les auteurs que des faits qu'ils ont communiqués.

M. Velpeau. Il faut les remercier pour avoir prouvé qu'elle ne valait rien.

M. Gérardin. Ce n'est pas là leur pensée : ils croient au contraire qu'elle vaut beaucoup ; et le rapport a précisément refuté leurs conclusions ; en sorte que le seul fait intéressant qui reste, savoir la conservation de ces portions de chairs, est dû à la commission.

M. Martin Solon insiste sur les conclusions : elles sont mises aux voix et adoptées, sauf les rectifications demandées par M. Pelletier.

Anus artificiel créé par un nouveau procédé.

M. Amussat communique l'observation d'une opération d'anus artificiel pratiquée par lui avec succès sur un enfant nouveau-né, du sexe féminin, par un nouveau procédé.

Au commencement du mois de septembre dernier, dit M. Amussat, j'ai été appelé au milieu de la nuit pour donner des soins à un enfant nouveau né, conjointement avec M. Deneux qui l'avait reçu. L'enfant, qui était né depuis deux jours, n'avait point encore rendu de méconium.

L'anus existait et était bien conformé, mais il s'ouvrait dans le vagin, ce qui formait une double ouverture dans ce canal ; car la vulve existait aussi.

Après de longues recherches faites par le vagin, en introduisant le doigt par l'anus vaginal, nous reconnûmes que le rectum manquait dans deux pouces d'étendue ; alors je proposai une opération que je méditais depuis long-temps et qui consistait à aller chercher l'extrémité du gros intestin, à le dégager, à l'amener à l'ouverture de la peau, et à l'y fixer par des points de suture.

Après avoir placé l'enfant dans la position la plus convenable et avoir fait as-

sujétir ses petits membres par des aides, je pratiquai une incision en forme de T entre l'anus vaginal et le coccyx; introduisant alors le doigt par cette ouverture, je séparai le vagin du coccyx et du sacrum, et j'arrivai au cul-de-sac du gros intestin, qui était placé en haut et à gauche de l'angle sacro-vertébral.

Au moment où je parvins en cet endroit, l'enfant fit aussitôt des efforts comme pour se débarrasser du méconium. L'intestin fut reconnu par M. Deneux et par M. Lebaudy, qui assistaient à l'opération. J'accrochai l'intestin avec une érigne; je le dégageai des parties environnantes avec le doigt plutôt qu'avec le bistouri, afin de préserver le vagin, puis je l'attirai doucement au dehors de l'ouverture faite à la peau, et je le fixai par plusieurs points de suture entrecoupée, avec l'attention la plus scrupuleuse, de manière à ce que la muqueuse dépassât le niveau de la peau, et fit comme un bourrelet en dehors. Il y a aujourd'hui vingt-huit jours que cette opération a été pratiquée; il n'y a pas eu le moindre accident, et l'enfant est dans l'état le plus satisfaisant.

M. Moreau. Il y a trop peu de temps passé depuis l'opération pour juger du succès; c'est-à-dire que l'opération a réussi comme procédé; mais a-t-elle sauvé l'enfant? C'est ce que le temps seul apprendra. Tous les enfans ainsi opérés par divers procédés ont paru guérir d'abord; tous sont morts après trois ou quatre mois des suites de leur infirmité.

M. Capuron. Il y a au moins une exception pour celui qu'a opéré M. Roux.

M. Amussat promet d'informer l'Académie des résultats ultérieurs.

Séance levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE DE M. MALGAIGNE SUR CETTE QUESTION, SI LE BRAS PEUT ÊTRE RACCOURCI DANS QUELQUES VARIÉTÉS DES LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

Je ne veux point dans cette lettre établir une discussion contradictoire sur les divers points qui ont été agités dans la discussion de l'Académie sur les luxations scapulo-humérales; mon unique but est de faire connaître quelques faits qui étaient inconnus à M. Velpeau lors de cette discussion, et qui sont de nature peut-être à modifier ses convictions, du moins jusqu'à de nouvelles expériences.

L'allongement du bras dans la luxation *dans l'aisselle* est un symptôme universellement admis; la dénomination même de *luxation en bas*, sous laquelle on la désignait, indique suffisamment que les auteurs regardaient la tête humérale comme placée plus bas que dans sa position ordinaire.

Mon idée à moi va beaucoup plus loin. J'ai dit en effet, en me fondant sur des faits anatomiques, que dans toute luxation de l'humérus, soit dans l'apophyse coracoïde, soit dans la fosse sous-scapulaire, soit sous l'acromion, soit dans la fosse sous-épineuse (supposé qu'il en existe de ce dernier genre), la tête humérale était toujours placée plus bas que dans sa position normale, et conséquemment qu'en mesurant le bras rapproché du tronc, on devait le trouver allongé. Ceci, autant que je sache, n'avait été dit ni clairement, ni obscurément, par personne.

Les faits anatomiques sont si évidens sur ce point, il est si manifeste que l'acromion qui recouvre la tête humérale dans l'état normal est le point le plus élevé de l'omoplate et de l'épaule, comme son nom même le rappelle, que dans les expériences faites en 1832 à la clinique de Dupuytren, et dont la Gazette médicale a rendu compte, le professeur ne fit que regarder une omoplate pour admettre à l'instant ma proposition et la donner à ses auditeurs comme incontestable. Depuis ce temps toutefois, quelques observations sur le vivant ont semblé la contredire.

M. Robert, chirurgien de l'hôpital de l'Oursine, m'a dit le premier avoir observé une luxation sous coracoïdienne dans laquelle le bras n'était point allongé. Le cas lui avait paru d'autant plus extraordinaire que, d'après les dispositions anatomiques, il ne le comprenait pas; il avait donc pris, me dit-il, toutes les précautions nécessaires pour ne pas être induit en erreur.

Quelque temps après parut la thèse de M. Maisonneuve, interne de M. Velpeau, qui rappelait les deux faits allégués dans la discussion par ce professeur, et qui semblaient prouver décidément que le bras pouvait non-seulement ne pas être allongé, mais encore être raccourci, et cela dans la luxation sous-coracoïdienne elle-même. Je transcris ici les propres paroles de l'auteur.

« Dans la luxation de l'humérus en bas et en avant, il n'y a pas toujours allongement du membre; loin de là, on rencontre souvent du raccourcissement. Tous les chirurgiens ont regardé comme un des signes les plus évidens de la luxation de l'humérus en bas, l'allongement du membre... Curieux de constater ce fait, je fis quelques recherches à ce sujet. J'ai rencontré sur le vivant deux cas de luxation de l'humérus en bas et en avant; dans l'un il y avait raccourcissement de plus d'un pouce; dans l'autre, raccourcissement de huit lignes... D'un aussi petit nombre de faits on ne peut tirer de conclusions; mais j'ai fait sur le cadavre une série d'expériences dont le résultat mérite plus d'attention. Sur vingt luxations en bas que j'ai produites artificiellement, toujours j'ai rencontré un raccourcissement plus ou moins prononcé, jamais d'allongement. Mais comment alors expliquer l'opinion contradictoire de tous les chirurgiens? je crois qu'elle tient à ce qu'au lieu de mesurer le membre, ils se sont contentés de juger à la simple vue, comme le veut Boyer. En effet, quand on examine par derrière un malade affecté d'une luxation du bras, il semble, au premier coup d'œil, que le membre malade a subi un véritable allongement. Le raisonnement tend même à confirmer l'erreur de la vue. En effet, dans la luxation en bas, la tête de l'humérus, sortie de la cavité glénoïde, vient se placer au-dessous; par conséquent il semble que le bras a dû subir un allongement. Mais si l'on réfléchit qu'en même temps que la tête s'est placée plus bas, le coude s'est porté en dehors, on concevra comment la ligne qui va de l'acromion à l'épitrochlée n'a subi presque aucun changement dans sa longueur, et même a pu se raccourcir. D'ailleurs les faits sont là et subsistent indépendamment de cette explication. »

Si ces faits et ces expériences étaient sans réplique, on voit que ce ne sont pas seulement mes propres idées qui seraient en péril; mais il faudrait admettre des exceptions à un fait qui jusqu'à présent avait passé dans la science pour n'en point avoir, l'allongement du bras dans la luxation dans l'aisselle. Il y avait certainement là quelque chose à éclaircir. L'occasion s'en offrit au dernier concours du bureau central, lors des épreuves qui appelaient les compétiteurs à Clamart, où M. Maisonneuve est prosecteur.

Nous produisîmes ensemble sur le cadavre plusieurs luxations sous-coracoïdiennes. Les symptômes étaient les mêmes qu'à l'ordinaire; le deltoïde était dans un état de tension sensible, ce qui permettait déjà de conclure que ses attaches étaient rendues plus distantes par la luxation, et que le bras mesuré de l'épicondyle à l'acromion devait être allongé. Le coude fut rapproché du tronc autant que possible, et M. Maisonneuve le mesurant du sommet de l'acromion à l'épicondyle, n'y trouva aucun allongement; il y aurait eu même plutôt un raccourcissement d'une à deux lignes. Fort surpris de ce résultat, je pris la mesure à mon tour et je trouvai un allongement d'une à deux lignes; nous comparions la mesure prise sur le bras luxé avec la mesure prise le bras réduit et mis dans une abduction semblable autant que possible. Il y avait dans ces résultats divers la preuve, ou bien que les expérimentateurs étaient dirigés par une idée préconçue, ou bien que le moyen de mensuration était mauvais en lui-même. Nous recommençâmes à mesurer, en prenant les deux points fixes que j'ai indiqués comme les meilleurs, savoir l'épicondyle d'une part et de l'autre l'angle inférieur de l'acromion; pour éviter toute cause d'erreur, nous fîmes sur ces deux points une incision jusqu'à l'os, et traçant dans les os mêmes une forte rainure transversale, nous avions alors deux points invariables. Alors nous eûmes un allongement constant, mais qui ne dépassait pas trois à quatre lignes.

Nous dépouillâmes alors l'articulation de ses chairs; et plaçant l'humérus tantôt sous le bec coracoïdien comme dans la luxation, tantôt dans la cavité glénoïde, il fut incontestable pour tous les assistans que l'allongement devait être constant, et devait être même plus considérable que la mensuration ne l'indiquait.

Ceci nous frappa particulièrement M. Maisonneuve et moi; nous recherchâmes si la diagonale décrite par l'humérus luxé ne pouvait pas expliquer cette diminution de l'allongement indiqué par nos mesures; mais la déviation produite par cette diagonale est si peu de chose, quand on rapproche le bras du tronc, que nous avons été amenés à regarder son influence comme nulle. La difficulté est restée pour nous inexpliquée; j'ai songé depuis que peut-être la luxation, occasionant un tiraillement assez considérable de la portion supérieure de la capsule, faisait un peu basculer l'omoplate sur la tête luxée et rapprochait un peu l'acromion du coude; mais je n'ai pas eu occasion de vérifier cette conjecture.

Aux expériences sur le cadavre, le hasard nous permit d'en joindre une autre bien plus concluante; M. Lisfranc et M. Manec en ont été témoins. Il y avait là un cadavre portant à l'épaule droite une luxation sous-coracoïdienne ancienne, tellement ancienne que la tête de l'os ayant usé le bord interne de la cavité glénoïde appuyait sur le col de l'omoplate, et donnait à la lésion presque toutes les apparences d'une luxation sous scapulaire. La tête luxée était donc portée plus en dedans qu'à l'ordinaire, ce qui augmentait la diagonale; de plus elle avait repoussé en haut le bec coracoïdien, comme il arrive toujours dans les luxations anciennes; enfin elle était déformée elle-même par la pression; et toutes ces causes devaient au moins diminuer l'allongement. La mesure

fut prise par M. Maisonneuve entre les deux points indiqués, et sur le bras sain et sur le bras malade; pour éviter toute erreur, une rainure fut faite aux os, de la manière qui a été décrite; et nous trouvâmes encore un allongement de quatre lign.s. M. Maisonneuve a reconnu, après ces diverses épreuves, que probablement il avait été induit en erreur par le procédé de mensuration qu'il avait suivi, et que l'allongement du bras devait être constant, sur une articulation normale, dans la luxation sous-coracoïdienne. L'énorme raccourcissement d'un pouce qu'il avait signalé dans sa thèse, venait de ce que le bras avait été mesuré écarté du corps; alors il est aisé de comprendre que l'acromion se rapproche d'autant plus du coude, que l'abduction est plus forte; et ce phénomène, comme je l'ai fait remarquer dès 1830, se manifeste même dans l'état sain. Chacun peut mesurer sur soi-même le bras pendant près du tronc, de l'acromion à l'épicondyle, puis le bras élevé à angle droit; dans cette seconde position on trouvera un raccourcissement de près d'un pouce.

La question ainsi jugée pour les luxations sous-coracoïdiennes, je pensais n'avoir pas d'autres objections à combattre, les faits cités par M. Velpeau étant précisément les mêmes que ceux de M. Maisonneuve. Mais en m'enquérant près de M. Velpeau pour avoir de plus amples éclaircissemens, ce professeur m'a affirmé qu'il n'avait point voulu parler des luxations sous-coracoïdiennes; qu'il reconnaissait que dans ces cas le bras doit toujours être allongé; que les faits qu'il avait vus étaient des luxations en devant, sous la clavicule, et que M. Mrisonneuve s'était assurément trompé dans son diagnostic. Je ne saurais m'établir juge entre ces deux observateurs; je ne saurais expliquer non plus comment l'un a reconnu un raccourcissement d'un pouce, et l'autre seulement un de sept lignes, les mesures ayant été prises par tous deux le même jour et en pleine clinique. Quoiqu'il en soit, il reste toujours établi que le procédé de mensuration appliqué par M. Velpeau a pu l'induire en erreur, et que ses deux faits, rapportés d'une manière aussi contradictoire, ont besoin d'être confirmés par d'autres pour avoir dans la question une valeur décisive. Je n'ai vu pour ma part que deux cas de luxation la sous-claviculaire, que j'appelle sous-scapulaires; dans tous les deux le bras était manifestement allongé.

Si je persiste dans mon opinion, bien que je n'aie que deux faits pathologiques pour l'appuyer, on n'oubliera pas que je me fonde sur des dispositions anatomiques; et à moins qu'elles ne s'écartent de l'état normal, ou que l'humérus ne soit raccourci par une autre cause étrangère à la luxation; pour moi, toute luxation de l'humérus allonge le bras mesuré entre l'angle inférieur de l'acromion et l'épicondyle, pourvu qu'on le rapproche du tronc le plus possible; le défaut d'allongement tient à une erreur dans le procédé de mensuration.

J'ai indiqué les deux points fixes q'e je préfère; voici les raisons de cette préférence. On trouve en général très-facilement l'angle inférieur de l'acromion, et l'ongle du pouce en déprimant la peau arrive à la face inférieure de cette saillie et s'y trouve arrêté d'une manière invariable. L'ongle peut s'arrêter de même à la face supérieure de l'épicondyle; et les chances d'erreur sont évitées autant que possible.

A quoi tend maintenant toute cette dissertation, et de quel profit sera pour le praticien l'assurance que le bras est toujours allongé dans les luxations? Le voici: c'est que le diagnostic différentiel entre la luxation et la fracture du col huméral n'est pas toujours facile; et qu'en admettant les deux cas signalés par M. Lisfranc qui peuvent allonger un humérus fracturé, ces cas sont rares, faciles à reconnaître; et que dans tous les autres l'allongement du bras est un des signes qui donnent le plus de certitude au praticien. Il suffira, je pense, de rappeler ici que Dupuytren, dont le diagnostic était si sûr, avait pris une fois une luxation pour une fracture; que l'allongement du bras bien constaté lui fit reconnaître l'erreur, et que la luxation fut réduite.

MALGAIGNE.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA.

L'épidémie cholérique qui a ravagé le midi de la France s'affaiblit de jour en jour. Toutes les nouvelles que nous recevons de la Provence et du Languedoc sont on ne peut plus satisfaisantes.

En Italie, la maladie semble perdre aussi de son intensité. Voici le dernier bulletin de Livourne: le 15 septembre, 33 morts; le 16, 10 morts.

A Gênes, on ne compte plus que seize à vingt décès par jour.

A Turin, le 19 septembre, il n'y a pas eu de cas nouveaux. Les nouvelles de tous les lieux atteints par l'épidémie continuent à être satisfaisantes.

Aujourd'hui, il n'y a plus de quarantaines établies que dans les duchés de Parme, de Modène et dans les états du pape.

— *Traité de chirurgie*, par J.-M. Chélius. Ceux qui s'occupent de littérature allemande, ont appris le succès prodigieux que cet ouvrage a obtenu chez nos voisins d'outre-Rhin: il est devenu le livre classique des praticiens, le guide des professeurs et le manuel des étudians. Une profonde érudition, une saine critique, distinguent cet ouvrage de tous ceux qui nous sont venus d'Allemagne. Les discussions théoriques en sont bannies; la pratique seule en a fait tous les frais, et depuis long-temps nous regrettions que cet ouvrage n'eût pas encore été traduit dans notre langue, tandis que plusieurs autres pays tels que l'Angleterre, la Suède, le Danemarck, etc., le possédaient depuis long-temps. Cette lacune importante pour la chirurgie française va être prochainement remplie: la quatrième édition de l'original a paru: la traduction française la suivra de près.

Nous possédons un grand nombre de bons ouvrages de chirurgie, mais les uns, trop volumineux, ne sont point à la portée des élèves; les autres sont incomplets et ne sauraient suffire seuls; presque tous sont écrits avec partialité, et ne donnent par conséquent qu'une idée incomplète de l'état actuel de la science. Celui que nous annonçons est à l'abri de tous ces reproches, il renferme en deux volumes l'analyse complète de nos bons ouvrages même les plus récens.

Nous engageons donc vivement les élèves pour lesquels cet ouvrage a été écrit par le professeur de Heidelberg, et pour lesquels il est réellement précieux, à le lire et à le méditer; ils y trouveront réunis les nombreux matériaux qu'ils ne peuvent qu'avec beaucoup de temps et beaucoup de peine recueillir dans les livres nombreux où ils sont épars.

Les praticiens, surtout ceux des départemens, qui n'ont point assez de temps pour feuilleter tous les ouvrages dont la science s'enrichit chaque jour, et qui, d'ailleurs, n'ont souvent à leur disposition qu'une bibliothèque très-circonscrite, y trouveront classées les opinions des grands maîtres anciens et modernes, et un résumé pratique de toutes les monographies qui méritent de fixer l'attention.

Dans un de nos prochains numéros nous ferons une analyse de cette première livraison: nous nous bornons aujourd'hui à dire que cet important ouvrage mérite d'obtenir un succès complet.

—*Ecole préparatoire de médecine*. On vient de former au Lycée national (fondé en 1829, rue du Faubourg-du-Roule, à Paris), une division spécialement consacrée aux jeunes gens qui se destinent à devenir médecins.

Là, dès le commencement, les études recevront une direction particulièrement appropriée au but que se proposent les parens, c'est-à-dire qu'à l'étude des mots, trop exclusive dans d'autres établissemens, se joindra celle des faits médicaux et de leur application. Ainsi les élèves apprendront le latin dans Celse, le grec dans Hippocrate, le français dans Bichat, Cabanis; l'anglais dans Astley Cooper; l'allemand dans Hufeland; ils dessineront de l'anatomie humaine et comparée, de la botanique, en même temps qu'ils seront exercés à l'exploration des malades, à l'application des bandages et aux opérations de la petite chirurgie, et qu'ils apprendront la physique, la chimie et la pharmacologie; en un mot, en sortant du Lycée, ils seront familiers avec des objets qui seront complétement étrangers à leurs rivaux, et ils seront en état de se présenter *de bonne heure et avec avantage* aux concours qui ouvrent la carrière du service de santé dans les armées de terre et de mer et celle des hôpitaux civils, de l'école pratique, etc.

La méthode naturelle suivie au Lycée national a pour effet d'*économiser* le temps des élèves et d'*alléger* les sacrifices que s'imposent les familles.

Nous pensons que les médecins sont en état, plus que personne, d'apprécier les avantages d'un semblable établissement, eux qui se rappellent les embarras qu'ils ont trouvés au commencement de leurs études, lorsqu'ils sont arrivés à Paris sans guide et sans direction dans des travaux dont ils n'avaient pas même l'idée.

Il n'est pas douteux qu'ils ne s'empressent d'envoyer au Lycée national ceux de leurs enfans qu'ils destinent à leur succéder, et qu'ils ne recommandent cette maison, dont le système d'éducation a reçu l'approbation de tous les hommes éclairés qui l'ont visitée (1).

—*Histoire complète des ruptures et des déchirures* de l'utérus, du vagin et du périnée; par F. Duparcque, docteur en médecine de la Faculté de Paris. (Ouvrage couronné en 1835 par la Société médicale d'émulation de Paris.) 1 volume in-8° de 476 pages, 6 f. 50. A Paris, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

Des ulcérations du col de l'utérus, et de leur traitement; par J. Lota, docteur médecin. Brochure in-8° Prix, 2 fr. A Paris, chez Méquignon-Marvis père et fils, libraires-éditeurs, rue du Jardinet, n. 13.

(1) On trouve le prospectus détaillé du Lycée national chez les principaux libraires de médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 42. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 17 OCTOBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière, n° 5*, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

RECHERCHES DE STATISTIQUE SUR L'AFFECTION CALCULEUSE, par M. le docteur Civiale. — Rapport fait à l'Académie des sciences, par M. Double (1).

Les calculs de la vessie sont pour l'espèce humaine, et plus encore pour les individus du sexe masculin, une des maladies les plus intolérables dont la vie ait été empoisonnée. Indépendamment des douleurs et des dangers du mal, des douleurs et des dangers du traitement, il est encore certaines sensations morales, des dispositions contristantes de l'âme, qui en sont inséparables, et qui viennent ajouter à un si pénible état une complication plus ou moins fâcheuse.

Le travail de M. Civiale sur cette matière, dont nous sommes chargés de rendre compte aujourd'hui, a pour objet d'appliquer la méthode numérique à la plupart des questions relatives aux affections calculeuses.

Comme élémens de ses recherches, M. Civiale a réuni, à force de peine et de soins, un grand nombre de tableaux dressés parmi des populations diverses, dans les principales villes et au sein des plus grands hôpitaux de l'Europe.

L'analyse de ces tableaux, faite par M. Civiale, lui a fourni les moyens de confirmer ou de rectifier, à l'aide de données numériques, plusieurs des résultats de pathogénie générale indiqués déjà par l'induction ou par les résumés les plus précis de l'observation clinique. Nous en signalerons quelques-uns à l'Académie, afin de la mettre mieux à même d'apprécier, par son propre jugement, l'important travail de M. Civiale.

On avait été assez enclin à penser jusques à aujourd'hui que, dans certaines familles, les parens communiquaient à leurs enfans une disposition organique en vertu de laquelle ceux-ci devenaient plus aptes que d'autres à contracter la pierre; et l'on avait voulu déduire de là l'hérédité de cette maladie.

Sur ce point des faits, en assez grand nombre attestent, il est vrai, que des enfans de calculeux ont été atteints à leur tour de la pierre; mais les faits de cette catégorie ont pour antagonistes puissans les faits bien plus nombreux encore de la catégorie contraire. Dans les premiers cas, d'ailleurs, on trouve cette considération puissante, que la maladie a pu se développer chez les enfans sous l'influence des mêmes circonstances qui l'avaient produite d'emblée chez les parens ou les aïeux, et conséquemment en dehors de toute voie héréditaire. Du

(1) L'importance des recherches de M. Civiale, et le rapport remarquable dont elles ont été l'objet et dans lequel M. Double a donné de nouvelles preuves de son beau talent d'analyse philosophique, nous ont engagé à le publier dans toute son étendue.

Feuilleton.

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA CHIRURGIE EN FRANCE, ET DE QUELQUES RÉFORMES A Y INTRODUIRE.

(Premier article.)

Au milieu de ce mouvement de réforme, de ces idées d'amélioration et de progrès qui poussent en avant la génération médicale actuelle, l'observateur est frappé de cette froide immobilité, de cette apathie complète que garde le corps nombreux des chirurgiens militaires. Placés pour ainsi dire dans une région à part, soumis à la discipline et aux puissances, de même que leurs malades vivent sous un code particulier et sont en partie exclus du bénéfice des lois civiles, ainsi les reformes méditées et poursuivies avec ardeur par la médecine civile les touchent à peine; et ils semblent se complaire dans l'oubli où on les a laissés. Serait-ce que leur organisation est si parfaite qu'il y aurait peril à y toucher, et qu'ils se reposent au port en nous regardant lutter contre l'orage? Il s'en faut de beaucoup, assurément : à les consulter chacun à part, vous ne trouveriez guère que mécontentement et dégoût pour le présent, découragement pour l'avenir. Ils élèvent bien de temps à autre quelques réclamations, mais que la discipline militaire ne laisse guère sortir des bureaux, que le public connaît rarement, qui sont aussi rarement écoutées. Aussi se hâtent-ils, dès qu'ils le peuvent, de quitter ce service ingrat et sans espérance; et la plupart de ceux qui restent n'aspirent qu'à l'instant de se retirer à leur tour. Depuis quelque temps, toutefois, le gouvernement paraît s'en occuper avec plus de sollicitude. La loi du 19 mai 1834, en les assimilant aux autres officiers, a fixé jusqu'à un certain point leur position long-temps incertaine et précaire; et sans doute que l'augmentation du personnel du conseil de santé des armées donnera une nouvelle impulsion aux améliorations qu'on peut se promettre encore. Dans ces circonstances, un coup d'œil sur les lois et les reglemens qui régissent la matière, et sur la manière dont on les exécute, ne saurait manquer d'intérêt.

Le corps des officiers de santé militaires se compose de médecins, de chirurgiens et de pharmaciens. L'ordonnance du 18 septembre 1824 les divisait en deux catégories, ceux qui étaient brevetés, c'est-à-dire nommés définitivement par le roi, et ceux qui n'avaient qu'une simple commission du ministre, et qu'il licenciait à volonté « quand il reconnaissait, dit l'ordonnance, que leurs services n'étaient plus nécessaires. » Le nombre des premiers était fixe; ainsi, en mettant part le service de l'Hôtel des Invalides, il devait y avoir 59 medecins, 711 chi-

reste, pour éclairer autant qu'il est désirable cette question, il faudrait pouvoir mettre en regard et sur une grande échelle la proportion relative des calculeux dont les parens ont eu la pierre, et le nombre proportionnel des calculeux de la condition opposée; mais les données manquent à de tels éclaircissemens.

Les calculs de la vessie, on le sait depuis long-temps, sont infiniment moins fréquens chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes aussi, les chances de succès après l'opération sont bien plus favorables. Les résultats de nombre obtenus à cet égard tendent à prouver que, sur une quantité égale d'opérations, on perd moitié moins de femmes que d'hommes.

L'étude approfondie des causes capables de produire la pierre infirme les nombreuses assertions émises par rapport à l'influence de divers alimens et de certaines boissons, que l'on s'était trop hâté de proclamer aptes à engendrer la maladie. Quelles que soient les recherches, tout est obscurité, tout reste incertitude à cet égard.

Les rapports numériques établis quant aux principales époques de la vie que cette maladie afflige plus spécialement, apprennent que plus de la moitié des calculeux n'ont pas dépassé la quatorzième année de leur âge: dans les hôpitaux de Lyon, dit Pouteau, on taille sept à huit enfans contre un adulte. Cette proposition n'est cependant pas vraie dans toutes les localités. Tandis qu'on la trouve portée jusqu'à la plus convaincante démonstration pour le Wurtemberg, pour les montagnes de la Lorraine et du Barrois, pour le versant des Alpes qui confine à l'Italie, pour quelques comtés de l'Angleterre, etc., il semble au contraire que dans d'autres localités, et, par exemple, dans les pays très-chauds ou très-froids, les adultes et les vieillards soient plus exposés à cette affection. Ajoutons que partout les enfans calculeux appartiennent presque exclusivement à la classe indigente, tandis que les calculeux, tant adultes que vieillards, se trouvent assez également répartis entre les diverses classes de la société. Presque toujours aussi les enfans sont exempts des lésions génito-urinaires, qui affligent si cruellement les calculeux des autres âges.

Si l'on recherche dans les tableaux que nous avons sous les yeux la manière dont se comportent les diverses professions de la vie sociale, soit pour être en aide, soit pour faire obstacle au développement de la pierre, on ne parvient à aucun enseignement explicite, on n'arrive à nul résultat concluant. On trouve en effet que la maladie a été rencontrée à peu près également sur des individus appartenant à tous les états, et cela en raison de la population relative des différentes professions. Sans doute, on compte un plus grand nombre de calculeux dans les classes malaisées; mais c'est que d'une part, ces classes sont par malheur les plus nombreuses; et d'autre part, c'est malheureusement aussi sur ces classes que pèsent davantage toutes les charges de la vie matérielle, les maladies surtout.

Les conclusions auxquelles M. Civiale est arrivé, quant aux professions, deviennent à peu près les conclusions qui se rapportent à l'influence des climats. Les calculs de la vessie ont été observés d'une manière presque égale dans tous les pays. Les assertions contrairement émises se trouvent entachées d'exagération ou de fausseté. Il est vrai que plusieurs circonstances, ou inaperçues ou mal appréciées, ont pu contribuer à propager cette erreur. Il suffit que, par un motif quelconque, l'attention générale soit plus vivement portée là ou là sur une maladie, pour que sur ce point les exemples qui en sont mis en évidence prennent un notable accroissement. Du vivant de l'illustre lithotomiste Raw, par exemple, on pouvait croire que la pierre était une maladie très-commune en Hollande, d'après le nombre considérable d'opérations qui se faisaient alors à l'hôpital d'Amsterdam. Après la mort de Raw, le nombre des opérés diminua de plus de moitié; et ce nombre se trouve réduit aujourd'hui à un tiers environ. C'est ainsi que les grandes et utiles institutions qui se sont tant multipliées sous nos yeux en faveur des aliénés, et que les nombreux établissemens créés pour le traitement des déviations de taille, ont révélé un grand nombre de maladies de ce genre qui seraient restées inaperçues sans cela.

Plusieurs autres déductions pratiques non moins curieuses semblent naître du dépouillement des faits accumulés dans les tableaux qui nous occupent.

La matière calculeuse qui s'agglomère dans la vessie sous l'influence d'un catarrhe chronique ou de quelque autre maladie prolongée des organes génito-urinaires, se compose le plus souvent de phosphate calcaire, ou de phosphate ammoniaco-magnésien. Toutefois, il faut bien reconnaître aussi qu'à leur tour les calculs donnent également naissance au catarrhe et à d'autres maladies de la vessie, ce qui infirme jusqu'à un certain point la valeur apparente de cette proposition.

Les récidives de la pierre sont fort communes, et cela, quelle qu'ait été la méthode opératoire mise en pratique. Ces récidives, on les avait déjà proclamées fréquentes long-temps avant la découverte de la lithotritie. C'est plus particulièrement chez les personnes atteintes de catarrhe chronique, ou de quelque autre lésion durable soit de la vessie, soit de la prostate, que l'on observe ces récidives. Or, M. Civiale affirme que les maladies de la vessie et de ses annexes cessent plus vite et d'une manière plus tranchée après les procédés de la lithotritie, qu'à la suite des manœuvres de la taille. M. Civiale ajoute qu'il y a toujours plus ou moins de danger à répéter l'opération de la cystotomie, tandis qu'il n'y en a presque point à réitérer la lithotritie.

M. Civiale avance encore que la vessie, par le double fait de la présence et du séjour de la pierre, peut se trouver dans deux états organiques opposés. Tantôt il y a hypertrophie des parois avec diminution de la capacité; tantôt, au contraire, il existe une véritable atrophie, un amincissement réel des parois, avec augmentation de la cavité de l'organe.

Mais c'est surtout le parallèle des méthodes à l'aide desquelles on attaque et l'on détruit les calculs vésicaux qui a préoccupé M. Civiale; et c'est aussi dans cette partie capitale de son travail que nous le suivrons avec plus d'attention.

On résumerait assez exactement, dans trois méthodes générales, l'ensemble des moyens que l'on a successivement opposés aux progrès de cette cruelle maladie. Alors chacune de ces méthodes, identique quant au but, admettrait cependant diverses séries de procédés qu'il ne nous est pas donné d'énumérer ici.

Première méthode. On a tenté en vain, il est vrai, jusqu'à présent, de dissoudre les calculs dans la vessie par l'action de prétendus lithontriptiques indirects ou directs, généraux ou locaux.

Deuxième méthode. On a cherché à débarrasser les malades de leurs calculs au moyen d'incisions, de sections souvent fort variées,

---

rurgiens et 147 pharmaciens, répartis suivant les divers grades. L'augmentation de l'armée a forcé de dépasser de beaucoup ces chiffres; et d'après la dernière ordonnance royale qui énumère tous les officiers de santé auxquels les nouveaux brevets ont été délivrés, nous avons aujourd'hui 87 médecins, 864 chirurgiens, et 271 pharmaciens, total, 1,222 officiers de santé militaires. On voit que l'accroissement du nombre a porté davantage sur les médecins, mais surtout sur les pharmaciens, qu'on a presque doublés. Une autre considération assez singulière, c'est que les chirurgiens ont même perdu plus d'un tiers des hauts grades qui leur étaient assurés par l'ordonnance de 1824; au lieu de 200 chirurgiens-majors, on n'en compte plus que 131; en revanche on a augmenté d'un tiers le chiffre des aides-majors. Voici d'ailleurs la répartition des diverses grades. On compte

Inspecteurs.	1	médecin.	1	chirurgien.	1	pharmacien.
Principaux.	8	—	11	—	8	—
Médecins ordin., chirurgiens-majors, pharm. majors.	55	—	131	—	38	—
Médecins adj., chirurgiens et pharm. aides-majors.	23	—	451	—	65	—
Chirurgiens et pharmaciens sous aides-majors.	»	—	270	—	159	—

Assurément il n'échappera à personne, à la vue de ce tableau, que pour les chances d'avancement la chirurgie est la plus mal partagée des trois sections. Pour ne parler que du grade de major, où s'arrêtent la plupart de ces ambitions, on voit que le cadre des médecins n'a pas même besoin d'être renouvelé à moitié pour offrir des places à tout ceux du grade inférieur; pour les pharmaciens, il ne faut pas deux renouvellemens entiers; il en faut plus de trois pour les chirurgiens. Cette inégalité n'est compensée par aucun autre avantage.

On peut établir trois divisions générales dans les officiers de santé militaires. Les uns appartiennent aux hôpitaux d'instruction; ils constituent le corps enseignant, la pépinière des chirurgiens d'armée; nous examinerons plus tard cette institution; les autres sont attachés aux corps d'armée ou aux hôpitaux ordinaires: c'est de ces deux dernières classes que nous allons d'abord nous occuper.

En général, on ne parvient au grade de sous-aide qu'après avoir été admis comme élève dans un des quatre hôpitaux d'instruction militaire de France. Le nombre de ces élèves est fixe; pour ne parler que des chirurgiens, le Val-de-Grâce en reçoit 24; Lille, Metz et Strasbourg; chacun 16; total 72. En supposant qu'ils demeurent trois ans élèves, il en sortirait 24 tous les ans, tout au plus assez pour réparer les pertes faites en temps ordinaire, soit par la mort, soit par les réformes, les retraites et les démissions. En temps de guerre, les hôpitaux d'instruction ne sauraient satisfaire même aux besoins de l'entrée en campagne; il faut alors recruter des chirurgiens parmi les élèves des Facultés, des écoles secondaires, des hôpitaux civils, prendre de toutes mains et sans beaucoup de choix; c'était pour ces cas que le ministre s'était réservé de distribuer des commissions révocables à son gré; et malgré la loi nouvelle, il est probable qu'on ne renoncera pas à ce moyen.

Ces places d'élèves dans les hôpitaux d'instruction ne s'obtiennent pas sans conditions; malheureusement on a bien moins songé ici au fond qu'à la forme. Le

mais toujours par voie de dièrèse, ou par opération avec des instrumens tranchans.

Troisième méthode. On a extrait les calculs à travers le canal de l'urètre sans nulle incision, et le plus souvent à l'aide d'un brisement mécanique préalable.

La première méthode, celle qui aurait pour but de dissoudre les calculs dans la vessie par des agens empruntés à la physique, à la chimie ou à la matière médicale, M. Civiale ne l'a point abordée, et ce silence, nous nous garderons bien de le lui imputer à blâme. Nous dirons cependant ici qu'à la fin de son travail, M. Civiale jette en passant quelques lignes de réprobation et comme de mépris sur les efforts scientifiques qui auraient pour objet la dissolution intestine des calculs. Nous ne saurions ni approuver ni partager une telle façon de penser : nous voulons avoir foi tout ensemble et dans les ressources de l'esprit humain, et dans l'avenir de la science. Entre la pensée d'Albucasis, auquel il faut très-probablement rapporter l'idée-mère d'écraser la pierre dans la vessie, et cette importante opération, réalisée pour la première fois sur le vivant et définitivement inscrite dans la science et dans l'art par M. Civiale, il s'est passé d'abord cinq à six siècles; ensuite beaucoup de vains efforts; sans doute aussi quelques sarcasmes et non moins d'incrédulités : tout cela n'a point empêché la découverte. Peut-être en sera-t-il ainsi pour les lithontriptiques; que l'Académie en attendant laisse espérer d'amples récompenses à celui qui anra le plus tôt atteint ce but. C'est surtout en faveur de semblables travaux que furent instituées et que doivent être réservées les fécondes générosités de M. de Monthyon.

C'est donc exclusivement entre l'opération par les instrumens tranchans, et l'opération par le broiement que M. Civiale a voulu porter la comparaison.

Déjà, plusieurs fois, dans l'histoire de l'art, on a invoqué la puissance des chiffres pour apprécier la valeur relative des procédés les plus marquans employés dans les limites de la deuxième méthode, celle qui se compose toujours d'une opération par les instrumens tranchans. Mais ces supputations comparées, faites sur des bases peu exactes, ne sauraient prendre place dans la science. Les 4,500. opérations attribuées à frère Jacques; les 1547 de Raw; les 316 de Baseilhac; les 31 de Lecat; les 150 de Pouteau, sur lesquelles on s'est si souvent appuyé pour proclamer la supériorité des procédés employés par ces praticiens, sont pour la plupart des faits sans authenticité, sans détails, sans contrôle, sans valeur.

Plus tard d'autres travaux analogues ont été publiés. Nous citerons ceux des docteurs Marcet, Smith, Prout, Yelloli; mais M. Civiale a toute hâte de le reconnaître : pour ces faits-là aussi, détails suffisans, précision désirable, critique raisonnée, appréciation relative, tout manque, et l'on tomberait dans des erreurs graves, si, d'après ces tableaux, on prétendait déterminer avec quelque rigueur les proportions numériques de la mortalité à la suite de la taille.

Dans le travail que nous sommes chargés de faire connaître à l'Académie, M. Civiale est parvenu à réunir un total de plus de cinq mille faits, fournis tous par la pratique des plus grands chirurgiens actuellement existans en Europe; voici les conclusions générales auxquelles il est arrivé. Sur les 5,715 opérations de taille qu'il a pu analyser, il trouve 1,141 morts, 4,478 guérisons complètes, et une centaine d'infirmités consécutives. Ainsi, dans les cas seuls dont on connaît bien les résultats, la mortalité est d'environ un cinquième pour tous les âges. Or il est bon de rappeler que plus de la moitié de ces malades n'avaient pas atteint leur quatorzième année; et l'on sait qu'à cet âge es chances de guérison sont au moins doubles.

Par contre, ces mêmes tableaux portent un total de 257 malades opérés par la lithotritie, et parmi lesquels il n'y a eu que six morts, encore sur ce nombre à peine s'il y avait deux ou trois individus avant l'âge de 14 ans; ce qui ne donne pas un mort sur 42 malades opérés par la lithotritie.

Et pour compléter la démonstration de la supériorité de la lithotritie sur la lithotomie, nous ajouterons que, depuis la découverte de la lithotritie, parmi un nombre assez considérable de médecins atteints de la pierre, à peine en citerait-on qui aient eu recours à la lithotomie : tous ont été opérés par la lithotritie.

Mais, en bonne logique, comme en bonne médecine, ce n'est pas sur ce terrain que la discussion doit être portée aujourd'hui. Il ne s'agit pas en effet de repousser entièrement la lithotomie pour lui substituer toujours la lithotritie : personne ne conteste à présent que, dans un assez grand nombre de cas, la lithotritie ne soit difficile, dangereuse, impossible, et que par conséquent alors la lithotomie ne soit préférable, ou même indispensable; la question clairement posée se résumerait donc ainsi : quelles sont les conditions pathologiques dans lesquelles la lithotritie offre le plus de chances de succès; quelles sont au contraire les circonstances où force sera de recourir à l'opération sanglante? En d'autres termes, formuler les indications relatives et de la lithotritie et de la taille. Voyons à présent ce que les tableaux de M. Civiale auront fourni pour conduire à la solution de ce problème.

Nous saisissons avec empressement cette occasion de parler ici de l'application du calcul des probabilités à la médecine. Ce sont surtout des questions de pareille nature que les médecins doivent porter dans cette enceinte. Ils sont assurés d'y trouver des juges attentifs, des juges compétens.

La médecine, dont les propres travaux sont difficiles, lents, sans éclat et sans gloire, a trop souvent cherché à s'accoler aux idées que l'opinion du jour tient en vogue. C'est ainsi qu'en ce moment, on veut sans cesse appliquer la statistique à la plupart des questions transcendantes de la thérapeutique. Or, dans ce cas, la statistique n'est autre chose au fond qu'un essai d'application du calcul des probabilités. Essayons de découvrir ce qu'il faut en penser.

En matière de statistique, c'est-à-dire dans les divers essais d'appréciation numérique des faits, le premier soin avant tout c'est de perdre de vue l'homme pris isolément pour ne le considérer que comme une fraction de l'espèce. Il faut le dépouiller de son individualité pour arriver à l'élimination de tout ce que cette individualité pourrait introduire d'accidentel dans la question.

En médecine appliquée au contraire, le problème est toujours individuel, les faits ne se présentent à la solution qu'un à un; c'est toujours privativement de la personnalité du malade qu'il s'agit, et finalement ce n'est jamais qu'un seul homme avec toutes ses idiosyncrasies que le médecin doit traiter. Pour nous les masses restent tout-à-fait en dehors de la question.

Le calcul des probabilités, en général, montre que, toutes choses

candidat ne doit pas avoir moins de 18 ans ni plus de 25; il doit produire : 1° Son acte de naissance, 2° le diplôme de bachelier ex-lettres; 3° un certificat d'études en medecine; 4° un certificat constatant qu'il n'a aucune infirmite qui le rende impropre au service militaire; 5° et s'il a plus de 20 ans un certificat constatant qu'il a satisfait à la loi sur le recrutement. Armé de toutes ces pièces, il adresse sa petition a son excellence le ministre de la guerre; son excellence renvoie la pétition au conseil de santé, lequel donne son avis sur l'aspirant et en propose l'admission s'il y a lieu; après quoi l'aspirant est inscrit sur une liste suivant son numéro d'admission, et il est nommé à son tour lorsqu'il y a une vacance. Nous ne savons sur quoi se base le conseil de santé pour proposer l'admission des candidats qui pétitionnent de leur province; quant à ceux qui se trouvent à Paris, on leur donne une ou deux questions insignifiantes qu'ils doivent traiter par écrit, seance tenante, en y mettant d'ailleurs à peu près le temps qu'ils veulent; et nous n'avons point appris qu'aucun candidat ait été rejeté sur sa réponse.

Nous avouons que nous n'avons jamais bien compris le but qu'on s'est proposé par ces dispositions réglementaires. Que le candidat soit bachelier ex-lettres, c'est une condition qu'on n'exige pas même dans les Facultés, qui laissent prendre jusqu'à douze inscriptions avant de demander l'exhibition de ce diplôme. A la verité les Facultés n'admettent l'élève aux examens du doctorat que quand il est bachelier; mais on pourrait de même dans les hôpitaux d'instruction ne délivrer qu'à cette condition le premier brevet, celui de sous-aide. Mais après tout c'est une garantie d'une éducation libérale que l'on peut conserver sans inconvénient et même avec avantage. L'âge de 18 ans diffère aussi de celui auquel les Facultés permettent l'étude de la médecine; mais en cas de guerre, il est bon d'avoir des constitutions un peu formées, et puis cette disposition se lie parfaitement à cette autre qui demande un certificat d'études médicales. Il est évident que le gouvernement n'a point voulu se charger d'enseigner à ses élèves les premiers elemens de l'art; ses cours sont des cours de pratique et de perfectionnement, qui exigent déja des connaissances preliminaires. Voilà qui est très-bien sans doute; et c'est aussi l'une des conditions d'admission à l'école polytechnique. Mais alors pourquoi n'avoir pas suivi jusqu'au bout l'exemple de cette école? Pourquoi ne pas s'assurer par l'epreuve publique et loyale du concours que ces connaissances preliminaires existent? Alléguera-t-on la difficulté? Déjà pour l'école polytechnique des inspecteurs parcourent toute la France; pour nommer des officiers de santé, les Facultés députent des présidens aux jurys départementaux; pourquoi, au besoin, ne diviserait-on pas la France en quatre grandes circonscriptions qui seraient parcourues à l'époque des vacances par des commissions nommées dans les quatre grands hôpitaux militaires? Craindrait-on que cela n'éloiguât les candidats? Non, ceux qui se sentiront la force de concourir, se présenteront même en plus grand nombre, mieux assurés de reussir par cette voie, que s'il leur faut attendre le caprice d'un chef de bureau et le hasard d'une vacance non promise à la faveur. Et qu'importe que les autres s'éloignent? L'administration des hôpitaux de Paris, qui tous les ans a besoin de plus de cent élèves externes, les choisit par la voie du concours dans l'élite des jeunes étudians de Paris, et n'a qu'à se louer de cette méthode; et nous ne craignons pas de dire qu'on ne tirera tout le parti possible et désirable des hôpitaux d'instruction militaire que quand on l'aura adoptée.

Enfin, on ne veut pas que le candidat ait plus de 25 ans, et la meilleure raison

égales d'ailleurs, on se rapproche d'autant plus de la vérité ou des lois dont on cherche la détermination, que les observations dont il s'agit embrassent un plus grand nombre de faits ou d'individus à la fois. Ces lois, alors, par la manière dont on les a déterminées, ne présentent plus rien d'individuel; on ne saurait, par conséquent, les appliquer aux chances relatives à un seul homme, sans s'exposer à de nombreuses erreurs.

Toutes les applications que l'on voudrait en faire, même dans de certaines limites, à un cas isolé en particulier, seraient passibles d'erreur. Où arriverait-on si l'on prétendait, par exemple, assigner positivement le sexe de l'enfant qui va naître, d'après le rapport assez exactement établi du nombre proportionnel des naissances masculines aux naissances féminines? Quel résultat pourrait-on atteindre si l'on cherchait à fixer l'époque à laquelle Pierre doit mourir, en faisant usage des tables générales de la mortalité?

Le calcul des événemens antérieurs ou connus, dans le but de s'élever à un certain ordre de probabilités, pour les circonstances qui appartiennent aux événemens analogues futurs ou inconnus, ne peut fournir d'inductions valables que dans les cas où l'on ne connaît pas du tout l'événement à venir pour lequel on opère : or, telle n'est jamais la condition du médecin au lit du malade.

La statistique mise en pratique, qui est toujours en définitive le mécanisme fonctionnant du calcul des probabilités, appelle nécessairement des masses infinies, un nombre illimité de faits, non-seulement en vue d'approcher le plus près possible de la vérité, mais aussi afin d'arriver à faire disparaître, à éliminer, autant qu'il est possible, et à l'aide de procédés connus, les nombreuses sources d'erreurs si difficiles à éviter.

Tout diffère dans l'ordre médical; les faits sont toujours pour nous très-limités par la nature même des choses; ils le sont encore plus par l'impossibilité où nous sommes de les connaître et de les rassembler tous. A côté de quelques centaines de faits publiés par un petit nombre d'hommes qui écrivent beaucoup, il existe des milliers de faits perdus dans l'obscurité de la clinique muette de cette multitude de médecins qui, au milieu d'une utilité pratique de tous les instans, ne peuvent point écrire du tout, et qui même ont à peine le temps de lire un peu. Ainsi donc, en médecine pratique, les faits sont trop peu nombreux pour entrer dans le domaine du calcul des probabilités; et de plus, le plus grand nombre de ces faits échappe bien évidemment au calcul, à la comparaison, au contrôle : or, tous ces faits perdus, quels élémens, quels résultats introduiraient-ils dans la question, dans cette arithmétique médicale? Nul n'oserait le dire.

Les géomètres qui se sont livrés au calcul des probabilités, ont tous insisté sur la nécessité d'apporter la plus grande rigueur, l'attention la plus soutenue dans la classification des faits, afin d'éviter ces associations irréfléchies, inexactes, qui conduisent si vite à l'erreur. Tous exigent qu'on ne fasse entrer dans un même calcul que des faits de même genre; des faits comparables entre eux, des faits enfin qui aient été soumis à un examen, à une analyse préalable, de telle sorte que l'on arrive à fixer, autant qu'il est possible, les conditions d'analogie ou de dissemblance qu'ils réunissent.

Il s'en faut que ces conditions puissent être sévèrement remplies pour les observations de médecine. Ici, on doit craindre tout à la fois, et les erreurs qui naissent de la nature même de la question, et les erreurs que peuvent y introduire les hommes qui cherchent à la résoudre.

Dans un tel ordre de faits, tant de conditions variables, tant de circonstances diverses, tant d'élémens opposés, entrent inévitablement dans la question, et y transportent un si grand nombre d'actions accidentelles, irrégulières, perturbatrices, qu'il est impossible de les renfermer dans des limites calculables. L'expérience a prouvé que, dans des circonstances données, on peut opérer un nombre assez considérable de malades sans en perdre un seul, tandis que dans d'autres circonstances, on perd presque tous ceux qu'on opère.

La diversité des constitutions médicales, même pour des trimestres qui se correspondent, introduit de notables différences. Tantôt en effet les succès sont faciles, nombreux, assurés, parce que l'opération et ses suites marchent sans embarras, sans obstacle; tantôt au contraire les revers sont prompts, fréquens et presque inévitables, parce que des dégénérations inflammatoires vives, des complications bilieuses graves, de violens accidens nerveux viennent s'y joindre.

Bien plus, le procédé opératoire lui-même, non-seulement considéré en soi, mais envisagé aussi par rapport à la main qui l'exécute, en raison de cette confiante sécurité que donne l'habitude qu'on a de le mettre en pratique; la saison, le climat, et jusqu'au lieu où se fait l'opération, tout influe sur les succès. Ces succès ne sont point du tout les mêmes dans un grand hôpital toujours plus ou moins encombré, dans un petit hôpital dont la population est ordinairement moindre, même toutes choses égales d'ailleurs, ou dans une maison particulière.

La durée de la maladie antérieurement à l'opération, la variété des ravages que la présence de la pierre a causés sur la vessie et ses dépendances; la constitution générale du malade, sa disposition tant morale que physique au moment de l'opération, le travail incessant de l'organisme livré à l'action plus ou moins puissante de la vie et de ses fonctions; telles sont quelques-unes des circonstances importantes qui, pour les médecins, rendent les faits si variables, si accidentés, si peu comparables entre eux, si susceptibles de ces nombreuses sources d'erreurs qu'aucune loi de probabilités ne pourrait embrasser. Remarquez bien d'ailleurs que, entre toutes ces circonstances, il n'en est pas une seule qui se trouve dans la catégorie de celles que leur petitesse puisse faire négliger dans le calcul.

Finalement en médecine les circonstances, les causes même régulières des phénomènes sont le plus souvent compliquées, cachées, inconnues, et leur action est troublée, intervertie par un si grand nombre d'accidens, qu'elles sont tout-à-fait insaisissables par le calcul. Le calcul, en effet, ne saurait atteindre le minutieux détail des combinaisons quand elles sont à ce point variables, quand elles se multiplient et se compliquent au-delà d'un certain terme.

Lorsque notre célèbre Morgagni, avec toute la puissance de son génie, également habile à colliger des faits et à déduire de leur ensemble les plus judicieuses et les plus justes conclusions, a dit : *Non numerandæ sed perpendendæ observationes*, il ne faut pas compter, mais il faut peser les faits; il a énergiquement exprimé l'une des conditions les plus importantes du calcul des probabilités applicables à la médecine pratique.

A présent, de ce que l'inflexibilité du calcul et la rigueur apparente des chiffres ne sauraient être appliquées d'une manière absolue à la mé-

---

que nous en ayons ouï donner, c'est qu'à un âge plus avancé, les élèves les plus forts des Facultés se feraient un jeu d'entrer dans les hôpitaux militaires et d'écraser aux concours leurs concurrens moins âgés qu'eux. On allègue aussi l'exemple de l'école polytechnique, qui a fixé pour l'admission des conditions d'âge encore plus rigoureuses. Sans vouloir trancher cette question, qui n'est pas sans gravité, il nous paraît cependant qu'on ne tient pas compte de circonstances très-importantes. L'état a besoin avant tout d'élèves instruits qui lui répondent de la conservation de ses troupes; il les admet dans ses hôpitaux d'instruction, non point pour leur donner une éducation médicale complète, mais pour perfectionner leurs connaissances et les diriger surtout vers ce point capital, la chirurgie des armées. Ne serait-il pas à désirer dès lors qu'au moment même de leur admission leurs études fussent le plus avancées possible? Dire que ces nouveaux-venus écraseraient les autres, ce serait faire entendre que les études chirurgicales sont plus fortes dans les Facultés que dans les hôpitaux d'instruction, ce qui n'est pas certainement la pensée de ceux qui font cette objection, et ce qui n'est pas non plus la nôtre. Quelques années de plus ou du moins n'établissent pas entre des concurrens une grande différence; du moins faudrait-il compter ici seulement les années d'étude. N'a-t-on pas vu dans les hôpitaux d'instruction même de fortes luttes s'établir entre des sous-aides déjà anciens et des élèves beaucoup plus jeunes, sans que l'âge fît toujours pencher la balance? Pense-t-on aussi que beaucoup d'hommes distingués des Facultés viendraient, après 23 ans passés, se remettre sur les bancs des élèves d'une autre institution? et après tout, cette invasion redoutée ne serait-elle pas un bénéfice tout clair pour la chirurgie militaire?

Et c'est précisément parce que nous ne croyons pas qu'après 23 ans beaucoup de jeunes gens déjà fortement lancés viendront tenter cette route nouvelle, que nous n'attacherions pas grande importance à reculer cette limite. Mieux vaudrait, entre 18 et 23 ans, accueillir un plus grand nombre de jeunes capacités, qui se révéleraient par le concours; le gouvernement, en cas de besoin, aurait ainsi plus d'élèves intelligens et tout dressés sous la main; et comme leurs services sont gratuits, on ne saurait même opposer à cette idée des raisons d'économie. Mais nous entendons déjà dire : Comment plus tard justifier les espérances légitimes de cette foule de jeunes gens qui se voueront à cette carrière, dans la ferme confiance qu'elle ne sera pas stérile? La réponse nous paraît toute simple, le moyen très-facile; donnez à tous d'égales chances d'arriver au brevet de sous-aides-major; mais ne donnez ce brevet qu'aux plus dignes. Nous reviendrons sur cette idée dans un autre article, en parlant de l'état des sous-aides-majors.

— La nouvelle source sulfureuse que M. Bouland a découverte à Enghien n'a pas trompé les espérances que cet habile directeur avait fondées sur elle. L'analyse y a démontré les mêmes principes que dans les deux premières; et son abondance a déjà suffi pour alimenter la consommation intérieure de l'établissement, et pour permettre d'en faire de nombreux envois. Cet établissement va sans doute prendre une extension nouvelle. Il est à désirer que l'administration ne s'expose point, à la saison prochaine, à renvoyer, faute de logemens, de nombreux malades, comme cela paraît avoir eu lieu cette année. (Voyez la discussion de l'Académie de médecine.)

decine, est-ce à dire que notre science n'a point aussi une série applicable de probabilités, qu'elle manque d'un certain degré d'assurance dans sa marche, et qu'il lui reste à souhaiter jusqu'aux moindres certitudes dans ses résultats? Non, sans doute; et ici nous aurons encore pour nous l'assentiment des plus célèbres géomètres; la condition des sciences médicales, à cet égard, n'est pas pire, n'est pas autre que la condition de toutes les sciences physiques et naturelles, de la jurisprudence, des sciences morales et politiques, etc.

Toutes les fois qu'il n'est point donné à l'esprit humain de s'élever jusqu'à cette certitude mathématique que l'on trouve en astronomie, par exemple, l'exigence ultérieure de la raison veut que l'on fasse marcher ensemble ce qui frappe l'imagination et ce qui persuade l'entendement: la logique des faits appelle à son secours la logique de la pensée. Le raisonnement prend alors la forme d'une sorte de calcul dont le résultat acquiert de l'empire sur notre croyance, précisément par l'effet de la répétition des jugemens ou des observations. La bonté de ce calcul dépend, ici comme partout, du choix des données, et ensuite du bon emploi qu'on en fait; et ce bon emploi ne peut consister que dans l'examen le plus détaillé des circonstances de chaque donnée, dans le soin de les décomposer autant qu'il est possible, afin de n'avoir à prononcer que sur des propositions d'une égale simplicité, d'une égale évidence; et surtout afin de tenir son esprit en garde contre toute partialité en faveur du résultat quel qu'il puisse être (1).

Ajoutons que, sur presque tous les points, le calcul ne donne guère que ce que l'induction a déjà fourni, ce que la raison seule aurait au moins fait soupçonner (2).

On le voit clairement, l'induction, l'analogie, des hypothèses fondées sur les faits et vérifiées, rectifiées sans cesse par de nouvelles observations; un tact heureux donné par la nature et fortifié par de nombreuses comparaisons entre les indications qu'il fournit et l'expérience qui le guide, tels sont les principaux moyens de parvenir à la vérité (3).

Après ces réflexions dont nous serions presque tentés de nous excuser auprès de l'Académie, nous avons hâte de rendre à M. Civiale la justice et le tribut d'éloges qu'il a déjà plusieurs fois mérités et obtenus ici. Aujourd'hui nous devons dire que son nouveau travail, tel qu'il est, aura fourni de nouvelles preuves à la démonstration des avantages que présente, dans la majorité des cas, la substitution d'une opération simple, facile, exempte de grands périls, à une opération grave, effrayante, douloureuse, et qui constituait jusqu'à ce jour l'unique ressource de l'art.

Les commissaires invitent M. Civiale à continuer ses recherches statistiques, dans le but de les rendre plus nombreuses, plus circonstanciées et plus concluantes, et, en même temps, ils ont l'honneur d'appeler sur ce travail l'approbation de l'Académie (4).

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'UNIVERSITÉ DE HEIDELBERG pendant les années 1830 à 1834, par M. le professeur Chélius.

C'est un usage assez commun en Allemagne, en Italie et même en Angleterre qu'un professeur de clinique laisse écouler une ou plusieurs années avant d'en présenter au public un compte-rendu à peu près complet. Sans doute alors il arrive que bien des parties de ce compte-rendu n'offrent qu'un intérêt très-ordinaire; mais le laps de temps écoulé a permis aussi de rassembler des observations curieuses, d'accumuler les faits spéciaux, dont le lecteur fait avec profit le triage. Nous ne reproduirons donc point complètement la revue clinique du professeur Chélius, et nous préférons donner avec quelque étendue les articles suivans qui nous ont paru le plus réellement importans.

CALCULS URINAIRES DANS LE SCROTUM.

Obs. — Ch. Wildner de Dossenheim, âgé de 55 ans, laboureur, né de parens sains, marié à 31 ans, père d'enfans également sains, avait d'abord été soldat dès l'âge de 13 ans. Sa santé n'avait jamais été altérée jusqu'à l'âge de 30 ans, lorsque, dans le courant de mai 1810, il tomba, dans une position verticale, les jambes écartées, d'un cerisier sur un pieu fixé en terre, et dont la pointe vint frapper contre la partie antérieure du périnée. Cet accident fut suivi d'une enflure considérable, circonscrite, dure, très-douloureuse, mais sans déchirure des parties externes. L'urine, d'une émission douloureuse, quoique évacuée à pleins jets, fut d'abord mêlée à beaucoup de sang, et plus tard à une sérosité purulente tachée de stries sanguinolentes. L'enflure diminua peu à peu jusqu'au volume d'un œuf de poule. Au bout de trois semaines les fortes douleurs, l'écoulement sanieux et la souffrance en urinant avaient cessé; mais il resta un écoulement glaireux et une sensibilité de la tumeur, augmentant par la pression. Plus tard la dysurie revint; souvent le jet de l'urine s'arrêtait tout à coup, et le malade ne parvenait à uriner de nouveau qu'après avoir changé à plusieurs reprises de position. D'autres fois l'excrétion n'avait lieu que goutte à goutte; d'autres fois c'était un ténesme, un besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire; souvent aussi le gland et la partie postérieure de l'urètre devenaient le siége d'un sentiment d'ardeur et de prurit tellement forts, que le malade, pour se soulager, était obligé de pincer le gland entre ses doigts, et de l'éloigner de tout frottement contre d'autres parties du corps. Cependant ces incommodités n'étaient point continues, et il y avait des momens où Wildner urinait avec facilité, mais jamais sans rendre de mucosités.

Cette alternative de douleurs et de mieux-être dura ainsi jusqu'au 6 mars 1834, environ vingt-quatre ans; alors les urines se supprimèrent tout à coup sans cause appréciable. De vives douleurs se firent sentir dans la tumeur et surtout dans la vessie, qui vint proéminer au-delà des pubis.

Le 10 mars 1834, le malade vint réclamer des secours à la clinique chirurgicale de Heidelberg. On commença par introduire un cathéter dans la vessie, par lequel le malade rendit une grande quantité d'urine entremêlée de beaucoup de glaires et d un peu de sang. Le bec de la sonde, d'une application difficile, avait rencontré un obstacle à la partie de l'urètre correspondant à la tumeur du périnée; c'était comme un corps solide, et on sentait la sonde glisser dans une certaine étendue à travers des concrétions pierreuses.

Transporté quelques jours plus tard à l'hôpital, un examen attentif du malade conduisit au résultat suivant:

A la partie supérieure et postérieure du scrotum, entre ce dernier et le périnée, le long de la direction du raphé, se trouvait une tumeur dure, ovalaire, de la grosseur d'un œuf de poule, mobile, et se laissant circonscrire de tous côtés par le toucher. La peau recouvrant la tumeur est de couleur naturelle et mobile; la tumeur elle-même facile à séparer de l'urètre. Les douleurs, peu sensibles à un léger toucher, augmentaient par une pression plus forte, tant dans la tumeur que dans la portion de l'urètre située immédiatement avant cette dernière. A la partie postérieure et supérieure de la tumeur on sentait comme de petites pierres faciles à déplacer, et dont on entendait très bien le frottement des surfaces. Les calculs de la partie antérieure étaient plus grands et se laissaient déplacer avec une égale facilité.

Les mêmes difficultés se reproduisirent lors d'une nouvelle introduction de la sonde, dont le bec, d'abord arrêté au commencement de la tumeur, ne put aller plus avant qu'en se creusant pour ainsi dire une route par-dessus les concrétions pierreuses.

On put donc diagnostiquer *la présence de calculs dans le scrotum, communiquant par une ouverture avec l'urètre*; le siége, la forme, le mode de développement de la tumeur, le frottement manifeste des pierres les unes contre les autres, et le choc de la sonde étaient autant de signes qui venaient confirmer ce diagnostic. En effet, lors de la chute, il s'était fait, sans lésion des parties externes du périnée, une déchirure des parois de l'urètre, comme le prouvait l'écoulement de sang par ce canal. Immédiatement après la contusion, l'urètre étant resté libre d'ailleurs, il s'était épanché une petite quantité de l'urine par l'endroit détourné dans le tissu cellulaire environnant, et il s'était formé ainsi une infiltration d'urine circonscrite. Le liquide s'étant peu à peu décomposé dans cette poche, il s'y était formé des concrétions pierreuses.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la tumeur n'avait subi aucun changement de dimension depuis les premiers jours jusqu'au moment actuel.

La première indication qui se présenta fut l'extraction des calculs. Quoique l'opération fût assez simple et peu importante en elle-même, il restait néanmoins douteux si la guérison serait radicale, on si l'on n'aurait point à craindre de fistule urinaire, vu la durée et le volume assez considérable de la tumeur.

Cependant l'opération fut fixée au 11 mars 1834.

On commença par introduire un cathéter jusque vers le milieu de la tumeur; mais arrivé là on ne put d'aucune manière le faire avancer dans la vessie; ensuite, le malade couché comme pour l'opération de la taille, on incisa les tégumens sur le milieu de la tumeur et dans toute sa longueur. On aperçut dès lors une enveloppe formée par un tissu cellulaire condensé qui entourait les calculs comme d'un sac commun; mais il paraissait partagé par des brides ligamenteuses en divers lobules, de sorte qu'il était facile de distinguer la place de chaque calcul, se touchant par leurs surfaces les uns les autres; une première petite incision faite à cette poche membraneuse, on l'aggrandit vers le haut et vers le bas avec le bistouri boutonné dans la direction de l'incision des tégumens; les calculs apparurent alors juxta-posés exactement l'un contre l'autre comme les pierres d'une voûte, de telle sorte qu'on ne put les déranger qu'après avoir enlevé un des plus gros. Il fut ensuite facile d'extraire les autres soit avec les doigts, soit avec le gorgeret. On en sortit ainsi 27; on vit alors dans le fond de la tumeur, dont les parois internes étaient lisses et uniformes, le cathéter qu'on put facilement introduire dans la vessie; l'ouverture de l'urètre par laquelle on apercevait la sonde avait plus d'un demi-pouce; cette dernière resta à demeure et fut fixée de la manière ordinaire.

Le malade fut couché dans son lit sur le côté, et la plaie recouverte d'une éponge imbibée d'eau fraîche que l'on renouvela de temps en temps.

Il ne survint aucun accident; le troisième jour le cathéter en argent, qui occasionait quelque incommodité, fut remplacé par une sonde en gomme élastique.

Les bords de la plaie s'adaptèrent si parfaitement qu'on parut avoir affaire à une réunion par première intension, mais l'urine, qui laissait déposer un sédiment muqueux abondant, tout en s'écoulant librement par la sonde, finit au bout de

(1) Lacroix, *Calculs des probabilités*.
(2) Condorcet, *Essai sur l'application de l'analyse à la probabilité des décisions à la pluralité des voix*. (Discours préliminaire.)
(3) Laplace, *Essai philosophique sur les probabilités*.
(4) Voir à l'Académie des sciences la discussion qui a suivi la lecture de ce rapport.

quelques jours par suinter, en petite quantité il est vrai, à travers les bords de la plaie qui, surtout vers le milieu, étaient écartés, durs et tuméfiés.

L'écoulement continuel de l'urine, malgré le renouvellement fréquent de l'éponge et les plus grands soins de propreté, occasiona des excoriations et une éruption pustuleuse qui s'étendit sur le scrotum. Des lotions d'eau tiède furent faites sur la plaie et les parties environnantes, et on recouvrit la première de plumaceaux de charpie sèche; le scrotum fut relevé au moyen d'une compresse.

Le 23 mars on renouvela le cathéter. La plaie se rétrécit considérablement, la dureté des bords se dissipa entièrement; le suintement de l'urine devint plus faible, et l'excoriation ainsi que l'éruption pustuleuse disparurent tout-à-fait. La plaie fut touchée chaque jour avec la pierre infernale; la sonde fut de nouveau changée le 28.

Enfin l'écoulement de l'urine cessa totalement, et la plaie se cicatrisa sans qu'il restât la moindre dureté ni enflure.

Le 7 avril, le cathéter fut enlevé; comme l'excrétion de l'urine se faisait librement par les voies naturelles, qu'au 14 avril elle avait repris sa couleur normale, et qu'il n'était survenu aucun changement à la cicatrice, le malade fut considéré comme guéri. Depuis sa sortie de l'hôpital il s'y est présenté à plusieurs reprises, et aujourd'hui (décembre 1834) la guérison s'est parfaitement maintenue.

Quoique les cas de calculs urinaires hors des voies urinaires (*calculs du périnée et du scrotum*) ne soient pas rares, nous avons cependant cru devoir donner l'observation qui précède, à cause de certaines particularités qu'elle présente. On sait que le plus souvent les calculs du scrotum et du périnée se développent après l'opération de la taille, et lorsqu'il reste une fistule urétrale incomplète, ou dans les cas de fistules urinaires complètes qui existent depuis quelque temps. (Louis (1) et Klein (2).) Ici la formation des calculs du scrotum a été évidemment la suite de la déchirure de l'urètre et de l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire environnant. Le plus souvent encore, on ne trouve qu'un seul calcul, qui est renfermé dans une poche formée par le tissu cellulaire condensé, et qui est parfois d'un volume assez considérable. (Louis, Walter (3), Græfe (4) et Gérard (5).)

M. Chelius ne connaît aucun cas où on ait trouvé un si grand nombre de calculs que dans celui que nous avons sous les yeux. Au nombre de vingt-sept, comme nous l'avons vu, différens de grandeur et de forme, mais d'une couleur et d'une composition chimique identiques, juxta-posés par des facettes lisses et unies, ils formaient comme une masse compacte. Dans la première observation de Louis, on trouva six calculs renfermés dans autant de petites poches membraneuses séparées; le gros, de 10 onces et demie, paraissait, d'après cet auteur, formé de plusieurs autres, qui s'étaient d'abord développés d'une manière isolée, puis avaient en grossissant rompu leurs parois celluleuses et s'étaient réunis en une seule masse. Il est possible, quoique assez rare, que l'urine, en s'épanchant par une ouverture de l'urètre dans quelques cellules du tissu lamineux, forme en se décomposant des calculs isolés; mais il est difficile de concevoir que ces mêmes calculs puissent, après avoir rompu leur poche, se souder en une seule masse; car, comme cela arrive pour les calculs rénaux et vésicaux dans les circonstances semblables, ces concrétions pierreuses ont plutôt, par le frottement continuel de leur surface, une tendance à se polir et à changer leurs côtés en facettes unies et lisses. Cette disposition des surfaces n'a été trouvée dans aucun cas aussi prononcée que dans le cas présent.

En incisant les calculs, on les trouva formés de deux couches: l'une extérieure, blanche, compacte, composée de lamelles jaunes brunâtres concentriques; l'autre intérieure, formée de lamelles également concentriques, d'un brun plus foncé, et minces, renfermant un noyau central de même couleur.

D'après l'analyse chimique, les couches extérieures se composaient de phosphate de chaux, de phosphate de magnésie et d'ammoniaque, de carbonate de chaux, d'un peu de matière animale, d'une assez grande proportion de ce qu'on appelle principe extractif, de mucus vésical et d'un peu de graisse; les couches centrales étaient formées principalement d'oxalate de chaux avec un peu de phosphate de chaux, d'une matière animale provenant peut-être du sang, de mucus vésical et d'un peu plus de graisse que les couches extérieures.

Remarquons ici que le noyau de ces calculs se composait d'*oxalate de chaux* avec des traces de *phosphate de chaux*; il en résulte que, d'une part, l'oxalate de chaux ne forme pas à lui seul le noyau des calculs, comme on l'a prétendu, et que de l'autre ce sel peut se trouver réuni, dans le noyau, avec de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque, et dans les couches avec d'autres sels phosphatiques.

(1) Mémoire sur les pierres urinaires formées hors des voies naturelles de l'urine. (Mémoires de l'Académie de chirurgie, vol. 3, p. 232.

(2) Im neuem chiron, t. 1, p. 56.

(3) Salzb. med. chir. zeitung, 1812, vol. 2, p. 253.

(4) Journal de Græfe et Walther, vol. 3, p. 399 et 694.

(5) Idem, vol. 6, p. 366.

LIGATURE DES ARTÈRES THYROÏDIENNES SUPÉRIEURES DANS LE GOÎTRE LYMPHATIQUE.

Des succès répétés ont confirmé le professeur de Heidelberg dans l'opinion favorable émise par lui sur la ligature des artères thyroïdiennes supérieures dans le traitement des goîtres très-volumineux, en opposition avec d'autres chirurgiens qui rejettent cette opération. Dans tous les cas de *goître lymphatique*, où ces artères sont remarquablement dilatées et sensibles au toucher, leur ligature est tout aussi bien indiquée que dans le *goître vasculaire*; lors même que dans le premier cas il ne disparaîtrait pas aussi vite ni au même degré que dans le second, cependant il en résulte toujours une diminution assez notable pour que les accidens les plus pénibles doivent disparaître, ou du moins considérablement s'amender. On a objecté que dans certains cas, cette opération avait eu une issue funeste, soit par hémorrhagie, soit par inflammation consécutive; mais par des soins et un traitement bien entendus, ce sont des accidens qu'on peut éviter, toutes les fois cependant qu'il n'existe pas en même temps une altération morbide du cœur et du système artériel, comme cela arrive fréquemment dans les cas de goîtres très-volumineux. D'ailleurs, lorsqu'après la ligature des artères thyroïdiennes on n'a pas obtenu le résultat désiré, on peut toujours, et avec plus de chances de succès, avoir recours à un autre procédé opératoire.

Dans quatre cas où M. le professeur Chelius a fait la ligature des artères thyroïdiennes supérieures, le succès de l'opération n'a été entravé par aucun accident. Dans les deux observations suivantes, on verra quelle ressource offre cette opération, même dans les circonstances les plus défavorables.

Obs. I. — G. Haltenstein, de Manheim, âgé de 26 ans, ayant eu dans ses premières années un léger engorgement des glandes du cou qui se dissipa spontanément, fut atteint, à l'âge de 14 ans et d'une manière insensible, d'une tuméfaction de la glande thyroïde, sans qu'il y fît d'abord attention. A seize ans, par suite de fatigues et de lourds fardeaux portés sur la tête, la tumeur prit peu à peu un accroissement considérable; il y a quatre ans elle a commencé à devenir gênante pour le malade; depuis deux ans son volume n'a plus augmenté.

Ce bronchocèle, de nature lymphatique ou plutôt sarcomateuse, comme nous le verrons, présente une tuméfaction presque uniforme, mais cependant plus prononcée à gauche; la portion supérieure du lobe gauche surtout fait une plus grande saillie, et s'élève plus haut que la portion correspondante du lobe du côté droit. De plus, la tumeur offre une portion centrale et deux latérales séparées visiblement par deux sillons, et faciles à distinguer par le toucher. Il existe dans toute son étendue une tension partout égale; seulement à gauche on sent quelques points plus durs. La peau n'est point changée, si ce n'est qu'elle est parcourue en tous sens par des veines variqueuses bleuâtres.

La tuméfaction s'étend depuis l'os hyoïde jusque et même un peu au-delà de la partie supérieure du sternum; le muscle sterno-cléido-mastoïdien est recliné des deux côtés.

DIMENSIONS AVANT L'OPÉRATION.

La plus grande circonférence à la base de la tumeur,	25 pouces	4 lignes.
Etendue d'un angle de la mâchoire inférieure à l'autre, en passant par-dessus la tumeur,	18	6
Etendue transversale passant par-dessus les parties les plus volumineuses,	15	»
Depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum, en passant par dessus le milieu de la tumeur,	7	10

A la partie supérieure gauche on sent battre l'artère thyroïdienne dans une étendue de plus d'un pouce; cependant l'artère elle-même n'est pas d'un calibre considérable. Du côté droit les battemens sont plus faibles et plus sensibles; on perçoit encore le battement d'autres artères, d'une surtout qui traverse la tumeur dans son milieu et de haut en bas. Les pulsations des carotides s'entendent très-fortement derrière la tête, et à chaque battement on perçoit du côté gauche et à l'angle inférieur du goître un bruit aigu, comme si le sang était poussé à travers une ouverture plus étroite.

Les incommodités occasionées par la présence du goître sont très-graves; le malade dort peu; il n'avale qu'avec peine; sa respiration est courte et difficile; elle le devient surtout après l'ingestion des alimens, et au moindre effort il survient de l'oppression de poitrine et des maux de tête passagers; du reste sa santé ne se trouvait pas gravement altérée; cependant il demandait constamment d'être débarrassé de ses maux. On eut donc recours à la ligature des artères thyroïdiennes, comme le moyen le plus convenable.

On entreprit la ligature de l'artère thyroïdienne gauche le 23 mars 1834, après l'avoir incisée sur son trajet que l'on put déterminer par les pulsations, et l'avoir isolée non sans quelque peine, parce qu'elle se trouvait entièrement enfoncée dans un sillon du goître, et était d'une dimension très-petite. On réunit la plaie avec l'emplâtre agglutinatif, et on fit aussitôt une saignée très abondante. Le repos du lit et une diète antiphlogistique très-sévère furent prescrits pour la suite du traitement. Le soir, état de bien-être; le goître s'est affaissé; il est entièrement aplati du côté gauche, froid et insensible au dire du malade. La

réunion de la plaie se fit sans accident remarquable; déjà dès le quatrième jour, après l'opération, le goître était revenu aux dimensions suivantes :

Contour de la base diminué de	5 pouces	3 lignes
Étendue transversale passant par-dessus le point le plus volumineux de la tumeur, diminué de	2	6
Étendue de haut en bas, passant par-dessus le milieu de la tumeur, diminuée de	3	

Peu à peu les incommodités auxquelles le malade était sujet diminuèrent, et il put de nouveau retourner à ses occupations.

La tumeur continua à s'amoindrir de plus en plus. Vers la fin de 1834, le côté gauche du goître était devenu remarquablement plus petit que le droit; le malade était entièrement débarrassé de ses accidens antérieurs. On lui a conseillé, dans le cas où la tumeur du côté droit augmenterait et donnerait lieu à de nouvelles incommodités, de se soumettre à une seconde opération; mais jusqu'à présent la nécessité ne s'en est point fait sentir. Le printemps suivant, Haltenstein est parti pour la Hongrie, d'où on n'a pas reçu de ses nouvelles.

Obs. II. — N. K. de K., 30 ans, faible, sujet à divers accidens scrophuleux, atteint à 11 ans de petite-vérole, commença à la même époque à être incommodé par un goître qui alla toujours en augmentant. Il est à remarquer que cette infirmité est héréditaire dans sa famille : sa mère et cinq de ses frères et sœurs en sont affectés. La tumeur ayant fait des progrès rapides, et la respiration du malade s'en trouvant gênée, ce dernier, après avoir en vain essayé des remèdes à l'intérieur, se présenta en juin 1832 à la clinique chirurgicale.

La tumeur, de la grosseur des deux poings, correspond au lobe gauche de la glande thyroïde; elle a la forme d'une poire, et appuie par un pédicule qui n'est pas très large sur le côté gauche du larynx et de la trachée-artère; sa partie inférieure, plus grosse, retombe jusque sur le tiers supérieur du sternum. La tumeur est dure, bosselée, parcourue en tous sens d'une quantité de veines volumineuses; en plusieurs endroits il existe des traces de l'application du séton; la peau y est adhérente à la tumeur. L'artère thyroïdienne supérieure, qui est très-dilatée, se sent dans une très-grande étendue, par ses fortes pulsations.

Dans ce cas la dureté, la conformation bosselée, la longue durée de la tumeur, les applications antérieures du séton et le changement de texture qui devait en être résulté, laissaient peu à espérer de la ligature des artères thyroïdiennes; c'était plutôt un cas d'extirpation de la glande. Cependant on se décida pour la ligature, espérant, si on n'obtenait pas une diminution marquée de la tumeur, rendre par là son extirpation plus facile.

La ligature des thyroïdiennes supérieures eut donc lieu avec beaucoup de facilité; on eut soin de pratiquer une saignée au bras; la réunion de la plaie eut lieu sans accident. La tumeur, de suite après l'opération, devint flasque et molle, et diminua peu à peu d'une manière si notable, que le succès dépassa toute attente. Après un séjour prolongé à l'hôpital, pendant lequel le goître perdit encore, mais non sensiblement, de son volume, le malade fut renvoyé, avec le conseil de se représenter en cas de nécessité.

Les procédés à suivre dans la ligature des artères thyroïdiennes doivent, suivant M. le professeur Chelius, varier selon les circonstances. Il est impossible de déterminer d'avance la direction dans laquelle on devra faire l'incision pour arriver au vaisseau; le professeur de Heidelberg croit illusoires les règles données à cet égard par Jameson, Zang, Walther, Langenbech, Bujalski; il pense que la thyroïdienne supérieure ne suit jamais de direction constante, et que souvent elle est déplacée par la tumeur elle-même. Le seul guide à suivre, c'est d'inciser sur le point où l'on sent les pulsations les plus manifestes; tantôt on est obligé de lier au-dessus, tantôt au-dessous du muscle omo-hyoïdien. L'opération se fait avec une égale facilité dans l'un et l'autre cas.

SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'ŒSOPHAGE.

La guérison des rétrécissemens de l'œsophage doit être comptée parmi les problèmes les plus importans et les plus difficiles de la thérapeutique. Heureusement que cette maladie est rare, en comparaison des rétrécissemens d'autres canaux de l'organisme. En général, le malade n'y fait pas assez attention dans le principe; le médecin la méconnaît souvent, et quand même on la combat par un moyen approprié, l'application de ce dernier n'est pas sans danger; car si on ne procède pas avec beaucoup de ménagement et de dextérité, on s'expose facilement à blesser les parois de l'œsophage, à faire de fausses routes, et par là à hâter encore l'issue funeste de cette triste affection.

Il n'est pas de maladie qui exige un traitement plus doux, plus circonspect et plus persévérant que les constrictions de l'œsophage. L'emploi des bougies est ici le seul moyen qui mène à un résultat. Dans les rétrécissemens simples de l'œsophage, qui, à l'instar d'un simple pli de la membrane interne, n'occupent ordinairement qu'une étendue très-courte, cette méthode suffit à elle seule. Dans les cas, au contraire, où les parois de l'œsophage sont devenus squirrheux ou calleux, il faut joindre à l'usage des bougies celui d'autres moyens externes et internes qui devront varier selon la nature du mal. Dans ce dernier cas, le traitement est toujours incertain; M. Chelius ne connaît aucun cas où l'on ait obtenu une véritable guérison de dégénérescence squirrheuse des parois du conduit alimentaire; c'est cependant le seu moyen alors de soulager le malade et de prolonger son existence.

La méthode qu'on suivait autrefois dans l'emploi des bougies ne pouvait, même dans la constriction œsophagienne la plus simple, avoir un succès durable. L'introduction pure et simple des sondes œsophagiennes ordinaires, du plus petit jusqu'au plus grand calibre, soulage bien et améliore l'état du malade pour quelque temps; elle peut même rétablir la liberté de la déglutition; mais en général on n'obtient pas un succès assuré, et il se fait des rechutes tôt ou tard. Dans sept cas de rétrécissement simple de l'œsophage, que M. Chelius a eu occasion de traiter par cette méthode, il n'a obtenu qu'un seul succès durable; dans tous les autres, le mal s'est montré de nouveau et a nécessité l'emploi répété des bougies. Il était donc indispensable de songer à un moyen qui assurât la guérison d'une manière permanente, et qui dans son emploi n'exposât pas à des accidens ou à des suites dangereuses. Les essais qui ont été tentés surtout par les médecins anglais avec des bougies armées de *pierre infernale* (1), doivent être condamnées dans toutes les espèces de constrictions œsophagiennes. Cette opinion est partagée même par les chirurgiens anglais les plus expérimentés.

Jameson (2) a conseillé un dilatateur ovalaire en ivoire, qu'il fait pénétrer trois ou quatre fois à travers l'étranglement, soit en l'introduisant seul, soit avec une sonde munie d'un bouton sphérique.

M. Chelius, après avoir parlé longuement de la méthode et de l'instrument de Fletcher, dit que, éclairé par les fréquentes récidives qu'il a eu occasion d'observer dans le traitement des rétrécissemens de l'œsophage par la méthode ordinaire, il a été conduit à faire usage de bougies fusiformes, comme celles dont se servait Ducamp pour les rétrécissemens du canal de l'urètre.

Par là il n'y a que la partie renflée de la bougie qui porte sur l'endroit de l'étranglement sans fatiguer le reste du conduit élémentaire; et de cette manière la bougie, renflée seulement en un point, ne perd rien de sa flexibilité dans le reste de son étendue. Voici comment M. Chelius fait confectionner ces bougies : il fait glisser sur une sonde œsophagienne ordinaire, jusqu'à environ un pouce et demi de son extrémité, un dilatateur ovalaire creux dans son intérieur, fait en ivoire et perforé latéralement de deux trous qui communiquent ensemble à l'aide d'une rainure pratiquée à l'extérieur. Il fait passer ensuite, à l'aide d'une aiguille, un fil très-fort en soie et bien ciré à travers les deux trous latéraux du dilatateur, et à travers la sonde placée dans son centre. Il noue ensuite les extrémités du fil ensemble, mais de manière à ce que le nœud vienne à se placer dans la rainure, et par là ne diminue en rien le poli de la surface de l'appareil. De cette manière le dilatateur est solidement fixé; il ne peut point se déplacer, et le fil, aussi bien que son nœud, ne forment pas la moindre inégalité. Voici comment M. Chelius s'en sert : avant tout il examine l'œsophage avec une sonde œsophagienne ordinaire, pour s'assurer de la présence et du siége de l'étranglement. Si la sonde ne franchit pas le rétrécissement, il en prend d'autres de plus en plus petites, jusqu'à ce qu'il en ait trouvé une qu'il puisse faire glisser sans le moindre effort à travers la coarctation. Souvent il arrive, dans des cas de rétrécissement très-forts, d'être obligé de recourir à des bougies ventrales de moyenne grosseur. Lorsque la sonde a traversé le rétrécissement, il la laisse en place tant que le malade peut la supporter sans inconvénient très-grave. Quand même la bougie provoque la toux et d'autres symptômes dans le commencement, les accidens disparaissent bientôt, et le malade peut supporter la présence du corps étranger pendant dix minutes jusqu'à un quart d'heure.

Toujours après une première application on observe une amélioration marquée dans la déglutition, quand même on ne se serait servi que de bougies très-minces. De cette manière, on place journellement une bougie dans l'œsophage malade, et on l'y laisse séjourner aussi longtemps que le malade peut la supporter; peu à peu on a recours à des bougies de plus en plus épaisses, jusqu'à ce qu'on puisse les remplacer par une sonde œsophagienne de petit calibre. Lorsque cette dernière dépasse sans difficulté l'endroit rétréci, on l'introduit garnie du dilatateur en ivoire, et on distingue facilement son passage à travers l'étranglement. On promène l'instrument en le faisant remonter et descendre alternativement à travers le rétrécissement, ou bien lorsqu'on s'aperçoit que son plus grand diamètre correspond au point le plus rétréci de l'étranglement, on le laisse en place pendant quelques instans.

Jamais M. Chelius n'a vu que par là le malade ait éprouvé d'incommodités graves; presque toujours il supporte la sonde munie de son

(1) Home practical observations on the treatement of strictures in the urethra and œsophagus.

(2) The medical recorder. Philadelphia, janv. 1835.

dilatateur presque aussi facilement qu'une sonde œsophagienne ordinaire.

Par l'usage du dilatateur l'amélioration se fait promptement sentir; après quelques jours de son emploi on le choisit d'un volume plus grand, et dans un temps très-court la déglutition devient complètement libre. Il ne faut cependant alors pas arrêter l'introduction des sondes et des dilatateurs, mais les continuer encore long-temps, à des intervalles plus éloignés, comme tous les cinq, huit, et plus tard tous les quinze jours, afin d'assurer la guérison et d'empêcher toute récidive.

Pour engager la sonde dans le pharynx, on place le malade sur une chaise en face du jour, la tête inclinée en arrière, la bouche ouverte, la langue tirée; avant d'introduire la sonde, on remplit son intérieur d'un mandrin en plomb, qu'on retire aussitôt que l'instrument a pénétré assez profondément dans l'œsophage. Par là on a le grand avantage de donner aux bougies, selon son gré et l'exigence de chaque cas particulier, toutes les courbures qu'on jugera nécessaires; on les fait avancer plus sûrement, sans que, par la présence du fil de plomb, la flexibilité de l'instrument soit le moins du monde diminuée. L'introduction de la sonde dans l'œsophage à travers la bouche est infiniment plus simple et plus sûre qu'à travers le nez. Outre la sensibilité et la douleur que l'introduction de la sonde par le nez éveille chez un grand nombre de personnes, la tendance qu'a l'extrémité de l'instrument à s'engager dans la trachée-artère et les accidens plus fréquens, tels que l'étranglement, l'éternuement et la toux qu'elle fait naître, il est encore à remarquer qu'il est impossible de faire passer une sonde très-grosse par le nez, ce qui est pourtant indispensable si on veut obtenir une dilatation considérable de l'œsophage. La méthode de traitement proposée par M. Chelius n'agit pas à la vérité d'une manière aussi rapide que celle indiquée par Fletcher, mais en l'examinant de près, on voit que c'est en cela précisément que consiste son avantage. On ne peut pas facilement s'imaginer un cas de rétrécissement de l'œsophage où une dilatation subite et forte soit absolument nécessaire. Dans les coarctations très-anciennes et très-rétrécies, où la dysphagie a atteint son maximum d'intensité, on obtient déjà une amélioration marquée par l'introduction d'une première sonde, même des plus petites. De même que l'expérience enseigne que dans les rétrécissemens d'autres canaux, de l'urètre, par exemple, la dilatation lente et graduelle est infiniment préférable à la destruction brusque des obstacles, de quelque manière qu'elle soit exécutée; de même aussi l'œsophage paraît se prêter plus volontiers à la méthode graduelle qu'à la méthode forcée, et il est très-probable aussi qu'une dilatation uniforme, répartie sur toute la circonférence du tube étranglé, est infiniment plus convenable qu'un écartement partiel opéré à l'aide de l'instrument de Fletcher, qui n'agit que sur trois points de l'anneau membraneux qu'il est obligé de traverser. En outre, dans l'ouvrage de Fletcher dont nous avons fait mention, nous ne trouvons pas une seule observation qui constate les avantages de cette méthode opératoire.

M. Chelius fait suivre ces considérations de deux observations.

Obs. I.—Madame de H..., âgée de 50 et quelques années, d'une constitution délicate, d'une complexion sensible, libre de toute espèce de diathèse, éprouva, il y a quelques années, différentes maladies du cou qui furent envisagées comme des lésions rhumatismales et spasmodiques et traitées comme telles. La malade elle-même s'inquiéta d'autant moins de ces incommodités dans le commencement, qu'elle n'éprouvait pas de très-grandes difficultés dans la déglutition, et que souvent ces difficultés diminuaient. On eut recours d'abord aux diaphorétiques, aux antispasmodiques, aux sinapismes, etc. Plus tard, lorsqu'après une inflammation catarrhale du cou, les infirmités devinrent plus marquées, on eut recours aux eaux de Baden. Le mal, loin de diminuer, s'accrut au contraire graduellement, au point que la déglutition devint des plus pénibles; enfin, la malade ne put plus avaler aucun aliment solide. Des bouillons seuls ne passaient qu'avec grand' peine et grande douleur; la malade maigrit considérablement, et ses forces physiques et morales étaient abattues.

Au mois de janvier 1830, la malade vint à Heidelberg. Après qu'elle eut fait part de ses maux, depuis l'époque de son origine jusqu'au point où ils étaient arrivés, M. Chelius ne douta pas un instant de l'existence d'un rétrécissement organique de l'œsophage, ce qu'il put d'ailleurs constater par une exploration de l'organe à l'aide d'une sonde œsophagienne de petit calibre. Il introduisit la sonde par le nez; mais lorsque son extrémité fut parvenue jusqu'au niveau du cartilage cricoïde, elle rencontra un obstacle qui ne permit point de la faire avancer plus loin. Il essaya ensuite une sonde œsophagienne encore plus petite sans plus de résultat. Il ne réussit pas mieux à franchir cet obstacle en se servant d'une sonde urétrale (n° 9); il crut enfin avoir vaincu la difficulté en se servant d'une sonde urétrale plus mince (n° 6), lorsqu'il s'aperçut qu'au lieu de faire des progrès en avant, son bec se repliait et reparaissait dans une direction rétrograde sur la base de la langue.

Cependant après plusieurs essais avec cette dernière sonde, il parvint enfin à franchir l'obstacle, et il reconnut, en faisant avancer ou reculer la tige flexible, la même sensation qu'on éprouve lorsqu'on sent qu'une bougie a pénétré dans un rétrécissement du canal de l'urètre. En voulant tirer la sonde à soi, une légère fraction ne suffit pas, et il fallut recourir à un effort plus considérable. Il laissa la sonde à demeure pendant environ cinq minutes, et quoique l'irritation produite pendant ce temps fût très-considérable, et que la malade éprouvât de fréquens étranglemens et des éructations, on s'aperçut déjà d'un amendement notable à midi, parce que la déglutition était devenue moins pénible, et que des liquides passaient sans difficulté.

Dès lors on introduisit plusieurs jours de suite la sonde n° 6; ensuite, des sondes de plus en plus épaisses, et enfin on passa aux sondes œsophagiennes du plus petit calibre. Comme l'introduction de ces dernières à travers le nez offrait des difficultés, à cause de l'étroitesse assez notable des narines, on les fit passer par la bouche après les avoir munies d'un mandrin en plomb et leur avoir donné toute la courbure nécessaire pour s'engager facilement dans l'œsophage. De cette manière, on arriva graduellement à l'emploi des sondes œsophagiennes les plus épaisses, en produisant successivement une amélioration proportionnelle dans la déglutition, qui s'exécutait à la fin presque sans difficulté. Pour dilater encore mieux l'endroit rétréci, le ramener à son diamètre primitif, et par conséquent prévenir encore plus sûrement les rechutes, on fit usage de la sonde œsophagienne garnie de son dilatateur en ivoire n° 1, et dès que celui-ci put franchir facilement le passage qui avait été étranglé, on le remplaça par le dilatateur n° 2, et on termina avec ce dernier le reste du traitement.

Vers la fin de la cure, on passa un séton à la nuque pour assurer encore davantage, à l'aide d'une dérivation prolongée pendant un certain temps, le succès obtenu à l'aide du traitement mécanique. Vers la fin du mois du mars, la malade quitta Heidelberg avec le conseil de se faire sonder de temps en temps par son médecin avec la sonde munie de son dilatateur. Jusqu'à présent (décembre 1834, le succès ne s'est pas encore démenti.

Obs. II. — M. S..., de M..., âgé de 48 ans, d'une constitution forte, souffrait depuis environ 18 mois d'une gêne en avalant, qui s'améliorait de temps à autre, puis empira de nouveau sans cause connue et s'aggrava au point que des bouchées médiocres ne pouvaient plus être avalées et ressortaient dans la bouche en faisant éprouver au malade une strangulation pénible. Très-souvent il survenait quelque temps après le repas une sensation désagréable dans l'œsophage, accompagnée dans le principe d'un afflux incommode de salive dans la bouche et plus tard d'un étranglement fatigant, pendant lequel les alimens qui avaient été arrêtés dans l'œsophage étaient rendus avec des mucosités très-tenaces. Le malade sentait distinctement que l'obstacle qui s'opposait au passage des alimens se trouvait juste au niveau du cartilage cricoïde. Ce malade ayant eu, il y a environ cinq ans, une syphilis qui avait produit des ulcères au cou et avait été combattue par un traitement mercuriel très-énergique, son médecin présuma que cette difficulté d'avaler pouvait bien dépendre du vice syphilitique, et prescrivit le calomel; plus tard, le sublimé avec des tisanes sudorifiques. Ce traitement n'amena aucune amélioration, pas plus que l'usage du liniment volatil, des vésicatoires, etc.

Lorsque le malade eut recours aux conseils de M. Chelius, celui-ci diagnostiqua un rétrécissement de l'œsophage. Une exploration faite avec une sonde œsophagienne ordinaire confirma aussitôt cette opinion, en ce que le bec de la sonde s'arrêta au niveau du cartilage cricoïde et ne put être poussé plus loin, en employant même une pression assez forte. Avec une sonde plus mince, on réussit à franchir l'obstacle sans difficulté notable. Le chirurgien laissa cette sonde en permanence pendant environ dix minutes, et aussitôt après il y eut une amélioration marquée dans la déglutition. On se servit ensuite pendant plusieurs jours d'une sonde mince, que l'on remplaça graduellement par de plus épaisses.

Par là la déglutition s'améliora de jour en jour, au point que des bouchées assez grandes et assez consistantes pouvaient être avalées sans difficulté. Pour obtenir une dilatation plus grande encore dans l'endroit où se trouvait la coarctation, on eut recours pendant huit jours au dilatateur n° 1, et puis encore pendant huit jours au dilatateur n° 2, et plus tard, pendant environ deux mois, on ne l'introduisit plus que tous les quinze jours. Le malade a quitté Heidelberg il y a environ deux ans et demi, et depuis ce temps il n'a plus éprouvé la moindre difficulté en avalant.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 septembre.

Acide carbonique liquéfié.

M. Thilorier écrit à l'Académie pour lui apprendre que les phénomènes qu'il avait annoncés relativement à l'acide carbonique liquéfié, peuvent être maintenant vérifiés par la commission qui a été désignée à l'époque de sa première communication. Il expose le résultat de quelques unes des observations qu'il a faites sur ces propriétés de ce liquide.

Dilatation.—Ce gaz liquéfié présente le fait étrange et paradoxal d'un liquide plus dilatable que les gaz eux-mêmes; de 0° à +30, son volume s'augmente de 20 à 29, c'est-à-dire qu'à 30° cent., la quantité dont le volume s'est accru est égale, à peu de chose près, à la moitié du volume que ce liquide présentait à 0°; en un mot, sa dilatation est quatre fois plus grande que celle de l'air qui, de 0° à +30° cent., ne se serait dilaté que de 30/267, tandis que la dilatation de l'acide carbonique liquéfié ramenée à la même échelle, est de 116/267.

Vaporisation. Si l'on élève la température d'un tube renfermant une tranche d'acide carbonique liquéfié, ce liquide entre en ébullition, et l'espace vide qui existe au-dessus du liquide est saturé d'une quantité de vapeur d'autant plus grande que la température est plus élevée. A +30 cent., la quantité de liquide à 0 nécessaire pour saturer l'espace vide, est représentée par une tranche de liquide égale au tiers de l'espace dans lequel s'est opérée la vaporisation. A 0°, la tranche du liquide est seulement de 1/12 de l'espace saturé.

Pression.—De 0° à +30° cent., la pression de la vapeur fournie par le gaz liquéfié s'élève de 36 atmosphères à 73, ce qui donne une atmosphère d'augmentation pour chaque degré centigrade. Une observation essentielle, c'est que le poids ou la densité de la vapeur s'accroît dans une proportion beaucoup plus grande que la pression, et que la loi de Mariotte n'est plus applicable dans les limites de la liquéfaction. Si on prenait pour base de la pression la densité de la vapeur, la pression à +30° cent. serait égale à 130 atmosphères, tandis que le manomètre n'accuse réellement que 73 atmosphères.

Pesanteur spécifique.—Le gaz liquéfié dont la pesanteur spécifique à 0° est de 0,83 (l'eau étant prise pour 1,00) présente le phénomène unique d'un liquide qui de —20° à +30° cent., parcourt l'échelle des densités depuis 0,90 jusqu'à 0,60.

Action sur les corps.—L'acide carbonique liquéfié est insoluble dans l'eau, avec laquelle il ne se mêle pas; il l'est également dans les huiles grasses. Il est soluble en toute proportion dans l'alcool, l'éther, l'huile de naphte, l'huile essentielle de térébenthine et le carbure de soufre.

Il est décomposé à froid avec effervescence par le potassium. Il n'exerce aucune action sur les métaux des six dernières classes. Il n'attaque pas sensiblement le plomb, l'étain, le fer, le cuivre, etc.

Refroidissement subit à l'état gazeux. Lorsqu'on dirige un jet d'acide carbonique liquide sur la boule d'un thermomètre à l'alcool, il y a un abaissement rapide qui va jusqu'à —90° cent., mais les effets frigorifiques ne répondent pas à cet abaissement de température, ce qui s'explique par le défaut presque absolu de conductibilité et le peu de capacité calorique des gaz. Ainsi l'intensité du froid est énorme, mais la sphère d'activité est bornée en quelque sorte au point de contact; la congélation du mercure n'a lieu que pour des quantités fort petites, et si on expose le doigt au jet du liquide, on éprouve bien une sensation de brûlure très-vive, mais l'effet se borne en quelque sorte à l'épiderme.

Si les gaz, poursuit M. Thilorier, ont peu d'efficacité pour la production du froid, il n'en est pas de même des vapeurs dont la conductibilité et la capacité caloriques sont beaucoup plus grandes. J'ai donc pensé que, si un liquide permanent, l'éther, par exemple, pouvait être mis dans les mêmes conditions d'expansibilité que les gaz liquéfiés, on obtiendrait un effet frigorifique beaucoup plus grand que celui qu'on obtient par le moyen de l'acide carbonique liquéfié.

Pour atteindre ce résultat, il s'agissait de rendre l'éther capable d'expansion subite, ce qui s'obtient facilement en le mêlant avec l'acide carbonique liquide, dans lequel il se dissout, comme il a été dit, en toute proportion. Dans cette combinaison l'éther a cessé d'être un liquide permanent; il est devenu expansible comme un gaz liquéfié, tout en conservant ses propriétés comme vapeur, c'est-à-dire la conductibilité et la capacité pour le calorique.

Les effets produits par un chalumeau alimenté par ce mélange sont très remarquables. Peu de secondes suffisent pour congeler 50 grammes de mercure dans une capsule de verre. Si l'on expose son doigt au jet qui s'échappe du chalumeau, la sensation est tout-à-fait intolérable et semble s'étendre beaucoup plus loin que le point en contact avec le jet de liquide.

M. Thilorier se propose de répéter ces dernières expériences en substituant à l'éther le carbure de soufre.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR L'AFFECTION CALCULEUSE; PAR M. CIVIALE.

M. Double lit sur ce travail un rapport que nous reproduisons tout entier dans ce numéro (Voir aux travaux originaux.)

M. Thénard demande la parole. Par ce que vous venez d'entendre, dit-il, et par le seul énoncé de ce fait que M. Civiale a réuni, comparé, disposé dans un ordre méthodique, plus de cinq mille cas bien constatés relatifs à l'affection dont il s'occupe, vous pouvez juger quelle est l'importance de ses recherches. Je demande dans l'intérêt de la science, dans l'intérêt de la question, que le travail de M. Civiale soit inséré dans le *Recueil des savans étrangers.*

Cela est indispensable pour que ces documens réunis avec tant de peine ne soient pas perdus, car il est évident qu'on ne peut espérer les voir paraître dans des recueils mensuels, tels que les Annales de physique et de chimie, ou les journaux de médecine. Je n'imagine pas que personne songe à m'objecter la dépense; l'Académie a les fonds nécessaires pour la supporter, et ne saurait, suivant moi, en faire un meilleur usage qu'en assurant la conservation d'un travail qui, peut-être, ne pourrait être recommencé de long-temps. Quand bien même, comme on vous l'a donné à entendre, quelques-unes des conséquences du travail pourraient être combattues avec succès, il n'en résulterait pas moins que la publication des documens présentés par M. Civiale, ne soit très-important pour l'élucidation de la question. Je demande donc qu'on imprime le mémoire, et je demande aussi qu'on imprime le rapport.

M. Duméril. Je demande qu'on se contente d'imprimer le rapport qui offre l'extrait d'un travail trop volumineux pour être imprimé en entier. (M. Duméril soulève en même temps la liasse des documens présentés, laquelle forme presque un pied cube de papier.)

M. Thénard. Si j'avais été comme M. Duméril placé auprès du rapporteur, j'aurais déjà montré à l'Académie cette masse de documens, fruit de cinq années de pénibles recherches, pour lui prouver qu'elle seule a les moyens d'en assurer la conservation.

M. Double. Je crois que si j'avais pu m'entretenir une demi-heure avec M. Thénard, il n'aurait pas fait cette proposition que je suis forcé de combattre. Les documens dont on demande l'impression ne présentent pas la perfection, les détails, l'authenticité qu'on pourrait exiger, de sorte qu'il ne serait, suivant moi, ni dans l'intérêt de la dignité de l'Académie, ni dans celui de l'élucidation de la question, d'imprimer ces matériaux dans l'état où ils nous ont été remis. Les commissaires, dans leurs conclusions, ont engagé l'auteur à étendre, à perfectionner son travail; c'était assez indiquer qu'ils ne le croyaient pas mûr pour la publication. Quant à moi, chargé de faire le rapport, je puis dire que j'ai examiné ce travail avec une grande attention, et que, depuis six mois, je m'en suis occupé chaque jour. J'ajouterai que je suis partisan de la lithotritie, et que j'y aurais recours plutôt qu'à la taille si je devenais calculeux; qu'enfin j'aime l'auteur du travail, de sorte que mon jugement, qui n'est ni formé à la légère ni influencé par des préventions défavorables, doit peut-être avoir quelque poids dans cette discussion.

M. Arago. Je ne connais point le mémoire de M. Civiale, et je ne prétends point décider ici jusqu'à quel point il serait désirable qu'il fût imprimé en entier; mais je crois qu'il serait très utile que les nombres qu'il renferme fussent conservés, ces nombres n'ayant pu être recueillis qu'avec beaucoup de peine, et l'auteur étant favorisé par des circonstances toutes particulières qui ne se trouveraient peut-être pas de long-temps chez ceux qui voudraient plus tard recommencer le travail.

La publication, après tout, ne serait pas si volumineuse, et je suis convaincu que si les tableaux étaient bien rédigés, ils pourraient être renfermés dans trente ou quarante pages. L'Académie pourrait charger quelques-uns de ses membres de cette rédaction. Ainsi voilà une objection écartée; quant à celle qu'on fonderait sur le défaut d'exactitude dont quelques uns des résultats pourraient être entachés, je dirai que si cette difficulté vous arrêtait, il ne faudrait pas publier un seul tableau statistique. Le bureau des longitudes publie tous les ans des tableaux du mouvement de la population en France, tableaux formés à l'aide des matériaux fournis par le gouvernement. Eh bien! dans la dernière séance, M. de Montferrand vous a montré que plusieurs de ces documens contenaient d'inconcevables erreurs. La publication des tableaux extraits du travail de M. Civiale sera utile, même en supposant que ces tableaux contiennent des erreurs assez nombreuses, car elle fera nécessairement surgir de nouvelles indications, et peu à peu ce qu'il y avait d'erroné dans les résultats sera réformé.

M. Double. Evidemment ces tableaux ne peuvent pas être imprimés tels qu'ils sont, et quand même on donnerait aux nombres une autre disposition, ces nombres ne sont pas comparables entre eux, parce que les différens cas qui y figurent comme autant d'unités n'ont pas réellement la même valeur, n'offrant ni la même importance ni le même degré d'authenticité.

M. Arago. Les faits ont tout le degré d'authenticité qu'on peut espérer d'obtenir en pareil cas, ayant été recueillis par les plus célèbres médecins; d'ailleurs la commission, en les publiant, fera toutes les réserves qu'elle croira nécessaires.

M. Double. On a dit qu'il faudrait que le travail de M. Civiale, avant d'être publié, fût l'objet d'une nouvelle rédaction. Cette rédaction me semble impossible.

M. Arago. Quelle difficulté y a-t-il à faire un résumé?

M. Double. Le résumé est dans le rapport.

M. Arago. Je désire quelque chose de plus que ce qu'il y a dans le rapport.

M. Libri. Je demande l'ajournement de l'impression. Les conclusions des commissaires n'ont rien de décourageant pour M. Civiale: on l'engage à continuer à perfectionner son travail; qu'il persiste, et plus tard son travail deviendra probablement digne de l'impression.

J'entends dire que, si l'auteur n'est pas encouragé maintenant, il ne poursuivra pas ses recherches, tant pis pour lui, tant pis pour celui qui quitte son œuvre avant d'y avoir mis la dernière main.

M. Thénard. Ainsi l'Académie dira à un homme: vous avez travaillé cinq ans sans relâche; eh bien! travaillez encore, et nous verrons si nous vous devons des encouragemens. Non, c'est un des beaux priviléges de l'Académie, de pouvoir encourager le travail avant qu'il ait complètement porté ses fruits; elle doit le faire dans le cas de M. Civiale. Ce n'est pas son indulgence que je réclame, le travail n'en a pas besoin; et ce n'est que justice d'empêcher qu'il soit perdu.

M. Arago demande qu'on adjoigne à la commission de nouveaux membres qui examineront comment le travail de M. Civiale peut être rédigé en tableaux.

M. Thénard propose que les deux secrétaires perpétuels se chargent de ce soin. On ne décide rien à cet égard; cependant l'impression après une nouvelle rédaction est mise aux voix et adoptée.

DISTINCTION ENTRE LA COMBINAISON ET LE MÉLANGE, AU MOYEN D'INDICATIONS FOURNIES PAR LES PHÉNOMÈNES D'OPTIQUE, par M. Biot.

Lorsque j'ai appelé l'attention des chimistes sur les propriétés moléculaires de l'acide tartrique dissous dans l'eau, j'avais reconnu que cette question, en apparence si simple, touchait aux fondemens mêmes de la chimie mécanique par sa connexité avec cette autre question beaucoup plus générale, de savoir si les combinaisons chimiques s'opèrent toujours et uniquement suivant des proportions définies de nombres atomiques séparés par des intervalles discontinus; ou si, en donnant une complète liberté de distribution aux molécules dans l'état de solution, par exemple, il peut se former en outre des combinaisons en proportions continuement progressives.

Pour attaquer ce second problème avec quelque apparence de succès, il fallait, parmi les produits dont les molécules complexes agissent sur la lumière polarisée, en trouver un formé de principes constituans si faiblement unis qu'on pût graduer lentement l'effort de leur affinité mutuelle, et qu'en même temps ces principes fussent assez fixes pour pouvoir être retirés à tout instant de la combinaison sans être altérés. Ces conditions m'ont semblé pouvoir se réaliser par l'union spontanée de l'acide tartrique avec l'acide borique dans l'eau, à la température ordinaire, et l'étude de ce genre de combinaison, suivi depuis un mois par des expériences réitérées, m'a fourni une série de faits de mécanique chimique que je vais indiquer brièvement.

L'acide borique dissous dans l'eau n'agit pas sensiblement sur la lumière polarisée; l'acide tartrique dissous agit, mais suivant une loi qui lui est spéciale, tandis que ses combinaisons avec les autres substances, même avec l'acide borique, exercent la polarisation circulaire suivant une autre loi qui est commune à tous les corps doués de ce genre d'action. Lorsque l'acide borique et l'acide tartrique sont mis en présence dans un milieu diaphane où l'on a d'abord étudié leurs effets isolés, la déviation totale que la solution imprime à un rayon polarisé est la somme des déviations exercée par la combinaison qui a pu se former, et par la portion d'acide tartrique dissous qui a pu rester libre; car les rotations des substances simplement mélangées ne font jamais que s'ajouter ou se soustraire. Ces sommes étant donc observées pour un grand nombre de solutions des deux acides, faites en proportions pondérables exactement connues, on comprend que

la marche de leurs valeurs successives peut montrer s'il y a combinaison, et déceler le mode défini ou progressif suivant lequel elle se fait.

Considérons d'abord ainsi deux solutions aqueuses séparées, l'une d'acide tartrique seul, l'autre d'acide borique, en proportions telles qu'elles puissent exister individuellement liquides, à la température où l'on opère, par exemple à celle de 15 ou 16° cent. qui a lieu actuellement. Si l'on mêle ces deux solutions, on peut prouver de diverses manières que les deux acides se combinent instantanément l'un avec l'autre, comme feraient un acide et un alcali. Le même résultat s'obtient si l'une des deux solutions acides seulement étant formée, on y introduit l'autre acide à l'état solide. La dissolution de celui-ci s'opère progressivement, sous l'influence de l'état chimique et du pouvoir dissolvant de l'eau, jusqu'au terme que les conditions actuelles du système admettent.

Maintenant, pour voir la progression de ce genre d'effet, composons une solution aqueuse d'acide tartrique exactement dosée dont la quantité suffise à toute une série d'expériences; puis, prenant un poids connu de cette solution, et toujours un même poids, introduisons-y successivement des quantités d'acide borique qui soient d'abord un centième du poids de l'acide tartrique, puis deux centièmes, trois centièmes, et ainsi de suite, autant que le système pourra en contenir à la même température sans se précipiter. Ces dispositions faites, la combinaison des deux acides s'opérera nécessairement en proportion progressive ou en proportion définie; c'est-à-dire, on pourra concevoir que chaque centième d'acide borique introduit se distribue également à toute la masse de l'acide tartrique, formant ainsi une combinaison uniforme non saturée; ou bien chaque centième d'acide borique s'unira fixément à la proportion définie d'acide tartrique nécessaire pour saturer complètement son affinité, et laissera le reste de cet acide libre, ou à l'état de dissolvant de la combinaison.

Je ne sais si la chimie possède actuellement des méthodes qui puissent faire connaître lequel des deux cas a lieu.

Mais on peut les discerner d'après le mode et les progrès des rotations que les solutions ainsi formées impriment à la lumière polarisée. Il suffit pour cela de leur appliquer les lois et les formules de ces rotations, telles qu'elles ont été données dans le tome XIII des *Mémoires de l'académie*, et heureusement cette application est très-simple; car si la combinaison se forme en proportion définie, il y a une certaine fonction que les observations déterminent, et qui doit croître proportionnellement au rapport de l'acide borique à l'acide tartrique introduits. Il suffit donc de calculer les valeurs successives de cette fonction pour les diverses proportions d'acide borique employées, et de voir si elles se construisent par une ligne droite, ce qui est un caractère aussi simple à reconnaître que facile à constater avec certitude sur des expériences faites exactement. Une autre épreuve également facile consiste à mêler ensemble deux dissolutions tartro-boriques observées, où l'acide tartrique soit en excès, et à voir par la rotation que leur mélange produit si elles ont ou si elles n'ont pas réagi mutuellement l'une sur l'autre; car dans le cas d'une saturation définie, il ne doit y avoir entre elles aucune réaction, aucune du moins qui pût être continuement progressive.

Les résultats de ces deux épreuves s'accordent, et je suis parvenu ainsi à résoudre nettement la question. J'avais d'abord projeté d'en insérer la solution dans le mémoire que je me suis engagé à lire au commencement de décembre sur les solutions aqueuses de l'acide tartrique; mais le champ de recherches s'est agrandi devant moi, car il me faut maintenant étudier de même l'action exercée sur l'acide tartrique par des bases puissantes, telles que la potasse, la soude, l'ammoniaque en doses progressivement graduées.

Il me faudra aussi examiner les combinaisons de ce même acide avec les sels neutres, dont il suspend ou dissimule les affinités habituelles. Cette influence est en effet analogue à celle que l'alcool exerce sur l'acide tartrique lui-même, en l'empêchant de décomposer les carbonates, comme M. Pelouze l'a découvert, et cet habile chimiste a constaté à ma prière que l'esprit de bois a le même pouvoir. Or, ces derniers phénomènes, tout extraordinaires qu'ils paraissent, se ramènent aisément par mes expériences aux lois générales de la chimie. Mais l'étude expérimentale et numérique de ces réactions demandera du temps. C'est pourquoi j'ai cru devoir me borner à indiquer seulement ici aux chimistes ces diverses questions d'affinité que les méthodes optiques m'ont permis de résoudre, pour relever peut-être un peu aussi à leurs yeux l'utilité de la première question que je leur ai proposée; car s'ils en trouvent la solution par leurs procédés, il sera très-intéressant de comparer les conclusions déduites de voies aussi différentes, et si au contraire les réactions invisibles qui s'opèrent sans aucun changement apparent, dans des dissolutions diaphanes, étaient inaccessibles à leurs recherches, peut-être trouveraient-ils dans cet exemple un motif suffisant pour étudier d'après les caractères tirés de la polarisation circulaire, pour peser exactement la valeur des indices qu'ils donnent sur l'état moléculaire actuel des corps; et alors le but que je me suis proposé sera complétement atteint.

STRUCTURE ET RAPPORTS DU CORDON OMBILICAL.

M. Flourens lit sur cette question un troisième mémoire dans lequel il considère le cordon chez les oiseaux et les poissons.

Sous le rapport de la structure, cette partie dans les poissons présente déjà des différences avec ce qu'on a vu exister chez les mammifères. La première et la principale est que l'amnios, au lieu d'accompagner le cordon dans toute son étendue, se replie brusquement des bords de l'ouverture ombilicale, et revient immédiatement sur lui-même pour envelopper le fœtus. Les élémens vasculaires n'étant plus revêtus dans toute leur étendue par l'amnios, sont plus séparés les uns des autres, et l'ouverture ombilicale étant elle-même plus libre, se prête plus facilement à la pénétration du sac vitellin dans l'abdomen, pénétration qui doit s'effectuer vers l'époque de l'éclosion chez l'oiseau, et n'a jamais lieu chez le mammifère.

Quant aux rapports du cordon avec le fœtus, les différences chez l'oiseau, comparé au mammifère, sont aussi très-importantes. L'amnios chez celui-là part bien, comme chez l'autre, du pourtour de l'ouverture ombilicale, mais ce n'est plus avec une seule des couches de l'abdomen qu'il se continue, c'est avec toutes; aussi tandis que l'amnios du mammifère ne répond qu'au derme et à l'épiderme, celui de l'oiseau répond de plus au tissu cellulaire sous-cutané abdominal, aux muscles abdominaux et au péritoine. Les rapports des autres parties sont bien connus, et il suffit de rappeler que la membrane propre du jaune se continue avec l'intestin, l'allantoïde avec le cloaque, les vaisseaux omphalo-mésentériques et ombilicaux avec les vaisseaux propres du fœtus.

L'auteur met sous les yeux de l'Académie plusieurs préparations qui viennent à l'appui de ses assertions.

Un premier résultat qui se déduit de ces observations, c'est que le cordon ombilical de l'oiseau, comparé à celui du mammifère, est plus simple, et se réduit presque aux seuls *élémens vasculaires*. Un second non moins important, c'est que dans l'oiseau, comme dans les mammifères, toutes les parties de l'œuf se continuent avec des parties données du fœtus, en sorte que l'œuf et le fœtus ne sont, comme il a été dit dans le précédent mémoire, que deux parties, ou plutôt que deux systèmes de parties d'un même être, mais systèmes dont la durée vitale n'est pas la même. Considérées de ce point de vue, toutes les parties de l'œuf ne constituent donc au fond que des *organes temporaires du fœtus*, organes qui servent à sa digestion, comme le *vitellus*; à sa respiration, comme l'*allantoïde*, jusqu'à ce que ses organes propres, son *canal digestif* et ses *poumons* puissent remplir eux-mêmes ces fonctions; comme on voit la *queue* et les *branchies* du têtard subsister tant que ses poumons et ses pattes ne sont pas assez développés, et disparaître dès qu'ils le sont.

L'auteur passe ensuite à la détermination des rapports de l'œuf et du fœtus dans la classe des poissons. On sait déjà depuis quelque temps, et surtout depuis les grands travaux de Cuvier sur la structure comparée de l'œuf dans les diverses classes, que l'œuf des poissons est beaucoup plus simple que celui des vertébrés aériens. Ainsi, quant aux membranes, il n'en présente que trois: l'une qui enveloppe tout l'œuf, c'est-à-dire le fœtus et le jaune; une seconde, née du pourtour ombilical et qui enveloppe le jaune seul et non le fœtus; une troisième, placée sous celle-ci, qui est la *membrane propre du jaune*, la membrane *vitelline* ou *ombilicale*. Or, de ces trois membranes la première seule n'a point de rapport avec le fœtus; la seconde, composée de deux lames, se continue par l'externe avec la peau, et par l'interne avec le péritoine, la troisième se continue avec l'intestin. Tels sont les rapports de l'œuf et du fœtus dans les poissons.

On voit qu'un fait général, celui de la continuité de l'œuf et du fœtus, se montre et domine partout, dans les mammifères comme dans les oiseaux, dans les oiseaux comme dans les poissons. Mais il est aise de voir aussi que chacune de ces classes n'en a pas moins ses rapports caractères déterminés.

Ainsi le chorion, qui dans l'homme, et autant que l'auteur a pu le juger par la dissection du seul fœtus qu'il ait pu se procurer, dans les quadrumanes, accompagne le cordon et se continue avec le fœtus, demeure au contraire étranger à ce cordon et au fœtus dans les quadrupèdes et dans les oiseaux.

En second lieu, l'amnios qui accompagne le cordon dans tous les mammifères, ne l'accompagne plus, ou du moins l'abandonne dès son origine dans les oiseaux. Mais dans tous ces animaux, mais dans les mammifères comme dans les oiseaux, l'amnios se continue avec le fœtus, et c'est là son trait essentiel et caractéristique dans l'une comme dans l'autre de ces deux classes.

Quant aux poissons, on sait qu'ils n'ont point de véritable amnios; car, d'une part, la membrane extérieure de l'œuf y embrasse tout à la fois le fœtus et le jaune ou vitellus, et ne s'y unit point au fœtus; et de l'autre, la seule membrane qui y naisse du pourtour de l'ouverture ombilicale, et qui par là du moins y réponde à l'amnios dans les deux autres classes, est celle que nous avons vu former la membrane la plus extérieure du jaune.

Si donc, dit en terminant M. Flourens, l'on réfléchit que le *têtard des batraciens* n'a point d'amnios, ou du moins que, comme l'a fait remarquer Carus, il n'en a d'autre que cette première peau qui tombe à l'époque de sa métamorphose; si l'on ajoute que le fœtus des mollusques céphalopodes, de la seiche, par exemple, n'a pas non plus de véritable amnios, du moins de membrane qui se continue avec le fœtus et qui n'enveloppe que lui; si l'on considère enfin que, d'après la grande loi établie par M. Cuvier, l'allantoïde ou l'organe temporaire de respiration manque dans tous les animaux qui ont des branchies, peut-être sera-t-on conduit à cette conclusion qui, si elle était suffisamment vérifiée, serait si importante, savoir: qu'un véritable amnios ne se trouve que là où se trouve une allantoïde.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 26 SEPTEMBRE 1835.—*Présidence de M. Louyer-Willermay.*

DE L'ÉPISIORAPHIE DANS LES CAS DE CHUTE DU VAGIN ET DE LA MATRICE, par M. FRICKE, de Hambourg.

M. Renauldin donne lecture de ce mémoire adressé à l'Académie par M. Fricke, chirurgien en chef de l'hôpital de Hambourg. Le bureau propose pour commissaires MM. Bricheteau, Renoult et Velpeau.

M. VELPEAU fait observer que la substance de ce mémoire a été publiée par divers journaux allemands; et reproduite dans son numéro du jour par la GAZETTE MÉDICALE.

La commission sera chargée d'éclaircir ce fait (1).

Nous avons en effet publié le procédé de M. Fricke avec tous les détails qui se retrouvent dans ce mémoire; mais nous n'avions rapporté à l'appui qu'une observation: et le travail lu à l'Académie en contient deux autres, que nous croyons devoir reproduire.

OBS. I. — M. C. M. B..., servante, 28 ans, entra à l'hôpital le 15 janvier

(1) L'observation de M. Velpeau ayant produit dans l'Académie une sensation fâcheuse pour l'auteur des deux mémoires ci-joints, nous croyons devoir ajouter que ces mémoires ont été adressés à M. Amussat, pour être communiqués à l'Académie, dès le mois de mai 1834; nous avons eu entre les mains la lettre d'envoi. Des retards dépendant de la voie de transport choisie par M. Fricke, la maladie de M. Amussat, et enfin l'encombrement des travaux présentés à l'Académie, expliquent comment ils ont été lus si tard.

1832. Elle avait toujours été bien portante, et huit ans auparavant avait heureusement relevé de couches.

Depuis six mois elle avait éprouvé une chute du vagin et de la matrice avec douleurs vives aux reins, aux cuisses et aux environs du bassin. Elle continua ses occupations; toutes les fonctions étaient régulières, seulement l'écoulement de l'urine était douloureux. La chute augmenta tellement qu'elle ne pouvait travailler sans fortes douleurs.

Nous trouvâmes une partie du vagin sortie de tous côtés, dépassant d'un pouce la *rima pudendorum*. Les parties saillantes étaient dures et gonflées, mais peu enflammées et peu douloureuses au toucher. La matrice était immédiatement derrière la fente, son orifice plus en arrière; elle était un peu inclinée en avant; toutes ces parties rentraient aisément, si la malade était couchée horizontalement; mais elles sortaient aussitôt qu'on cessait de les repousser. Les couches qui avaient précédé, la largeur du bassin et un travail pénible étaient très-probablement la cause de l'étendue du mal.

La malade fut couchée horizontalement, et on fit préalablement des injections astringentes dans le vagin.

Le 17 janvier, un pessaire fut introduit, et la malade maintenue dans la position horizontale. Le pessaire, trop petit, était sorti du vagin, de sorte que le 25 janvier il fallut en introduire un plus grand, qui fut véritablement en état de retenir la chute.

La malade se plaignait peu de douleurs les premiers jours après l'introduction du pessaire; mais quinze jours après il se manifesta un écoulement considérable accompagné de douleurs aiguës dans le vagin. Des recherches attentives firent découvrir dans la partie supérieure du vagin deux abcès considérables d'où sortait beaucoup de pus. Le vagin était très-douloureux au toucher. L'écoulement des glaires vaginales était fort abondant et répandait une odeur insupportable; on retira le pessaire et on y substitua des bandages; on fit des injections d'eau de saturne.

Le 17 février, les abcès étaient presque guéris; on introduisit dans le vagin une éponge imbibée d'une décoction d'écorce d'ormeau.

Le 3 mars, les abcès étaient entièrement cicatrisés; on réitéra les essais avec des pessaires de forme et de grandeur diverses, mais aucun ne retenait parfaitement la chute, ou s'ils remplissaient ce but, il se faisait instantanément des écoulements considérables d'une matière sale et puante; de sorte que la malade ne voulut plus se soumettre à ces applications. Nous nous décidâmes à employer l'*épisioraphie.*

La malade couchée horizontalement, on repoussa la chute, et on introduisit dans le vagin, pour la retenir, une éponge de la grosseur d'un œuf de poule. Un lambeau de deux pouces et demi de longueur fut détaché des grandes lèvres par le procédé ci dessus; les artères furent tordues et dix points de suture suffirent pour la réunion de la plaie. A la partie supérieure du vagin, il resta une ouverture d'un pouce de diamètre. La malade fut ensuite transportée dans son lit, couchée sur le côté, le bassin un peu élevé et les genoux liés ensemble avec un mouchoir. On prit le soin de couvrir la plaie de compresses imbibées d'eau de Goulard et souvent renouvelées.

Le 11 mars, la malade avait éprouvé pendant la nuit quelques douleurs dans la plaie; du reste, son état était satisfaisant. L'urine fut évacuée à l'aide d'une algalie, et, pour faciliter les selles, on ordonna un lavement; l'incision était encore réunie.

Le 16 mars, la plaie était si bien réunie, à l'exception d'une petite partie près du frénulum, qu'on pouvait enlever les fils ainsi que l'éponge qui fut retirée du vagin avec beaucoup de précaution, à l'aide d'une pince à polypes; par l'ouverture supérieure on fit des injections avec une infusion de camomille mêlée d'eau de Goulard, et la plaie fut recouverte de compresses imbibées de ce liquide auquel on ajouta de l'esprit-de-vin. La réunion se consolida peu à peu, et il ne resta plus qu'une ouverture à la partie inférieure, dans laquelle on pouvait à peine introduire le petit doigt. Présumant que cette petite ouverture pourrait permettre à la chute de se reproduire, nous fîmes de nombreux essais pour en opérer la clôture par de nouveaux points de suture, mais en vain.

Nous fîmes donc lever la malade, et nous observâmes que la réunion des lèvres, large de trois doigts, suffisait entièrement. La malade quitta l'hôpital pour se marier bientôt après.

Obs. II. C. K..., servante, âgée de 28 ans, entra à l'hôpital le 28 juin 1833. Elle souffrait depuis un an d'une chute utérine et vaginale, suite de couches. Elle n'avait employé aucun remède; le mal avait augmenté, et s'accompagnait d'un écoulement considérable. Les douleurs l'empêchèrent alors de se livrer à ses travaux. L'examen montra un écoulement abondant; la matrice et le vagin étaient sortis de la vulve. Il était facile de les repousser, mais ils reparaissaient au moindre mouvement. Les pessaires causaient de la douleur sans retenir suffisamment la chute. On proposa l'épisioraphie, qui fut acceptée et eut lieu le 1er juin 1833.

On sépara des deux grandes lèvres, en commençant par le haut et en avant, vers le bas et en arrière, jusqu'à la commissure postérieure, un lambeau de peau de la largeur de deux doigts. Une seule artère fut tordue, l'utérus repoussé, les bords de l'incision réunis par la suture, la malade couchée sur le côté, les cuisses rapprochées du ventre et les genoux liés. Je prescrivis des compresses imbibées d'eau de Goulard à la glace.

Le 2 juillet, les bords de la plaie étaient un peu gonflés; les compresses furent enlevées, et l'on se contenta d'injections d'eau de Goulard.

Le 3, les fils, à l'exception d'un seul, furent enlevés, et l'on trouva la plaie réunie. C'était le fil suspenseur qui resta encore en place. La malade fut maintenue dans la position horizontale, et les injections d'eau de Goulard furent continuées.

Le 4 juillet, le dernier fil fut retiré, et la plaie se trouva parfaitement cicatrisée: on permit à la malade de se lever.

Le 4 août, elle marchait sans la moindre difficulté, et pouvait se livrer à ses travaux; elle ne fut retenue à l'hôpital que pour l'observer plus long-temps.

Le 19 septembre elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

DE LA GUÉRISON RADICALE DU VARICOCÈLE, par le docteur FRICKE.

Dans le varicocèle, souvent léger, quelquefois grave, il se présente des cas, dit l'auteur, où le salut physique et moral d'un homme peut dépendre de la guérison de cette affection, même par la perte des testicules. Il indique ensuite les deux procédés usités, dont l'un a pour but d'oblitérer le calibre des veines dilatées, l'autre d'interrompre le cours du sang par l'occlusion de l'artère spermatique.

Ces deux procédés se réduisent à appliquer une ligature aux veines ou aux artères par une incision faite au scrotum. L'auteur rappelle ensuite l'opinion de Celse sur le peu de danger de l'opération; celle de Delpech, qui l'a pratiquée quatorze ans; le procédé nouveau de M. Breschet; mais ce procédé exige une compression forte et continuelle, qui détermine des escarres gangréneuses et contraint à suspendre pour leur donner le temps de guérir.

Pour obvier à cet inconvénient et guérir le varicocèle d'une manière aussi simple et un moins sûre, M. Fricke a eu l'idée de faire passer, à l'aide d'une aiguille ordinaire, un simple fil dans les veines dilatées, comme on le fait pour les varices des jambes. Le fil est retiré après vingt-quatre ou quarante-huit heures, selon le degré de réaction.

L'auteur rapporte ensuite trois observations de guérison par ce procédé sur des hommes de 28, 30 et 38 ans, atteints de varicocèles du côté gauche.

Renvoyé à la même commission.

NOTE SUR UN PROCÉDÉ A L'AIDE DUQUEL ON PEUT PARVENIR A ÉVITER L'OPÉRATION DANS LES CAS DE HERNIE ÉTRANGLÉE, LORSQUE, FAUTE DE POUVOIR EN OBTENIR LA RÉDUCTION, CETTE OPÉRATION EST JUGÉE NÉCESSAIRE; par M. J. SABATIER.

M. Sabatier se donne modestement comme le simple rédacteur de cette note; les faits qu'elle contient appartiennent à un de ses amis, le docteur Koehler, chirurgien de l'hôpital Moïse à Varsovie.

Il y a six ans que le docteur Koehler, appelé près d'un homme de 30 ans qui portait une hernie inguinale étranglée, après avoir essayé tous les moyens de réduction, déclara l'opération urgente. Toutefois, avant d'y recourir, il imagina d'appliquer un verre à boire à larges bords, en manière de ventouse, au-dessus de l'anneau inguinal, et faisant tirer sur la ventouse en même temps qu'il pratiquait le taxis, la réduction s'opéra très-bien. Toutefois, il avait oublié ce cas, lorsque dans un cahier du *Journal d'Hufeland* (juillet 1832), il trouva un article du docteur Busch de Marbourg sur les avantages de la pompe aspirante employée pour la réduction des hernies. Le docteur Busch attribue la priorité de cette application au docteur Charles Hauff, qui en a parlé le premier dans une petite brochure imprimée à Francfort en 1818, ayant pour titre: *De usu ollæ pneumaticæ in arte medicâ.* Le premier succès du docteur Koehler lui revint en mémoire, et il y ajouta plus d'importance encore à la lecture d'un article du docteur Martin (*Baltimore Medical and surg. Journal*, octobre 1833), qui vantait beaucoup le procédé du professeur Genhegan de Dublin, lequel procédé consiste à tirer une plus grande masse d'intestins au dehors pour faciliter la réduction complète de la hernie. Cette idée le frappa; il se souvint que, dans l'opération de la hernie, souvent on parvient à réduire l'intestin sans débrider, lorsqu'après l'avoir mis à découvert on le dégage de l'anneau par quelques tractions immédiates. La pompe aspirante appliquée sur la hernie devait parvenir à ce résultat bien mieux que les doigts, et sans aucune incision préalable; ce fut donc à ce procédé, tout différent comme on voit de celui qu'il avait tenté en premier lieu, que s'en tint désormais M. Koehler. Il l'a appliqué dix-neuf fois, dit-il, avec un plein succès, et trois autres cas également heureux lui ont été communiqués par des confrères auxquels il avait appris ce procédé. M. Sabatier rapporte sept de ces observations, dont nous allons donner une rapide analyse.

Obs. I. — Homme de soixante ans; hernie inguinale gauche datant de neuf années; étranglée depuis trois jours. Le taxis, les saignées, les sangsues, les bains, les topiques froids avaient échoué. M. Kœhler applique la pompe aspirante sur la hernie, fait le vide, non sans causer de très-fortes douleurs au malade; puis la pompe enlevée, il essaie le taxis. Une partie des intestins rentre; deuxième application de la pompe; nouvelle amélioration; troisième application sans perdre de temps; au moment où on enlevait la ventouse, la hernie rentra avec bruit et complètement. Onze jours après, la malade avait repris ses occupations.

Obs. II. — Jeune homme de 20 ans; hernie inguinale gauche, datant de la veille au soir, étranglée dès son apparition. Appelé le lendemain matin, M. Kœhler fait une forte saignée du bras; puis applique la pompe aspirante; une seule application suffit pour la réduction. Le lendemain le jeune homme avait repris son travail.

Obs. III. — Une dame de 70 ans; hernie inguinale gauche, datant de quelques années; durant une diarrhée, une autre hernie inguinale se forme du côté droit et s'étrangle aussitôt. Trois applications de la pompe la firent rentrer; le quatrième jour la malade était parfaitement bien.

Obs. IV. — Homme de 34 ans; hernie inguinale droite, volumineuse, étranglée depuis trois jours. Le 4e jour, on applique la pompe aspirante; réduction; guérison.

Obs. V. — Dame anglaise, 30 ans, hernie inguinale gauche du volume d'une noix, très-dure et douloureuse. On applique trois fois la pompe sans succès; la peau fut même lacérée en quelques endroits où la cloche exerçait le plus grand tiraillement. L'opération est jugée nécessaire; on prescrit cependant un bain et un demi-lavement de tabac. A la suite du lavement, la malade ayant eu une syncope, le docteur Wolf, l'un des consultans, profita de ce moment pour essayer de nouveau le taxis; cette fois la hernie rentra avec facilité.

Obs. VI. — Par le docteur Lebrun, chirurgien en chef de l'hôpital Jésus. —

Homme de 55 ans, hernie inguinale ; trois applications de la pompe ; réduction. Le même chirurgien a réussi dans un cas analogue, en employant un verre à boire au lieu de pompe aspirante.

Obs. VII. — Par le professeur Janikonski — Une dame de 55 ans ; hernie ombilicale du volume du poing ; tous les efforts de réduction inutiles. Une seule application de la ventouse, suivie du taxis, fit obtenir un succès complet.

Comment agit dans ces cas la ventouse ? Lorsqu'on l'a appliquée au-dessus de l'anneau, « on a eu pour but, dit M. Sâbatier, de faciliter le taxis et le refoulement de l'intestin dans la cavité abdominale en élargissant l'ouverture de l'anneau et le diamètre du canal inguinal, au moyen de fortes tractions opérées sur la ventouse appliquée dans ce cas au-dessus et en dehors de la tumeur herniaire. Dans cette circonstance, la réduction s'est effectuée par l'action simultanée et de la pompe aspirante et du taxis. C'est ce procédé qui a été suivi, non seulement par M. Koebler d'abord, mais avant lui par d'autres praticiens.

» Dans le second procédé, qui paraît préférable, c'est l'action seule du vide qui détermine la réduction, et voici comment on peut se rendre compte de ce résultat. Dès que la pression atmosphérique cesse d'agir sur la tumeur, celle-ci tend à se dilater et à remplir le globe dans lequel elle est contenue, et cela d'autant plus qu'une pression plus forte est exercée à la circonférence de la tumeur par la ventouse qui la comprime. Si la hernie est formée par une anse d'intestin, les gaz qu'elle contient trouvant moins de résistance vers la partie de la tumeur renfermée dans la ventouse, s'y dilatent, et contribuent ainsi à donner à la hernie la forme d'un cône renversé dont la base correspond au fond de la ventouse et le sommet de l'anneau... Il arrive ainsi, d'une part, que les parties herniées diminuent de volume au point de l'étranglement, et de l'autre que l'anse intestinale ou toute autre partie pouvant faire hernie se trouve, au niveau de ce même point, dégagée de ses rapports avec l'anneau. Une fois ce point obtenu, une fois vaincue la résistance produite par l'espèce de bourrelet que le gonflement des parties étranglées a formé en avant comme en arrière de l'anneau, les matières liquides et gazeuses rentrent peu à peu dans la cavité intestinale ; alors le gargouillement se fait sentir, et la hernie se réduit d'elle-même en même temps qu'on retire la ventouse, ou sous l'influence de nouvelles manœuvres de taxis, lorsque la ventouse a été retirée.

» Lorsque la hernie ne peut être englobée par la ventouse, on peut appliquer celle-ci le plus près possible de l'ouverture où siége l'étranglement, et pratiquer le taxis en même temps qu'on fait exercer des tractions sur la ventouse, afin de dilater plus ou moins l'ouverture ; ou bien encore, il ne serait pas impossible d'appliquer la ventouse sur l'anneau en laissant en dehors une partie de la hernie, afin d'agir immédiatement sur la portion étranglée. »

MM. Maingault et Amussat sont chargés de rendre compte de ce mémoire.

Mémoire sur le cystocèle vaginal ; par Mme Rondet, maîtresse sage-femme. — M. Devilliers, rapporteur.

Mme Rondet ayant publié son mémoire depuis la lecture de ce rapport, nous aurons occasion d'y revenir dans une analyse spéciale. Nous nous bornerons donc ici à reproduire les vues du rapporteur et la discussion qui a suivi.

Mme Rondet, qui a observé vingt-sept cas de cystocèle, pense que si cette affection est regardée comme si rare, c'est surtout à cause de la répugnance que les femmes éprouvent à se soumettre à l'examen des hommes. Mais trop de femmes se confient aux soins des accoucheurs, pour que cette raison soit valable ; et la commission pense qu'en effet le cystocèle est peu commun ; et puis il est facile de le confondre avec d'autres hernies. Les observations en sont rares. Le docteur Rognetta, dans un opuscule spécial publié en 1832, n'en a rapporté que deux cas ; et la seule dissertation dont la commission ait connaissance sur ce sujet, est une thèse de Raiffer, soutenue à Paris le 9 prairial an 13 ; mais cette thèse offre quelque intérêt, attendu que Raiffer était l'élève de Sabatier, qui accepta la dédicace de la thèse, et que ce sont probablement les idées de Sabatier qui y sont reproduites.

C'est surtout dans les cas de grossesse avec antéversion de l'utérus, que la vessie est plus exposée à faire hernie dans le vagin ; et lorsque pendant le cours de l'accouchement l'urine est restée en assez grande quantité dans la vessie, alors le bas fond de cet organe a la plus grande propension à descendre et à s'engager à la partie supérieure et antérieure de la vulve. Aussi l'accoucheur doit-il toujours s'assurer que cette disposition existe, en pratiquant avec soin le toucher ; et dès qu'il croira avoir reconnu cette tendance, il devra tout faire pour s'opposer à la formation de cette hernie, qui, outre qu'elle complique et entrave le travail de l'enfantement, peut amener plus tard une grave infirmité. Nous croyons, ajoute M. le rapporteur, que pendant le cours d'une longue pratique nous avons prévenu plus d'une fois ces dispositions fâcheuses chez des femmes qui avaient eu un certain nombre d'enfants, mais principalement chez celles dont les tissus étaient naturellement mous ou devenus infiltrés. On doit, en pareille occurrence, chercher à débarrasser la vessie pendant chaque douleur, sans pourtant exercer une trop grande pression qui nuirait à la progression régulière des contractions. Cette manœuvre, que M. Devilliers regarde comme importante, devra être continuée jusqu'à ce que l'orifice utérin soit assez dilaté par les parties de l'enfant qui se présentent, et qui, s'appliquant derrière le pubis et la circonférence de la vulve, fixent la vessie à la place qu'elle doit occuper. Après la sortie du fœtus, il sera nécessaire de s'assurer si les organes en général sont revenus à leur état normal.

La commission propose à l'Académie : 1° d'accorder son approbation au travail de Mme Rondet ; 2° de lui adresser des remerciemens pour les faits nombreux qu'elle a recueillis sur une maladie peu connue.

M. Velpeau demande en quoi madame Rondet a éclairé la nature et le traitement de la maladie en question ? Le cystocèle, affection bien connue, surtout depuis le travail de M. Rognetta, n'est guère qu'un résultat du relâchement des ligamens de la matrice, une complication des déplacemens de cet organe ; or, ici se présente cette question : Les opérations dont tout à l'heure encore s'occupait l'Académie ne seraient-elles pas préférables pour guérir ces prolapsus ? Un tampon pratiqué à la partie antérieure du vagin ne préviendrait-il pas efficacement le retour de la cystocèle ? On pourrait songer aussi à la cautérisation. M. Velpeau termine en rappelant que la femme qu'il a dernièrement opérée par excision présentait une complication de cystocèle.

M. le rapporteur dit que les auteurs sont presque complètement muets sur ce point, tandis que les observations de madame Breton sont nombreuses et ponctuellement exactes.

M. Velpeau. Je n'ai pas prétendu que les observations de ce genre fussent nombreuses dans les auteurs ; j'ai demandé en quoi celles-ci peuvent éclairer, par quelque côté nouveau, une maladie connue. En un mot, je ne vois là rien de bien important, si ce n'est l'approbation qu'on demande à l'Académie pour des pessaires qui ne valent pas mieux que d'autres, et je ne pense pas que l'Académie veuille risquer encore ici de voir son nom compromis. Je demande que la conclusion relative à l'approbation soit supprimée.

M. Devilliers adhère à cette suppression.

M. Desportes rappelle que certains pessaires argentés et dorés, qu'on a vus à l'exposition des produits de l'industrie, sont d'un usage détestable ; leur couche métallique s'en va promptement ; la gomme élastique reste à nu, spongieuse, et s'imprègne de matières fétides.

M. Maingault fait remarquer que, quelle que soit la composition d'un pessaire, il s'altère et devient infect si on ne le retire et le nettoie souvent.

Les conclusions relatives aux remerciemens sont mises aux voix et adoptées.

Séance du 13 octobre. — *Présidence de M. Lisfranc.*

— M. Bonnafous, d'Alger, annonce que, depuis le 12 septembre, quelques cas peu graves de choléra seulement se sont présentés : mais le fléau continue de ravager les tribus de la plaine et de la ville de Blida, qui, sur 5,000 habitans, en a perdu 1,500. Il a aussi fait irruption à Mahon, capitale de l'île Minorque. M. Bonnafous préconise la strychnine contre cette maladie.

— M. Cruveilhier se met sur les rangs pour la place vacante de membre titulaire de l'Académie, section d'anatomie pathologique.

— M. Jomard, de l'Institut, adresse l'extrait des lettres qu'il a reçues de M. Clot-Bey, président du conseil de santé en Égypte, au sujet de la dernière épidémie. Nous en donnerons l'analyse dans notre prochain numéro.

Inutilité des lazarets.

M. Chervin lit, à l'occasion du procès-verbal, les observations suivantes :

« Ayant consulté le mémoire de M. le docteur Simon, de Hambourg, sur lequel il vous a été fait un rapport dans notre dernière séance, j'ai rencontré dans ce mémoire une assertion que je ne crois pas devoir laisser sans réponse.

Suivant ce médecin, « M. Chervin est un de ceux qui croient que la peste n'est pas transportable par les étoffes. Mais pour écarter toute suspicion de préjugé, il déclare n'avoir aucune opinion fondée sur la contagion ou la non-contagion de la peste. » Ce médecin est ici dans l'erreur la plus complète ; je n'écris jamais que ce que je pense. J'ignore, comme je l'ai dit, si la peste est transportable au moyen des étoffes, ou si elle ne l'est pas ; et c'est dans la vue de m'éclairer sur ce point et de faire décider, s'il est possible, cette grande question, que j'ai proposé à M. le ministre du commerce les expériences qui ont fait prendre la plume à M. le docteur Simon, et que j'ai demandé en outre à me soumettre le premier à toutes les épreuves qui seraient jugées nécessaires pour arriver à la solution de cet important problème.

J'ai dit, dans la dernière séance, que la peste a régné nombre de fois en Europe depuis l'établissement des lazarets, et c'est ce que je vais prouver en peu de mots, si l'Académie veut bien m'accorder un moment d'attention.

Suivant M. le docteur Robert, l'époque réelle de la fondation du lazaret de Marseille remonte à l'année 1383 (1) ; et d'un autre côté il est généralement admis que le premier lazaret qui ait été établi contre la peste est celui de Venise, dont la fondation eut lieu par conséquent dans le courant du quatorzième siècle. Eh bien ! nonobstant l'érection de ce prétendu *palladium* de la santé publique, Venise éprouva quatorze pestes dans le quatorzième siècle, onze dans le quinzième, cinq dans le seizième, et une dans le dix-septième. Cette dernière épidémie pestilentielle eut lieu en 1630 (2).

D'après le docteur Bertrand, de Marseille (3), et plusieurs autres écrivains, cette ville a éprouvé vingt fois la peste, savoir : six fois avant l'établissement de son lazaret, en 1383, et quatorze fois depuis cette époque. Outre cela, de nombreuses épidémies de peste ont eu lieu dans d'autres villes de la Provence, telles que Aix, Digne, Martigue et Toulon. D'après un document officiel (4) que le parlement de cette province adressa au roi en 1722, de 1502 à 1664 inclusivement, la Provence a souffert douze fois la peste, et plusieurs de ces épidémies pestilentielles ont eu lieu dans des années où Marseille était heureusement exempte de ce fléau.

Si Venise a plus souffert de la peste que Marseille, si les épidémies de cette redoutable maladie y ont été plus fréquentes que dans cette dernière ville, soit avant, soit après l'établissement du régime sanitaire, cela s'explique très-bien, selon moi, par les causes d'insalubrité qui sont une conséquence nécessaire de la position de Venise, de sa situation au milieu des eaux.

Ainsi il résulte des faits que je viens d'avoir l'honneur d'exposer, que pendant plusieurs siècles les lazarets de Venise et de Marseille, qu'on a considérés comme des établissemens modèles, n'ont point opposé de barrières insurmontables à la peste, puisqu'elle a ravagé maintes fois ces deux villes, malgré l'existence de leurs lazarets et toute la rigueur des mesures sanitaires.

(1) Voyez le *Guide sanitaire des gouvernemens européens*, p. 77 et 807.

(2) Voir le *Rapport adressé à M. le ministre du commerce*, par M. Ségur-Dupeyron, août 1834, p. 12.

(3) *Précis des différentes pestes qui ont affligé Marseille*, dans les pièces historiques sur la peste de 1720, 1721 et 1722 ; t. 1, p. 221.

(4) *Remontrances du Parlement de Provence sur les désordres arrivés dans cette province pendant la durée de la contagion*, dans l'ouvrage cité, t. 2, p. 118.

On m'objectera peut-être qu'à ces époques reculées le régime sanitaire n'était pas aussi perfectionné ni aussi rigide qu'il l'est de nos jours, ou qu'il l'a été depuis que ces deux villes ne souffrent plus de la peste. Je répondrai à cette objection par des autorités et des faits qui me semblent péremptoires.

Le philantrope John Howard fit, en 1786, une quarantaine de quarante jours dans le lazaret de Venise, afin de connaître les mesures de précaution que l'on y prenait contre la peste; et voici comment il s'exprime sur ce sujet :

« Les Vénitiens furent autrefois une des premières nations commerçantes de l'Europe, et les réglemens pour faire la quarantaine dans leurs lazarets sont *sages* et *bons*; mais maintenant, dans presque toutes les parties que j'ai été à même d'examiner, il y a un tel relâchement et une telle corruption, que cela rend la quarantaine presque inutile, et qu'elle n'est guère plus qu'un établissement pour procurer des places à des employés et à des infirmes (1). »

Il est à présumer que les abus dont se plaint Howard étaient déjà anciens lorsqu'il visita le lazaret de Venise, et tout porte à croire qu'ils n'ont point disparu depuis 1786; et cependant depuis 1630 Venise n'a pas éprouvé de peste.

On peut dire aujourd'hui du lazaret de Marseille tout ce que Howard disait, il y a 50 ans, de celui de Venise. J'ai vu de mes propres yeux les abus qui existent dans cet établissement, que l'on regarde comme le *nec plus ultrà* des précautions sanitaires. Je pourrais citer mes observations personnelles, ainsi que celles de plusieurs de mes amis, que des quarantaines répétées ont mis à même de connaître comment les choses se passent dans le lazaret de Marseille; mais je préfère mettre sous les yeux de l'Académie les observations d'un membre de l'intendance sanitaire elle-même. Ce membre est un homme consciencieux, et de plus un zélé contagioniste; ainsi son témoignage ne saurait être suspect.

D'après un mémoire qui fut adressé, en 1831, à M. le ministre du commerce, par M. Alby aîné, qui était à cette époque intendant de la santé, il existe dans le lazaret de Marseille de très-graves abus, sur lesquels l'auteur appelle toute l'attention du ministre. Le chapitre dans lequel les violations des réglemens sont signalées a pour titre :

Des abus qu'à chaque pas l'on rencontre dans le lazaret et ses dépendances; des fraudes et des infractions qui s'y commettent, et qui finiront par introduire la peste dans la ville si l'on n'y met fin.

M. Alby commence l'exposé de ces abus, qu'il a eu le courage de mettre sous les yeux du ministre, par ces mots : « Il paraît que M. le capitaine Dalmas est en position de tout faire au lazaret sans craindre d'être blâmé, et malheur à qui oserait élever la voix contre lui. Eh bien! je l'élèverai toutes les fois que je le prendrai en faute. Je n'ai aucune faveur à attendre de lui, aucune cargaison à placer en lieu choisi; je n'ai à faire sortir ni vin, ni tabac, ni châles, ni tissus, ni rien enfin. » (P. 43.)

Ce passage est très-significatif, et les détails qui suivent ne le sont pas moins; mais je ne les exposerai point ici, pour ne pas abuser des momens de l'Académie. Je dirai seulement qu'il résulte du mémoire de M. Alby, que l'intendance sanitaire a eu des démêlés fort sérieux avec l'octroi de Marseille, par suite de la fraude qui se pratique au lazaret.

Il est évident, d'après ce qui se passe dans les deux premiers établissemens sanitaires d'Europe, que si cette partie n'est pas ravagée de nos jours par la peste, comme elle le fut autrefois, cela doit tenir à d'autres causes qu'aux mesures de précaution que l'on prend dans la vue d'empêcher son importation, et que par conséquent les dépenses et les préjudices causés par ces mesures sont absolument en pure perte pour la société. »

RAPPORT SUR LA NOUVELLE SOURCE D'EAU SULFUREUSE DÉCOUVERTE A ENGHIEN PAR M. LE DOCTEUR BOULAND. — M. BOULAY, rapporteur.

A peine chargé de la direction des eaux minérales d'Enghien, M. Bouland y a découvert une source nouvelle; en conséquence, il a écrit au ministre du commerce pour le prier de faire examiner cette source comparativement avec les anciennes. Le ministre a renvoyé cette demande à l'Académie, qui a nommé pour commissaires MM. Cornac, Maury et Boulay.

Les eaux d'Enghien n'étaient, il y a soixante-dix ans, qu'un faible ruisseau; en 1766, Cotte, curé de Montmorency, ayant cru y reconnaître une nature minérale particulière, en écrivit à l'abbé Nollet, qui communiqua la lettre à l'Académie des sciences; Marquer, chargé de les examiner, y constata la présence d'un foie de soufre terreux, et les comparant aux autres espèces d'eaux sulfureuses déjà connues, les assimila aux eaux d'Aix-la-Chapelle, et surtout à celles de Bagnères et de Saint-Amand. Depuis cette époque, l'analyse en a été reprise par MM. Leveillard et Deyeux, par Fourcroy, qui y signala le premier l'existence d'une matière organique; et enfin par MM. Longchamp, O. Henry et Frémy; en sorte que leur composition est aujourd'hui bien déterminée. On remarque cependant que dans ces diverses analyses, les proportions des principes constituans et spécialement de l'acide hydro-sulfurique, ne sont pas les mêmes; ainsi Fourcroy y avait trouvé, pour 1,000 grammes d'eau, 0 gr. 09 d'acide hydrosulfurique; en 1823 et 1825, on en trouva 0 gr. 063, 0 gr. 064, 0 gr. 085, 0 gr. 88, 0 gr. 0393, 0 gr. 0572, tant combiné que libre. Les méthodes d'analyse employées n'étant pas susceptibles d'induire en erreur en produisant d'aussi notables écarts, c'est donc à des causes étrangères, peut-être à quelque filtration d'eaux ordinaires, que ces variations doivent être attribuées, ainsi que la différence observée encore dans la nouvelle analyse.

Avant de passer aux détails de cette analyse, M. le rapporteur jette un coup d'œil sur l'établissement actuel d'Enghien. La nouvelle source est d'une telle abondance, qu'elle assure le service le plus actif et peut suffire à tous les besoins de l'établissement. Ce qui a surtout attiré l'attention de la commission, c'est l'appareil qui sert à chauffer l'eau sulfureuse, appareil qui donne depuis trois ans les résultats les plus satisfaisans, facilite et accélère le service, et n'altère nullement l'eau sulfureuse.

La commission, assistée de M. O. Henry, chef des travaux chimiques de l'Académie, a recueilli aux trois sources, la Royale, celle de la Pêcherie et la source nouvelle, les quantités d'eau nécessaires pour l'analyse; elle en a également recueilli d'échauffée à 50°. La nouvelle source a offert aux réactifs les mêmes phénomènes que les deux autres; il a été constaté que l'eau chauffée n'avait rien perdu de ses principes sulfureux, et la moyenne de l'acide hydrosulfurique s'est trouvée pour les quatre épreuves de 0 gramme 0343.

Ces résultats, ajoute M. le rapporteur, établissent entre les eaux d'Enghien et les eaux analogues les plus estimées une ressemblance très-grande, si ce n'est une identité absolue; elles doivent donc jouir des mêmes propriétés, et la commission pourrait citer en leur faveur les témoignages des praticiens les plus éclairés de la capitale; elle se borne à renvoyer aux exemples de guérisons rapportés par les écrivains les plus distingués, entre autres par Fourcroy et par M. Alibert. Elles offrent une température constante de 12° Réaumur; mais Fourcroy avait déjà remarqué que l'on pouvait élever cette température sans nuire en rien à leurs propriétés; et il ajoutait d'ailleurs, à l'immense avantage d'avoir à la porte de la capitale des sources aussi bienfaisantes, l'influence heureuse que ne manquerait pas d'exercer sur les baigneurs l'air pur, les aspects enchanteurs et variés de cette belle vallée de Montmorency, encore toute peuplée des souvenirs de J.-J. Rousseau. Est-il en Europe un point qui réunisse tant d'avantages?

La commission propose donc de déclarer à M. le ministre du commerce :

1° Que la source nouvellement découverte à Enghien est éminemment sulfureuse et absolument identique aux deux autres;

2° Que malgré le léger affaiblissement que présente en ce moment l'eau d'Enghien, et dont les propriétaires s'empresseront de trouver la cause et le remède, cette eau, comparée aux autres sources connues, n'en conserve pas moins toute sa valeur et toute son importance;

3° Que l'abondance de la nouvelle source permet à l'établissement de satisfaire à tous les besoins et peut lui procurer une plus grande extension;

4° Que la facilité avec laquelle on peut en élever la température sans l'altérer, assimile cette eau sulfureuse aux eaux thermales du même genre.

DISCUSSION.

M. DELENS regrette que le rapport, en signalant l'importance de la source nouvelle, n'ait pas donné quelques détails sur sa découverte, sur sa position à l'égard des deux autres, et expliqué comment elle avait échappé jusqu'à présent aux recherches. La commission s'est trop avancée aussi en faisant espérer que les administrateurs des eaux d'Enghien pourront remédier à la légère altération qu'on dit qu'elles ont subie; les causes des altérations des eaux minérales sont inconnues; il est donc impossible d'y porter remède.

M. BOULAY. Les sources anciennes ne fournissaient pas assez d'eau pour la consommation de l'établissement; aussi avait-on tenté des fouilles à diverses reprises pour en découvrir d'autres; et les recherches avaient été inutiles, lorsque M. Bouland, plus heureux, a rencontré la nouvelle source entre la source dite Royale et celle de la Pêcherie. Cette découverte est d'un avantage immense pour l'établissement, aux besoins duquel elle peut largement subvenir. Quant à l'affaiblissement des eaux, il n'est pas assez notable pour diminuer leur importance; c'est une circonstance qui se rencontre fréquemment dans les eaux minérales; tantôt leur force augmente, tantôt elle diminue; et nous avions surtout à cœur que la malveillance ne pût prendre avantage de nos paroles pour jeter sur les eaux d'Enghien un discrédit immérité.

M. DELENS. Dites alors dans vos conclusions que l'altération est peu de chose, et que c'est un phénomène commun à beaucoup d'eaux minérales; mais ne dites pas qu'on pourra y remédier.

M. CHEVALLIER. Si, comme on l'a soupçonné, l'affaiblissement était dû à la filtration d'eaux douces qui se mêleraient à l'eau minérale, le remède n'est point si difficile à trouver; il suffirait de quelques travaux de fouille et de maçonnerie pour séparer les eaux et en prévenir le mélange. Cela s'est fait à Saint-Marc, près de Clermont; cela s'est fait encore à Chaudes-Aigues. La température des sources avait beaucoup baissé: on découvrit que cela provenait du mélange des sources d'eaux froides; celles-ci furent soigneusement isolées, et les eaux thermales ont repris leur température primitive.

M. ITARD. On dit que les eaux d'Enghien, suffisamment chauffées, équivaudraient à des eaux sulfureuses thermales; il ne faut pourtant pas perdre de vue qu'il y a une grande différence entre les propriétés des eaux artificiellement chauffées, et des eaux chaudes naturelles.

M. BOULAY. Nous nous sommes appuyés d'abord sur l'opinion de Fourcroy, qui a bien ici quelque autorité; mais j'ajouterai que les recherches les plus modernes ont parfaitement démontré l'identité de la chaleur dans les eaux thermales, qu'elle fût naturelle ou artificielle. L'essentiel est que les eaux minérales froides soient chauffées sans être altérées; et l'altération tient tantôt à la composition des eaux. Ainsi lorsque l'acide hydrosulfurique y existe en liberté, il se dégage dès qu'on élève la température; mais à Enghien il est à l'état d'hydrosulfate; d'autres fois à la mauvaise constitution des appareils; et ceux d'Enghien ne méritent que des éloges.

M. ITARD. L'opinion de Fourcroy ou de tout autre ne saurait prévaloir contre un fait. Le fait est qu'à Cauterets il y a une source dont la température est de 50 à 55°, et dont on boit l'eau sans inconvénient; tandis qu'une eau chauffée artificiellement à ce degré brûlerait infailliblement la bouche. Il y a donc là une différence physiologique. (Rumeurs en sens divers.)

M. VILLERMÉ. L'eau n'est-elle pas un peu refroidie lorsqu'on la boit?

M. ITARD. Nullement; on la boit à la source.

M. CHEVALLIER. L'opinion que les eaux thermales ont une chaleur différente des eaux chauffées est une erreur qui ne peut plus être soutenue. Des expériences positives ont été faites à Bourbonne; quatre à cinq personnes différentes s'en sont occupées, et leur résultat a toujours été le même; les eaux artificielles, pourvu qu'elles soient chargées d'une égale quantité de sels, ont la même capacité pour le calorique que les eaux naturelles; elles se refroidissent dans le

(2) *An account of the principal lazarettas in Europe*, etc., 1780, in-4°, p. 22.

même temps; elles se réchauffent dans le même temps; elles flétrissent les roses tout aussi bien; enfin je me suis assuré par moi-même à Chandes-Aigues, que les eaux naturelles à haute température brûlent tout aussi fort que les autres.

M. Bouillaud regrette que la commission n'ait pas réuni les documens nécessaires pour prouver que les eaux d'Enghien ont des propriétés thérapeutiques aussi puissantes que celles des Pyrénées; celles de Barèges par exemple.

M. Delens. Les chimistes en général se hâtent trop de conclure de l'identité de composition à l'identité de propriétés médicales. S'il s'agissait d'eaux artificielles, ils auraient raison sans doute; mais dans les eaux naturelles, est-on même certain d'avoir constaté l'identité chimique? Voyez ce qui arrive pour les eaux sulfureuses; à chaque nouvelle analyse on trouve quelque chose à corriger dans les analyses anciennes. En général, on commence par y trouver du soufre; plus tard on découvre qu'il y est à l'état d'acide hydrosulfurique; et plus tard on reconnait que l'acide est combiné et à l'état d'hydrosulfate. Dans quelques cas on y a même découvert de nouveaux principes; ainsi le brôme et le chlore; et cependant à chaque analyse on concluait toujours. Je crois donc qu'avant de conclure à l'identité de propriétés avec les eaux de même nature, celles des Pyrénées, par exemple, il faut attendre que l'expérience ait prononcé.

M. Boulay. Nous n'avons point voulu établir l'identité parfaite; seulement nous avons constaté que les eaux d'Enghien étaient aussi chargées de principes sulfureux que les meilleures eaux des Pyrénées; et nous n'avons pas même conclu de leur nature à leurs propriétés; car ces propriétés sont démontrées depuis long-temps et par Fourcroy et par M. Alibert et par une foule d'observateurs. Enfin quant à la foi que mérite l'analyse, je dois dire que jamais ici l'on n'a varié que sur les doses; mais la nature du sel sulfureux n'a jamais été douteuse; Macquer lui-même l'avait trouvée du premier coup.

M. Caproon. Je ne veux m'occuper ni de la question chimique ni de la question médicale (rire général); c'est aux propriétés physiques que je m'attache. Or, sous ce rapport, les eaux d'Enghien diffèrent beaucoup des eaux des Pyrénées; ainsi l'eau de Barège sent le soufre; l'eau d'Enghien, outre l'odeur sulfureuse, en a une autre qui sent la vase, le détritus de matières animales ou végétales. Il y a plus: plongez la main dans l'eau de Barèges, puis lavez-la, il n'y paraît plus; tandis que l'odeur de l'eau d'Enghien persiste; j'ai vu une dame la conserver huit jours après être revenue à Paris.

M. Boulay. Je nie absolument que l'odeur en soit différente. L'eau d'Enghien ne contient, en fait de sels ou de matières organiques, rien qui expliquerait cette fétidité.

M. Pelletier. La question soulevée par M. Caporon est fort importante; et pour juger une eau minérale, il faut faire grande attention au terrain qui la produit. Ainsi, tantôt les principes sulfureux peuvent provenir d'une décomposition de substances animales; d'autres fois ils sont fournis par des bancs de sulfates ou d'hydrosulfates, comme aux environs de Paris; enfin, dans les Pyrénées, on ne sait d'où elles proviennent. Les sources sortent de terrains siliceux, granitiques; il n'y aurait donc rien d'étonnant qu'elles n'eussent pas l'odeur de vase que la nature du sol expliquerait très-bien dans celles d'Enghien. Cette influence du sol pourrait donc donner à certaines sources des propriétés, je ne dis pas supérieures, mais différentes. On nous oppose l'analyse chimique. Personne plus que moi ne respecte les analyses; c'est mon métier de les faire valoir (on rit); mais enfin elles n'affirment que pour ce qu'elles trouvent; et il peut fort bien arriver qu'il leur échappe quelque chose. Enfin, fût-on parfaitement sûr de l'identité de composition, on ne saurait encore en induire l'identité des propriétés. Nous savons que des corps formés des mêmes élémens, dans les mêmes proportions, peuvent se trouver dans un état moléculaire différent, d'où leur viennent des propriétés différentes. Le phosphate de soude non pulvérisé a des propriétés qu'on ne retrouve point dans le même sel pulvérisé.; l'acide phosphorique et l'acide métaphosphorique sont bien les mêmes quant à la composition chimique, et diffèrent cependant quant aux propriétés.

M. Boulay. C'est de la chimie rétrograde! (Vives rumeurs.)

M. Pelletier. Il est possible que la chimie rétrograde, mais je voudrais savoir dans quelles mains.

M. Maingault. Toutefois la question pratique reste. Les eaux d'Enghien ont eu une grande vogue; elles étaient aux portes de la capitale; elles étaient dirigées par une administration habile; comment sont-elles tombées, si ce n'est que leur efficacité a été reconnue fort douteuse? (Vives réclamations.)

M. Boulay. L'administration qui dirigeait alors les eaux d'Enghien a fait place à une autre; et la chute de l'établissement a tenu à des circonstances sur lesquelles je ne veux pas insister, mais qui étaient tout-à-fait étrangères aux propriétés des eaux en elles-mêmes.

M. Marc. On pourrait répondre à M. Maingault que la proximité de la capitale n'est peut-être pas autant un élément de succès qu'il paraît le croire, par cette raison toute populaire que nul n'est prophète en son pays. (On rit.) Quant à l'efficacité des eaux d'Enghien, je peux leur rendre un complet témoignage; j'en ai vu d'excellens effets.

M. Lisfranc. J'ajouterai quelques détails qui ne sont pas sans importance. C'est sous l'ancienne administration que les eaux d'Enghien avaient été presque abandonnées; par quelles causes? il ne convient peut-être pas de le dire. Depuis que l'administration nouvelle en a pris possession, les malades y sont revenus en foule; j'y en ai envoyé moi-même un grand nombre; et en allant les visiter, j'ai pu m'assurer que l'établissement était plein et comble. Ce qui a manqué à Enghien, du moins cette année, ce sont des logemens; et comme j'y suis allé un grand nombre de fois, que j'ai suivi l'effet de ses eaux et sur mes malades et sur d'autres, dans le but de m'éclairer, je peux déclarer qu'elles m'ont paru produire d'excellens effets dans les rhumatismes, dans les engorgemens blancs, dans des catarrhes pulmonaires si graves qu'ils simulaient la phthisie, dans les engorgemens chroniques du sein, de la matrice et des articulations. Voilà ce que j'avais à dire.

M. Boullay. Lorsque la commission s'y est rendue, elle a vu également l'établissement plein de monde; et j'ajouterai que la consommation de ces eaux ne s'est point bornée à l'établissement; on en a expédié au dehors, cette année, de 8 à 10,000 bouteilles.

M. Chervin. J'ai aussi été plusieurs fois à Enghien, et j'ai vu des malades atteints de dartres et de rhumatismes, qui se sont fort bien trouvés de l'usage de ces eaux; et je connais des personnes qui n'ont pu y trouver place, toutes les chambres étant occupées.

M. Chevallier. Ajoutez à tout ce qu'on vient de dire cet avantage d'avoir tout près de Paris des eaux qui peuvent nous arriver sans être altérées, tandis que celles des Pyrénées perdent souvent pendant le voyage toute leur force. Or, ceci est très-important; il n'y a que trois mois de l'année où les malades peuvent aller aux sources mêmes; durant les neuf autres mois, grâce à Enghien, ils pourront continuer l'usage de ces eaux à Paris.

M. Duméril. Je trouve qu'on n'a pas assez appuyé, dans le rapport, sur la découverte de la nouvelle source; car une des causes qui ont entravé le succès d'Enghien, c'est que les deux autres sources ne fournissaient pas assez pour les besoins, tandis qu'avec la nouvelle, l'établissement peut prendre une extension très-considérable. (Aux voix!).

M. Boulay relit successivement les quatre conclusions de la commission. La première est mise aux voix et adoptée à l'unanimité. La seconde soulève plusieurs objections; M. Maingault et M. Gérardin en demandent la suppression, qui est votée sans opposition. La troisième conclusion est adoptée.

La quatrième donne lieu à quelque discussion.

M. Double. Il y a là deux assertions; que l'élévation de température ne change pas la nature chimique des eaux, bien; cela me paraît démontré; mais qu'elle les assimile aux sources thermales naturelles, c'est une question médicale que nous n'avons pas assez d'élémens pour trancher. (Très-bien!)

M. Boulay consent à la suppression de cette phrase.

M. Pelletier propose de dire qu'on peut en élever la température « sans en altérer *sensiblement* la nature. » En effet, on n'a pas trouvé d'altérations à l'analyse; mais on ne peut affirmer d'une manière absolue qu'il n'y en a pas. M. le rapporteur a dit lui-même qu'elles contiennent un peu d'hydrogène sulfuré à l'état libre; il est probable que l'élévation de température l'aura fait en partie évaporer.

M. Boulay. L'analyse en retrouve autant dans l'eau chauffée que dans l'eau froide.

M. Pelletier. A-t-on exposé à la vapeur de l'eau échauffée des feuilles d'argent, ou tout autre réactif sensible à l'acide hydrosulfurique, et ces réactifs n'ont-ils été nullement altérés? Et s'ils l'ont été tant soit peu, il faut donc admettre que l'eau n'est pas restée absolument la même.

M. Chevallier. Notez pourtant que quand l'eau contient très-peu d'hydrogène sulfuré, il faut un degré de chaleur très-élevé et long-temps continué pour le chasser.

M. Delens propose de dire: « Sans que la composition en soit sensiblement modifiée. » (Appuyé.)

Cette rédaction est mise aux voix et adoptée.

— M. Ségalas communique un cas intéressant de calculs urinaires; nous le reproduirons dans notre prochain numéro.

SARCÔME SIÉGEANT SUR LES OS MÉTATARSIENS SANS ALTÉRATION DES TENDONS, par M. LISFRANC.

M. Lisfranc montre une tumeur sarcomateuse du volume du poing et un premier métatarsien qu'il a enlevés sur un malade couché à l'hôpital de la Pitié. Cet homme fut soumis, il y a douze ans, à une entorse du pied droit; il se développa vers l'articulation de la première phalange du gros orteil avec le premier os du métatarse un engorgement léger qui, s'accroissant d'une manière lente et graduée, parvint au volume que nous venons d'indiquer. Le sarcome était indolent même pendant la marche.

Les os étaient-ils malades? on redoutait d'autant plus cette fâcheuse complication, que M. Lisfranc avait rencontré tout récemment à sa clinique un fait de ce genre, dans un cas qui offrait de la ressemblance avec celui dont nous nous occupons. Il fallut amputer à la méthode de Chopart.

M. Lisfranc opéra comme si les parties molles avaient seules été intéressées, se réservant d'enlever les os qui ne seraient pas sains. La tumeur détachée par une dissection minutieuse des tendons extenseurs qui rampent sur le troisième et le second métatarsiens, l'opérateur vit que ces tendons manquaient sur le premier de ces os: il attaqua alors le sarcome par sa partie supérieure, le fendit avec précaution d'arrière en avant, arriva sur les tendons qui étaient demeurés parfaitement sains et qu'enveloppait une gaine mince formée par du tissu cellulaire converti en tissu fibreux accidentel: ce tissu était comme eux au milieu de la masse sarcomateuse; ils furent péniblement isolés sans éprouver la moindre lésion; mais quand on eut amputé toutes les parties molles malades, on trouva malheureusement une perforation de la largeur du bout du doigt annulaire près de l'extrémité antérieure du premier métatarsien exostosé dans presque toute son étendue; il fut désarticulé et enlevé: des lambeaux convenables permirent de réunir la plaie par première intention.

M. Lisfranc ajoute que ces faits lui ont paru intéressans sous deux points de vue principaux: 1° Chez deux malades une tumeur volumineuse extrêmement mobile, siégeant sur la face dorsale du pied, paraissait isolée des os, et cependant les os étaient profondément malades; 2° dans un de ces faits les tendons logés au milieu du sarcome n'avaient éprouvé aucune altération.

Séance levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE, ou Recueil de mémoires originaux et de travaux anciens et modernes sur le traitement des maladies et l'emploi des médicamens; publiée par A.-L.-J. BAYLE, D.-M., professeur agrégé et bibliothécaire-adjoint de la Faculté de Paris. — TOM. III, contenant les travaux thérapeutiques sur la digitale pourprée, le seigle ergoté et la ciguë, par plus de cent cinquante auteurs.

La publication de cet ouvrage, dont le premier volume parut en 1828, avait été retardée par des circonstances que l'auteur nous assure ne devoir plus se reproduire. Nous le désirons vivement, et dans son intérêt, et dans celui des souscripteurs : un ouvrage de ce genre ne peut espérer de succès qu'autant que les volumes qui le composent apparaissent à des époques très-rapprochées. Aujourd'hui surtout que de toutes parts on demande de la thérapeutique, les livres sur cette matière vieillissent rapidement, et il suffit de quelques années pour qu'un ouvrage ne soit plus au courant de l'état actuel de la science. Ainsi, sous ce rapport, il doit y avoir une différence considérable entre les premiers volumes publiés en 1828 et 1830, et celui que nous annonçons actuellement, et cette différence sera encore bien plus considérable lorsque l'ouvrage sera complet, s'il contient quinze ou vingt volumes, ainsi qu'on doit s'y attendre, d'après l'extension donnée aux sujets qui sont traités dans les trois premiers.

L'ouvrage de M. Bayle n'est point un traité de thérapeutique; c'est une simple, mais riche compilation de tous les travaux publiés sur les divers agens médicinaux disposés suivant leur ordre de date. Dans l'analyse qu'il présente de tous ces travaux, il a complètement laissé de côté tout ce qui tient au raisonnement, toutes les indications que les auteurs ont pu tirer, soit des faits qu'ils avaient observés, soit des idées qui avaient cours à l'époque où ils écrivaient; il s'est borné exclusivement aux faits contenus dans leurs ouvrages, et les a rapportés presque tous avec des détails quelquefois trop longs. Cette manière semble au moins avoir l'avantage d'obliger le lecteur à porter lui-même un jugement sur chacun d'eux, et cependant, malgré l'étendue donnée à ces faits, il en est encore peu qui puissent être l'objet d'une bonne interprétation. Si nous éprouvons tant de difficulté à tirer quelques conclusions générales des faits qui sont recueillis et publiés de nos jours, sous l'influence, sinon des mêmes idées médicales, au moins de la même manière de raisonner, des mêmes connaissances positives, pouvons-nous espérer de saisir parfaitement les indications et les notions générales qui ont guidé tant de praticiens à des époques si différentes et sous des influences si variées? Toute l'utilité de ces faits ainsi isolés se réduit donc à la connaissance de leur résultat et de leur nombre, et le long travail de l'auteur semble n'avoir eu pour but que de chercher dans les travaux des thérapeutistes qui nous ont précédé des matériaux pour ce qu'on a appelé la méthode numérique, et de faire une espèce de statistique thérapeutique.

Cette manière de considérer la question et d'explorer les richesses thérapeutiques de nos devanciers, peut certainement offrir quelques avantages. Nous ne sommes pas de ceux qui refusent toute espèce d'utilité à l'application de la statistique à la médecine; mais ce que nous voulons faire ressortir ici, c'est la difficulté de tirer quelques conclusions pratiques de faits ainsi isolés. Il n'est plus besoin de chiffres pour apprendre que la saignée guérit la pneumonie, que l'émétique en vomitif, que l'émétique à haute dose, que les révulsifs, les toniques, la simple expectation hygiénique, sont employés avec succès dans le traitement de la même maladie; ce qu'il nous importe d'étudier et de savoir, ce sont les circonstances dans lesquelles chacun de ces moyens doit être employé; et ici les chiffres seront tout-à-fait inutiles; nous dirons plus, ils pourront même être nuisibles. Si on leur accorde une attention presque exclusive, et qu'il soit démontré, comme nous le croyons réellement, que le traitement antiphlogistique est employé avec succès dans la majorité des cas de pneumonie, on sera plus disposé à avoir recours à cette médication et à traiter par les évacuations sanguines la pneumonie de l'enfant anémique et celle du vieillard débilité, qui auraient au contraire réclamé l'emploi des toniques. Aussi, malgré la grande faveur avec laquelle on s'occupe aujourd'hui de l'application des chiffres aux études médicales, nous sommes plus disposés que jamais à dire avec Morgagni : *non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes.*

L'auteur se plaint avec amertume du peu de confiance que méritent la plupart des relevés que contient son ouvrage, et dont les auteurs passent entièrement les insuccès sous silence, ou les amoindrissent considérablement. Ce défaut, qui n'est peut-être pas moins fréquent chez les auteurs récens que chez ceux dont il est question ici, est l'un des plus grands obstacles aux progrès de la thérapeutique, et nous devons croire qu'il est aussi souvent l'effet d'un entraînement aveugle pour les nouvelles médications, que le résultat de la mauvaise foi.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'histoire de chacun des trois médicamens qui composent ce volume; nous nous arrêterons seulement quelques instans sur les résumés où il rapproche, compare, oppose même les résultats obtenus par les divers écrivains dont il a analysé les mémoires.

DIGITALE. Les faits qu'a rassemblés M. Bayle sur l'emploi de cette plante s'élèvent à plus de 2,700. Aussi l'histoire de ce médicament forme-t-elle seule presque les deux tiers du volume. Il examine d'abord quels sont ses effets primitifs ou physiologiques sur le cœur, le canal digestif, le cerveau et les organes urinaires; et passe ensuite à ses effets thérapeutiques. Voici les résultats numériques qu'il a obtenus sous ce rapport :

1° *Phthisie pulmonaire.* Cent cinquante et un individus atteints de cette maladie ont été traités par la digitale; sur ce nombre quatre-vingt-trois ont été guéris, trente-cinq ont éprouvé une amélioration momentanée et trente-trois n'ont éprouvé aucune amélioration. Ces résultats sont certainement bien dignes de fixer notre attention; nous accorderons bien, ainsi que le fait M. Bayle lui-même, que la plupart des insuccès ont été passés sous silence, et qu'un grand nombre de catarrhes chroniques et d'autres affections simulant la phthisie, ont pu être pris pour cette maladie elle-même; mais même en laissant une large part pour ces causes d'erreur, il resterait encore un nombre de guérisons assez considérable pour appeler vivement l'attention des médecins et surtout de ceux qui continuent à soumettre les malades atteints de cette affection au traitement antiphlogistique et à une hygiène sévère. Si nous réunissions tous les cas de guérison de phthisie recueillis depuis que la médication antiphlogistique a été mise en vigueur à peine en trouverions-nous une douzaine qui soient bien constatés. Il nous suffit d'avoir fait ressortir des résultats aussi différens. Mais ici s'arrêtent tous les documens que peuvent fournir les recherches de M. Bayle, et c'est en vain surtout que nous chercherions avec lui dans les auteurs qu'il a cités, les circonstances qui paraissent indiquer l'usage de ce médicament. Aucun d'eux ne s'est attaché à cet objet qui était cependant de la plus haute importance.

2° *Hydropisie.* M. Bayle a recueilli deux cent cinquante exemples de l'emploi de la digitale contre les diverses espèces d'hydropisie. Ici nous ne trouvons que des résultats fort insignifians sur le nombre des guérisons et des non guérisons, mais aucune indication positive sur la différence existant entre les hydropisies qui ont guéri par l'emploi de la digitale, et celles qui ont résisté à ce mode de traitement. Nous en dirons autant de l'emploi de la même médication dans le traitement des anévrismes du cœur et des scrophules. L'auteur passe ensuite au mode d'administration adopté par chacun des auteurs différens dont il a rapporté des observations; et ici nous ne ferons qu'une seule réflexion qui nous semble digne de quelqu'intérêt; c'est que Mageunis, celui de ces auteurs qui semble avoir obtenu le plus de succès de l'emploi de la digitale donnait la teinture de cette plante jusqu'à la dose de 150 et de 300 gouttes par jour, en commençant par 20, 30 ou 40 gouttes, et en augmentant de dix gouttes par jour, jusqu'à ce qu'il survînt des symptômes d'anorexie, ou un dérangement dans la vision, accompagné d'un grand ralentissement du pouls. C'est alors qu'il diminuait la dose ou qu'il la suspendait si l'estomac ou la tête étaient sérieusement atteints. Cette teinture était faite avec quatre onces de digitale et six onces et demie d'esprit-de-vin.

SEIGLE ERGOTÉ. La connaissance des effets pernicieux du seigle ergoté paraît remonter au onzième siècle; mais l'époque où l'on a commencé à faire usage de cette substance comme médicament est fort incertaine. M. Bayle paraît n'avoir pas pu trouver de traces de son emploi avant le seizième siècle. Cependant, ce n'est que depuis un petit nombre d'années que son usage est devenu général, et, nous devons le dire, il reste encore beaucoup de praticiens qui ne l'emploient pas du tout, par la crainte des accidens qu'il paraît avoir determiné dans quelques cas.

Le nombre des faits rassemblés par M. Bayle sur l'emploi de ce médicament s'élève à 1346, dont :

1,166 suivis de guérison,

116 sans changement,
14 avec une légère amélioration,
50 suivis d'accidens.

Le seigle ergoté a été employé dans divers états pathologiques, mais qui ont tous rapport aux affections de l'utérus. Voici le résultat des faits recueillis par M. Bayle pour chacune de ces affections.

1° *Inertie de matrice dans l'accouchement.* Sur 1,176 cas d'accouchement ralenti ou empêché par l'inertie de matrice, 1,051 ont été plus ou moins promptement terminés par l'emploi du médicament. Dans 111 l'ergot a échoué, et dans 14 le succès a été incertain.

2° *Délivrance.* Les faits ici sont si peu nombreux qu'on ne peut attacher qu'une faible importance à ceux recueillis jusqu'ici.

3° *Hémorrhagies.* Sur 89 cas d'hémorrhagie traitée par l'ergot, 86 fois l'écoulement du sang a été arrêté; 3 fois le médicament a échoué.

M. Bayle, en parlant de l'emploi du seigle ergoté dans le traitement de la leucorrhée, dit que le docteur Bazzoni est le seul qui ait publié des observations sur cette médication; il nous paraît n'avoir pas eu connaissance des recherches des docteurs Sparjani, Marshall-Hall, Negri et Ryan, qui ont été publiées dans les journaux anglais et italiens à une époque de beaucoup antérieure au volume que nous examinons actuellement.

Nous en dirons autant de la question des accidens produits par le seigle ergoté, qui semble n'avoir pas été examinée par l'auteur avec autant de soin que d'autres points de la même étude; il paraît avoir ignoré les faits publiés par MM. Maxwell, Johnson et Jœrg, et cite seulement le fait publié en 1832 dans la GAZETTE MÉDICALE.

CIGUE. L'emploi de cette substance comme médicament remonte à la plus haute antiquité; mais, bien que l'époque de sa plus grande célébrité date à peine du milieu du dix-huitième siècle, elle n'en a pas moins subi la destinée de toutes les substances médicamenteuses, et aujourd'hui il n'y a qu'un très-petit nombre de praticiens qui lui accordent quelques propriétés peu énergiques; la plupart même la regardent comme presque complétement inerte. Nous croyons bien avec M. Bayle que la vérité se trouve entre ces deux extrêmes, et que si la ciguë ne mérite pas les louanges que lui ont données Storck, Collin et quelques autres auteurs, elle est cependant douée de propriétés plus actives qu'on ne le croit communément aujourd'hui; mais les nombreuses observations analysées par M. Bayle, le rapprochement de plus de *cinq cents* faits recueillis par *quarante-deux* auteurs, nous laissent dans le même doute.

Il ne suffit donc pas de compter des faits et d'établir des séries de cas, quelque nombreuses qu'elles soient, pour éclaircir la plupart des questions de pathologie. Et cependant quelle est la partie de la médecine qui semble plus favorable que la thérapeutique à l'application de la statistique? Sous ce rapport les vastes recherches de M. Bayle sont beaucoup moins fructueuses que ne s'y seraient attendu les partisans de l'application de la statistique à la médecine, d'après le grand nombre de faits sur lesquels il a opéré.

Malgré ces défauts qui dépendent plutôt de la méthode et de la mauvaise qualité des faits, que de toute autre cause, la *Bibliothèque de thérapeutique* n'en est pas moins un travail remarquable et propre à mettre en honneur les recherches d'érudition. Les matériaux immenses qu'il contient, épars auparavant dans des ouvrages nombreux, seront maintenant accessibles à chacun, et il sera facile dorénavant de développer un grand luxe d'érudition, grâce aux recherches de M. Bayle, que nous désirons voir continuées et publiées à des époques plus rapprochées.

PROPOSITIONS SUR QUELQUES POINTS DE CHIRURGIE; thèse inaugurale, par J.-H. PAULY, D.-M. P., prosecteur de M. Lisfranc.

Cette thèse consiste dans une série de trente-six propositions, les unes tracées d'un style aphoristique, les autres plus étendues; ayant trait la plupart aux affections de l'utérus. L'auteur, nourri à l'école de M. Lisfranc, et qui a été pendant près de trois ans son interne et son prosecteur, a mis principalement en relief tout ce qu'il avait appris à de si bonnes leçons; et la plupart de ses propositions se retrouvent dans ces leçons du professeur de la Pitié sur les affections de l'utérus, que nous avons publiées dans la GAZETTE MÉDICALE. Nous reproduirons cependant une sorte de statistique de 40 cas de cancer de l'utérus, sur lesquels la proportion des âges s'est trouvée la suivante.

De 20 à 25 ans	6
De 25 à 30 ans	15
De 30 à 35 ans	8
De 35 à 40 ans	4
De 40 à 45 ans	7

Ainsi c'est de 20 à 30 ans que le cancer utérin s'est montré le plus souvent. Sans doute on en trouve un grand nombre de cas vers l'âge de 40 ans; mais beaucoup alors sont incurables, et pour qu'ils eussent quelque valeur statistique, il faudrait remonter à l'époque où ils ont pris naissance. Sur 13 cas d'amputation du col auxquels M. Pauly a assisté, il a constaté que toutes les femmes avaient eu des enfans; et douze d'entre elles faisaient remonter le début de la maladie, ou si l'on aime mieux de leurs souffrances à leur dernier accouchement.

Nous nous bornerons à cette courte analyse, si cette thèse n'avait eu un tout autre retentissement que celui d'une œuvre de science; si l'auteur, malheureusement inspiré, n'avait saisi l'occasion de cette solennelle épreuve du doctorat pour diriger une attaque publique contre son ancien maître, et pour ainsi dire pour le traduire à la barre d'une Faculté où l'on sait bien qu'il compte peu d'amis. Dans quelques propositions s'est révélé un esprit de dénigrement contre les œuvres de M. Lisfranc qui ont beaucoup surpris tous ceux qui savent à quel point M. Pauly devait lui rester attaché par la reconnaissance; et ce qu'il y a de plus fâcheux c'est que dans cette sorte d'ingratitude scientifique la vérité ne paraît pas avoir été mieux épargnée. On lit dans la 34[e] proposition de cette thèse que, sur trois cas d'ablation de la mâchoire inférieure, il y a eu deux fois une récidive immédiate : « le troisième, ajoute l'auteur, est mort par défaut de nutrition, le 12 août dernier, 50 jours après l'opération. On ne saurait en conscience mettre cette terminaison sur le compte d'un très-léger érysipèle survenu à la face quelque temps auparavant. » Or, nous avons sous les yeux deux documens signés de cinq docteurs en médecine, de M. Vannoni, professeur à Florence, à cette époque à Paris; de l'interne et des externes de la salle, de la sœur attachée au service, et enfin d'un étudiant en médecine alors malade et couché près de l'opéré en question; et ces certificats qui nous paraissent sans réplique, il résulte que ce malade n'avait pas seulement subi l'ablation de la mâchoire, mais encore celles de la lèvre inférieure et d'une grande partie des joues envahies par le cancer; que l'opéré a eu deux érysipèles, l'un qui a duré 14 jours, et le second qui a commencé quatre jours avant la mort; enfin que loin d'avoir succombé à l'inanition, cet homme faisait en cachette des excès de vin, et qu'on en trouva même une bouteille sous ses oreillers.

Nous aurions l'air de faire une réponse personnelle aux attaques de M. Pauly, si nous combattions chacune des assertions de sa thèse par des arguments de la nature de celui que nous venons de reproduire: un seul suffit pour laisser juger de ce qu'on pourrait faire en ce genre; mais, en taisant les réflexions pénibles qu'ont fait naître sur nous de semblables procédés, et sans parler de la loyauté qui doit présider à toute discussion scientifique, nous rappelerons seulement que le serment d'Hippocrate, encore conservé et solennellement juré à Montpellier par l'élève qui revêt la robe doctorale, met la reconnaissance pour ses maîtres au rang des premiers devoirs du médecin.

— PHYTOGRAPHIE MÉDICALE, *ou Histoire naturelle, thérapeutique et toxicologique de toutes les plantes héroïques*, avec un magnifique atlas de planches coloriées, par M. ROQUES, D.-M. Une nouvelle édition de cet important ouvrage vient de paraître. Fidèle aux principes de la médecine d'observation, l'auteur a conservé à ce beau livre les doctrines qu'il avait développées dans la première édition; mais presque tous les articles ont reçu de notables développemens, et la plupart peuvent être considérés comme autant de monographies où il a pour ainsi dire épuisé son sujet. On peut donc regarder la nouvelle phytographie comme un vaste répertoire où la toxicologie, la thérapeutique et la matière médicale sont traitées avec un soin et un talent remarquables. Toutefois, le docteur Roques n'a pas seulement cherché des lecteurs parmi les médecins et les naturalistes; il s'adresse également à tous les hommes éclairés; mais pour mieux les attirer à lui, il a semé habilement quelques fleurs sur les routes épineuses de la science. Ses herborisations dans les Alpes, dans les Pyrenées, dans les délicieuses vallées de Chevreuse, de Bièvre, de l'Ile-Adam, de Montmorency, etc.; la description des sites, des paysages qu'il a parcourus, répandent sur son livre un charme dont le lecteur, quelque grave qu'il soit, ne saurait se défendre. Nous nous proposons de consacrer prochainement un article détaillé à cet important ouvrage.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 43. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 24 OCTOBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DEUXIÈME LETTRE CHIRURGICALE A M. MAYOR (de Lausanne) SUR LES APPAREILS HYPONARTHÉCIQUES ; par le docteur Munaret.

. . . . Magis amica veritas.

J'ai lu dans son temps votre lettre relative à mes observations sur les appareils hyponarthéciques, mon très-honoré confrère, et je me vois dans l'obligation embarrassante d'y répondre. Ce n'est pas la pénurie des ressources justificatives qui me cause l'embarras dont je vous fais le public aveu, mais bien cette dure nécessité de discuter la supériorité de deux appareils qui tendent au même but; qui constituent, malgré la divergence de leur mécanisme, une méthode que nous comprenons, que nous apprécions, que nous prêchons l'un et l'autre, et dont je vous dois l'idée première. Je me suis empressé de vous en témoigner ma reconnaissance dans ma première lettre; mais je jugerais ce sentiment indigne de vous s'il m'empêchait aujourd'hui de penser librement et de m'exprimer de même. Après cet opportun préambule, j'arrive aux faits.

J'espérais qu'avant de répondre à ma première lettre, vous attendriez l'occasion d'expérimenter, de comparer mon appareil avec le vôtre; j'espérais même que votre réponse ne serait qu'une exposition pure et simple de nos résultats comparatifs, et qu'après vous patienteriez, ainsi que moi, avec la réserve d'un plaideur dont le procès est *pendant*, jusqu'à ce que le public chirurgical, d'après des *considérans* dictés par l'expérience générale, prononçât l'arrêt sans appel. Rien de tout cela, mon honoré confrère; et j'ai quelque raison de m'en étonner.

Sans dire un mot de mon appareil, vous énumérez dogmatiquement cinq motifs de croire à la suprématie du vôtre; vous recommandez même aux praticiens de se tenir en garde contre des difficultés apparentes, de subites inspirations, de hasardeuses innovations, et de rechercher plutôt *dans ce qui a été écrit, et dans les données qu'on a déjà*, les moyens de triompher des uns et de se passer tout-à-fait des autres. Dans la même lettre, et comme pour m'éviter le désagrément de combattre cette quasi-routine, vous écrivez : « Sommes-nous, peut-» être, dans une de ces époques où l'on redoute l'examen, les inno-» vations? N'y aurait-il donc plus rien à dire ni à faire au sujet du » traitement des fractures? » Comment expliquer cette contradiction d'idées chez le même écrivain et dans la même lettre? Blâmer sans examen les innovations d'autrui, morigéner même la seule velléité d'en faire, et prôner en même temps les siennes, dont l'objet est le même,

Feuilleton.

DE LA MORT PAR ABSTINENCE VOLONTAIRE.

Le grand procès dont l'instruction se poursuit avec tant de mystère par la commission de la chambre des pairs, a mis depuis long-temps toutes les imaginations en campagne. Moins on savait de faits, plus on en inventait, chose ordinaire et facile à concevoir, la carrière étant tout-à-fait libre. Après avoir épuisé à peu près le côté politique, on a songé au drame; et vite les inventeurs de se mettre à l'œuvre; et jusqu'à présent on ne saurait se plaindre qu'ils nous aient laissé manquer d'incidens. Il est bien arrivé par-ci par-là que la version du lendemain contredisait celle de la veille, n'importe; le public a de larges oreilles pour tout ce qui tient du merveilleux. Nous laissons volontiers aux journaux politiques le soin de défaire et de recomposer chaque jour cet ouvrage de Pénélope; mais pendant près d'une semaine le débat est devenu presque purement médical; on a agité des questions de physiologie, d'hygiène, de médecine légale. Nous sommes là sur notre terrain.

Tandis que cette incompréhensible figure de Fieschi, après avoir échappé, comme par miracle, à une plaie de tête des plus graves, poursuit tranquillement sa convalescence sans nul soin, dit-on, que de bien digérer, nargue à la fois ses médecins, ses geoliers et ses juges, et révèle une vigueur morale aussi prodigieuse que l'a été sa resistance physique; on lui avait trouvé un pendant non moins remarquable dans ce Morey, que l'instruction désigne comme son complice, homme d'une énergie égale, mais plus sombre, ne repondant aux interrogations que par un profond silence; et, pour mieux cacher son secret, allant de lui-même au-devant de la mort la plus lente et la plus effroyable de toutes, la mort par la faim. On nous faisait suivre jour par jour, heure par heure, ces lamentables tortures; un journal même, plus pressé que les autres, nous avait menés de suite au dénouement; le patient était mort, et il devrait être enterré à cette heure, si le lendemain on ne l'avait officiellement ressuscité. Aujourd'hui, voici de nouvelles rectifications encore; plus de poésie; plus de drame, cette inflexible résolution d'un prisonnier qui refuse les alimens, se réduit aux minces proportions d'un malade que son médecin tient à la diète. Notre confrère M. Barras, qui traite Morey à la Conciergerie, l'a trouvé atteint d'une gastrite ou d'une gastralgie datant d'environ quinze années, et survenue à la suite d'un empoisonnement par un mets préparé dans un vase de cuivre mal étamé. Cette gastrite ou gastralgie s'est exaspérée dans la prison; elle est maintenant portée au point que Morey a un dégoût complet

serait l'indice d'un monopole trop étrange; j'aime donc mieux l'attribuer aux prédilections parfois injustes de votre amour paternel.

J'ai eu tort d'avancer que vous n'aviez pas dit un mot sur mon appareil; car je remarque dans le paragraphe suivant une chicane de votre part, mais une véritable chicane de mot. Vous avez l'air de me reprocher l'innocente liberté d'avoir emprunté un mot de votre fabrique (hyponarthécie) pour désigner mon appareil, et, comme pour me consoler, vous m'en fabriquez un autre (pannarthécie). Je vous en remercie, monsieur, bien fâché que je suis de ne pouvoir en profiter; car la dernière dénomination n'exprime pas mieux la propriété distinctive de mon appareil, je veux dire *l'emploi d'une poulie pour l'accomplissement et le maintien des mouvemens horizontaux*. Désormais je l'appellerai donc *appareil trochléen* (τροχλος, *trochlea*, poulie). Cette dénomination est aussi barbare et dissonnante que les vôtres; mais elle est d'origine gréco-latine; il faut sacrifier à la mode, même en médecine.

Les deux tiers restant de votre lettre, mon honoré confrère, sont consacrées à l'histoire de deux fractures gravement compliquées, et traitées, à l'époque où vous écrivez, par votre appareil et par les affusions froides (irrigation continue). J'ai lu avec intérêt ces deux hors-d'œuvres; j'approuve et je suis partisan des affusions froides en pareille occurrence, mais j'aurais préféré de votre part un peu plus de fidélité à l'intitulé de votre lettre; cela me rappelle ce mot plaisant de Montesquieu: « Un homme qui vient attaquer toutes les parties d'un livre et » qui n'a qu'une idée dominante, ressemble à un curé de village, à » qui des astronomes faisaient voir la lune par une lunette, et qui ne » voyait dans la lunette que le clocher de sa paroisse. » Pardonnez-moi cette comparaison, monsieur, elle s'adresse à la dialectique de votre lettre et rien qu'à elle.

Cependant avant de terminer, vous ajoutez: « Je reviens à M. le » docteur Munaret, et je le félicite surtout d'être un des premiers chi» rurgiens français qui aient entrevu les avantages qu'on peut retirer » de l'hyponarthécie, jointe à la mobilité par la suspension, dans le » traitement des fractures. » Ce compliment de votre part m'a flatté, malgré sa tournure restrictive. Le spirituel Andrieux disait un jour, à son cours, que cette espèce de félicitation finale était *un morceau de sucre pour faire bonne bouche*. Je termine donc mes remarques critiques sur l'ensemble de votre lettre pour passer à l'examen sérieux des cinq considérations, d'après lesquelles vous récapitulez les titres de supériorité de votre appareil sur le mien.

« 1° La planchette, avec la manière de la garnir, de la suspendre » et d'y placer et fixer le membre brisé, n'est pas seulement usitée dans » l'hôpital de Lausanne, mais son bienfait se fait journellement sentir » dans nos villages, nos campagnes et dans l'asile du pauvre, sans » qu'on se plaigne des inconvéniens que signale M. Munaret. »

Ce démenti formel de votre part me permet de soupçonner, ou que les malades suisses sont d'une nature plus endurante que les nôtres, ou que les médecins suisses, et à leur tête M. Mayor, malgré son habileté d'observation, n'ont pas des *oreilles pour entendre et des yeux pour voir* des inconvéniens graves, nombreux, que j'ai signalés et que je persiste à signaler. (Voir ma première lettre, GAZETTE MÉDICALE, n° 28). En outre et dans l'intérêt de la seule vérité, j'engage tous mes confrères qui voudront éprouver les avantages incontestables du traitement des fractures des membres inférieurs par la suspension, de s'adresser d'abord à l'appareil aîné, celui de M. Mayor, tel qu'il est décrit dans son ouvrage (1); leur expérience mieux que tous les raisonnemens que je pourrais ajouter, prouvera si j'ai eu tort ou raison de modifier la planchette de Lausanne. Si donc ils lui reconnaissent (ce que je me permets de supposer) des inconvéniens contestés jusqu'à présent; je les prie d'honorer ensuite mon appareil d'un essai comparatif, pour apprécier l'à-propos de ses modifications. Je vais plus loin, mon honoré confrère, car j'affirme que cet essai comparatif des deux appareils sera appréciable, non-seulement par un malade dont l'impressionnabilité des mouvemens et des chocs est plus vive, par un médecin dont l'habitude d'examen et de réflexion surprend bien les symptômes les plus imperceptibles de gêne et de douleur; mais encore par le premier venu, paysan suisse ou français, qui à l'aide de son gros bon sens et étant successivement établi sur l'un et l'autre appareil, pourra répondre *oui* ou *non*, aux questions suivantes: Votre jambe repose-t-elle mieux sur cette *machine* que sur celle-là? Et lorsque vous voulez, pour vous délasser, passer de la droite à la gauche de votre lit ou autrement, votre jambe peut-elle effectuer ce mouvement et surtout s'y maintenir sans fatigue, plutôt sur cette machine que sur celle-là?

J'espère, M. Mayor, que l'opinion d'un pareil arbitre ne vous paraîtrait pas suspecte, car vous ne pourriez l'attribuer ni à l'aberration d'une sensibilité maladive, ni à la prévention de la science. Eh bien, c'est l'épreuve que je sollicite préliminairement, non-seulement auprès de vous, mais encore auprès de tous mes confrères qui ne voudraient pas, par un scrupule de prudence, confier sur votre parole et sur la mienne un membre véritablement fracturé à ce mode de traitement, sans en avoir constaté d'abord et par leurs yeux, les avantages presque instantanés.

« 2° Tout dans les appareils est calculé en faveur de la simplicité, » de la commodité, de la facilité, de l'économie, et on ne saurait y » toucher, sans compliquer mal à propos son mode d'agir, sans le » compromettre peut-être et sans le rendre d'une application de moins » en moins utile et populaire. »

Comme je n'établis un parallèle qu'entre votre hyponarthécie tibiale et mon appareil trochléen jambier, je ne dirai rien de votre *selle poplitée*, rien de votre appareil *hyponarthécique fémoro-tibiale*, simple ou articulé; car mon appareil correspondant à ces derniers n'a pas encore subi la sanction de l'expérience. Je reviens donc à votre planchette et j'établis que, si elle est plus simple et plus économique, la semi-botte de mon appareil est plus commode et plus facile.

Plus commode, parce qu'il lui faut moins d'espace pour le loger dans le lit ou sur le lit, et par conséquence elle heurte moins souvent les parois, ce qui évite au membre malade des secousses douloureuses et toujours nuisibles à l'exact et continuel rapport des fragmens; plus commode encore, parce que le membre peut au besoin s'y maintenir sans l'aide des moneboirs ou des liens, ce qui favorise les pansemens, s'il y a lieu. Quand vous citez la facilité de votre planchette, vous entendez sans doute cette facilité de pouvoir s'en servir, loin du chirurgien; c'est précisément dans le même sens que je revendique cette qualité pour la semi-botte. En effet, monsieur, placez une jambe frac-

(1) Nouveau système de déligation chirurgicale, p. 131.

pour les substances alimentaires, et qu'il ne peut en prendre, même les plus légères, sans en être incommodé et sans en éprouver de la fièvre.

Ceci est certainement fâcheux pour ceux de nos confrères en journalisme qui avaient, comme on dit, fait leur siège, et qui vont être certainement forcés de le lever. Plusieurs avaient décrit déjà, dignes observateurs, les phénomènes physiologiques qui s'étaient offerts chez Morey. Le premier jour il avait senti une faim vive, mais supportable; s'étant couché de bonne heure, il avait dormi d'un sommeil plus profond, plus prolongé, mais par petits sommes, ce qui est difficile à accorder. Les jours suivans était venue de la somnolence, puis la soif, puis l'intelligence s'était exaltée; les médecins et les magistrats s'étaient étonnés de la lucidité de ses idées, de la précision lumineuse de ses discours. Les vaillans physiologistes qui imaginaient de si véridiques histoires, n'avaient probablement jamais essayé de passer 48 heures sans boire ni manger; ils auraient su que la soif et les tiraillemens d'estomac ne permettent guère alors au patient ce sommeil dont ils le gratifient. Du reste l'histoire était calquée, à peu de chose près, sur celle de ce farouche Viterbi, compatriote de Fieschi, condamné à mort en 1821, pour assassinat, par la cour criminelle de Bastia, dont la *Revue britannique*, je pense, nous a rapporté tout au long les derniers momens et les derniers écrits. Il est fâcheux que ces documens, qui sont aussi très-bien inventés, aient le malheur d'être encore inexacts. Viterbi avait d'abord refusé des alimens; mais il paraît qu'il finit par s'empoisonner avec de l'arsenic. Le fait fut constaté par un procès-verbal signé de deux médecins et d'un pharmacien; et la *Gazette des tribunaux* ajoute même qu'il y eut des poursuites judiciaires dirigées contre un maréchal-des-logis de gendarmerie prévenu d'avoir fourni le poison.

Une observation qui paraît plus authentique et qui n'offre pas moins d'intérêt a été reproduite par M. Falret dans son *Traité du suicide*. Un négociant, âgé de 32 ans, à la suite de revers de fortune, résolut de se laisser mourir de faim. Il se rendit donc le 15 septembre 1818 dans un bois peu fréquenté, y creusa sa fosse et y resta jusqu'au 3 octobre suivant, où il fut rencontré par un aubergiste du voisinage. Malgré une abstinence de 18 jours, le malheureux respirait encore, mais il était sans connaissance, et il expira immédiatement après que l'aubergiste lui eut fait avaler, à grande peine, une tasse de bouillon. On trouva sur lui un journal écrit au crayon que M. Hufeland publia, et que M. Mare reproduisit dans la *Bibliothèque médicale*, janvier 1820.

Le malheureux se coucha d'abord dans un buisson, et eut bientôt à souffrir, outre la faim, le froid et la pluie. Dans la nuit du 16 au 17, il fut mouillé complètement; le lendemain, le froid l'obligea à se promener presque toute la nuit. La soif le prit et le contraignit à lécher l'eau des champignons qui croissaient autour de lui, bien qu'elle eût un goût détestable. Le 20, il n'avait pas plu depuis trois jours, la faim et surtout la soif devinrent affreuses. Le 21, il ne put résister à la soif, et se rendit à une auberge éloignée d'une lieue où, pour la dernière pièce de monnaie qui lui restait, il prit une bouteille de bierre. Elle le soulagea peu, et il se décida à demeurer plus près de l'auberge afin trouver de l'eau à la pompe. Le 22, il y courut de grand matin; mais l'estomac rejeta à l'instant cette eau glaciale, et ne parut s'y accoutumer que vers le soir. Son dernier repas datait du 12; depuis sept jours qu'il n'avait avalé qu'un peu de bierre et d'eau, *il n'avait pas eu un instant de sommeil* Chaque jour lui semblait devoir être le terme de ses souffrances; et chaque jour ce terme s'éloignait. A partir du 23 au soir, ses jambes refusèrent de le porter, il ne put donc aller à la pompe; il resta trois jours dans cet état, puis il eut le courage de transcrire encore quelques li-

turée sur la planchette, il faudra l'y fixer, malgré son coussin, à l'aide de mouch irs, dont l'arrangement doit être exactement déterminé par la nature et la situation du mal. Placez le même membre dans la semi-hotte préalablement garnie, il s'y emboîtera *pannarthéciquement*, il y séjournera d'une manière presque invariable, et finira par y reprendre, dans la plupart des cas, les rapports de sa conformation normale.

Quand vous m'objectez la simplicité de votre planchette, vous paraissez oublier, mon honoré confrère, qu'en chirurgie surtout la simplicité n'est qu'une qualité tout-à-fait accessoire et subordonnée à l'opportunité. J'en pourrais dire autant sur le compte de son économie. Au reste, quel chirurgien de campagne si dénué de finances ne pourra pas consacrer la somme de 3 fr. au moins, et de 12 fr. au plus (1), à l'achat d'un appareil qui durera autant et plus que sa pratique, et dont il pourra se rembourser à la rigueur, en ajoutant à chaque compte des cliens qu'il aura guéris par son aide *le centime additionnel?* Et si mon appareil se popularise aussi, quelle commune de France éloignée des secours de l'art ne pourra pas voter une pareille somme pour son acquisition et ne s'empressera pas de la voter, si je puis enfin lui persuader qu'à l'aide d'une courte et facile instruction écrite, il permettra à tous ses habitans d'exercer entre eux une espèce de chirurgie mutuelle, et de se garantir ainsi des souffrances longues et inutiles, des difformités, des claudications, des rétributions ruineuses et du charlatanisme brutal des *rhabilleurs?* J'aborde votre troisième considération.

« 3° Depuis près de vingt-trois ans que j'en fais une étude approfondie et un usage exclusif, j'ai toujours observé que je parvenais constamment à le perfectionner, à mesure que je le pouvais simplifier davantage. »

J'ai eu l'honneur de vous rappeler, monsieur, que la simplicité, sur le compte de laquelle vous insistez, n'a de valeur qu'autant qu'elle s'allie, qu'elle favorise l'opportunité. Ainsi je passe outre. A l'égard de votre expérience de vingt-trois ans, que vous invoquez pour légitimer davantage votre manière de voir et de faire, je la respecte infiniment, si vous entendez cette expérience toute philosophique, celle de Zimmermann, celle qui embrasse l'art dans son universalité, et qui vous a fait ce que vous êtes, un des plus ingénieux chirurgiens de notre temps; mais si vous voulez m'imposer l'influence d'une expérience opiniâtrement spéciale; en d'autres termes, si vous voulez me dire: Parce que, depuis vingt-trois ans, je pense et j'opère ainsi, donc vous devez penser et opérer de la sorte, je prendrai la liberté de vous répondre que l'on ne jure plus par *ipse dixit*, et que si j'ose, en pareille matière, vous opposer une expérience de trois années seulement, c'est que la mienne, écoutant plutôt l'ardeur de son âge que ses forces, poursuit le sentier que vous lui avez indiqué, et sur le bord duquel la vôtre, satisfaite de l'espace qu'elle a parcouru, se repose.

4° Je m'abstiens de répondre à votre quatrième considération; c'est encore une variation de votre thême favori sur la simplicité de la planchette, et je ne veux pas me répéter. Voici donc votre cinquième et dernier argument.

« 5° J'ai vu dans maintes occasions de prétendus perfectionnemens, des modifications soi-disant précieuses, des changemens qu'on m'assurait être indispensables, mais qui tous n'étaient réellement que des hors-d'œuvre, provenant de ce qu'on ne s'était pas donné la peine d'étudier bien mon appareil, d'en apprécier les ressources, et de tirer parti des points d'appui variés et des facilités infinies qu'il offre comme machine. »

Ce reproche, je ne puis m'y méprendre, est à mon adresse, et je l'accepte comme tel. Si je pèche, mon honoré confrère, n'ayez pas l'indulgence de croire que c'est par ignorance. J'ai lu avec l'attention qu'il mérite l'exemplaire de votre remarquable ouvrage, que vous avez daigné m'offrir. J'ai lu, non pas une fois, mais deux fois au moins, cette partie de l'ouvrage relative à votre système complet d'hyponarthécie, et malgré cette lecture, je dis plus, à cause de cette lecture même, je m'endurcis dans mes idées de perfectionnemens *prétendus* et de modifications *soi-disant précieuses*. Vous ajoutez enfin:

« Ces facilités consistent à pouvoir changer et incliner, dans divers sens et à volonté, la position des membres fracturés; à modifier l'action des plans musculaires par telle ou telle flexion des articulations; à favoriser, en un mot, toute espèce de mouvemens sur le lit, hors du lit, sur un fauteuil, dans une voiture, etc. »

Voici ma réponse. L'appareil trochléen jambier favorise toute espèce de mouvement, hors le lit, sur un fauteuil, dans une voiture, tout aussi bien que l'hyponarthécie tibiale; et jamais ce second appareil, tel qu'il est décrit dans votre ouvrage, ne favorisera autant que le premier les mouvemens sur le lit, ceux de progression horizontale, en tous sens; jamais il ne permettra au membre, comme le premier, de conserver sa position de droite ou de gauche sans fatigue. Aussi pourrait-on lui donner pour devise: *Mobilitate viget.*

Maintenant, je termine une controverse à laquelle je n'aurais jamais donné suite si l'intérêt personnel en avait été le motif. Ce que j'ai désiré en l'entreprenant, ce que je désire, je le répète, c'est de fixer définitivement l'attention de nos confrères sur un point si important et pourtant si arriéré de la thérapeutique chirurgicale, en les engageant à prendre fait et cause pour un progrès, de quelque côté qu'il soit.

Et si dans le cours de cette présente réponse, mon très-honoré confrère, quelques expressions vous ont paru trop peu mesurées, j'ajoute pour mon excuse: *Si quæ sunt dicta juveniliter, pro indole accipiantur.* (Quintilianus.)

Votre confrère bien dévoué,

Le docteur MUNAORT.

Châtillon-de-Michaille, septembre 1835.

— Madame Rondet vient de publier le mémoire qu'elle avait présenté à l'Académie de médecine *sur le cystocèle vaginal.* Nous rendrons compte de cet intéressant mémoire, auquel l'Académie a rendu pleine et entière justice, et qui renferme un grand nombre de faits sur une maladie qui n'avait pas été suffisamment et assez attentivement observée jusqu'ici.

(1) On peut concilier l'usage de la planchette avec celui de la poulie, qui, toute agencée, coûte 3 fr.

---

gnes sur son journal. On peut à peine s'imaginer l'état affreux de cet homme, torturé par la soif et ne pouvant bouger pour aller chercher de l'eau. Il passa cinq jours ainsi; alors un berger l'aperçut; mais priant pour obtenir la mort, il se contenta de le saluer silencieusement; le berger lui rendit son salut et s'éloigna. La nuit vint, une pluie continuelle imbiba ses vêtemens; un peu d'eau lui entra dans la bouche; mais *l'eau*, écrit-il, *ne peut plus calmer ma soif*. Il écrivit ses dernières paroles le 29 septembre; la faiblesse et les convulsions lui firent prévoir qu'il ne pourrait écrire davantage. L'agonie dura quatre jours encore; il est permis d'espérer qu'il perdit durant ce temps le sentiment de ses maux. Cet homme n'était point un assassin comme Viterbi, ses paroles de mort montrent partout un cœur bien ulcéré, mais sans fiel, sans imprécations; il mourut en regrettant la vie.

« Je termine, écrivait l'infortuné, en déclarant devant le Dieu tout puissant que, malgré les infortunes qui m'ont accablé depuis ma jeunesse, c'est avec bien du regret que je meurs, quoique la misère m'y ait torcé impérieusement! »

Il y a loin de ce tableau déchirant aux brillantes imaginations de nos physiologistes politiques. La faim, et la soif qui l'accompagne, sont des obstacles puissans à ce sommeil profond dont on gratifie le pauvre gastralgique de la Conciergerie; et nous nous souvenons que quand M. Collard de Martigny fit à l'école pratique ses expériences sur l'abstinence, les deux chiens qui servirent ainsi la science à leurs dépens, choisissaient précisément la nuit pour épouvanter le quartier de leurs aboiemens lugubres. Le commissaire de police intervint; et l'on n'obtint le silence des deux chiens qu'en leur excisant une portion d'un des nerfs pneumo-gastriques.

Nous avons lu aussi dans un journal un article non moins fantastique sur les conséquences de l'inanition portée à un certain degré. On disait que Morey avait enfin consenti à prendre quelque nourriture. Mais « quoi qu'il arrive, ajoutait le rédacteur, Morey conservera ineffaçablement les traces de la disette qu'il vient de s'imposer. Sa peau restera d'un gris blafard; ses joues seront ridées et creuses; ses cheveux changeront de couleur et disparaîtront, et ses ongles, ainsi que la cornée transparente, deviendront ternes et friables. » Il ne manque à cette légende sibylline, pour faire tout-à-fait peur aux petits enfans et à leurs bonnes, que d'ajouter que les dents du malheureux grandiront de quatre pouces. Certes les grandes guerres de l'empire et l'histoire des naufrages ne nous ont pas laissé manquer d'exemples d'hommes réduits par l'inanition à la maigreur la plus complète et jusqu'au délire, qui, quelques années après, se retrouvaient suffisamment gros et gras, y voyant très-bien et avec une cornée très-nette, et obligés de se rogner les ongles comme tous les autres mortels. Mais ici, comme en beaucoup de choses, la fiction l'emporte de beaucoup sur la vérité, et le roman est plus attachant que l'histoire.

Ce n'est point ici le lieu de faire une histoire complète de l'abstinence, lorsqu'elle a été poussée volontairement jusqu'au suicide. Après le récit des douleurs subies par le malheureux negociant dont nous avons cité l'histoire, on peut lire dans les journaux de médecine du temps l'autopsie de ce prisonnier de Toulouse qui mit fin à ses jours de la même manière. On y remarquerait la maigreur extrême, l'absence du tissu adipeux dans toutes les parties du corps, excepté dans le canal médullaire des os longs; l'état exsangue de tous les viscères, l'atrophie du système musculaire, l'abondance de la bile, etc. M. Collard a complété nos connaissances sur ce point par ses curieuses expériences; il a vu que le sang se réduisait peu à peu à rien; que les chylifères et les lymphatiques de l'abdomen

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR LA TRACHÉOTOMIE SOUS-CRICOÏDIENNE, par M. MOREAU, chirurgien sous-aide-major.

La laryngite ou laryngo-trachéite, à certaine période, nécessite une opération chirurgicale nommée à tort bronchotomie, puisque les bronches ne sont pas les parties qu'elle intéresse; il est plus logique de donner à toute opération pratiquée sur le conduit aérien une dénomination qui spécialise les parties. Ainsi nous dirons trachéotomie.

Depuis Asclépiade de Bithynie, qui peut être regardé comme l'inventeur du procédé si ingénieux de donner une voie artificielle à l'air, les anciens, dans tous les cas de suffocation, incisaient transversalement les tégumens et la trachée entre les troisième et quatrième anneaux; c'était pour ainsi dire égorger le malade. Plus tard, Deckers et Bauchot, pour prévenir les dangers de l'hémorrhagie, perçaient les parties molles et la trachée subjacente avec un trois-quart muni de sa canule; mais ils faisaient une plaie contuse fort souvent avec éraillure des vaisseaux, et s'exposaient à percer d'outre en outre la trachée, l'œsophage, etc. Enfin Vicq-d'Azir, se basant sur des considérations anatomiques, incisa transversalement la membrane crico-thyroïdienne; néanmoins il ne donnait par ce moyen qu'une petite ouverture et une plaie difficile à cicatriser. Depuis ce temps, divers procédés méthodiques ont été imaginés dans le même but, tels sont la trachéotomie des anciens, la thyroïotomie de Desault, la crico-trachéotomie de Boyer, en dernier lieu la laryngotomie sous-hyoïdienne de M. Malgaigne. De tous ces procédés, dans les cas de membranes croupales, la trachéotomie seule est en vigueur.

Maintenant, je propose dans le même but une trachéotomie sous-cricoïdienne suivie de l'application de la canule bivalve, que j'ai produite dans le n° de la GAZETTE MÉDICALE du 31 janvier 1835.

Je n'entamerai pas une discussion sur les divers procédés énumérés, j'examinerai seulement les parties sur lesquelles on opère la trachéotomie, et où l'on doit opérer la trachéotomie sous-cricoïdienne. J'omets donc à dessein la thyroïdotomie et la laryngotomie sous-hyoïdienne, puisque ces modes d'opérations ne sont réclamés que dans le cas de corps étrangers dans les voies aériennes. J'omets aussi la crico-trachéotomie de Boyer, puisque la section du cartilage cricoïde ne peut en rien concourir à l'ouverture de la plaie, attendu que l'élasticité de cet anneau est telle, qu'il est presque impossible d'écarter les bords de l'incision même avec un dilatateur.

TRACHÉOTOMIE.

Anatomie. En procédant de haut en bas, du cartilage cricoïde au niveau du sternum, et des parties superficielles aux profondes, nous trouvons recouverts par la peau, l'aponévrose cervicale et le peaucier, les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, les premiers anneaux de la trachée; au-dessus, l'isthme de la glande thyroïde dont la largeur varie; ensuite, le plexus veineux thyroïdien, une couche de tissu cellulaire, et au-dessous la trachée croisée inférieurement par le tronc bracchio-céphalique; remarquons aussi que toutes les parties molles peuvent être infiltrées de sérosité, de gaz, et les veines gorgées de sang.

Opération. Dans la trachéotomie (je ne la décrirai que superficiellement) abaissant du cartilage cricoïde au niveau du sternum une ligne verticale médiane, on divise successivement la peau et l'aponévrose; on tombe entre les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens de chaque côté; alors, à partir de la bride du corps thyroïde, on incise le plexus veineux thyroïdien; la trachée est à découvert.

M. Trousseau a remarqué que les veines ont un volume d'autant plus considérable et donnent d'autant plus de sang que la respiration est plus embarrassée; il conseille donc, malgré l'hémorrhagie, d'ouvrir immédiatement la trachée, parce que la ligature n'est souvent pas suffisante pour arrêter l'écoulement de sang: il a le soin de placer une petite éponge dans l'angle de la plaie et sur les bouches des vaisseaux divisés, tant pour prévenir l'écoulement de sang que l'entrée de l'air dans les veines, accident immédiatement mortel, selon MM. Larrey et Dupuytren.

Dès que la trachée est ouverte, on fait pencher le malade en avant, pour que le sang s'écoule au-dehors et que, l'air pénétrant dans le poumon, la respiration se rétablisse largement et mette ainsi un terme à l'hémorrhagie. Néanmoins, malgré ces précautions, on a vu des cas où l'hémorrhagie persista; c'est pourquoi M. Récamier conseillait, si toutefois l'état du malade le permettait, d'attendre douze ou vingt-quatre heures avant d'ouvrir la trachée: voilà pourquoi les auteurs recommandent de faire faire au malade, s'il le peut, de larges inspirations, et de lier tous les vaisseaux qui continuent à donner, avant d'ouvrir la trachée. Voilà pourquoi, enfin, je propose une trachéotomie sous-cricoïdienne, qui a sur l'autre procédé ces avantages: 1° de trouver la trachée à une moindre profondeur; 2° de ne pas exposer à la rencontre du tronc brachio-céphalique; 3° d'être exécutée sur des parties assez peu fournies de vaisseaux, pour ne pas donner lieu à l'hémorrhagie.

TRACHÉOTOMIE SOUS-CRICOÏDIENNE.

Anatomie. En effet, il existe entre le bord inférieur du cartilage cricoïde et la courbure supérieure de l'isthme du corps thyroïde un espace tout-à-fait dépourvu de vaisseaux, long de 3 à 4 lignes environ; il est formé par les premiers anneaux de la trachée; au-dessous se trouve l'isthme du corps thyroïde, qui n'est occupé par le plexus veineux que dans ses deux tiers inférieurs; et très-rarement on voit les artères thyroïdiennes qui longent de chaque côté son bord supérieur, s'anastomoser à sa partie médiane. C'est donc sur ces données anatomiques que la trachéotomie sous-cricoïdienne est basée.

Les objets nécessaires à cette opération sont: un bistouri droit ou convexe, des pinces à ligature, des fils cirés au besoin, des éponges fines, de l'eau tiède, des alèzes.

Le malade doit être couché sur le dos ou assis sur son séant, la poitrine élevée et les mains placées derrière le dos, pour laisser libre le jeu des organes respiratoires; la tête légèrement renversée en arrière et maintenue immobile sur un oreiller assez résistant. L'opérateur se place à la droite du malade, dans la position qui lui est le plus convenable, et instrumente de la main droite, contenant de la gauche le larynx et les parties sur lesquelles il agit. De cette façon la peau est

étaient vides, tandis que dans les huit premiers jours les lymphatiques du reste du corps paraissent gorgés de fluide qu'ils reprennent de tous les points de l'économie. L'animal se nourrit ainsi de sa propre substance jusqu'à ce que, cette ressource venant à manquer, tous les vaisseaux se vident, la circulation se resserre, et la mort survient par épuisement complet. Dans nulle autre circonstance on ne peut appliquer avec plus de justesse cette ancienne comparaison d'une lampe qui s'éteint faute d'huile.

La mort par abstinence a donné lieu à un chapitre assez intéressant de médecine légale; mais on n'avait pas songé à soulever une question qui a été aussi agitée à propos de Morey. Les premiers médecins, disait-on, avaient cherché à le nourrir par des lavemens alibiles; faible ressource, qui n'a jamais empêché un homme de mourir de faim. Aussi le dépérissement croissant chaque jour, une nouvelle consultation avait été tenue; et l'un de nos premiers médecins légistes aurait conseillé l'emploi de la sonde œsophagienne; à quoi tous les autres consultans auraient répugné. Nous avons ouï agiter le pour et le contre de cette grave question, s'il est permis d'user de la sonde œsophagienne pour faire prendre des alimens à un prisonnier qui n'en veut pas; et bien des gens, de ceux-là même qui admettent très-bien l'emploi forcé des lavemens nutritifs, se déclarer contre l'autre moyen comme entraînant trop de violence. Nous ignorons ce qu'il y a de vrai ou de faux dans l'histoire de la consultation (1); et la déclaration du docteur Barras prouve au moins qu'on l'aurait largement arrangée. Mais si le cas ne s'est point offert ici, il peut se présenter un jour; Luc-Antoine Viterbi s'est empoisonné dans sa prison, le condamné de Toulouse est mort de faim; d'autres peuvent suivre cet exemple; et le médecin peut être requis par l'autorité d'employer son ministère pour sauver ces malheureux de leur terrible résolution. La question est celle-ci: Est-il permis d'employer la force pour arracher un homme à un suicide prémédité? Or, la réponse est loin d'être facile; et la diversité des moyens de suicide peut influer beaucoup sur la réponse. Qu'un individu de propos délibéré se coupe une artère, le chirurgien appelé n'hésitera pas à arrêter le sang en faisant tenir le blessé, s'il le faut; ici l'hésitation ne serait pas même permise. Qu'au lieu de l'instrument tranchant, le même homme ait eu recours au poison; si c'est dans la pratique civile, si une famille éplorée conjure le médecin d'agir, il est incontestable encore que la force serait permise pour faire avaler le contrepoison ou faire les applications nécessaires. Mais la question change déjà de face si l'homme est seul, et s'il se refuse opiniâtrement à tout secours propre à le sauver. Maintenant supposez un homme isolé par quelque grand attentat du reste du monde, répudié par ses proches, séquestré déjà dans un cachot, et réservé par la société pour ses vengeances; cet homme qui aura vu se refermer sur lui ces portes de l'enfer du Dante sur lesquelles il est écrit: *Laissez toute espérance*; la mort lui devient un bienfait, s'il peut se la procurer; n'y a-t-il pas une sorte de cruauté à l'en préserver, surtout s'il résiste et s'il faut employer la violence; la médecine, dont le but est de sauver, ne compromettrait-elle pas sa haute moralité par une judaïque interprétation des termes, en se faisant la pourvoyeuse de l'échafaud? Mais l'intérêt de la société qui réclame, mais la justice qui a besoin de révélations, mais les victimes dont le sang crie vengeance! Sans doute ces considérations sont puissantes; ce sont elles qui soutiennent le médecin légiste dans les rigueurs de son ministère, lorsque chacune de ses recherches met sur la trace des coupa-

(1) Le *Journal des Débats* de ce jour publie une lettre de M. Orfila, qui dément cette histoire.

tendue entre le bord cubital d'un côté, et de l'autre le pouce de la main gauche.

Opération. On incise couche par couche, de haut en bas, les tégumens dans l'étendue d'un pouce à un pouce et demi, sur la ligne médiane, depuis le bord supérieur du cartilage cricoïde; on tombe dans l'intervalle celluleux qui sépare les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens de chaque côté, on le divise et la trachée est mise à nu ainsi que l'isthme du corps thyroïde; alors l'opérateur plonge la pointe du bistouri immédiatement au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde et divise la trachée de haut en bas, sur la ligne médiane, dans une longueur de cinq ou six lignes, intéressant le tiers supérieur de l'isthme du corps thyroïde dans l'incision; à l'aide d'une petite éponge fine il absterge la petite plaie et introduit la canule bivalve; seulement alors le malade reçoit l'air par une voie artificielle.

Notons bien que ce procédé nécessite l'application de la canule bivalve, une ouverture de cinq ou six lignes n'étant pas assez grande pour en recevoir une autre. (Voyez GAZETTE MÉDICALE, n. 5, t. III, 31 janvier 1835.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL CIVIL ET MILITAIRE DE GENÈVE, par le docteur H.-C. LOMBARD, médecin de cet hôpital.

DEUXIÈME PARTIE. — MALADIES DES PLÈVRES ET DES POUMONS.

1° *Pneumonies.*

Sur quinze pneumonies admises dans mes salles, neuf ont guéri et six ont succombé. Cette mortalité est considérable si on la compare avec celle de quelques autres hôpitaux, et l'on pourrait être tenté de l'attribuer au traitement uniforme que j'ai adopté, et qui consiste dans une ou deux saignées au début et dans l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine à haute dose (un à deux gros dans les vingt-quatre heures). Mais j'ai la preuve que cette grande mortalité ne tient point au traitement, puisque mon prédécesseur, qui combattait les pneumonies par d'abondantes saignées et qui n'employait aucun autre moyen que la lancette, n'avait pas un résultat plus satisfaisant que le mien: en effet, sur douze pneumonies qui furent traitées dans son service, cinq succombèrent et sept furent guéries, ce qui donne une mortalité un peu supérieure à celle de six sur quinze. Je pense que la mortalité de la pneumonie dans l'hôpital de Genève tient au grand nombre de vieillards assistés des bourses publiques et qui sont placés dans les villages environnans, d'où on les ramène à l'hôpital dès qu'ils sont atteint de quelque maladie grave. Cette supposition s'applique aussi bien à d'autres maladies qu'à l'inflammation des poumons, et doit être prise en considération pour apprécier la mortalité générale de l'hôpital.

Sur ces quinze pneumonies, je n'ai pu recueillir que douze observations, qui n'ont point été choisies comme plus remarquables que les autres, mais qui sont les seules dont j'aie pu suivre les progrès journaliers; les autres ont été négligées, non qu'elles fussent moins intéressantes, mais parce que j'ai fait quelques absences momentanées qui ne m'ont pas permis de recueillir le commencement de l'observation.

L'âge moyen de ces douze malades était 41 ans; les huit qui guérirent étaient moins âgés que les quatre qui succombèrent; les premiers n'avaient en moyenne que 39 ans et demi, tandis que les derniers avaient plus de 45 ans (45, 3); d'où l'on voit que l'âge des malades atteints de pneumonie est l'une des circonstances importantes de leur histoire, ainsi que M. Louis l'a démontré dans son ouvrage sur l'influence de la saignée dans les maladies inflammatoires (1).

Les douze pneumonies occupaient plus fréquemment la base que le sommet dans la proportion de dix à deux. L'âge moyen des pneumonies de la base était de la quarante-deux ans et sept dixièmes, tandis que l'âge moyen des pneumonies du sommet était seulement de trente-cinq ans, résultat contraire à l'opinion généralement reçue que la pneumonie du sommet est plus fréquente chez les vieillards; mais on comprend qu'il n'est pas possible de donner quelque importance à un résultat fondé sur un aussi petit nombre de chiffres. Au reste, l'opinion des auteurs qui regardent la pneumonie du sommet comme plus grave paraît être confirmée par le chiffre précédent, puisque sur deux pneumonies du sommet une a été mortelle, tandis que sur dix pneumonies de la base, trois ont succombé et sept ont guéri. Ce résultat me paraît d'autant plus important qu'il est, en quelque sorte, indépendant de l'âge des personnes atteintes de pneumonie du sommet, puisqu'il était en moyenne moins élevé que celui des pneumonies de la base, 35 ans au lieu de 42,7.

Le délire n'a pas paru être lié à la pneumonie du sommet, ainsi que quelques auteurs l'ont avancé; en effet aucun des deux sujets chez qui le sommet du poumon fut attaqué ne présenta de délire; tandis que sur les dix pneumonies de la base quatre eurent du délire, et quant à la proportion des morts chez ceux qui ont eu du délire, elle est moins forte que chez ceux qui n'en ont pas eu. En effet on ne compte qu'un mort sur quatre pneumonies accompagnées de délire, au lieu de deux sur six qui ne présentèrent aucun dérangement des facultés intellectuelles; d'où il résulte que le délire n'est point un signe aussi fâcheux dans les pneumonies que quelques auteurs l'ont avancé, puisque l'on compte un plus grand nombre de guérisons parmi les malades qui ont eu du délire dans le cours de la pneumonie.

La phlegmasie des poumons attaqua également les deux côtés de la poitrine. En effet, sur douze pneumonies cinq étaient à droite, cinq à gauche et deux occupaient les deux poumons; la mortalité a été parfaitement égale dans les pneumonies gauches et droites, un sur cinq dans les deux cas; aucun des deux cas de pneumonie double n'a guéri, quoique l'âge des malades fût peu avancé (33 ans).

La durée de la fièvre chez les pneumoniques est assez difficile à apprécier, vu la fréquence des redoublemens de la soirée ou de la nuit, qui peuvent souvent échapper à l'observateur. Mais si l'on se contente de fixer la durée de la fièvre continue, et qu'on prenne 80 pulsations pour limite du mouvement fébrile, on aura pour résultat que la fièvre a duré en moyenne six jours et neuf dixièmes chez les pneumoniques qui ont guéri, et dix jours et trois dixièmes chez ceux qui ont succombé, ce qui donne huit jours pour durée moyenne de la fièvre chez

(1) In-8°. Paris, 1835.

bles, lorsque sa décision redoutable peut sauver ou donner la mort. On ne voit pas bien non plus quelle différence il y a à lier une artère qui vomit le sang ou à injecter des contrepoisons dans l'estomac, ou à y pousser des alimens, pour prévenir les effets de l'inanition; le résultat est le même; la violence peut être nécessaire dans tous ces cas. La conduite du chirurgien nous semble toute tracée dans le premier cas; celle du médecin ne l'est pas aussi clairement dans les deux autres. Il y a là une question très-délicate et très-importante, sur laquelle nous appelons l'attention des médecins.

Si les circonstances étaient toutes différentes, s'il fallait injecter artificiellement soit des alimens à un aliéné qui s'opiniâtrerait à les refuser, soit des remèdes à un malade dans l'assoupissement ou le délire, après la ressource des lavemens qui ne suffisent pas toujours, il en est une autre beaucoup plus simple que la sonde œsophagienne; il suffit de maintenir le malade couché sur le dos, et de lui verser par petites cuillerées dans les narines un liquide convenable; le liquide tombe par son propre poids dans le pharynx, qui se contracte aussitôt et le fait passer dans l'œsophage; et pourvu que durant cette manœuvre on ait grand soin d'empêcher le patient de relever brusquement la tête, pas une goutte ne va seulement toucher le larynx. Nous avons eu plusieurs fois recours à ce moyen, et nous n'avons jamais eu qu'à nous en féliciter.

— La commission pour la révision du codex est composée ainsi qu'il suit: MM. Orfila, président; Andral fils, Duméril, Richard, professeur de l'école de médecine; MM. Bussy, Caventon, Robiquet, Pelletier, Soubeiran, professeurs de l'école de pharmacie; et M. H. Royer Collard, chef de division au ministère l'instruction publique.

— Le gouvernement a d'autorisé le docteur Samuel Hahnemann, créateur de la médecine homœopathique, à exercer la médecine en France.

Il paraît que déjà les disciples parisiens du rêveur allemand ne professent pour lui la même admiration depuis qu'il est devenu *leur rival.*

— Un incident s'est présenté pendant la dernière session du jury médical de Lyon, relativement aux herboristes. Au moment où le jury allait procéder à leur examen, un huissier a remis à M. le président un acte extra-judiciaire par lequel un certain nombre de pharmaciens de Lyon, agissant en leur nom comme au nom de leurs confrères, avertissaient le jury qu'ils prétendaient mettre opposition à ce que le titre d'herboriste fût conféré à des femmes.

Le jury médical, après avoir délibéré sur cette opposition, et avoir pris connaissance des motifs sur lesquels elle était basée, a passé outre, se fondant sur ce que la loi ne contenait aucune disposition contraire à l'admission des femmes aux examens d'herboriste, et sur ce qu'il avait été constamment d'usage de les admettre depuis l'origine des jurys médicaux.

— *Almanach général de médecine*, pour paraître en janvier 1836, par M. Domange Hubert, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine de Paris. Prix: 2 fr. 50 c. par souscriptions, et 3 fr. 50 c. après.

Nota. Ceux de MM. les docteurs en médecine qui se sont fixés à Paris depuis la dernière publication (1833), et dont les noms ne figurent pas dans cette édition, sont priés de vouloir bien faire parvenir à M. Domange, rue Gît-le-Cœur, n. 4, ou à la Faculté de médecine, une note indiquant leur nom, la date de leur réception, la Faculté où ils ont été reçus, l'heure de leurs consultations et leur domicile.

les malades atteints de pneumonie. Je ne sais jusqu'à quel point ce résultat est comparable avec celui obtenu par M. Louis qui donne dix-huit jours comme durée moyenne de la maladie, mais il me paraît très-supérieur à celui du praticien de la Pitié. En effet, si je prends la méthode qu'il a employée pour établir la convalescence, c'est-à-dire l'époque où le malade a commencé à prendre quelques alimens, j'aurai onze jours pour durée moyenne de la maladie chez les douze malades dont j'ai recueilli l'observation ; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'on obtient le même nombre en défalquant les cas de mort, c'est-à-dire que la durée de la maladie a été identiquement la même (onze jours), chez ceux qui ont guéri et chez ceux qui ont succombé.

Si maintenant nous cherchons à apprécier l'influence du traitement nous verrons : en ce qui regarde la saignée, que l'abaissement du pouls ne fut sensible le premier jour que deux fois sur douze, et que malgré la répétition de son emploi le pouls ne fut abaissé que le cinquième jour, époque où l'oxide blanc d'antimoine peut être considéré comme ayant déjà joint son action à celle de la saignée.

L'influence de l'oxide blanc d'antimoine peut être appréciée par le tableau suivant, qui montre l'état journalier du pouls pendant toute la durée de la maladie. L'heure d'observation était la même pour tous les malades, huit heures du matin. Je remarquerai que la première colonne indique les jours de la maladie ; la seconde et les suivantes l'état du pouls ; les sept premiers cas sont ceux qui ont guéri, les quatre autres ont succombé. L'oxide blanc d'antimoine a été généralement administré le second jour, en sorte que son action ne peut être aperçue que le troisième ou quatrième jour.

État journalier du pouls chez onze pneumoniques qui ont pris l'oxide blanc d'antimoine à haute dose (1 à 2 gros par jour.)

	N° 1.	N° 2.	N° 3.	N° 4.	N° 5.	N° 6.	N° 7.	N° 8.	N° 9.	N° 10.	N° 11
1er Jour.	100	104	100	100	96	100	120	90	100	120	104
2e —	110	100	100	80	106	72	120	100	100	120	106
3e —	110	60	102	80	96	66	104	102	92		104
4e —	108	60	102	72	90	60	104	100	96		
5e —	90	72	100	68	72	60	120	100	108		
6e —	84	72	84	72	80	60	120	100	120		
7e —	72		84	72	72		90	120	108		
8e —	70		80	64	90		88				
9e —	60		80	70	70		80				
10e —	60		64	64	80		100				
11e —	54		62	72	80		88				
12e —	58		80	64	84		90				
13e —	58		60	54	80		72				
14e —	52			54							

Le n° 1 a été saigné le premier jour et a eu une application de sangsues le cinquième jour ; le n° 2 a été saigné le premier jour ; le n° 3 a été saigné le premier et le second jour ; le n° 4 n'a pas été saigné ; le n° 5, phthisique, a été saigné le second et le troisième jour ; le n° 6 a été saigné le premier jour ; le n° 7 a été saigné le premier et le second jour ; les nos 1 à 7 ont guéri ; le n° 8 a été saigné le premier jour ; le 9 n'a pas été saigné ; le n° 10 a été saigné le premier jour ; le n° 11 n'a pas été saigné ; les n. de 8 à 11 ont succombé.

Si l'on veut chercher à apprécier d'après ce tableau l'action du médicament, il faut comparer les résultats qui y sont contenus avec ceux obtenus par d'autres méthodes de traitement ; or, ils sont bien supérieurs à ceux publiés par M. Louis, non pour le nombre des morts que nous avons vu tenir à des causes indépendantes du traitement, mais pour la durée totale de la maladie, qui a été seulement de onze jours à l'hôpital de Genève au lieu de dix-huit jours dans l'hôpital de la Pitié.

Nous voyons aussi que, dans les sept cas qui ont guéri, la fièvre n'a persisté que quatre jours et demi (4 et 4½) après le commencement du traitement ; et si l'on réfléchit que le médicament n'a été généralement commencé que le second jour et n'a pu manifester son action que le troisième, on verra que la fièvre n'a persisté qu'un jour et demi après l'administration de l'oxide blanc d'antimoine, d'où l'on est autorisé à conclure que ce médicament exerce une influence marquée sur la circulation chez les malades atteints de pneumonie.

Nous arrivons au même résultat en notant l'état du pouls chez les malades qui ont continué long-temps les préparations antimoniales ; en effet, sur cinq malades qui ont pris l'oxide blanc d'antimoine pendant treize et quatorze jours, trois ont eu le pouls à 60 ou au-dessous, un a conservé le pouls à soixante-douze, et chez le dernier il n'est pas tombé au-dessous de quatre-vingts ; mais il faut noter que ce dernier était phthisique, et qu'il ne s'est jamais guéri de la secousse que la pneumonie avait imprimée à la phthisie pulmonaire. Chez deux des malades qui avaient le pouls à 60 et au-dessous, il s'est maintenu à 54 et est même descendu jusqu'à cinquante-deux, et ce résultat n'a pu dépendre des émissions sanguines, puisque chez l'un de ces malades il n'en a été fait aucune ; en sorte qu'il ne peut rester aucun doute sur l'influence de l'oxide blanc d'antimoine pour diminuer la fièvre et modifier la phlegmasie du parenchyme pulmonaire.

Si l'on désire apprécier encore plus exactement l'influence du médicament ; en recherchant quelle a été son action sur d'autres symptômes de la pneumonie, nous verrons, qu'en ce qui regarde l'expectoration rouillée, l'oxide blanc d'antimoine a modifié sa durée sans exercer une influence aussi prononcée que sur la fièvre. En effet, le symptôme a persisté cinq jours depuis le commencement du traitement, ce qui fait deux à trois jours depuis l'emploi de l'antimoine. M. Louis avait obtenu huit jours comme durée moyenne de l'expectoration rouillée, ce qui montre la supériorité de l'oxide blanc d'antimoine sur le tartre stibié qu'employait M. Louis.

L'oxide blanc d'antimoine, administré à la dose de un ou deux gros par jour, n'a jamais produit de vomissement, ni même de nausées, ce qui différencie son action de celle des autres préparations antimoniales ; il en est de même de la diarrhée, qui n'a coïncidé qu'une seule fois sur dix avec l'administration du médicament ; et encore le nombre des selles a-t-il été peu considérable, puisqu'il n'a pas dépassé trois à quatre. La toux a été peu modifiée par l'oxide blanc d'antimoine ; sur dix cas où ce symptôme a été noté avec soin, on trouve que la toux a été plus fréquente qu'auparavant, une seule fois qu'elle a diminué d'intensité quatre fois, et qu'elle est restée cinq fois au même point qu'auparavant. L'état de la peau a été notablement influencé par l'emploi de l'oxide blanc ; en effet, sur onze cas nous ne trouvons qu'un seul malade qui ait conservé la peau sèche pendant l'administration du médicament, tandis que cinq ont eu la peau habituellement moite et humide, et cinq ont eu des sueurs abondantes pendant toute la durée du traitement ; d'où il résulte que l'ancien nom d'antimoine diaphorétique lavé était bien en rapport avec les propriétés médicamenteuses de l'oxide blanc d'antimoine. Nous avons vu que les nausées, les vomissemens ou la diarrhée ne se montraient presque jamais pendant le traitement dont nous nous occupons ; l'état de la langue vient nous démontrer encore qu'il ne provoque aucun symptôme d'irritation des voies digestives. En effet, sur dix malades où l'on a noté l'état de la langue, nous la trouvons neuf fois blanche et humide, et une seule fois rouge et sèche, et encore ce dernier cas qui s'est terminé par la mort ne nous a-t-il présenté à l'autopsie aucune lésion de la muqueuse gastrique. Cette absence de symptômes d'irritation des voies digestives est l'un des traits caractéristiques de l'oxide blanc d'antimoine, puisqu'elle nous fournit l'indication la plus essentielle de son administration ; en effet, lorsque nous trouvons des pneumoniques affaiblis par l'âge ou par des maladies antérieures, alors que la saignée et le tartre stibié pourraient abattre les forces en dépassant le but, l'oxide blanc d'antimoine qui agit sans amener d'évacuations peut modifier la maladie sans faire courir aucun risque au malade.

Après avoir donné le résumé général des cas de pneumonies dont j'ai recueilli l'observation, je vais faire connaître quelques-uns de ceux qui me paraissent présenter des faits intéressans, et en premier lieu je transcrirai le seul des quatre cas mortels qui m'a paru, au premier abord, être susceptible de guérison.

PLEURO-PNEUMONIE DOUBLE AVEC DÉLIRE TRÈS-INTENSE.

Obs. I. — Un militaire âgé de 30 ans, habituellement bien portant, mais ayant fait des excès de tout genre, et ayant l'esprit frappé par des chagrins qu'il avait éprouvés dernièrement, entra à l'hôpital avec la conviction qu'il ne guérirait pas. Il avait ressenti le 3 janvier au soir un frisson prolongé, et avait dès lors commencé à tousser et à expectorer un peu de sang ; il éprouva aussi à la même époque une douleur assez vive dans le côté droit. Cet état persista sans augmentation jusqu'au 6 au soir, époque de l'entrée du malade à l'hôpital ; il fut saigné immédiatement, et le lendemain matin présenta les symptômes suivans.

7 janvier (cinquième jour). Le sang n'est pas couenneux ; le pouls ne bat plus que 90 fois ; la peau est chaude ; la toux fréquente et très-fatigante ; l'expectoration presque nulle ; on ne trouve qu'un seul crachat dans le vase, mais il est visqueux, rouillé et tout-à-fait caractéristique ; langue blanchâtre, humide ; soif assez vive ; abdomen mou et indolent ; douleur assez vive, augmentée par la toux et la respiration à la partie externe et inférieure du côté droit ; matité assez prononcée dans la moitié inférieure et postérieure du même côté ; souffle bronchique très obscur dans le même point ; crépitation distincte, mais éloignée, dans la partie voisine de la colonne vertébrale ; la respiration est puérile dans tout le côté gauche ; il n'y a pas de râle crépitant en avant, ni à droite ni à gauche. (Je prescris 1 scrupule d'oxide blanc d'antimoine dans une potion de 4 onces, à prendre par cuillerée à soupe toutes les trois heures.)

Le 8 janvier (sixième jour). Hier au soir, le malade se trouvait si bien qu'il se leva, et je le trouvai occupé à faire lui-même son lit ; malgré que je le fisse recoucher immédiatement, il est probable qu'il avait déjà éprouvé un refroidissement ; car il souffrit toute la nuit d'une douleur aigue dans toute la partie antérieure du côté droit. La toux est sèche, sonore, fatigante ; il n'y a point d'expectoration. Le pouls est à 100 ; la peau est moite, et a transpiré abondamment pendant une partie de la nuit. La langue est un peu sèche ; il n'y a eu ni selles ni vomissemens. (Continuer l'oxide d'antimoine ; appliquer un vésicatoire à la partie antérieure du côté droit.)

Le 9 janvier (septième jour). Ni selles ni vomissemens; langue humide; soif toujours vive; la transpiration continue; la douleur pleurétique et la toux ont diminué; le râle crépitant et le souffle bronchique ont cessé dans tout le côté droit en arrière; la sonoréité des deux côtés est parfaitement égale; l'expectoration est toujours très-peu abondante, mais ne contient plus de sang; elle est muqueuse et incolore. (Diminuer la dose de l'antimoine.)

Le 10 (huitième jour). La toux est insignifiante; mais la douleur pleurétique est toujours très-vive à droite et en avant; le pouls est à 100; la langue est sèche au centre; la soif continue à tourmenter le malade. (La potion antimoniale est remplacée par une potion béchique composée d'eau distillée de cerises noires, de mucilage de gomme arabique et d'une goutte de teinture d'aconit par once de mélange; on en donne trois cuillerées dans le courant de la journée: 10 sangsues sont appliquées sur le point douloureux.)

Le 11 (neuvième jour). Le pouls reste toujours à 100; la langue est toujours sèche et la soif vive; la toux continue sans expectoration; la douleur de côté est toujours aussi vive; il y a depuis deux jours un peu de délire le soir et dans la nuit. (Un vésicatoire sur le côté droit.)

Le 12 (dixième jour). Depuis hier au soir, le délire a fait beaucoup de progrès; il est continuel, ainsi que l'agitation du malade, qui ne veut pas rester au lit; il répond cependant avec exactitude aux questions qui lui sont adressées; la langue est sèche au centre, humide aux bords; la soif continue; la face est injectée; les oreilles violettes comme chez une personne asphyxiée; sueur abondante du cuir chevelu et moiteur du reste du corps; l'abdomen est tympanisé, mais indolent; quelques pétéchies sur les tégumens du tronc, mais il n'y a pas de taches typhoïdes; le pouls est toujours à 100, et moins dur que précédemment; la toux est moins fréquente; l'expectoration nulle. (On recommence l'oxide blanc d'antimoine.)

Le soir. Les symptômes sont notablement aggravés; la respiration est pressée; la face vultueuse; le corps couvert de sueur; l'expectoration toujours nulle. (On prescrit une décoction de polygala.)

Le 13 (onzième jour). Tous les symptômes se sont aggravés; le pouls est à 120 et même au-delà; il est très-difficile à compter; le délire a complètement disparu; le facies est cadavérique; la respiration bruyante, pressée, irrégulière; l'expectoration, qui avait été nulle les jours précédens, a été très-abondante cette nuit; elle est en partie visqueuse, rougeâtre, et en partie diffluente et brunâtre, couleur jus de pruneau.

Mort dans la journée.

AUTOPSIE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

Cerveau. Les vaisseaux sont gorgés de sang liquide; mais les membranes ne sont pas injectées; les ventricules et la grande cavité de l'arachnoïde ne contiennent pas de sérosité; la substance cérébrale est partout ferme et piquetée de rouge.

Thorax. Il n'existe pas d'épanchement dans les plèvres; à droite et en avant, rougeur de la plèvre pulmonaire, qui est recouverte de fausses membranes blanchâtres et peu résistantes.

Le *poumon droit* est hépatisé au troisième degré dans tout son lobe supérieur; il en est de même du lobe moyen; le tiers supérieur du lobe inférieur est hépatisé au second degré, c'est-à-dire rouge grenu et friable; ses deux tiers inférieurs sont sains et crépitans; il n'existe pas de tubercules dans ce poumon ni dans l'autre.

Le *poumon gauche* est hépatisé au troisième degré, c'est-à-dire ferme, friable et transformé en un tissu grisâtre gorgé de liquide purulent; l'hépatisation occupe toute la moitié antérieure du lobe supérieur; la moitié postérieure du lobe supérieur et tout le lobe inférieur sont sains et crépitans.

Le cœur est de volume et de consistance normales; ses orifices sont sains.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac est d'un blanc grisâtre; elle ne présente ni ramollissement, ni injection, ni aucune lésion appréciable à un examen attentif. Les petits intestins ne présentent aucune injection; les derniers pieds de l'iléum ne sont pas injectés; les plaques de Peyer ne sont ni développées, ni tuméfiées, ni ulcérées; quelques-unes des plaques sont très-apparentes, mais ne sont le siége d'aucune lésion morbide.

Cette observation nous présente diverses particularités qu'il est important de signaler. En premier lieu nous voyons tous les symptômes de la pneumonie être réunis chez le malade, et cependant le sang tiré de la veine le troisième jour ne présenter aucune couenne. En second lieu, nous voyons qu'à l'exception d'un seul crachat, l'expectoration manque complètement ou est tout-à-fait sans caractère jusqu'à la veille de la mort, époque où une abondante expectoration brunâtre annonce que la pneumonie, quoique latente, est parvenue au troisième degré. Sans l'auscultation qui nous avait révélé au début une pneumonie droite de la base, nous aurions été très-embarrassés pour caractériser cette maladie, qui présentait assez de ressemblance avec une fièvre typhoïde compliquée de pneumonie; et cependant l'autopsie n'a point vérifié cette supposition, puisque les plaques de Peyer étaient parfaitement intactes, et que d'ailleurs il n'y avait pas de taches typhoïdes sur l'abdomen.

Nous voyons aussi dans cette observation la pneumonie commencer à la base, se dissiper complètement, et attaquer plus tard les deux lobes supérieurs; et il n'est pas douteux que cette double pneumonie aurait été facilement reconnue sur le vivant. Mais malgré l'emploi du gilet de force, le malade s'agitait tellement dans son lit qu'il ne fut plus possible d'ausculter la poitrine dans les derniers jours de la maladie.

Enfin, quant au traitement, il me paraît ne pouvoir être considéré comme inefficace, puisqu'il avait réussi à dissiper la pneumonie de la base, et si l'absence d'expectoration et le délire des derniers jours ont fait modifier la médication; il faut attribuer l'insuccès à la débilitation causée par les excès et les chagrins du malade, plutôt qu'à l'insuffisance des saignées ou à l'impuissance des médicamens. Nous terminerons ces remarques sur le traitement en signalant la parfaite intégrité de la muqueuse gastrique, malgré que la sécheresse de la langue et la soif intense eussent pu faire craindre une phlegmasie de l'estomac.

Les cas de pneumonies terminées par des abcès circonscrits sont assez rares pour attirer l'attention des praticiens lorsqu'ils les rencontrent; aussi je pense que l'observation suivante pourra présenter quelque intérêt, malgré l'insuffisance des détails obtenus sur l'état du malade avant son entrée à l'hôpital.

PNEUMONIE TERMINÉE PAR DES ABCÈS CIRCONSCRITS DANS LES DEUX POUMONS.

OBS. II. — Un cordonnier âgé de 36 ans, ordinairement bien portant et ne toussant pas habituellement, fut pris, il y a dix jours, de céphalalgie, toux et fièvre; il eut un frisson, mais qui ne fut pas très-long ni très-intense. Depuis lors les symptômes ont persisté, sans que le malade ait rien fait pour les faire cesser.

Le dixième jour au soir il avait le pouls à 106, mou, peu développé; la peau était chaude, la respiration courte, la toux fréquente, amenant des crachats visqueux, rouillés, peu abondans; il se plaint d'une douleur peu intense à la partie antérieure et supérieure du côté droit de la poitrine. (Une saignée de 8 onces.)

15 novembre (onzième jour). Le sang n'est pas couenneux; le pouls est mou, petit, facilement dépressible; il bat 106 fois dans la minute; l'expectoration est en partie rouillée et visqueuse, et en partie opaque et puriforme; on reconnaît à la percussion de la matité au-dessus du mamelon et sous la clavicule droite, et en arrière dans tout le côté droit, quoique le son soit moins obscur qu'en avant. A l'auscultation on entend du râle crépitant, qui est couvert par une respiration bronchique très-sonore dans tous les points où l'on a reconnu de la matité. La joue gauche est plus colorée que la droite. (Prenez: Oxide blanc d'antimoine, demi-gros; mucilage de gomme arabique, sirop diacode, sirop d'althæa, de chaque, six gros; mêlez; une cuillerée à bouche toutes les heures.)

16 novembre (douzième jour.) Pouls à 104. L'expectoration est devenue plus foncée qu'hier; elle est semi-liquide; la langue est blanche, humide; la respiration pressée et laborieuse. (Continuer l'oxide blanc d'antimoine, et alterner avec une décoction de polygala, 3 gros dans 6 onces.)

17 novembre (treizième jour.) L'expectoration est devenue plus liquide et plus abondante; elle est d'un rouge brunâtre (jus de pruneaux); face pâle; lèvres violettes; respiration de plus en plus pressée; sueur froide sur tout le corps.

18 novembre (quatorzième jour.) Mort dans la journée.

AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Les plèvres sont saines et sans épanchement. Le poumon droit est en entier hépatisé; on trouve dans le lobe supérieur un grand nombre d'abcès remplis de pus bien lié et de bonne nature. Ces abcès sont arrondis, entourés de parois lisses et d'un rouge vif; ils varient de grosseur depuis 3 à 9 lignes de diamètre; le reste du poumon est à l'état d'hépatisation grise, contenant un liquide semi-puriforme non réuni en abcès. Il n'existe pas de tubercules dans ce poumon.

Le poumon gauche est hépatisé au sommet; il contient quelques cavernes moins nombreuses et moins volumineuses que celles du poumon droit; il n'y a pas de tubercules. Les autres organes n'ont présenté aucune lésion qui valût la peine d'être signalée.

Ces abcès circonscrits, quoique présentant des parois lisses, étaient certainement de date récente. En effet, il n'existait pas un seul tubercule dans les deux poumons. Le pus contenu dans les abcès était bien lié et tout à-fait phlegmoneux; enfin le malade était parfaitement bien portant et ne toussait point quatorze jours avant la mort, en sorte qu'on ne peut pas considérer ces cavités purulentes comme le produit du ramollissement d'un tubercule. La nature de l'expectoration n'a rien présenté de remarquable: elle a suivi toutes les phases de l'expectoration pneumonique ordinaire; d'abord rouillée et visqueuse, elle est devenue dans les derniers jours diffluente et brunâtre, annonçant ainsi le passage de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise; en sorte que rien dans l'expectoration n'aurait pu faire soupçonner la lésion reconnue par l'autopsie. Je ne pense pas que l'auscultation et la percussion puissent fournir des lumières plus précises, lorsque les abcès circonscrits ne communiquent pas avec les bronches et qu'ils sont entourés d'un tissu complètement hépatisé.

2° PLEURÉSIES.

J'ai soigné 9 pleurésies avec épanchement; sur ce nombre 2 malades ont succombé, l'un à une phthisie pulmonaire dont la pleurésie n'était que symptomatique, et l'autre à un double épanchement qui reconnaissait aussi pour cause une disposition tuberculeuse, car il avait une péritonite chronique avec tubercules miliaires. Ces deux faits servent de confirmation aux résultats obtenus par M. Louis sur des chiffres beaucoup plus considérable. En effet, nous voyons que la pleurésie n'est mortelle que lorsqu'il y a quelque complication d'une autre maladie. Sur ces neuf cas de pleurésie avec épanchement, quatre occupaient le

côté droit et cinq le côté gauche; un de ces derniers était traumatique, il avait été produit par un coup de stylet donné à la région postérieure du thorax, et qui, ayant lésé la plèvre, y avait amené un épanchement. L'un de ces neuf cas avait d'abord occupé le côté droit et s'était complètement résorbé; le malade paraissait guéri, lorsqu'il survint un second épanchement qui occupa le côté gauche et ne tarda pas à entraîner la mort. Deux de ces épanchemens ont commencé par une pleuropneumonie légère et promptement guérie; les symptômes de pleurésie furent très-obscurs, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on s'aperçut du développement du côté malade. Chez deux des malades atteints d'épanchement pleurétique, il y avait des tubercules dans le poumon, ainsi que l'ont démontré l'autopsie dans un des cas et la pectoriloquie avec les autres symptômes de la phthisie chez un autre malade. Un troisième avait des tubercules dans le péritoine, et n'en présentait aucune apparence dans le poumon.

Sur ces neuf malades il y avait sept hommes et seulement deux femmes, ce qui semblerait annoncer une plus grande disposition du sexe masculin à contracter des inflammations et épanchemens de la plèvre; mais il ne faut pas attacher trop d'importance à un nombre de faits trop peu considérable pour établir une moyenne. L'âge de ces divers malades n'était pas avancé, puisqu'ils n'avaient, terme moyen, que vingt-neuf ans.

Les malades atteints d'épanchement pleurétique ont présenté une très-grande variété quant aux symptômes; chez trois d'entre eux la maladie s'est développée d'une manière si obscure que, sans la percussion et l'auscultation, il aurait été impossible de soupçonner l'étendue du mal; à l'exception de la douleur qui était d'une intensité très-variable et même quelquefois presque nulle, rien ne pouvait faire soupçonner une lésion aussi étendue qu'un épanchement pleurétique. Chez l'un d'eux, les symptômes ont été si légers qu'il a voulu sortir de l'hôpital, et a repris ses occupations de menuisier sans se trouver gêné par un épanchement considérable.

Le changement de forme de la poitrine a été très-prononcé chez tous les malades. Au début, l'on a vu le côté malade se développer, les côtes rester presque immobiles pendant l'inspiration, et la circonférence de la poitrine augmenter de plusieurs pouces; dans tous les cas l'augmentation ne s'est arrêtée que lorsque toute la plèvre a été remplie par l'épanchement, ou, en d'autres termes, lorsque le son est devenu mat sous la clavicule, dernier point envahi par le liquide. Les premiers signes de résorption ont été l'aplatissement du côté malade, la saillie de l'omoplate et l'abaissement de l'épaule; et enfin, lorsque tout l'épanchement a été résorbé, le rétrécissement de la poitrine a atteint son maximum, pour diminuer ensuite et reprendre à peu près le même volume que l'autre côté.

L'état du pouls nous a présenté quelques remarques intéressantes; il n'a été dur et fréquent que quatre fois sur neuf, et encore la fréquence n'a-t-elle été permanente que chez les deux phthisiques dont nous avons parlé. Il était mou et sans résistance, ne paraissant remplir qu'une partie de la veine, cinq fois sur neuf, c'est-à-dire que dans la majorité des cas d'épanchement pleurétique, le pouls n'indiquait nullement une phlegmasie aiguë; il était au contraire mou et faible comme après une grave maladie qui aurait affaibli toute l'économie. Chez quatre malades le pouls n'a présenté aucune modification, ni dans la force, ni dans la fréquence, en sorte que si l'on se fût borné à l'examen du pouls, l'on n'aurait pas reconnu une phlegmasie et une lésion aussi étendues que celles de toute une plèvre.

Les sueurs nocturnes ont été notées dans presque tous les cas, mais elles ont été souvent passagères et bornées au début de l'affection; il semblerait que ce dût être le contraire si les sueurs dépendaient de la gêne de la circulation, mais il est probable que le corps s'habitue peu à peu à cette insuffisance des poumons, en sorte que la gêne de la respiration devient presque nulle; nous voyons un phénomène semblable chez les phthisiques qui continuent à vivre souvent sans gêne bien marquée de la respiration, malgré que la moitié ou même les trois quarts de leurs poumons soient devenus imperméables à l'air. J'ai noté deux fois l'engourdissement du bras correspondant à l'épanchement; dans l'un des cas l'épanchement ayant d'abord occupé le côté droit, ce fut le bras droit qui fut engourdi, et lorsque le côté gauche devint le siége de la même lésion le malade se plaignit d'engourdissement du bras gauche; ce symptôme persista fort long-temps, il ne fut point accompagné d'œdème du bras engourdi.

Après ce court résumé clinique, je terminerai par quelques remarques sur le traitement des épanchemens pleurétiques. Il y a quelque temps que je pensais devoir employer un traitement très-actif, des ventouses, des vésicatoires, des frictions mercurielles et des purgatifs fréquemment répétés; mais je crois m'être aperçu que cette thérapeutique active n'avait pas beaucoup accéléré la résorption du liquide purulent, en sorte que maintenant je serais plutôt disposé à ne conseiller que l'emploi méthodique des moyens hygiéniques, du moins dans les cas qui ne sont accompagnés ni de fièvre, ni d'une toux fatigante, ni d'une gêne considérable de la respiration. Les derniers cas que j'ai traités ainsi sans aucune médication, ont cheminé d'une manière aussi favorable et surtout aussi prompte que lorsque j'employais une méthode active et perturbatrice. Au reste, je n'énonce cette opinion qu'avec défiance, me réservant plus tard de faire connaître le résultat de l'expérience clinique sur un sujet qui ne peut se résoudre qu'avec des chiffres.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE DOUBLE; PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

OBS. III. — Un cordonnier âgé de 22 ans, et habituellement bien portant, fut pris, il y a huit jours, après exposition au froid, de frisson, toux et expectoration rouillée. Depuis lors, persistance des mêmes symptômes, sauf l'expectoration, qui est maintenant muqueuse, incolore et assez abondante; le pouls est fréquent (100), la peau chaude, la respiration très-gênée, la toux fréquente et causant une douleur aiguë dans le côté droit; ce côté est mat dans toute son étendue; la respiration y est nulle; tandis qu'à gauche la respiration est puérile et la sonorité parfaite. (Un vésicatoire est appliqué sur le côté malade, et une potion composée de digitale et d'eau de laurier-cerise est administrée par cuillerée à bouche toutes les trois heures.)

Le lendemain et jours suivans, la toux diminue de fréquence; l'expectoration reste muqueuse et incolore; le pouls descend à 80, et l'oppression paraît moins intense. (Un second vésicatoire est appliqué, et l'on continue la potion béchique.) Sous l'influence de ce traitement, la résorption du liquide fait des progrès; le son redevient clair sous la clavicule et dans la partie supérieure et postérieure de la poitrine; mais il se développe une nouvelle série de symptômes qui fatiguent beaucoup le malade; ce sont des nausées et des vomissemens accompagnés de douleurs abdominales assez intenses; la langue est blanche et jaunâtre. Des purgatifs sont administrés avec quelque avantage, mais sans faire cesser complètement l'anorexie et les douleurs de ventre. Un troisième vésicatoire est appliqué sur le côté malade.

Dans la quinzaine qui suit ce traitement, le côté droit paraît se dégager de plus en plus, et il n'y a plus de matité que dans la moitié inférieure et postérieure où la respiration est nulle, sauf un peu de souffle bronchique et de l'égophonie assez distincte; mais en examinant le côté gauche, on ne trouve plus la sonorité normale; la respiration y est obscure, surtout à la portion inférieure, qui est plus développée que la portion correspondante du côté droit; le pouls est redevenu fréquent; l'oppression plus intense; le bras gauche est engourdi de la même manière que le bras droit l'avait été un mois auparavant; en un mot, tous les signes d'un second épanchement se montrent alors que l'épanchement du côté droit était sur le point d'être guéri. (Des frictions mercurielles sur l'épigastre et autour de la ceinture sont ordonnées; la kréosote est administrée en potion pour diminuer l'expectoration, qui dans les derniers jours est devenue très-abondante.)

Malgré ces divers traitemens, et une grande variété d'autres médicamens qui furent successivement et inutilement employés, l'oppression, la toux, la faiblesse et l'amaigrissement firent des progrès, et le malade succomba deux mois et demi après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE QUARANTE-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

La poitrine est très-étroite du côté droit et assez développée du côté gauche.

La cavité *gauche* de la plèvre est remplie aux trois quarts par un épanchement séro-purulent; le poumon est réduit au quart de son volume ordinaire; son tissu est rouge, résistant et presque complètement imperméable; il ne contient ni matière tuberculeuse ni granulations grises. L'épanchement est borné par une fausse membrane grisâtre, dont l'épaisseur varie entre 2 et 4 lignes, et qui contient des masses tuberculeuses crues en assez grand nombre.

Le côté *droit* est d'environ les deux tiers plus petit que le gauche; la plèvre adhère de toutes parts au poumon par l'intermédiaire d'une fausse membrane très-épaisse, surtout dans la région diaphragmatique, où elle a 6 à 8 lignes de largeur; elle contient, comme celle du côté gauche, de nombreuses masses tuberculeuses jaunâtres d'un volume assez considérable. Le tissu pulmonaire est assez résistant, quoique plus perméable que le poumon gauche; il n'y a, comme dans ce dernier, ni granulations ni tubercules.

Le péritoine est en entier recouvert de granulations opaques et grisâtres; le grand épiploon est transformé en un tissu d'un blanc rougeâtre, parsemé d'innombrables masses tuberculeuses crues; son épaisseur en est notablement augmentée; elle varie de 3 lignes jusqu'à 1 pouce. Le foie, la rate et les reins sont recouverts de fausses membranes analogues à celle que nous venons de décrire; mais leur tissu ne présente, comme celui des poumons, aucune masse tuberculeuse ni aucune autre lésion organique; il en est de même des intestins et de l'estomac.

Cette observation nous fournit un exemple de l'existence des tubercules dans divers organes sans qu'il y en ait dans le poumon, circonstance assez rare chez les adultes pour qu'elle ait été révoquée en doute. Nous y voyons en outre les symptômes de l'épanchement pleurétique se développer successivement dans les deux côtés, en commençant par le côté droit, et lorsque la guérison était presque complète de ce côté, l'état de la plèvre gauche vient faire retomber le malade plus bas qu'il n'était auparavant.

Nous avons vu plus haut que, suivant M. Louis, l'existence d'une double pleurésie était presque toujours liée à quelque autre lésion organique, et en effet, chez notre malade la péritonite tuberculeuse com-

pliquait la pleurésie, et il est probable que sans cette disposition morbide à la formation des fausses membranes et des tubercules, la pleurésie du côté droit se serait promptement résorbée, et le malade aurait guéri dans l'espace de quelques semaines.

Le traitement a été tout entier révulsif, et l'on ne peut nier qu'il n'ait contribué à faciliter l'absorption de l'épanchement; néanmoins je pense, comme je l'ai dit plus haut, qu'il serait intéressant de compter le nombre de jours qu'il faut pour résorber un épanchement chez un malade livré aux seules forces de la nature, et en réunissant quelques faits comparatifs, j'ai tout lieu de croire que les résultats seraient tout aussi avantageux sans aucun traitement qu'avec des sangsues, des saignées et des vésicatoires. J'espère pouvoir résondre cette question lors d'un second compte-rendu de ma clinique.

H.-C. Lombard.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 octobre.

Solidification du gaz acide carbonique.

L'annonce de ce fait important pour la science est contenue dans une lettre de M. Thilorier. On se rappellera que, dans la précédente séance, le même expérimentateur avait entretenu l'Académie des phénomènes qui accompagnent la liquéfaction du même gaz.

L'acide carbonique gazeux à la température et à la pression ordinaires, et liquide à 0° sous la pression de 36 atmosphères, devient solide à une température voisine du centième degré au-dessous de la glace fondante, et se maintient pendant quelques minutes à ce nouvel état, à l'air libre, et sans qu'il soit besoin d'exercer sur lui aucune compression.

« Tandis qu'à l'état liquide son ressort, dit l'auteur, est tendu si énergiquement qu'un gramme de cette substance produit une explosion aussi forte qu'un même poids de poudre, ce ressort, dans l'état solide, est entièrement brisé, et le nouveau corps disparaît insensiblement par une lente évaporation. Un fait non moins curieux que la solidification de ce gaz, c'est qu'elle a lieu par l'effet même du passage subit de l'état liquide à l'état gazeux, et que le rapprochement moléculaire qui constitue l'état solide a pour cause déterminante l'expansion d'un liquide qui occupe instantanément un espace quatre cent fois plus grand que le volume qu'il avait primitivement.

Si l'on dirige un jet d'acide carbonique dans l'intérieur d'une petite fiole de verre, elle se remplit promptement et presque en entier d'une matière blanche, pulvérulente, floconneuse, qui adhère fortement aux parois, et qu'on ne peut retirer qu'en brisant la bouteille.

Un fragment d'acide carbonique solide, touché légèrement avec le doigt, glisse rapidement sur une surface polie, comme s'il était soulevé par l'atmosphère gazeuse dont il est sans cesse environné jusqu'à son entière disparition.

Si l'on introduit quelques décigrammes de cette substance dans un petit flacon, en ayant soin de le boucher hermétiquement, l'intérieur se remplit d'une vapeur épaisse, et le bouchon ne tarde pas à être chassé avec violence.

La vaporisation de l'acide carbonique solide est complète et ne laisse que rarement une légère humidité, que l'on doit attribuer à l'action de l'air sur un corps très-froid et dont la température est de beaucoup inferieure à celle où s'opère la congélation du mercure.

La promptitude et l'abondance avec lesquelles il se produit dans des cavités où l'air ni la vapeur d'eau qu'il tient en dissolution ne saurait pénétrer, lui donne un caractère qu'on ne peut méconnaître. Cependant, dit M. Thilorier, telle était l'étrangeté du fait de la solidification du gaz, que je ne m'étais pas fait moi-même une idée exacte de la nature de ce produit avant l'expérience qui a eu lieu en présence de la commission.

L'influence du refroidissement sur l'acide carbonique liquide dont la force expansive est, ainsi qu'il a été dit, anéantie à 100° cent. au-dessous de zéro, commence à se manifester bien avant que la température soit descendue jusque-là, et la force expansive qui à zéro est égale à 36 atmosphères, à —20° cent. n'est déjà plus que de 26 atmosphères.

Je crois devoir ajouter, dit en terminant M. Thilorier, que la température de —100° cent. que j'assigne à la solidification de l'acide carbonique liquéfié, n'est point hypothétique. Dans l'expérience que j'ai faite en présence des membres de la commission, le thermomètre à l'alcool est descendu à —87° cent.; or, en ajoutant à ces 87° les 6° dont se serait contractée la liqueur si la colonne thermométrique avait pu être soumise tout entière à l'action frigorifique, on aura pour la température réelle 93° cent. au-dessous de zéro, et ce nombre ne saurait être le maximum d'effet du chalumeau alimenté par l'acide carbonique liquide.

M. Arago, après avoir donné lecture de cette lettre, ajoute que la solidification annoncée par M. Thilorier est bien réelle, et qu'elle a été constatée par les commissaires chargés d'examiner les faits qui étaient l'objet de sa précédente communication.

M. Thénard. Il faut dire même que ce sont les commissaires qui ont reconnu l'acide solide dans un produit qu'avait obtenu M. Thilorier, et dont il n'avait point examiné la nature. Ce sont les commissaires qui ont fait la plupart des expériences qui mettent hors de doute la solidification de l'acide carbonique.

Formation du placenta.

M. Coste adresse quelques remarques sur l'origine de cet organe.

Dans l'état actuel de la science on peut établir d'une manière générale que le placenta, malgré la diversité de ses apparences, est constitué dans toutes les espèces par l'entrelacement d'une multitude de villosités considérées communément comme des dépendances émanant exclusivement du chorion. On peut aussi admettre comme un fait incontestable que les vaisseaux ombilicaux se prolongent jusqu'aux dernières extrémités de ces villosités pour s'y anastomoser. Mais quelle est la structure intime des villosités placentaires? par quel mécanisme se développent-elles? Ce sont les deux questions dont M. Coste croit trouver la solution dans le résultat de ses recherches.

Je crois, dit-il, avoir démontré par l'observation directe comment, après avoir pris naissance à l'extrémité caudale de l'embryon, l'allantoïde des mammifères vient s'appliquer sur la face interne du chorion, pour se confondre avec lui par une adhérence intime. Or, si l'on ouvre l'allantoïde au moment où les villosités placentaires commencent à naître, il est facile de constater que chacune de ces villosités n'est autre chose qu'un appendice cœcal subdivisé en d'autres appendices et formé par l'allantoïde et le chorion confondus. Il suit de là que chaque villosité se trouve composée de deux gaînes, l'une extérieure non vasculaire, appartenant à l'allantoïde. Cela étant, on comprend comment les vaisseaux ombilicaux peuvent arriver jusqu'aux extrémités des villosités, puisque ces mêmes vaisseaux étaient antérieurement ramifiés dans les parois de l'une des membranes qui se sont creusées en cœcum tout-à-fait semblables à ceux dont se composent les appareils glandulaires.

Conductibilité électrique des fils métalliques.

M. Peltier communique le résultat de quelques expériences qu'il a faites à ce sujet, et qui l'ont conduit à reconnaître que les lois admises par les physiciens ne représentent réellement pas le phénomène général; ce qui tient, suivant l'auteur, à ce qu'on lieu d'en étudier toutes les circonstances, ils se sont contentés de tirer de quelques cas particuliers des déductions concordantes avec l'hypothèse de l'existence de deux fluides distincts.

Suivant l'auteur de la lettre, la conductibilité varie, à la vérité, suivant la longueur et le diamètre du fil; mais le rapport de ces variations est dépendant de l'électromoteur employé, bien plus que du conducteur. Des courants primitivement égaux, mais provenant de sources différentes, ne sont pas également aptes à vaincre les mêmes résistances. Si l'électromoteur est simple ou complexe, hydro ou thermo-électrique; si l'électricité d'induction est produite par une hélice à spires nombreuses ou non, ces rapports seront considérablement altérés, comme le prouve l'extrait suivant des tableaux des recherches faites par l'auteur. Avant de donner cet extrait, il convient de remarquer que les multiplicateurs construits par M. Peltier donnent des déviations proportionnelles aux forces du courant, ce qui, comme on le sait, n'est pas le cas dans les multiplicateurs ordinaires.

Avec un couple thermoïde bismuth et antimoine, on obtient les déviations proportionnelles avec un multiplicateur de soixante-un tours, après l'intercallation d'un fil de fer d'un millimètre de section, et d'une longueur de

Une des soudures ayant sa température élevée de	3m	6m	9m	12m	15m	18m	24m	21m
4°	46°	35°	26°	20°	16°	14°	12°	10°5
8°	64°	47°	39°	31°	26°	22°	10°	17°
Avec une pile de 34 couples.								
non notée.	28°	23°	19°5	16°5	14°5	12°8	10°5	10°5
Avec un couple thermoïque fer et étain; multiplicateur de 126 tours.								
24°	29°	23°5	19°	16°	13°8	12°	10°5	9°2
48°	44°	31°5	23°5	19°	16°	13°6	11°5	10°2
Electricité d'induction. Multiplicateur de 24 tours.								
hélice de 200 tours.	19°	15°	12°	10°	9°	8°2	7°5	7°
hélice de 1000 tours.	24°	22°8	21°5	20°2	19°	18°	17°5	17°

Couple thermoïque zinc et cuivre; multiplicateur d'un tour fait d'une lame de cuivre. Le fil de fer étant trop résistant, a été remplacé par un fil de cuivre de

	1m	2m	3m	7m
35°	14°	7°	5°	2°5

Avec un couple hydro-électrique, les 24 mètres de fil de fer n'ont pas altéré la quantité transmise.

On voit, dit M. Peltier, qu'il serait impossible de trouver une loi générale au milieu de ces divergences, en prenant les résultats bruts; mais je me crois en mesure de donner l'explication de ces variations et des phénomènes électriques qui les produisent. Si ces recherches semblent à l'Académie dignes de l'occuper quelques instans, j'aurai l'honneur de lui en soumettre les résultats.

Après la lecture de la correspondance, M. Arago annonce que le bureau a cru devoir empêcher la distribution, dans la salle, d'une brochure dont un exemplaire était destiné à chacun des membres. Une des attributions du bureau, ajoute-t-il, est d'empêcher qu'il se passe ici rien d'inconvenant; or, la brochure en question était pleine d'injures très-vives adressées à un de nos collègues, d'injures inexcusables sous tous les rapports, non-seulement parce qu'elles ne sont nullement méritées par l'homme honorable auquel on les adresse, mais parce que ce ne

sont pas de celles qui échappent dans la vivacité d'une discussion. Il a paru aux membres du bureau que ce serait participer en quelque sorte à cette inconvenance que de permettre la distribution de la brochure pendant la séance. Si quelqu'un des membres désirait cependant prendre connaissance de l'écrit de M. Fanre, il trouvera au secrétariat l'exemplaire qui lui était destiné. Les membres du bureau espèrent que l'Académie les autorisera à continuer d'agir de même; ils s'engagent, au reste, à faire faire les distributions dans le cas où les injures leur seraient adressées à eux-mêmes.

— Le président nomme, pour compléter la commission chargée de surveiller la publication des documens de statistique sur l'affection calculeuse, MM. Roux, Libri et Arago.

M. Thénard prend la parole à cette occasion. Quelques personnes, dit-il, ayant paru douter que les données statistiques réunies par M. Civiale pussent être présentées sous forme de tableaux, j'ai voulu juger par moi-même de la difficulté que présentait ce travail, et j'ai reconnu non sans quelque surprise qu'il était déjà en grande partie exécuté par l'auteur lui-même. Parmi les pièces soumises à la commission se trouvaient quatre tableaux, dont deux ont été égarés; heureusement, M. Civiale en avait des doubles, et il a remplacé les deux copies absentes.

Larves de la mouche commune vivant dans la peau d'un enfant.

M. Isidore Geoffroy communique verbalement une observation faite par M. le docteur Fourcault, relativement à des larves d'insectes logées dans l'épaisseur de la peau d'un enfant. Une paysanne qui, allant travailler aux champs, y avait porté un enfant qu'elle allaitait, s'aperçut au bout de quelques jours qu'il avait à la poitrine une petite tumeur qui lui parut suspecte. M. Fourcault, consulté par elle, aperçut au centre de cette tumeur deux larves d'insectes qu'il parvint à extraire vivantes et à conserver jusqu'à ce que l'une d'elles se métamorphosât; on reconnut alors que ces larves appartenaient à l'espèce de la mouche commune.

M. Duméril demande s'il est bien constaté que l'insecte parfait soit réellement une mouche commune. Si cela était, comme cet te espèce n'a point d'instrument propre à entamer la peau, il y aurait quelque raison de supposer que la petite tumeur était formée et ouverte avant que la mère mouche y déposât ses œufs. Il n'en est pas de même des œstres; on sait que les femelles peuvent déposer leurs œufs dans une peau parfaitement saine; mais elles sont munies à cet effet d'un appareil qui, ainsi qu'il vient d'être dit, manque complètement chez la mouche commune.

Anguilles sortant d'un puits artésien.

M. Arago présente deux petites anguilles qui ont été vomies avec l'eau par un des puits artésiens creusés à Elbeuf. Ce fait, qui a été constaté par M. Girardin, professeur distingué de chimie industrielle à Rouen, est d'un grand intérêt, en ce sens qu'il peut beaucoup modifier les idées qu'on avait généralement sur l'origine des cours d'eau souterrains. Beaucoup de gens pensent encore aujourd'hui que l'eau s'amasse dans ces conduits par l'effet d'une filtration lente; cette opinion ne s'accordait guère avec ce qu'on avait observé à Tours, où des graines et des feuilles avaient sorti en assez grande abondance d'un puits artésien; le nouveau fait viendra encore l'ébranler.

M. Duméril déclare que les animaux présentés sont bien incontestablement de véritables anguilles; elles sont toutes deux à peu près de la taille de celles qu'on voit à une certaine saison remonter par légions certaines rivières, et que les pêcheurs nomment la *montée*. Ces dernières cependant diffèrent de celles qu'a envoyées M. Girardin en ce qu'elles sont blanches avec un liseré noir, tandis que celles du puits d'Elbeuf ont déjà complètement la livrée de l'adulte.

Théorie de la formation des dolomies.

M. Arago annonce qu'à la société géologique de Dublin on a communiqué un fait très-curieux, et qui vient à l'appui de la théorie de M. de Buch sur la formation des dolomies. On était fort en peine d'expliquer comment avait eu lieu cette transformation des calcaires dans le voisinage des roches qui ont dû être soulevées à un état d'incandescence. M. de Buch osa dire que le carbonate de magnésie était arrivé là par vaporisation, quoique sachant bien que dans nos expériences de laboratoire le carbonate se décompose par la chaleur. Cette assertion trouva naturellement bien des contradicteurs; maintenant, voici un fait qui semble la confirmer merveilleusement. M. Daubeny, professeur de chimie à Oxford, en explorant des masses de lave du Vésuve, y a trouvé de grandes cavités remplies d'une immense quantité de carbonate magnésien. Il y avait des points où la voûte seulement était tapissée de carbonate, de sorte qu'il semblait évident qu'il s'était amassé là par condensation après vaporisation.

Lorsque cette observation a été communiquée à la société de Dublin, M. Dalton a ajouté que M. Henry qui, à Manchester, s'est beaucoup et long-temps occupé de la fabrication en grand du carbonate de magnésie, a reconnu qu'à un certain degré de chaleur une partie de ce carbonate se vaporise.

M. Thénard remarque qu'à une température qui n'a pas besoin de dépasser la chaleur rouge, le carbonate de magnésie se décompose.

M. Arago dit que le degré de chaleur où a lieu la vaporisation n'a pas été indiqué par M. Dalton, mais que le fait étant affirmé par un observateur tel que M. Henry, il est difficile de n'y pas croire.

M. Cordier proteste contre toutes les déductions qu'on voudrait tirer du fait rapporté par M. Daubeny. Ce n'est pas avec des observations faites en courant et vaguement rapportées qu'on fera avancer la géologie. Je dis, ajoute-t-il, que l'observation de M. Daubeny est vaguement rapportée; et en effet, il ne dit point si c'est dans des laves anciennes ou dans des laves modernes qu'il a vu le carbonate de magnésie. Dans les modernes, au reste, il n'y en a point, et dans les anciennes on en trouve, et avec bien d'autres produits qui, comme celui-là, y sont venus évidemment par alluvion. Rien ne prouve encore aujourd'hui que le carbonate magnésien puisse se volatiliser, et quand il se volatiliserait, il faudrait, pour que la théorie de M. de Buch fût admissible, qu'il expliquât comment, à plusieurs lieues du foyer de chaleur, ce corps aurait pu non-seulement se volatiliser, mais traverser les énormes couches de carbonate calcaire.

M. Arago prend la parole pour répondre, mais, interrompu bientôt par M. Cordier, il renonce à poursuivre la discussion.

Plante à feuilles en dentelle.

M. Benjamin Delessert présente à l'Académie des échantillons d'une plante peu connue et fort singulière qui lui a été envoyée de Madagascar par M. Goudot. Ce jeune voyageur, après être revenu de ce pays, dont le climat est si funeste aux Européens, y a été ramené une seconde fois par son zèle pour l'histoire naturelle, et les moyens qu'il a maintenant à sa disposition font espérer qu'il en rapportera une riche et intéressante moisson.

La plante dont il est aujourd'hui question a été découverte par M. Dupetit-Thouars, et décrite par lui sous le nom d'*ourivandra*. Depuis, M. Persoon l'a appelée *hydrogeton fenestralis*, nom qui avait été déjà donné à une autre plante décrite par Loureiro. Pour éviter toute confusion, il conviendrait de lui rendre son premier nom. M. Dupetit-Thouars n'en avait rapporté que des fragmens, et elle n'a été figurée nulle part; seulement M. de Mirbel, dans les planches de ses élémens de botanique, a donné le dessin d'une feuille.

Cette plante est remarquable par la configuration extraordinaire de ses feuilles qui, étant dénuées de parenchyme, laissent à découvert un réseau admirable qui présente la plus parfaite régularité, et qui invite à s'y méprendre les mailles d'une dentelle noire.

Cette plante se retrouve dans la baie de *Diego Soares*, que le capitaine Owen, dans son dernier voyage, représente comme une des plus belles baies du monde.

L'*ourivandra* croît dans l'eau, et ses feuilles à jour, supportées par de longs pétioles, flottent sur la surface; elle fait partie de la famille des naïades, et est voisine des aponogeton et des hydrostachys, plantes dont plusieurs espèces ont été trouvées à Madagascar par M. Bernier.

Il est à désirer que l'ourivandra fenestralis puisse être introduite dans nos serres. Cette plante, en effet, est intéressante, non-seulement à cause de la singularité de ses feuilles, mais encore parce que ses racines sont employées comme aliment par les naturels de Madagascar.

Séance du 19 octobre.

— M. Fanre, auteur de la brochure dont le bureau avait interdit la distribution dans la salle à la précédente séance, déclare que son intention n'avait jamais été de la répandre de cette manière, et qu'il en avait seulement fait déposer trois cents exemplaires au secrétariat, pour que les membres qui s'intéresseraient à ses réclamations pussent aisément en prendre connaissance.

Animaux de la Méditerranée.

M. Van Beneden, conservateur du cabinet d'histoire naturelle de Louvain, annonce que, dans une excursion sur les bords de la Méditerranée, il a eu occasion de faire quelques observations qui ne semblent pas indignes d'intérêt.

1° Il existe une espèce de pneumoderme dans cette mer; toutes celles qu'on connaissait jusque-là appartenaient à l'Atlantique. Cette espèce a été prise en plein jour, par un temps calme, dans la mer de Nice, avec de grands individus d'atlandes et des déphises, par M. Verani.

2° L'auteur a cru reconnaître dans les oursins un système nerveux distribué à peu près comme celui des astéries.

3° Ses recherches sur les organes de la circulation dans les aplysies lui font regarder comme très-probable l'existence du système veineux avec le système aquifère de *Delle chiaje*.

4° Il a trouvé avec le docteur Rabb deux nouvelles espèces d'aplysie remarquables par des appendices buccaux que ne présentent point les espèces anciennement connues; ces espèces ont été nommées par les observateurs, *A. Brugnatellii* et *A. Webbii*.

Voyage scientifique.

MM. Becquerel et Breschet avaient demandé à l'Académie de leur fournir les moyens de poursuivre à de grandes hauteurs au-dessus du niveau de la mer les expériences qu'ils avaient commencées sur la chaleur animale. Leur intention était de faire dans les Alpes un voyage qui leur eût fourni l'occasion de faire en outre des recherches relatives à la physique générale et à la géologie. L'Académie accéda à cette demande et obtint en outre du ministère de l'instruction publique que les deux voyageurs seraient recommandés aux représentans de la France dans les pays étrangers qu'ils pourraient avoir à visiter, de manière à ce qu'il ne fût mis aucun obstacle à leur investigation.

L'Académie voulut bien aussi concourir aux frais des appareils que les observateurs avaient jugés nécessaires; appareils qui furent exécutés avec beaucoup d'habileté, et surtout de promptitude, par M. Gourjon.

Le voyage terminé, M. Becquerel vient annoncer à l'Académie que cette excursion n'a pas été sans fruit. Nous ne pouvons, dit-il, faire connaître dès à présent les résultats que nous avons obtenus, parce que, pour compléter notre travail, il nous reste encore à faire quelques expériences de détail. Nous ne ferons donc qu'indiquer les questions principales sur lesquelles notre attention s'est portée.

Des observations sur l'intensité des forces magnétiques terrestres, au moyen d'un appareil nouveau et qui semble donner les résultats plus rigoureusement comparables que ceux employés jusqu'ici, ont été faites successivement à Vevey, à Bex, à Martigny, à Liddes, au Grand-St-Bernard, à Sion, aux bains de Loueche, à Briggs, au Simplon, à Baveno, à Milan, à Pavie et à Venise.

La température du corps de l'homme et des animaux a été observée dans les

hautes montagnes, dans les vallées, dans les plaines, à la température ordinaire et daus des bains où le thermomètre se tenait à 45° cent.

La température du lac de Genève a été mesurée à plus de 300 pieds de profondeur, et cette expérience a dévoilé aux observateurs une propriété nouvelle et inattendue des courans électriques. Ils ont trouvé aussi un moyen aisé de recueillir directement l'électricité atmosphérique à 300 pieds au-dessus des plus hautes montagnes, ce qui permet de déterminer la loi de la distribution à diverses hauteurs.

Dans le Valais ils se sont occupés du crétinisme, et à Venise, d'expériences pour constater l'électricité de la torpille. Les moyens employés jusque-là étaient, disaient-ils, tout-à-fait infidèles, et auraient indiqué de l'électricité même quand on eût expérimenté sur un cadavre quelconque; par leur procédé ils ont pu constater jusqu'à la direction du courant. Enfin, dans toutes leurs excursions à travers les montagnes, ils ont recueilli, relativement à la décomposition des roches, des données qui pourront, à ce qu'ils croient, jeter du jour sur plusieurs questions de géologie.

DÉVELOPPEMENT DE L'OEUF DES LIMACES.

M. Laurent adresse un résumé des observations qu'il a faites sur les œufs de la limace grise et de la limace rouge.

L'examen de ces œufs y montre 1° une coque calcaire, opaque dans la limace rouge, mucoso-cornée dans la grise, et pour celle-ci évidemment composée de couches concentriques; 2° d'une membrane interne; 3° de deux albumens, d'un plus extérieur, plus liquide, et l'autre plus interne; 4° d'un vitellus très-petit, arrondi, aplati, entouré d'une membrane propre, et renfermant un liquide jaunâtre dans lequel nagent 15 à 20 globules remplis eux-mêmes de globules plus petits. A quelque distance du centre du disque est le point où doit se développer l'embryon qui se montre d'abord sous forme ellipsoïde.

La transparence des œufs de la limace grise est telle qu'on peut très-bien suivre tout ce qui se passe dans leur intérieur. On peut rendre transparente l'enveloppe de l'œuf de la limace rouge; mais ce moyen tue constamment le fœtus.

Dans les premiers temps du développement on voit se former sur un point de la circonférence du vitellus une languette qui croît progressivement et devient bientôt l'organe des mouvemens que l'embryon exécute de très-bonne heure. Cet organe, c'est la queue; la locomotion est giratoire, et c'est toujours la vésicule qui, à cette époque, forme la partie antérieure de l'animal, qu'on voit s'avancer la première. Cette vésicule paraît se composer de deux membranes, une extérieure qui se continue avec la peau de l'animal, l'autre interne, qui forme un sac à long pédicule qui se prolonge dans le corps, et est très-apparent sur le côté gauche de l'embryon. Cette vésicule transparente, réticulée et contractile, n'a présenté aucun vaisseau sanguin. On y remarque une bande transversale parsemée de points noirs, en forme de fer à cheval, dont les branches se prolongent sur les côtés d'avant en arrière. La situation de la vésicule, d'abord inférieure, change; elle devient peu à peu supérieure, et on voit alors très-distinctement qu'elle est placée sur le cou de l'animal, entre la tête et le bord antérieur du bouclier sous lequel elle s'enfonce en rentrant dans le corps.

La vésicule exécute des mouvemens très-manifestes pendant lesquels le pédicule s'agrandit et la poche diminue. A mesure qu'elle rentre dans le corps de l'animal, les viscères se forment, la rame caudale diminue progressivement. Celle-ci ne disparaît qu'après que la vésicule ne saillit plus à l'extérieur.

AFFECTIONS CALCULEUSES.

M. le docteur Souberbielle adresse des remarques relatives à plusieurs inexactitudes qu'il dit avoir aperçues dans les documens statistiques présentés par M. Civiale. Il demande que ses remarques soient renvoyées au comité de publication pour le mémoire de M. Civiale.

DÉVELOPPEMENT DE L'OEUF HUMAIN.

M. Thompson adresse un long mémoire en réponse à la dernière communication de M. Velpeau.—Renvoyé à l'ancienne commission.

PHILOSOPHIE NATURELLE.

M. Geoffroy Saint-Hilaire annonce que, pendant un séjour à la campagne que le mauvais état de sa santé l'a obligé à prolonger, il a achevé un ouvrage qu'il présente manuscrit, et dont le titre est : *Notions synthétiques et historiques de philosophie naturelle*.

C'est, dit-il, en grande partie, le développement d'une pensée de Napoléon à l'âge de 15 ans, pensée dont il aimait à discourir avec les soldats, les lettrés, les poètes et les savans qui l'accompagnaient dans son excursion militaire en Orient.

Cet opuscule renferme trois chapitres : 1° Documens au sujet de la loi universelle; 2° Notions de philosophie zoologique acquises dans les cinq dernières années; 3° Philosophie entomologique.

MORT D'UN MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

Le président annonce qu'on vient de recevoir à l'instant même la nouvelle de la mort de M. Lelièvre, membre de la section de minéralogie.

MÉTÉOROLOGIE.

M. Arago présente au nom de M. le conseiller Brandes un tableau d'observations météorologiques faites d'heure en heure pendant tout une année à Salzhutten, en Westphalie, à une lieue de Wesel. On a pris la moyenne de toutes les observations et obtenu ainsi la température du lieu. Cette moyenne obtenue, on a examiné quelle serait la combinaison d'observations en petit nombre qui la donnerait également. On a trouvé que l'observation de 8 heures et demie du matin peut remplacer celles de toute la journée. La température moyenne était de 7°,5 Réaumur. J'ai voulu voir, dit M. Arago, si, en prenant la moyenne de deux heures homonymes, par exemple de quatre heures du soir et de quatre heures du matin, on aurait une grande différence. J'ai trouvé qu'en combinant ainsi deux à deux toutes les heures, la moyenne ne s'écartait pas de 7°,5 de plus d'un dixième, soit en moins, soit en plus.

APPARENCE DE CIRCULATION DANS LES MEMBRES DE CERTAINS INSECTES.

M. de Blainville fait en son nom et celui de MM. Duméril et Bory un rapport sur une communication faite à ce sujet.

Si l'on prend la patte d'un jeune animal des genres notonecte, naucore, et en général de tous ceux de la famille des hydrocorises ou punaises d'eau appartenant à l'ordre des hémiptères de Linnée, et qu'on l'examine à un grossissement tel que les dimensions linéaires soient à peu près centuplées, en ayant soin que cette patte fasse encore partie d'un individu bien vivant, on remarque à sa partie supérieure, vers son articulation avec la cuisse, un mouvement plus ou moins sensible, plus ou moins rapide, mais du reste bien régulier, susceptible cependant d'être accéléré ou ralenti, et même d'être suspendu pendant peu de temps pour reparaître ensuite. Cela s'observe aussi long-temps que le jeune animal continue à vivre; et même, ce qui est digne de remarque, quelques temps encore après que la patte a été séparée du tronc.

Ce fait, disent les commissaires, est indubitable, et M. Behn en a rendu témoins non-seulement les commissaires, mais encore plusieurs autres personnes; reste maintenant à chercher comment et par quoi est produit ce mouvement, quel rapport il peut y avoir entre lui et le vaisseau dorsal, s'il agit sur les fluides contenus dans l'animal, et si par conséquent il entre pour quelque chose dans la circulation.

Quant à la première question, on peut, dit le rapporteur, assurer que le mouvement est produit par une petite partie membraneuse de forme peu appréciable, placée un peu obliquement sous la partie cornée de la jambe, entre cette partie et les muscles. On peut affirmer encore qu'elle a des connexions avec la masse charnue qui remplit cette enveloppe, puisque le mouvement qui a son origine à la partie supérieure de la jambe se transmet au moins jusqu'à la moitié de sa longueur. On peut également assurer que ce n'est pas un organe pulsant, c'est-à-dire se contractant sur un liquide qu'il contiendrait pour le chasser, et revenant à son état primitif de dilatation; ce serait plutôt, comme le pense M. Behn, une sorte de diaphragme obliquement placé, et mu probablement par des muscles situés à l'origine de l'intervalle cutanéo-musculaire de la jambe.

Y a-t-il quelque relation entre le mouvemens de cette partie et ceux du vaisseau dorsal, c'est encore une question à laquelle M. Behn répond négativement. En effet, comme il vient d'être dit, la nature du mouvement de cet organe est certainement valvulaire, tandis que celui du vaisseau dorsal est évidemment pulsant; aussi, dit le rapporteur, n'y a-t-il aucun isochronisme entre leurs mouvemens, comme M. Behn a pu s'en assurer en examinant à la fois le cœur et la patte du même individu sur lequel celle-ci avait été arrachée.

Maintenant, à quoi peut servir cet organe battant ou valvulaire? N'aurait-il pas quelque action sur la circulation des fluides contenus dans la patte? C'est ce que pense M. le docteur Behn. Il croit, en effet, avoir remarqué dans les globules immergés dans le fluide qui remplit l'espace cutanéo-musculaire un double courant, l'un centrifuge suivant le bord externe de la jambe, l'autre centripète, longeant le côté opposé; courant saccadé comme celui de l'organe qui le produit. Les commissaires ont vu une partie du phénomène telle que l'annonçait M. Behn, et une autre assez différente de ce qu'il disait exister. Ainsi ils ont vu que pendant que des granules suspendus dans le fluide semblent poussés par saccades de la base des membres à son extrémité, d'autres en reviennent, mais sans ordre et sans qu'on puisse admettre une force *à tergo* des uns à l'égard des autres. Les commissaires pensent en conséquence que si le mouvement de l'organe valvulaire a une influence sur celui des globules du fluide sanguin, ce ne peut être qu'à la manière des instrumens que l'on emploie dans les arts pour obtenir un mélange plus intime et plus rapide entre des liquides de nature différente. Nous sommes, disent-ils, d'autant moins portés à admettre l'hypothèse émise, il est vrai, avec le doute convenable, par M. Behn, que nous avons pu lui montrer dans le tissu cellulaire qui entoure le vaisseau dorsal, des granules en mouvement dans différentes directions, sans rapport avec les mouvemens de ce vaisseau et encore moins avec ceux de l'organe valvulaire des jambes.

Reste enfin cette dernière question : A-t-on observé, dans l'organisation animale, quelque chose qui puisse avoir une analogie quelconque avec la particularité organique observée par M. Behn? Sans doute, au premier abord on pourrait penser qu'il y a une certaine similitude entre cet organe battant et les cœurs ou renflemens lymphatiques découverts dans ces derniers temps, et presque à la fois, par MM. Muller et Panizza. Mais, d'après les observations de M. de Blainville, ces renflemens ne sont nullement comparables aux valvules des pattes des hydrocorises, ni par leur structure, ni par leur mode d'action, ni par leurs usages; ce sont, en effet, des organes pulsans situés à la racine des membres, au point de jonction des veines lymphatiques de ces parties avec les veines sanguines, et leur usage paraît être de soulever d'une part la lymphe, puis de la chasser dans les vaisseaux à sang noir.

Y aurait-il plus de rapports avec la disposition qui se remarque chez les écrevisses, disposition par laquelle le fluide aqueux ambiant est poussé dans l'espèce de cavité branchiale extérieure que forme le retour de la carapace sur les côtés du corps, à la racine des pattes portant les branchies? Oui, très-probablement, dit M. de Blainville, pour le mode de production du mouvement, qui est également valvulaire et non pulsant; mais chez les crustacés tout l'appareil, qui consiste dans une lame cornée flexible portée par le dernier appendice buccal, est réellement extérieur, tandis que, dans les pattes des hydrocorises, il semble être tout-à-fait intérieur.

Au surplus, disent les commissaires en terminant leur rapport, qu'il existe ou non dans l'organisme animal quelque chose que l'on puisse comparer à la particularité qui fait le sujet de la communication, que le mouvement observé soit circulatoire ou seulement oscillatoire, le fait n'en mérite pas moins de fixer l'attention des physiologistes; en conséquence, nous proposons à l'Académie d'adresser des remercîmens à l'auteur, en l'engageant à étendre ses recherches au plus grand nombre possible, et à tâcher de trouver, dans une observation plus

complète du fait, quelque chose qui jette du jour sur l'importante question de la respiration des insectes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

M. LE PRÉSIDENT donne avis, de la part de M. Gaymard, que jeudi, à deux heures et demie, au Jardin du Roi, en présence de M. le ministre de la marine, se fera l'ouverture des caisses où sont renfermés les objets apportés de l'Islande sur le vaisseau *la Recherche*.

RAPPORT SUR UN PAPIER COLORÉ EN VERT AVEC DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES, par M. CHEVALLIER.

M. CHEVALLIER, au nom de MM. Bonastre et Soubeiran, fait un rapport sur une lettre de M. Servant, touchant un échantillon de papier coloré en vert. La commission a trouvé que ce papier contenait de l'arsenic, et qu'il doit sa couleur verte au *vert de Schweinfurt*, qui est composé d'arsénite et d'acétate de cuivre. L'usage d'envelopper les bonbons avec ces papiers avait diminué depuis un rapport fait par M. Andral en 1830.

Ce rapport, adopté par le conseil de salubrité, servit de base à une ordonnance rendue le 10 décembre 1830, et par laquelle *il est défendu d'envelopper ou de couler des sucreries dans des papiers blancs lissés ou colorés avec des substances minérales*. Les confiseurs s'y soumirent d'abord; puis bientôt ils trouvèrent la défense trop rigoureuse; mais en peu de temps des accidens graves développés chez deux enfans qui avaient sucé des bonbons enveloppés dans des papiers teints en vert démontrèrent toute l'importance et la nécessité de l'ordonnance. Les réflexions de M. Servant sur le danger de se servir de pareils papiers sont donc tout-à-fait justes, et la commission propose d'adresser à l'auteur des remercîmens, et de déposer sa lettre et le présent rapport dans les archives.

M. BOULLAY. Les mesures très-sages prises par le conseil de salubrité ne s'appliquent qu'à Paris; il importerait donc de renvoyer ce rapport au ministre du commerce, afin qu'il étendît les mêmes précautions à toutes les localités du royaume. (Appuyé!)

M. CAVENTOU propose le renvoi du mémoire au comité de publication, afin de lui donner une grande publicité.

M. DOUBLE fait observer que la publicité des mémoires de l'Académie est fort restreinte, et d'un autre côté l'objet du rapport n'est pas assez scientifique pour y mériter place. Il propose donc d'en faire un extrait qu'on adresserait à tous les journaux quotidiens.

M. CAVENTOU se rallie à cette proposition, qui est mise aux voix et adoptée.

M. CHEVALLIER. Ce ne sont pas seulement les papiers qu'on colore avec des substances vénéneuses; on se sert pour certains pains à cacheter d'arsénite de cuivre; les enfans jouent avec ces pains et souvent les avalent; et récemment une petite fille a éprouvé par cette cause des accidens d'empoisonnement.

M. BRESCHET. M. Barruel a fait plusieurs rapports sur des faits de même nature; on colore avec des poisons certains bonbons, et principalement des jouets d'enfans.

M. PARISET. Ceci est très-important à porter à la connaissance du public; il conviendrait que la commission rassemblât tous ces faits et en fit un résumé complet. Il est urgent de parer à de semblables abus.

M. MARC. On ne saurait régler la coloration des jouets d'enfans, la plupart venant d'Allemagne. (Rumeurs.)

La commission sera chargée de faire l'extrait de son rapport, amendé selon la proposition de M. Pariset.

LA POSTÉRO-VERSION DE L'ENFANT QUI NAÎT PAR LES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES EST UN PRÉCEPTE ABSURDE ET PERNICIEUX; EXPOSITION DES MOTIFS DE CETTE OPINION ET ÉTABLISSEMENT D'UNE MANŒUVRE DIFFÉRENTE, par M. BONHOURE, D.-M., médecin-accoucheur. — M. CAPURON, rapporteur.

Il est en accouchemens un précepte posé par Mauriceau, adopté par Baudelocque, répété par M. Velpeau, qui veut que quand l'enfant vient par les pieds, l'accoucheur ait soin de lui tourner en arrière la partie antérieure du corps, et surtout celle de la tête, s'il les avait autrement tournées quand il est déjà engagé dans le passage. M. Bonhoure a long-temps partagé cette erreur; mais enfin il a ouvert les yeux, et il vient *la saper et la détruire à jamais*.

M. Monlus écrivait en 1821 : « La version du fœtus (par les pieds) lui faisant constamment courir, ainsi qu'à la mère, les plus grands dangers, et étant d'ailleurs extrêmement pénible, longue et douloureuse; je pense qu'on doit toujours autant que possible l'éviter, et chercher par tous les moyens imaginables à ramener la tête en bonne présentation, plutôt que de tenter une pareille manœuvre. » Ce passage prouve tout le danger de la postéro-version; car c'est dans cette partie de la manœuvre que consiste tout le danger de la version podalique.

Louise Bourgeois, élévatrice (sage-femme) de Marie de Médicis, raconte qu'à son quatrième accouchement, la reine accoucha « d'un aussi bel enfant qu'il s'en vit jamais, » après cinq heures de travail; l'enfant vint avec facilité, les pieds en avant. Selon M. Bonhoure, il s'agit ici d'un accouchement par les pieds, la face tournée vers les pubis. Il en conclut qu'alors le précepte de Mauriceau n'était point encore appliqué.

Quand l'enfant vient par les pieds et qu'on lui tourne la face en arrière, cette partie qui est peu bombée n'a que faire de l'excavation sacrée qu'elle n'est pas propre à remplir, tandis que l'occiput est arrêté par le rebord supérieur des pubis et de leur symphyse. Si, au contraire, on tourne la face de l'enfant en avant, ou mieux un peu de côté, pour faciliter la descente de la tête, voici ce qui arrivera : quand l'occiput sera arrivé au milieu de la filière, une légère conversion suffira pour le loger dans l'excavation sacrée; la tête se trouvera alors dans les mêmes rapports (quoique dans un sens renversé) que dans un accouchement du premier genre, et en relevant un peu le corps de l'enfant vers celui de la mère, et faisant de légères tractions, on l'extraira aisément.

Mauriceau et ses successeurs ont craint que le menton ne s'accrochât au pubis et l'occiput à la protubérance sacro-lombaire; mais évidemment ils n'ont pas assez fait attention que cette saillie est bien plus élevée que le pubis chez les femmes, et leur crainte que le menton ne s'accroche au pubis n'est qu'une supposition absurde. En effet, posons le cas que l'occiput soit relevé par son frottement contre l'angle sacro-lombaire, la mâchoire s'abaissera nécessairement sur le cou, et le diamètre occipito-mentonnier deviendra presque vertical, ce qui est le rapport le plus favorable au passage de la tête par le milieu du détroit.

Fondé sur ces idées, M. Bonhoure n'a pas hésité à mettre en pratique le précepte opposé de celui qu'on suit généralement. Le premier enfant qu'il reçut ainsi vint au monde avec facilité; c'était un beau garçon qui aujourd'hui se porte fort bien. Depuis il a accouché ainsi quatre autres femmes, dont une primipare de 42 ans; une autre enceinte de deux jumeaux. Tous les enfans sont bien venus; les femmes se sont bien tirées de leurs couches. L'auteur ne donne pas plus de détails; mais pour conclure, il ajoute » que ces sortes d'accouchemens sont si aisés, qu'il souhaiterait n'en avoir jamais d'autres à faire. »

Telle est l'analyse du mémoire. Voici le rapport.

M. Capuron s'élève d'abord contre la règle trop générale établie par M. Moulin. Tout le monde sait qu'il y a des cas où il serait possible, facile même de ramener la tête à une bonne présentation, et où il faut néanmoins y renoncer pour recourir sur-le-champ à la version; tels sont les cas de violentes convulsions, de pertes abondantes, de sortie prématurée d'un bras ou du cordon ombilical, et d'inertie rebelle de la matrice.

Il n'admet pas davantage l'idée de M. Bonhoure, que la postéro-version de la tête est le seul danger de la version par les pieds. La première partie de la manœuvre, qui consiste à aller chercher les pieds et à les amener à la vulve, est déjà fort grave. En effet, quand l'utérus est à sec et violemment contracté, on risque de contondre, d'enflammer, de déchirer l'utérus, le vagin, le rectum, la vessie; d'écorcher, de briser les membres du fœtus; et cette manœuvre qui constitue, à proprement parler, la version du fœtus, est aussi plus difficile que son extraction finale.

Mais voyons sur quels appuis est fondé le nouveau principe de M. Bonhoure. Tout d'abord, le cas de Marie de Médicis ne prouve rien; Louise Bourgeois ne dit en aucune manière que la face fût tournée en avant. Les raisonnemens théoriques qui suivent n'ont pas plus de valeur. Premièrement, l'occiput ne s'engage pas plus dans la concavité sacrée que la face; au contraire, comme il est plus large, il devrait mieux s'encadrer derrière le pubis, où il y a plus de vide ou d'espace libre. Secondement, la saillie sacro-vertébrale ne peut jamais retenir l'occiput pendant que la mandibule s'abaisse; car la tête est dans une position diagonale à l'entrée du détroit supérieur, selon les vues même de l'auteur du mémoire. Enfin les six faits qu'il rapporte sont tellement dénués de détails, qu'on ne saurait en rien conclure. L'auteur n'y a pas même indiqué la circonstance la plus capitale, le rapport du volume des enfans avec la largeur du bassin.

La commission conclut donc que M. Bonhoure n'a nullement prouvé les avantages de son procédé, ni les inconvéniens de l'ancien.

M. VELPEAU. Le travail sur lequel M. Capuron vient de faire un rapport très-détaillé est déjà imprimé; sans doute, la commission ne le savait pas. Quoi qu'il en soit, il renferme une question que l'auteur n'a pas développée en termes bien clairs, et qui ne me paraît pas non plus avoir été bien saisie par M. le rapporteur. Cette question n'est pas sans importance.

En général, il y a dans les sciences, et surtout dans la pratique, certaines règles généralement admises, appuyées également sur les faits et sur les autorités. Il se peut cependant que quelques cas paraissent y déroger, et si l'on s'arrête à ces exceptions, on se hâte de les généraliser; on veut substituer aux principes admis des principes tout-à-fait contraires, et on tombe dans une exagération manifeste. Ainsi en est-il de M. Bonhoure.

La règle générale, quand on extrait l'enfant par les pieds, veut qu'on lui tourne à tout prix la face en arrière; et, en effet, si on la laissait en avant, il serait à craindre que le menton ne fût arrêté par la saillie des pubis; l'occiput arcbouterait d'autre part contre l'angle sacro-vertébral; la tête ne pourrait plus descendre. C'est là le raisonnement des accoucheurs; mais ils vont trop loin lorsqu'ils prétendent que la descente est impossible; elle n'est même ni très-difficile ni très-périlleuse. Il y a deux ans que Michaëlis a publié sur cette question un long et intéressant mémoire, dans lequel il a accumulé les observations; et les résultats auxquels il est arrivé sont : que quand la face de l'enfant regarde en arrière, la position est très-favorable et l'accouchement facile; mais que quand elle est tournée en avant, l'accouchement ne s'en fait pas moins, et que dès lors il ne faut rien faire pour la retourner. Le mécanisme de l'accouchement est aisé à comprendre : le menton étant arrêté par les pubis, il n'est pas vrai que l'occiput arcboute contre l'angle sacro-vertébral; celui-ci est situé beaucoup trop haut; mais l'occiput répond à la concavité du sacrum; il descend dans cette concavité et sort le premier, tandis que le menton demeure pour ainsi dire immobile; on facilite ce mouvement en renversant le tronc de l'enfant sur le ventre de la mère; de cette manière, les diamètres de la tête ne se trouvent jamais en rapport qu'avec des diamètres pelviens suffisans pour permettre l'issue de la tête. Pour peu qu'il y ait de difficulté, M. Michaëlis applique le forceps sur la partie postérieure de la tête, afin de la faire marcher comme je viens de le dire. M. Bonhoure a bien vu que l'accouchement était possible, et ses observations confirment pleinement celles de Michaëlis; mais il a eu tort de recommander pour tous les cas une position qui après tout ne vaut pas la position opposée. M. Bonhoure n'a pas bien compris le mécanisme suivant lequel l'accouchement s'opère alors, ou du moins il ne l'a pas nettement décrit, et c'est là sans doute ce qui a trompé M. Capuron.

M. CAPURON. Je ne m'y suis nullement trompé. (On rit.) Toute la discussion se réduit à ceci : vaut-il mieux tourner la face du fœtus en avant qu'en arrière, lorsque le tronc est sorti le premier? Et je réponds que non, et que l'ancienne règle est toujours la meilleure. Sans doute des fœtus ont pu sortir ainsi, et j'en connais des cas; mais je suis convaincu que dans tous ces cas la tête était petite et le bassin large, et qu'avec les dimensions ordinaires de la tête et du bassin,

l'accouchement aurait été impossible. En veut on la preuve? Deux fois j'ai été appelé dans des circonstances semblables, la face en avant, la tête arrêtée au passage, la sage-femme épuisée d'efforts; et chez la seconde malade, ces efforts avaient été poussés si loin, qu'ils avaient déterminé un énorme thrombus de la grande lèvre. Dans les deux cas je n'ai eu besoin que de retourner la face en arrière pour voir l'accouchement se terminer avec la plus grande facilité.

Et supposez que l'on eût voulu extraire le fœtus la face en devant et la tête déjà engagée, c'est la face qui aurait dû sortir la première; et comment la faire marcher? aura-t-on pu relever l'occiput? aurait-on pu, comme on le fait très-bien dans la position inverse, introduire les doigts en crochet dans la bouche, pour attirer la mâchoire? Mais la pression de la face contre les pubis ne laisse aucun intervalle. Je soutiens que la chose eût été impossible, et que M. Bonhoure s'est trompé quand, de quelques observations sans détails et où probablement les fœtus étaient peu développés, il a voulu tirer une conséquence générale.

M. Velpeau. Je prie M. Capuron de remarquer que la question qu'il discute en ce moment n'est point celle que j'ai posée. Quand la tête est déjà descendue dans l'excavation, la face collée contre les pubis, oui, vous avez raison, il faut la retourner vers le sacrum; et à moins que la tête ne fût d'un très-petit volume, l'accouchement serait très-difficile. Mais ce n'est point de ce cas qu'il s'agit. J'ai parlé de ceux dans lesquels la tête arrivant au détroit supérieur, le menton est arrêté par les pubis, l'occiput au contraire s'engage dans l'excavation du sacrum, et va sortir le premier à la vulve; car c'est ainsi qu'on a vu des accouchemens se faire. Eh bien! je maintiens que cette position permet très-bien à une tête ordinaire de sortir d'un bassin ordinaire; et je me charge de le démontrer sur le mannequin. Les observations de M. Bonhoure sont, dites-vous, sans détails; mais Michaëlis a donné des observations nombreuses et détaillées, avec les dimensions de la tête des fœtus heureusement extraits; et devant ces faits toute objection tombe.

M. Capuron. J'admettrai le cas même posé par M. Velpeau; et je le crois fort difficile, sinon impossible à concevoir, avec une tête et un bassin de dimensions ordinaires. On compte 5 pouces et un quart de l'occiput au menton; or, il n'y a pas même 4 pouces et demi de la symphyse pubienne à l'angle sacro-vertébral. Comment donc, le menton arrêté à l'un de ces points, l'occiput pourrait-il franchir l'autre? je ne le comprends pas. Michaëlis a pu mesurer des têtes de fœtus; mais il manque à ses observations d'avoir précisé leurs rapports avec les dimensions des bassins.

M. Velpeau. Nous verrons cela ensemble sur un bassin. (Aux voix!)

Plusieurs membres font observer que le mémoire étant imprimé, on ne peut voter ni sur le rapport, ni sur les conclusions.

Avortement provoqué dans un cas de rétroversion de l'utérus.

M. Roux, à l'occasion de la discussion d'accouchemens qui vient d'avoir lieu, communique un fait dont il a été témoin dans son récent voyage en Hollande. Le chirurgien en chef de l'hôpital d'Amsterdam, homme très-instruit, avait dans ses salles une femme enceinte de quatre mois, et atteinte d'une rétroversion manifeste de l'utérus. Le col utérin comprimait la vessie et occasionnait une rétention complète d'urine; le fond de l'utérus faisait saillie vers le sacrum; en un mot, le diagnostic était palpable; et les accidens déterminés par le développement de la grossesse avaient pris un caractère alarmant. Après avoir tenté divers moyens, le chirurgien, en désespoir de cause, se décida à provoquer l'avortement au moyen de l'éponge introduite dans le col. Quand je la vis, dit M. Roux, l'éponge était mise depuis la veille; on l'avait même renouvelée, et rien n'annonçait encore l'avortement. Le chirurgien en chef m'a appris qu'il avait eu lieu dans la journée, et que dès lors les symptômes avaient pris un aspect plus favorable. Je ne sais quels auront été les résultats ultérieurs.

Rapport sur un traité rationnel du choléra, par M. Buisson. — M. Desportes, rapporteur.

Le résumé du traité de M. Buisson se trouve dans les lignes suivantes: « Le choléra est occasionné par l'introduction dans l'économie animale d'insectes ailés qui arrêtent la circulation et occasionent un froid glacial. Pour chasser ces insectes, il faut faire suer les malades et entretenir pendant plusieurs jours la transpiration. »

La commission conclut:

1° Que M. Buisson n'appuie pas son opinion sur la cause du choléra de preuves décisives;

2° Qu'il n'indique pas un traitement nouveau. (Adopté.)

— M. Sanson lit un rapport sur des instrumens de M. Leroy d'Etiolle applicables à la taille sus-pubienne; nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

L'observation suivante apparticut au compte-rendu de la dernière séance.

Division spontanée d'une pierre dans la vessie; vessie à colonnes, contenant une pierre dans ses parois; rein converti en une poche membraneuse.

M. Ségalas a présenté des pièces prises chez un calculeux qui a succombé à une inflammation de l'appareil urinaire, sans avoir été taillé ni lithotritié, ni même exploré avec la sonde d'argent.

Cet homme, âgé de 72 ans, éprouvait depuis quelque temps les symptômes de la pierre: il avait des besoins fréquens d'uriner; il souffrait beaucoup en y satisfaisant; il avait de la fièvre; ses urines charriaient une mucosité purulente. Il a été d'abord traité par un praticien qui a fait la médecine des symptômes, puis par M. Husson, qui s'est borné à conseiller des moyens adoucissans; et enfin par M. Ségalas, qui, après avoir remédié à une rétention d'urine en déplaçant des fragmens de pierre arrêtés dans l'urètre, s'est attaché à continuer la médication antiphlogistique, dans le but d'arriver à des conditions meilleures avant de procéder à aucune opération. Malgré ces soins et cette réserve, le malade a succombé.

A l'autopsie MM. Ségalas et Bossion ont recueilli les pièces soumises à l'Académie, savoir: la vessie, le rein droit et une multitude de concrétions urinaires.

Ces concrétions, qui la plupart ont des formes anguleuses, sont remarquables par leur très-grand nombre, si on les considère comme autant de pierres; et par la division spontanée qu'elles ont subie, si, comme le pense M. Ségalas, ce ne sont que des fragmens de pierre. Elles ont une couleur d'un blanc grisâtre, et se montrent très friables.

La vessie offre de nombreuses et fortes colonnes charnues entre lesquelles le lithotomiste aurait eu bien de la peine à saisir tous les fragmens; et de plus, elle conticnt dans ses parois une pierre assez grosse, que certainement la tenette la plus habile n'aurait pu prendre. De sorte que, si l'on eût taillé ou lithotritié le malade, on eut, sans nul doute, hâté sa mort, et fourni un fait de plus contre la la méthode à laquelle on aurait donné la préférence. Une autre disposition anormale de cette vessie, c'est la saillie, dans son intérieur, du lobe moyen de la prostate assez fortement développé.

Le rein gauche était très-petit, quoiqu'enflammé et en suppuration; le droit, seul présenté à l'Académie, est désorganisé et converti en une sorte de poche membraneuse; le bassinet est très-fortement dilaté; il était distendu par de l'urine purulente. Ainsi, lors même que, par une opération quelconque, on eût pu débarrasser la vessie de ses corps étrangers, le malade aurait succombé à l'affection rénale.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Exanthème fébrile irrégulier; symptômes successifs de scarlatine et de rougeole; complication d'angine gangréneuse et d'état typhoïde à forme adynamique; terminaison heureuse et prompte. — Observation communiquée par H. Bédor, docteur-médecin à Troyes, correspondant de l'Académie de médecine, etc. (1).

Aux approches de la période caniculaire de 1835, à Troyes, il y avait déjà plusieurs semaines que l'état de l'atmosphère se soutenait très-sec et très-chaud.

Diverses affections exanthématiques s'étaient manifestées en ville, chez des enfans, et il y avait eu tout récemment deux cas de rougeole dans le pensionnat Collot, quand le jeune élève pensionnaire Gaston H., dont la santé paraissait fort bonne, alla passer en sortie la journée entière du jeudi 16 juillet.

Cet élève est âgé de dix ans; ses cheveux sont d'un blond cendré; son teint habituellement clair; son tissu cutané fin et transparent; son regard vif; sa physionomie mobile; sa parole rapidement articulée, et son intelligence plus développée qu'il n'est commun de l'avoir à son âge.

Sa conformation est régulière, bien qu'un peu effilée, comme on l'observe ordinairement chez les enfans dont la croissance prend son essor.

La prédominance de son tempérament actuel est évidemment nerveuse; il paraît avoir traversé sa première enfance sans qu'on l'ait vu atteint de maladies notables, à l'exception d'une seule qui a été très-grave.

Il fut attaqué à 22 mois du croup: la guérison de cette redoutable maladie se montra complète après qu'il eut vomi de notables débris de fausses membranes.

Il s'était bien porté depuis lors, jusqu'à l'époque de la maladie dont j'ai à tracer l'historique.

Le soir du jour de sortie dont j'ai parlé, lorsqu'on ramena cet élève au pensionnat, il s'était senti pris de maux de ventre, avait vomi à plusieurs reprises, et était allé à la selle en dévoiement dans l'après-midi, sans avoir commis, à ce qu'il paraît, aucun excès dans le manger.

(1) J'ai écrit cette observation à la demande du père de mon jeune malade. La minute que je lui en ai donnée porte la signature de mes collègues consultans, jointe à la mienne, ce qui me détourne de songer aucunement à en revoir la rédaction. Je me bornerai donc à la faire suivre de quelques réflexions sur ce que ce fait pratique offre d'assez remarquable, selon moi, pour pouvoir trouver place dans les vastes colonnes de l'un des recueils médicaux les plus riches en faits intéressans et les plus généralement répandus.

L'idée qui porta le chef de famille que j'ai cité à me faire une telle demande, méritera, je crois, d'avoir des imitateurs. Du moins la trouvé-je très-digne de la classe éclairée à laquelle il appartient, étant ancien élève de l'école Polytechnique.

De quel avantage, en effet, ne serait-il pas pour les médecins, de trouver les antécédens sanitaires de certains malades recueillis par un homme de l'art, écrits sous l'inspiration du moment, et conservés pour l'occasion dans ce qu'on pourrait nommer les archives de santé de la famille?

On lui fit prendre de l'eau sucrée en rentrant et pendant la nuit; il la passa avec agitation, et eut encore plusieurs selles écumeuses et rendues en dévoiement, avec évacuations simultanées de gaz bruyans et fétides.

Voici l'état que présentait ce jeune malade le lendemain 17 juillet au matin.

Expression d'abattement dans les traits; yeux fatigués, mais sans rougeur ni larmoiement; douleur gravative de la tête; haleine fétide; soif médiocre; anorexie complète; langue recouverte d'un enduit blanchâtre; aspect rouge et chaleur à l'arrière-bouche et à l'intérieur de la gorge; pouls légèrement accéléré; poitrine sans nulle douleur et respiration très libre, ainsi que la parole. La région épigastrique et le bas-ventre offrent un peu de sensibilité à la pression.

Les matières évacuées dans la nuit ont été réservées; elles sont brunes, grumelées, semi-liquides et conformes à celles que produisent en général les indigestions.

Prescription. Repos, diète absolue, tisane de chiendent gommeuse, eau sucrée à volonté, eau d'orge et miel rosat en gargarisme.

Journée calme; évacuation de deux selles analogues aux précédentes.

Le 18 au matin, il a dormi, mais d'un sommeil agité; persistance du mouvement fébrile du pouls; disparition de la sensibilité abdominale; aucune selle depuis la veille; tête un peu moins lourde; gorge aussi cuisante, rougeur du voile du palais et des tonsilles sans gonflement; déglutition un peu pénible.

Dans le milieu du jour, éruption cutanée de petites taches ponctuées d'un rouge pâle.

Vers le soir, multiplication, élargissement et rapprochement entre elles des taches rouges; elles s'étendent, comme une couche de jus de groseilles, en grandes plaques d'une coloration plus vive.

A l'inverse de ce qui s'observe le plus ordinairement, cette éruption, d'apparence scarlatineu·e, se montre d'abord aux membres pelviens, puis au ventre et aux lombes, d'où elle s'étend sur la peau de la poitrine et du col, et plus faiblement qu'ailleurs sur le visage.

A la nuit, la teinte rouge est générale; la douleur gravative de la tête est redevenue incommode; celle de la gorge persiste, ainsi que les autres symptômes décrits, mais sans notable augmentation de l'agitation fébrile.

Prescription. Cataplasmes sinapisés sur les cou-de-pieds; poudre de calomel, 3 grains; mêmes boissons.

Le 19, il a un peu mieux reposé; aucune selle; pouls faib'e, mais à peine agité d'un léger mouvement fébrile. L'intensité de l'éruption varie plusieurs fois dans la journée, qui, du reste, ne se passe pas mal.

Le 20, la nuit a été rendue pénible par l'insomnie sans aucune douleur.

Apparence insidieuse d'une véritable rémission générale pendant toute la matinée. Ce calme apparent se prolonge une partie du jour; mais vers le soir il se déclare, au contraire, une violente exacerbation.

Un mouvement fébrile du pouls, tel qu'il ne l'a point encore présenté, l'agite et le distend; l'éruption cutanée se soutient mal; elle fait même déjà place, sur plusieurs points de la peau, à des efflorescences furfuracées. La tête est plus fortement prise que jamais. Les paroles sont rapides et brèves. Les idées se brouillent. Le malade a, par momens, des rêves tout éveillé; on l'entend alors s'impatienter contre des camarades d'études qu'il nomme et s'imagine voir.

Ce dérangement des idées cesse, toutefois, au moment où on lui adresse une question, pourvu qu'elle soit courte; mais il retombe bientôt dans ses divagations.

L'état grave dans lequel je vois le malade, état que je signale sans réticence aux amis et parens qui l'entourent, les détermine à convoquer immédiatement une réunion consultative. Elle a lieu aussitôt (entre dix et onze heures du soir), et se compose des médecins soussignés: Messieurs les docteurs Carteron et Patin, qui n'ont pas cessé, depuis, de concourir avec moi au traitement de cette maladie.

Après mon exposé des précédens de cet état pathologique, son exploration la plus scrupuleuse faite avec mes confrères, et une délibération prolongée sur les éventualités à prévoir et les moyens à employer, voici nos prescriptions:

Douze sangsues à la base du crâne, dont six de chaque côté, appliquées vers les régions mastoïdiennes. Poudre de calomel, 1 grain d'heure en heure; lavement contenant une livre de décoction de graine de lin; une once et demie d'huile de ricin et un jaune d'œuf. Vésicatoires aux deux jambes. Eau d'orge et miel rosat pour gargarisme. Chiendent, guimauve et sirop de gomme pour boissons.

Le 21, la nuit a été occupée par l'exécution des prescriptions de la veille au soir. Les piqûres des sangsues ont abondamment saigné. Le lavement n'a rien fait évacuer, non plus que les doses de calomel. L'éruption cutanée s'efface et ne laisse qu'à peine quelques traces d'un rouge pâle.

Au milieu du jour, le malade est transporté sous ma direction, et sans quitter ses matelas, oreillers, draps et couvertures, dans une maison très-voisine du pensionnat.

L'installation dans son nouveau logement ne paraît lui avoir causé aucune fatigue, et il s'en montre satisfait dans ses momens lucides.

La surface dénudée des vésicatoires, qui sont levés le soir, est pâle. La vésicule qu'ils ont soulevée, à gauche surtout, car celui de droite ayant été dérangé a moins agi que l'autre, est distendue par une sérosité assez abondante. Ils sont pansés avec la bette et le beurre, auxquels sa garde a joint, cette fois seulement, très-peu d'emplâtre épispastique.

Prescription. Continuation des grains de calomel.

Le 22, L'éruption cutanée, qui dès la veille au soir semblait se ranimer, se remontre plus prononcée. Le pouls est d'une accélération remarquable, faible et sans consistance; la gorge est cuisante, la déglutition pénible; les gencives et les lèvres deviennent fuligineuses; la langue jaune et sèche; la physionomie n'exprime plus que de la stupeur; il y a un commencement de résolution des membres, et l'aspect général dénote à un degré très-fâcheux l'état typhoïde à forme adynamique. Une selle brune, semi-consistante, a enfin été évacuée; elle contient un ver lombric vivant.

Même prescription; arrosement de la chambre du malade avec l'eau de Labarraque.

Le 23. Persistance et accroissement d'intensité des mêmes symptômes; efflorescence farineuse de la peau, qui est sèche et brûlante; hébétude complète et fixité morne du regard, qui, dans son état habituel, était remarquable au contraire par sa vivacité.

Le décubitus reste cependant encore possible sur l'un ou l'autre côté, pourvu qu'on y place le malade.

Le 24. Même état encore aggravé; langue très-brune et racornie; bouche enduite et encombrée de fuliginosités épaisses qui la privent de toute mobilité.

Un pinceau imbibé d'eau fraîche édulcorée et acidulée est fréquemment promené dans la bouche; il y détrempe, et en ramène par intervalles quelques débris de l'enduit fuligineux et des mucosités épaisses qui s'y accumulent sans cesse. La prononciation, très-embarrassée par les fuliginosités des gencives et l'épaisseur des fausses membranes qui recouvrent la langue, l'intérieur de la bouche, du pharynx et de l'orifice œsophagien, rend la parole presque inintelligible.

Les surfaces des vésicatoires dénotent qu'ils ont entraîné le sphacèle de la peau, surtout à la jambe gauche. Des phlyctènes soulèvent l'épiderme sur la saillie du grand trochanter droit et vers la fesse correspondante.

Prescription. Outre les précédentes: des morceaux de glace dans la bouche, où le malade les reçoit avidement; application de sparadrap sur la saillie trochantérienne, qui s'entame; quelques gorgées de bouillon de veau et d'eau vineuse.

Le 25. Mêmes phénomènes. On extrait parfois de la bouche, après l'avoir lentement humectée, des débris épais comme les escarres d'une brûlure profonde, qui se détachent de l'arrière-bouche, entraînant des flocons de mucosités filantes, et mettant, quand il s'efforce de les repousser, le pauvre petit malade dans un état d'anxiété des plus pénibles. L'expulsion de ces flocons incommodes est, du reste, suivie d'une amélioration visible dans l'état général.

Le 26. Il y a du mieux. Il survient par les deux narines un épistaxis d'environ un demi-verre de sang.

Le 27. L'état fragile d'amélioration se soutient; la sensibilité des vésicatoires, malgré toutes les précautions possibles, fait de leurs pansemens un vrai supplice dont la seule approche cause au malade une terreur et un tremblement invincibles.

Le dépérissement général et la maigreur sont extrêmes. Il n'y a toujours rien du côté de la poitrine; et le ventre, affaissé à un degré vraiment effrayant, est sans douleur à la pression. Les selles sont rares; mais à peu près naturelles. Des lavemens simples y aident de temps en temps.

Une tumeur dure et du volume d'un œuf se manifeste au côté droit du cou. Elle nous paraît l'annonce d'un dépôt critique dans cette partie. On peut en effet, je crois, lui attribuer le caractère de ce qu'on a nommé crise heureuse et complète, autrement dit, d'un de ces phénomènes pathologiques subits que l'on voit décider de la mort ou de la guérison du malade, et qui terminent tout à coup la lutte entre les for-

ces de résistance qu'oppose la nature à la maladie et son action destructive.

Un degré de surdité très-marqué, et un écoulement purulent des oreilles se sont pareillement déclarés.

Prescriptions. Peu de changements. Les vésicatoires pansés avec du cérat opiacé sont recouverts par des cataplasmes; des injections nétoient les conduits auditifs; un peu de fécule de pommes de terre est ajoutée aux bouillons de veau, etc.

Le 28. Apparition d'une troisième éruption cutanée. Celle-ci offre l'aspect et suit la marche d'une rougeole régulière abondante et bien dessinée; elle succède ainsi à la scarlatine irrégulière qui s'était manifestée au début de la maladie, et à la recrudescence qui s'en était faite ensuite. Cependant la complication pulmonaire plus ou moins marquée qui se montre si généralement comme essentiellement unie à l'une et à l'autre de ces affections éruptives, ne s'y joint toujours pas chez notre jeune malade.

Le 29 et le 30. L'éruption continue. Elle s'opère sans interruption et avec rapidité. Les régions inférieures sont les premières où elle se montre complète, et c'est encore de bas en haut que celle-ci se propage.

Le 31. La période de desquammation se manifeste. L'état général s'améliore; quelques potages légers accordés au malade sont bien reçus par l'estomac.

Dans les quatre premiers jours d'août, une alimentation légèrement et progressivement rendue plus substantielle est également bien accueillie par l'appareil digestif.

La grande, la continuelle occupation du malade, est de détacher de sa peau d'innombrables portions d'épiderme qui s'en séparent, et qu'il enlève par feuillets longs et larges de plusieurs pouces.

Des bains rendus gelatineux par l'addition d'une livre de colle blanche pulvérisée lui sont administrés; ils assouplissent sa peau rugueuse et comme parcheminée.

Le 4 du même mois, les réunions consultatives qui avaient été quotidiennes sont ajournées, et les visites diminuent de fréquence.

La tumeur cervicale a des alternatives de tendance à l'état phlegmoneux et à la terminaison par résolution. Les parens témoignent qu'ils verraient avec plus de plaisir cette dernière, à cause des idées qu'on pourrait rattacher à l'existence d'une cicatrice au côté du cou.

Le 19, après une nouvelle délibération consultative, application sur la tumeur cervicale d'un emplâtre quadrilatère de 3 pouces et quart de large, enduit de 3 gros d'onguent napolitain sur sa surface, et recouvert sur ses bords, ainsi rendus agglutinatifs, d'une couche épaisse de diachylon gommé.

La conservation de cet emplâtre, qui détermina le premier jour une rougeur érysipélateuse sur le côté du cou, a ensuite été suivie d'une réduction très-marquée du volume de la tumeur.

L'otorrhée s'est tarie ou à peu près; la surdité s'est dissipée; les forces renaissent chaque jour avec une promptitude croissante; et l'état fonctionnel est tout-à-fait satisfaisant.

La maladie a ainsi désormais fait place à une convalescence qui, après s'être montrée vacillante et fragile, a bientôt marché sans déviation et même, on peut le dire, eu égard à la gravité de l'affection, avec rapidité vers le rétablissement.

CONCLUSIONS.

Entre les inductions médicales fournies par cette histoire pathologique hâtivement tracée, les principales me paraissent les trois suivantes :

1° Que notre jeune malade est favorisé à un haut degré de cette résistance vitale si précieuse, que l'ingénieux et habile docteur Récamier a écrit à bon droit ne pas se mesurer sur la force appréciable des sujets;

2° Que les maladies chez cet enfant (à en juger du moins par l'heureuse terminaison de son croup, et les phénomènes critiques remarquables de sa fièvre exanthématcuse typhoïde) présentent plus de tendance que chez bien d'autres à se juger par des crises salutaires;

3° Enfin, que les affections du système nerveux et de l'encéphale peuvent être jugées, sans exclusion d'aucune autre, celles que son organisation actuelle le dispose le plus à contracter.

Troyes, le 27 août 1835

Bédor, D.-M. P.

Après lecture, ont également signé les docteurs Carteron et Patin.

RÉFLEXIONS.

Je crois assez généralement admis que, comme l'a fait observer récemment à sa clinique M. le professeur Chomel, la desquammation de l'épiderme, qui est furfuracée dans la rougeole, se fait par larges plaques ou lamelles dans la scarlatine.

On a vu néanmoins que, chez le jeune Gaston H..., il se manifesta d'abord un exanthème fébrile plus conforme, aussitôt son début, à la scarlatine qu'à la rougeole, et promptement disparu. La recrudescence exanthématique survenue ensuite fut bien franchement rubéoleuse. Comme pour en confirmer la nature, une jeune femme de chambre, après avoir veillé le malade, a été atteinte de rougeole, maladie qui, chez elle, bénigne et régulière, a duré peu de jours. Cependant celle de notre malade s'est terminée par une desquammation de l'épiderme, s'opérant par larges plaques, comme dans la scarlatine, au lieu d'être furfuracée comme dans la rougeole. Nous avons constaté, en outre, que les deux éruptions de Gaston H... se sont manifestées et propagées de bas en haut.

Des symptômes alternés d'une manière aussi anomale placent évidemment ce fait pratique entre ceux qui s'écartent de ce qu'on observe le plus souvent.

Je lis d'ailleurs à l'article *Scarlatine* du volume qui vient de paraître (le tom. XIV) du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, l'assertion que les scarlatines malignes, nom que justifierait au besoin la maladie que je viens de relater, sont assez rares à Paris dans la pratique civile, et même dans les hôpitaux.

J'avais pensé à consulter en même temps les articles *Roséole* et *Rougeole* du même ouvrage, articles dont l'annonce figure imprimée dans l'indication des principaux de ce volume sur sa couverture; mais je ne sais comment ils se trouvent omis. Nul doute qu'une telle inadvertance ne soit complétement réparée en publiant le tome quinzième de cet utile répertoire de l'état actuel de la science.

Il est, je crois, à propos d'ajouter ici, qu'un autre élève un peu plus jeune du même pensionnat que notre malade, fut atteint, à la même époque que lui, d'une affection fébrile exanthémateuse et typhoïde, non moins irrégulière dans ses phénomènes observés que ne l'a été la sienne. Son traitement, dirigé par mes confrères de Troyes, les docteurs Delaine et Calletot, a notamment consisté dans l'emploi de la saignée générale, à peu près comme M. Dewar (Gazette médicale, tom. III, p. 599) l'oppose à la scarlatine. Cet autre jeune malade a aussi parfaitement guéri.

Que conclure cependant d'une série aussi frappante d'irrégularités dans la marche des phénomènes cutanés?

Elle offre à mon avis, s'il m'est permis de le dire, même dans la Gazette médicale, une utile confirmation de la justesse de ce qu'enseigne, au sein de la Faculté de Paris, l'illustre professeur Broussais, lorsqu'il s'écrie qu'il n'y a nullement à se fier, dans la pratique, aux groupes de symptômes formant des tableaux invariables, et aux descriptions qui comprennent tous les cas.

Transposition des organes thoraciques et abdominaux; observation communiquée par M. Bally.

Obs. — Un homme, âgé de 25 ans, était entré à l'hôpital de la Pitié pour une inflammation de l'iléon et de la valvule iléo-cœcale (iléo-diclidite). La marche de la maladie fut d'abord assez lente, et laissa même des espérances de guérison; mais quelques symptômes, dépendant du trouble de l'innervation, ayant compliqué l'affection locale, ou, en d'autres termes, la maladie ayant pris le caractère typhoïde, on ne tarda pas à prédire une issue funeste.

Dès la première visite j'avais reconnu la transposition du cœur, et prédit celle des autres viscères du thorax, ainsi que de l'abdomen. Cette prédiction n'avait pas grand mérite, car un organe comme le cœur une fois transposé dès la naissance, il faut nécessairement que tous les autres subissent le même déplacement.

Les signes étaient les suivans :

Le côté gauche du thorax, dans la région précordiale, ne donnait aucune impulsion, et on n'y entendait point les bruits ordinaires du cœur. Cette région n'était point mate, et la sonoréité s'y faisait distinguer comme dans les régions où le poumon, bien pénétré par l'air, n'éprouve aucun obstacle pour la transmission du son qui lui est propre. A droite, au contraire, il était mat dans une certaine étendue, et laissait parfaitement distinguer le bruit de la contraction et de la dilatation du cœur, dont la pointe soulevait l'espace intercostal des cinquième et sixième côtes.

Plusieurs médecins et un grand nombre d'élèves vinrent voir ce malade pendant sa vie. Il succomba le vingt-cinquième jour, à des symptômes en tout semblables à ceux des fièvres adynamiques ou typhoïdes ordinaires; la transposition des viscères ne paraissant apporter aucune modification à la marche de la maladie.

L'ouverture du cadavre fut faite le lendemain.

J'enlevai avec soin les parois latérales de la poitrine, afin que tous les organes se présentassent parfaitement à l'examen, et conservassent leurs rapports.

Organes sus-diaphragmatiques.

Le poumon droit n'avait que deux lobes ; le gauche en avait trois. Le bord antérieur du poumon droit était échancré à sa partie inférieure pour recevoir la pointe du cœur ; le médiastin antérieur, au lieu de se porter à gauche, se dirigeait à droite ; le péricarde, libre du côté gauche, se fixait sur la partie droite du diaphragme. Cet examen des rapports du péricarde achevé, on l'ouvrit, après avoir enlevé la paroi antérieure de la poitrine. On reconnut alors que non-seulement le cœur avait changé de direction, mais qu'il était entièrement renversé ; de telle sorte que sa face postérieure était devenue antérieure ; que le ventricule gauche était à droite et en avant, et le ventricule droit à gauche et en arrière ; ce qui changeait également la disposition des oreillettes et celle des veines et des artères liées au cœur. Ainsi l'aorte, au lieu de se diriger de droite à gauche, se portait de gauche à droite ; sa courbure était un peu à gauche, et beaucoup plus en arrière que dans l'état normal ; sa partie descendante thoracique occupait juste le milieu de la face antérieure de la colonne vertébrale, de même que dans l'abdomen. La veine cave se plaçait constamment à sa gauche. Des artères qui naissent immédiatement de la crosse de l'aorte, le tronc brachio-céphalique partait du côté gauche ; l'artère carotide et la sous-clavière sortaient du côté opposé. L'artère pulmonaire se dirigeait obliquement à droite et en haut ; de ses deux branches, la gauche était la plus longue et trifurquée, et l'autre plus courte, plus horizontale, n'offrait que deux divisions. La veine sous-clavière droite, plus longue que l'autre, passait au-devant de la trachée-artère et de la crosse de l'aorte, pour aller se jeter dans la veine-cave supérieure, qui était située à gauche de la trachée-artère ; et à leur tour, les deux veines-caves venaient se rendre dans l'oreillette gauche.

Des deux nerfs récurrens, le droit se réfléchissait autour de la crosse de l'aorte, et le gauche autour du tronc brachio-céphalique. L'ouverture du diaphragme qui donne passage à la veine-cave inférieure se trouvait à gauche.

Organes sous-diaphragmatiques.

La rate, assez volumineuse et bien conformée, occupait l'hypocondre droit, et le foie le côté opposé. Ce dernier viscère avait dû naturellement prendre une position différente de celle qu'on lui connaît. Ainsi, le petit lobe se prolongeait de gauche à droite sur la face antérieure de l'estomac ; sa vésicule dirigée dans le même sens, et obliquement d'avant en arrière, communiquait avec le duodénum, également transposé ; la position du foie, la direction de la vésicule, l'insertion de son canal, la position oblique du duodénum et de l'estomac, dont la grosse tubérosité était à droite, avaient entraîné le renversement de tout le tube intestinal ; de sorte que le cœcum était à gauche, l'S iliaque à droite, et le rectum dirigé supérieurement de droite à gauche.

Le pancreas était également renversé.

On pense bien que la sortie et la direction des vaisseaux artériels se faisait en sens inverse dans toute la longueur de l'aorte ; mais je n'ai pas cru devoir les noter avec de nouveaux détails, puisque le vaisseau principal étant dans une position différente, il faut bien que la longueur relative et la direction de ses branches soient nécessairement changées.

Le lecteur me saura peut-être gré d'avoir minutieusement exposé ces dispositions anatomiques. Ce fait est peut-être unique dans la science, non à cause de la transposition, car on en a enregistré plusieurs, mais à cause de la connaissance qu'on en a eue pendant la maladie du sujet. Les interrogations que j'ai faites à cette époque, m'attestent que cet homme était parvenu à l'âge de 25 ans sans avoir éprouvé dans le cours de sa vie aucune circonstance particulière qui fût relative à la traosposition de ses organes. L'iléo-diclidite deveoue ulcéreuse (fièvre typhoïde), est également indépendante de cette singulière disposition ; elle était due, comme toutes les maladies de ce genre, à des circonstances géoérales parmi lesquelles il faut compter le séjour récent dans Paris, le changement de régime et les autres causes de l'endémicité pour les jeunes ouvriers arrivés depuis peu dans la capitale.

Je procédai à la nécropsie avec le plus grand soin, aidé de M. le docteur Charpentier, et en présence d'un grand concours d'élèves. Mon collègue Serre, qui s'occupe si utilement de travaux scientifiques et d'anatomie comparée, voulut être témoin de cette particularité que j'avais annoncée si loug-temps à l'avance ; il a même fait mouler en plâtre tous les viscères dans leur position, et ce modèle est conservé dans le cabinet des hôpitaux. On a annoocé le fait dans le temps, mais c'est la première fois que j'en livre l'histoire au public.

VARIÉTÉS.

— La séance publique annuelle pour la distribution des prix aura lieu à l'École de medecine de Paris le 2 novembre. M. Broussais prononcera le discours d'usage.

Les cours d'hiver commenceront du 3 au 5, et le registre d'inscription sera ouvert à partir du 2 novembre jusqu'au 15 inclusivement, de 9 heures à midi.

— M. Piorry commencera sa clinique et sa visite à l'Hôtel Dieu (servie de M. le docteur Bally, salles Saint-Landry et Saint-Joseph), dans les huit premiers jours de novembre. Cette clinique se fera tous les jours de huit à dix heures du matin.

Trois fois par semaine les élèves seront exercés au manuel des moyens physiques de diagnostic et à l'interrogation des malades, par MM. Piorry, Lorean, Chanut et Barthélemy.

Trois leçons orales sur la pathologie et la thérapeutique des maladies les plus remarquables qui se trouveront alors dans le service alterneront avec les exercices pratiques. Ces leçons correspondront autant que possible aux articles ultérieurs du *Traité de médecine pratique*.

— Le roi de Suède vient de faire remettre par son ambassadeur à Paris, M. le comte de Loewenhielm, à M. Gama, chirurgien en chef du Val de-Grâce, le brevet de chevalier de l'ordre de Wasa, accompagné d'une décoration enrichie de diamans. Peu de temps avant son départ pour la Suède, le roi, alors prince de Ponte-Corvo, faisait une reconnaissance des positions de l'ennemi, lorsqu'une balle vint le frapper derrière et au-dessus de l'apophyse mastoïde avec assez de force pour le faire pencher sur la tête de son cheval, sans cependant lui faire perdre connaissance. M. Gama, chirurgien-major à l'avant-garde, fut appelé aussitôt ; il trouva le blessé dans une maison de ferme, donnant les ordres nécessaires à la sûreté de ses troupes, expédiant des officiers dans diverses directions, et enfin faisant écrire à l'empereur. Quand tout fut terminé, alors seulement le prince s'approcha de son chirurgien en lui disant : *Maintenant, à nous deux*. M. Gama le pansa, pratiqua une incision nécessaire, et lui offrit un de ses chirurgiens pour l'accompagner ; mais le prince s'y opposa, ne voulant distraire personne du service, et me recommandant, dit M. Gama, *d'aller donner le tour aux autres*. Cette circonstance, rappelée dans le *Traité des plaies de tete* dont nous avons recemment rendu compte, est venu à la connaissance du roi, et presque aussitôt il a fait remettre à l'auteur cet honorable témoignage de son souvenir. Le souverain de la Suède a royalement acquitté la dette du général français.

STATISTIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS.

Le conseil des hospices de la ville de Paris vient de publier le compte des recettes et dépenses de l'administration des hôpitaux, hospices civils et secours de la ville de Paris, pendant l'année 1833. Nous nous bornerons à présenter les chiffres les plus importans.

Hôpitaux. — Les recettes ordinaires, extraordinaires et arriérées de l'exercice 1833 se sont élevées à la somme de 11,047,479 fr. 30 c., et les paiemens effectués sont évalués à 9,979,770 fr. 90 c.

Les hôpitaux de Paris ont, pendant 1833, reçu et traité.	65,938 indiv.
Les hospices ont donné asile à	12,757
L'administration a entretenu 21,551 enfans abandonnés,	21,351
L'administration a entrenu 1,539 orphelins,	1,539
Les 32,910 ménages formant la population des indigens reconnus par le dernier recensement, et reconnus par la voie des bureaux de bienfaisance, forment une masse de	72,746

La proportion de la durée du séjour dans les hôpitaux offre les résultats suivans :

Cochin et Hôtel-Dieu, 19 jours ; Charité et Pitié, 21 ; Necker, 23 ; Saint-Antoine, 27 ; Beaujon, 29 ; Accouchemens, 17 ; Maison de santé, 24 ; Saint-Louis, 37 ; Enfans-Malades, 41 ; Vénériens, 48. Ce qui fait un terme moyen de 23,51.

Hospices. — Le nombre des indigens ainsi admis dans les hospices, en 1833, a surpassé de 353 celui de 1831 ; le nombre des morts a été, comparativement à cette dernière année, moins élevé de 170.

Enfans Trouvés. — Le nombre des enfans exposés a été, en 1833, de 4,803 ; en 1832, de 4,982 ; en 1831, de 5,667. Il y a donc eu, en 1832, une différence de 279 en plus, et, en 1831, une différence de 854.

La proportion de la mortalité a été, en 1831, de 1 sur 3,82 ; en 1832, de 1 sur 3,79 ; et en 1883, de 1 sur 3,79.

Les enfans restant à la campagne, au 31 décembre 1831, étaient au nombre de 16,461 ; en 1832, de 16,229, et en 1833, de 16,306.

STATISTIQUE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX.

Hôpital Saint-André : Population moyenne, 620 malades ; la mortalité est évaluée à peu près à 1 sur 12.

Hôpital de la Maternité : Population moyenne, 45 femmes.

Hospice des Enfans-Trouvés : Enfans sevrés ou ayant passé 12 ans, 320 ; enfans naissans, 50 ; en nourrice à la campagne, 3,600 ; mortalité dans l'hospice, 1 sur 5 3/4 ; sur l'ensemble, 1 sur 6 1/2.

Hôpital des Vénériens : Population moyenne, hommes, 25 ; femmes, 60 ; mouvement mensuel, entrées, 30 ; sorties, 29.

Hôpital militaire : Population moyenne, 310 ; mouvement annuel, 5 à 600.

Hospice des Vieillards : Population fixe, 191 vieillards infirmes.

Hôpital des Incurables : population fixe, 109.

Hôpital des Aliénés : Population fixe, 263.

Hospice de Mendicité : Population moyenne, 280 ; en 1830, elle s'est élevée jusqu'à 500 ; en 1832, sous l'influence du choléra, une centaine d'individus y périrent.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 44. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 31 OCTOBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

LETTRE A M. LISFRANC SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU CHLORURE DE CHAUX DANS LES PLAIES ACCOMPAGNÉES DE VIVES DOULEURS; par M. Chopin, D.-M. à Neubourg (Eure).

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai hésité quelque temps à vous adresser les observations suivantes; mais un confrère à qui je les ai communiquées m'a blâmé de ma réserve, parce que le fait qu'elles constatent est inconnu, ou tout au moins fort peu connu dans la science. Plus que personne, vous êtes à portée de juger mes expériences et de décider si elles ont quelque valeur. Placé en tête d'un grand hôpital, les occasions ne vous manqueront pas pour décider si réellement la solution de chlorure de chaux jouit de la propriété que je crois avoir découverte de calmer presque subitement la douleur souvent atroce qui complique un certain nombre de plaies. J'entre de suite en matière.

Obs. I. — Le 12 août 1828, je fus appelé à Ste-Colombe pour panser le nommé J. Buffet, dont la main gauche, prise entre le timon d'une voiture et un arbre, avait été horriblement écrasée. Le désordre était tel, que le troisième et le quatrième métacarpiens étaient réduits en un grand nombre d'esquilles; que de la mousse et des petits fragmens d'écorce avaient été enfoncés dans la gaine des tendons extenseurs. Je dis *extenseurs*, parce que le deuxième, le troisième et le quatrième métacarpiens, séparés de leur articulation supérieure, étaient inclinés en bas et en avant, vers la pulpe des doigts. Une hémorrhagie abondante suivie d'une syncope avait eu lieu. A mon arrivée, il ne s'écoulait qu'un peu de sang provenant du fond de la plaie, et qu'une simple compression de la radiale suffit pour arrêter définitivement. Je ne décrirai pas le désordre des parties molles et des tendons, on le conçoit. D'ailleurs ce n'est point sur ce point que je veux appeler l'attention. La douleur à laquelle ce malheureux, âgé de 70 ans, était en proie, était atroce et lui arrachait des cris violens.

Quel parti devais-je prendre en cette circonstance? les accidens les plus redoutables étaient à craindre. Je demandai les conseils d'un confrère qui ne put se rendre auprès du malade que le lendemain à midi.

Après avoir nettoyé la plaie aussi bien que possible des esquilles d'os, de la mousse et des fragmens d'écorce qui la souillaient, je la couvris d'un linge fenêtré enduit de cérat, par-dessus lequel je posai de légers plumasseaux de charpie fine; j'enveloppai le tout d'un cataplasme presque froid arrosé de laudanum. Je prescrivis une potion calmante pour la nuit, et je recommandai qu'on vînt de bonne heure le lendemain matin me donner des nouvelles du malade.

Il était à peine jour, qu'on me fit savoir que la nuit avait été des plus pénibles; que le malade n'avait pas cessé de crier; qu'il avait eu du délire; qu'il demandait avec instance qu'on lui coupât la main, tant étaient vives les souffrances qu'il éprouvait. Il se plaignait également de la mauvaise odeur qui s'exhalait de sa main. Je me rendis en toute hâte auprès de lui : je le trouvai dans une agitation extrême, les yeux hagards, répondant à toutes les questions : ah! que je souffre!

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° V.

Experientia fallax!!!
Hippocr.

Comment oser faire encore de la médecine après un tel mot, et dit par un tel homme! N'est-il pas évident que tout médecin honnête et sensé doit trembler en approchant d'un malade, quand il pense à la terrible sentence prononcée par l'*oracle de Cos*. Car enfin nous n'avons que l'expérience, pauvre petit lumignon, pour nous conduire dans cet inextricable labyrinthe qu'on nomme la médecine pratique. Cependant, en y réfléchissant bien, Hippocrate a raison, et cette apparente contradiction s'explique naturellement. Qu'est-ce en effet que cette expérience bien conçue? c'est l'expression la plus juste, la plus réelle, la plus constante des faits. Proclamez hautement cette généralité, tout le monde dira : c'est vrai. Descendez ensuite aux applications, une horrible confusion se fait voir; mille voix discordantes s'élèvent aussitôt, voix qui partent des sectes, des écoles, des doctrines opposées. On peut donc alors répéter à bon droit : *experientia fallax*. Enfin, lassés de ne plus s'entendre sur les théories, les médecins d'aujourd'hui paraissent avoir renoncé à en faire au moins qui soit générale. La doctrine de l'irritation sera, je crois, de long temps, la dernière qui aura marqué son sillon dans le champ de la science. Je ne parle pas de l'homœopathie, dont les singularités tout-à-fait en dehors de nos méthodes habituelles, n'ont pas décidément pris place dans le Panthéon médical.

Maintenant, que fait-on? Dégoûté de systèmes, repoussant les théories, en garde contre les hypothèses, chacun fait sa propre doctrine sans se rallier à un principe commun. Autrement dit, une sorte d'apathie ou plutôt d'anarchie se remarque parmi les praticiens. Un peu d'humorisme, un peu de vitalisme, un peu de physiologisme, un peu d'éclectisme et beaucoup d'empyrisme, voilà le fond de la médecine actuelle, clinique ou non. L'influence de l'époque où nous vivons se fait visiblement sentir ici; point de croyances, point de convictions, aucun symbole universel. A quoi bon? tout change, tout passe, tout s'anéantit; *omnia vanitas*, même la renommée de nos grands hommes. La médecine en France ne reconnaît plus aujourd'hui de point convergent; le solidisme est attaqué, l'humorisme repoussé ou bafoué, le brownisme oublié, le physiologisme délaissé, l'hippocratisme contesté. Le principe vital lui-même, cet agent si commode, cette espèce d'ame ni matérielle ni spirituelle, que l'on charge de tout ce qu'on ne peut pas expliquer autrement, court risque de se perdre dans la région des chimères.

Je fus également frappé de la mauvaise odeur qui s'échappait de l'appareil. Je m'empressai d'enlever le cataplasme et j'arrosai la charpie d'eau chlorurée. La mauvaise odeur et la douleur disparurent subitement. Je remplaçai la première charpie par de la fraîche; mais la douleur ne tarda pas à se faire sentir aussi forte que pendant la nuit. Le malade alors s'imagina de faire baigner son appareil d'eau chlorurée, et de nouveau ses souffrances disparurent.

A notre visite à midi avec mon honorable confrère M. le docteur Guillebout, on nous fit part de ce résultat, que nous attribuâmes à la fraîcheur de l'eau.

Dans l'après-midi, le chlorure de chaux ayant manqué, on se contenta d'arroser la plaie avec de l'eau seule, mais sans diminuer en aucune manière les douleurs. Le malade me fit demander du chlorure de chaux, dont l'emploi fut suivi d'un calme tel qu'il dormit toute la nuit.

Ayant déjà éprouvé plus d'une fois les bons effets du chlorure de soude ou de chaux pour hâter la cicatrisation des plaies, ne redoutant plus la douleur comme complication de la blessure, et, pensant que les saignées générales et locales, convenablement employées, permettraient de se rendre maître de l'inflammation si elle dépassait les limites convenables, je fis partager à M. Guillebout l'espoir de guérir le malade sans opération. La cicatrisation s'est faite dans un temps plus court que je ne le croyais. Le malade a conservé sa main; le médius et l'annulaire sont complétement immobiles; mais, dix mois après l'accident, les trois autres doigts jouissaient, à un peu de raideur près, de toutes leurs fonctions.

Cette observation n'était restée dans ma mémoire que comme un fait de plus qui me prouvait qu'en certaines circonstances, des plaies bien graves en raison de leur cause, de leur nature, de leur situation, etc., peuvent guérir, même dans un temps assez court, par les seuls efforts de la nature, aidés d'un pansement convenable. J'étais loin de soupçonner qu'ici le chlorure de chaux avait joué un autre rôle que de détruire la mauvaise odeur et hâter la cicatrisation; peut-être admettrais-je seulement qu'il avait eu dans ce cas, et comme par hasard, une action calmante, lorsque l'année suivante j'eus une nouvelle occasion de le mettre à l'épreuve.

Obs. II. — Dans les premiers jours de septembre 1829, on m'apporta un jeune homme de 17 à 18 ans, qui chargeant un pistolet et voulant le bourrer plus fortement avait pris son arme à deux mains, la baguette dans le canon, et le frappait contre un mur; le chien qui était armé s'abattit, le coup partit, le pistolet vola en éclats, emporta une partie du pouce droit, tout l'index, deux phalanges du médius et laboura toute la peau de la main. Au moment de l'explosion le blessé ne sentit qu'une forte secousse dans le bras, mais les yeux jetés sur sa main ne tardèrent pas à lui faire voir toute l'étendue de son malheur. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Quand le blessé arriva chez moi, un engourdissement extrêmement douloureux qui se faisait vivement sentir jusque dans le creux de l'aisselle, l'empêchait de remuer le bras; la plaie était aussi le siége d'une vive douleur. Le souvenir du père Buffet me revint alors, et je voulus essayer si l'eau chlorurée aurait sur ce blessé le même effet. La main fut plongée dans une cuvette pleine d'eau tiède, à laquelle j'ajoutai quelques cuillerées d'une solution saturée de chlorure de chaux. Une minute était à peine écoulée que déjà ce jeune homme souffrait moins; l'engourdissement diminua par degrés, et au bout de cinq minutes je pus retourner la main dans tous les sens et la panser; il n'y avait plus de douleur. Je recommandai au malade de tenir son appareil constamment imbibé d'eau chlorurée. Il a guéri sans accidens sauf la difformité.

Obs. III. — Au mois de mai 1829, M. Lecomte, cultivateur de Trembley, commune voisine du Neubourg, étant monté dans sa voiture, versa et tomba la main gauche prise sous la roue; le dos de la main et les quatre doigts furent écrasés et dépouillés presque entièrement.

La douleur ne tarda pas à devenir tellement vive que le malade, au désespoir, voulait se tuer. Une heure après l'événement, le serrement de la mâchoire inférieure et quelques mouvemens convulsifs des muscles de l'épine du dos, me firent craindre les formidables accidens du tétanos. Une large et copieuse saignée que je pratiquai sur-le-champ n'amena aucun amendement; les mouvemens rapides des yeux et les contractions spasmodiques des muscles de la face ne furent nullement appaisés. Il en fut autrement lorsque la main blessée eut resté quelques minutes dans un bain aiguisé de chlorure de chaux, le malade en éprouva un tel soulagement qu'il s'écria : « Ah! monsieur, vous me redonnez la vie. »

Obs. IV. — La même année, un jeune homme d'Eppigarol, nommé Leriche, avait mis son fusil tout armé contre un pommier; au moment de rentrer chez lui, il prend imprudemment cette arme par le bout du canon, une branche accroche la détente, le coup part, traverse le bras d'avant en arrière et un peu de dedans en dehors à son tiers inférieur, en fracassant l'humérus. Appelé sur-le-champ avec feu mon très-honorable confrère M. Guillebout, nous aggrandîmes la plaie à son entrée et à sa sortie, et je fis l'extraction de différens fragmens d'os, notamment d'une virole complète qui avait dix lignes de hauteur. Je ne sais par quel miracle l'artère brachiale n'avait pas été ouverte, puisqu'on la sentait battre au milieu de la plaie.

La nature de la blessure et son voisinage de l'articulation du coude, le fracas de l'os, faisaient craindre des accidens graves, à tel point que M. Guillebout proposa l'amputation. Je ne partageai pas son avis. Je plaçai le membre sur la planchette suspendue de Mayor. L'eau chlorurée fut prodiguée pendant les pansemens et dans leurs intervalles, parce que, aussitôt que l'appareil cessait d'en être imbibé, des douleurs excessivement aiguës se faisaient sentir non-seulement dans la blessure et le voisinage, mais encore dans l'aisselle et dans la main. L'inflammation se maintint dans de justes limites; et après quatre mois de suppuration et sans avoir plus souffert que d'une fracture ordinaire, Leriche a guéri, avec un bras qui n'a plus ni la longueur, ni la forme de celui de l'autre côté, mais assez fort pour qu'il puisse s'en servir pour conduire sa charrue, se livrer à tous les travaux de l'agriculture, soulever des fardeaux assez lourds, tels qu'un sac de blé, etc.

Obs. V. — Dans l'hiver de 1828, M. Chauvin, cultivateur de la commune d'Ormes, homme d'une soixantaine d'années, fort et sanguin, que déjà j'avais guéri d'une maladie grave du coude gauche qui avait été fracassé par un coup de pied de cheval, fut mordu également par un cheval, qui lui arracha entièrement le petit doigt, phalanges et métacarpe, et toutes les parties molles du tiers interne de la paume de la main gauche; la douleur fut excessivement aiguë; le blessé vint de suite chez moi. Après avoir lié une petite artère, je pansai la plaie avec un linge fenêtré enduit de cérat et recouvert d'un gâteau de charpie, pardessus lequel j'en appliquai un autre imbibé de solution faible de chlorure de chaux, puis je maintins le tout avec une bande. Je recommandai de tenir l'appareil humecté de la solution ci-dessus, ce que le malade me promit; mais le soir, incommodé par l'odeur du chlore, il fit retirer le bandage et les linges et une partie de la charpie que j'avais imbibés, et les fit remplacer par d'autres secs. Toute la nuit il fut en proie à des douleurs des plus vives, à des élancemens dans tout le bras et surtout en arrière du coude, qui ne lui permirent pas de goûter une minute de repos; il me fit mander chez lui de très-bonne heure. Dès que je fus arrivé je fis mettre la main dans un bain chloruré et les douleurs cessèrent. Convaincu par l'expérience, le malade préféra la légère incommodité occasionée par l'odeur du chlorure, et ne cessa pas un instant d'en avoir son appareil imbibé. Avant trois semaines, la plaie était cicatrisée presque en entier.

Obs. VI. — Il y a maintenant trois ans, un enfant de quatre ans tomba devant une voiture pesamment chargée. La roue passa sur le pied et écrasa le talon. Le calcanéum, l'astragale et l'extrémité inférieure des deux os de la jambe furent réduits en bouillie. Je ne dirai pas quels étaient les cris que poussait ce petit malheureux, ni quelles étaient ses souffrances : je passerai aussi sous silence ce qu'il y avait à faire dans cette circonstance; je dirai seulement que, malgré les suites fâcheuses que pouvait, que devait nécessairement avoir une pareille blessure abandonnée aux seuls efforts de la nature, des obstacles insurmontables m'empêchèrent de faire l'amputation de la jambe, qui me paraissait le seul moyen d'arracher ce pauvre enfant à une mort certaine, qui, si elle n'était pas le résultat immédiat d'une épouvantable inflammation du pied, devait être amenée par une suppuration intarissable. Il n'en fut pas comme je l'avais craint. Les circonstances qui, selon moi et le confrère que j'avais fait appeler, s'oppo-

---

Ainsi la science marche, au cas qu'elle marche, sans guide, sans plan; elle flotte au hasard des circonstances éventuelles.

Mais savez-vous la base de ceux qui rejettent toutes les théories, la grande raison qu'ils allèguent sans cesse, c'est qu'ils veulent des faits; ils ont pour les faits un respect idolâtre. La science de la réalité, disent-ils, se réduit aux faits matériels et sensibles; ce qui n'est pas sanctionné par les faits, n'est que prestige et vanité. Personne, je crois, ne s'avisera de contester de pareilles assertions. Mais ne peut-on ajouter que les faits abondent de toutes parts, sans beaucoup contribuer au progrès? Voulez-vous des faits, prenez et lisez les auteurs; en désirez-vous de plus saillans encore et surtout de plus positifs, parcourez les hôpitaux, les cliniques, là vous pourrez en rassembler tout à loisir une innombrable quantité; mais votre portefeuille une fois rempli de faits particuliers, d'histoires de maladies bien détaillées, voyons, qu'en avez vous fait? rien, ou à peu près; c'est du moins ce qui arrive le plus ordinairement. Sur une infinité de points, la science n'a pas avancé d'un pas, ou bien elle s'est agitée, remuée, mais sans progression. Pourquoi cela? c'est que les avenues en sont obstruées par d'innombrables observations qui en définitive n'apprennent que fort peu de chose. M. Bayle (Bibl. thérapeut.) porte à 2740 le nombre des observations publiées sur la digitale, et il avoue ne pas les connaître toutes. Eh bien! la digitale est encore un médicament dont les effets et les applications sont loin d'être convenablement appréciés. Demander des faits, invoquer leur autorité pour en tirer des inductions et d'autres faits collectifs, pour s'élever à de hautes généralités, pour en condenser l'expression dans des axiomes substantiels, pour systématiser nos connaissances, pour empreindre une doctrine d'une forte et féconde unité, je le conçois; mais colliger des faits pour dire : venez, admirez, voilà des faits étiquetés, rangés bout à bout, par ordre de numéros, vous pouvez les lire à votre aise, ils sont classés méthodiquement page par page, le volume est complet; ou bien encore, ramasser des faits pour leur extorquer à force de subtilités des solutions que l'on veut et qu'ils ne rendent pas, pour leur donner une forme prédéterminée, pour leur accoler une théorie toute faite, pour en tisser avec plus ou moins d'art des hypothèses et des sophismes, à quoi bon? Où est alors l'utilité des faits? Voilà ce qu'on a vu et ce qu'on verra probablement encore. Qu'on se persuade bien qu'il n'y a rien de plus stérile que des faits, comme il n'y a rien de plus productif que des faits, selon la main qui les recueille, l'œil qui les voit, l'esprit qui les saisit, le jugement qui les estime. C'est ainsi que pour les uns, les faits contiennent la raison des phénomènes, les bases réelles de la science, tandis qu'ils ne sont pour d'autres que des mots sans idées, des zéros sans unités et surtout sans résultat. Quelques-uns disent : des faits et des chiffres; à cela je réponds : des principes et des axiomes. Le fait est toujours individuel, mais la science se précise par l'induction, se constate par le principe, par la forme concrète et abstraite. Voilà pourquoi la médecine aujourd'hui, abreuvée de matérialisme, manque partout de *réalisme*, malgré l'assertion contraire.

Comprenez donc maintenant que demander des faits, ne vouloir que des faits, c'est ressembler à des manœuvres qui veulent de la pierre, du sable, de la chaux, du bois, du fer, du plomb; mais comme l'architecte manque, il n'y a point d'édifice à espérer. Le terrain reste encombré; il faut même quelquefois beaucoup de temps pour le déblayer et le rendre propre à des constructions régulières. Une chose démontrée presque à l'évidence géométrique, c'est qu'on fait en médecine tout ce qu'on veut avec des observations et des faits particuliers; ne cherchez pas de chose plus souple, plus élastique, plus malléable que celle-là; il ne s'agit que

saient à tout espoir de salut, furent au contraire l'occasion d'un nouveau succès obtenu par le chlorure de chaux.

Le pied fut plongé dans un bain tiède aiguisé de chlorure. L'enfant fut, à l'instant même, soulagé à tel point qu'il s'endormit. Pendant quatre à cinq semaines j'allai le panser deux fois par jour. Les parties atteintes par la roue ne tardèrent pas à se détacher; presque toute la peau du pied tomba en gangrène. Je dus faire l'extraction de nombreux fragmens d'os. Au bout de quatre mois, il ne restait plus qu'un point fistuleux que des injections chlorurées ont tari; et maintenant le pied de cet enfant n'est pas plus difforme que certains pieds-bots.

Ainsi que vous venez de le voir par ces six observations, que je n'ai dû vous rapporter que sommairement, le chlorure de chaux serait un moyen prompt, infaillible, de calmer les douleurs dans les plaies par contusion, par arrachement ou par l'explosion de la poudre à canon; il aurait sur les autres médicamens employés jusqu'à ce jour dans des cas semblables (les narcotiques), l'avantage immense d'agir sûrement et presque instantanément, et sans l'intermédiaire du cerveau.

Malgré ma confiance dans cet agent thérapeutique, parce qu'il a toujours répondu à mon attente depuis ce jour où le hasard me fit connaître sa nouvelle propriété, j'ai besoin, pour que mon opinion soit définitivement arrêtée à ce sujet, qu'il soit soumis à une autre expérience que la mienne; *experimentum fallax*, a dit celui qui a déclaré aussi: *sedare divinum opus*. C'est pourquoi j'ai pris la liberté de vous adresser cette lettre, que j'aurais pu grossir d'autres observations; j'ai dû me contenter des plus saillantes, de celles qui m'ont semblé le mieux prouver les bons effets du chlorure de chaux.

Avant de terminer, je vous demanderai la permission d'ajouter que le chlorure de chaux m'a encore été d'un secours précieux dans une maladie que je ne trouve décrite dans aucun ouvrage ni dans les journaux de médecine; je veux parler de ces douleurs si vives, si aiguës, qui tourmentent les femmes nouvellement accouchées, surtout les primipares, et qui ont leur siége dans un point du vagin.

Plus d'une femme m'a dit que ces douleurs étaient beaucoup plus insupportables que celles de l'enfantement. C'était, disaient-elles, comme un fer rouge qui leur traversait le vagin. L'inspection et un examen attentif m'ont fait reconnaître une ou plusieurs petites excroissances de la grosseur d'un grain de blé, rarement d'un petit pois, situées constamment sur la paroi postérieure de la membrane vaginale; on les distingue facilement à leur exquise sensibilité quand on les touche avec le doigt, à leur légère saillie et à leur couleur rose-foncée, qui tranche sur celle du vagin; elles apparaissent peu de temps après l'accouchement; si on les touche avec un petit pinceau de linge effilé ou de charpie imbibée de chlorure, leur extrême sensibilité ne tarde pas à diminuer, puis elles disparaissent tout-à-fait.

C'est encore un moyen précieux pour apaiser en très-peu de temps les douleurs vives, persévérantes, qui suivent quelquefois l'application du forceps, même dans les circonstances les plus heureuses, et à plus forte raison quand les branches ou les cuillers ont labouré la muqueuse vulvo-vaginale.

Quoi de plus douloureux souvent que la rupture de la fourchette et l'entamure de l'extrémité postérieure de la vulve, malgré les plus grands soins et la plus grande attention d'un accoucheur? Là encore le chlorure a des succès constans et prompts. Au malaise indicible auquel les nouvelles accouchées sont en proie, à la perte du sommeil, du repos, quelquefois suivie d'accidens plus graves, succède un état de bien-être, de calme, de tranquillité, qu'on attendrait peut-être longtemps d'une autre médication.

Puisque j'en suis aux femmes en couches, je vous dirai encore, et c'est par là que je finirai, que de tous les moyens conseillés pour remédier aux *fissures* du mamelon, rien ne m'a aussi bien réussi que le *chlorure de soude*; des lotions fréquemment répétées pendant une journée ou deux ont souvent suffi pour rendre à des nourrices l'usage d'un sein que la douleur les empêchait de donner à leurs nourrissons.

Agréez, etc.

CHOPIN, D.-M. P.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Il y a long-temps que nous n'avons donné de revue des journaux italiens; c'est que, depuis plusieurs mois nous n'avons pas trouvé, en vérité, leurs colonnes aussi bien remplies que de coutume. Ainsi, pour reprendre la série des *Annales universelles* où nous l'avons laissée, voici ce que contiennent d'articles originaux les cahiers d'avril à septembre: 1° *de la doctrine médicale*, par Del Chiappa, liv. IV; les trois autres ont paru dans les tomes 47, 55 et 64 des *Annales*; 2° *mémoire sur la cause de la variole arabe, de la variole modifiée et de la varicelle, et des moyens préservatifs les plus efficaces contre ces maladies*, par Terzaghi; 3° *sur le phénomène de la vision directe des objets renversés*, par Polli; 4° *sur une pneumonie qui présentait le singulier caractère d'un sang laiteux*, par Zaccarelli; 5° *des hôpitaux et des lieux de Piété de la ville de Monza et de son territoire*, par Mezzotti; 6° *du sucre dans l'urine et le sang des diabétiques*, par Ambrosioni; 7° *guérison spontanée d'une cataracte traumatique*, par Gerson; 8° *mémoire sur les forces médicatrices de la nature*, par Tommasini; 9° *histoire d'un grave hystérisme*, par Tinelli; 10° *sur la gangrène sèche*, par Linoli; 11° un *compte-rendu de la clinique médicale pour les chirurgiens près de l'université de Pavie, pendant les années* 1832-33 1833-34, par Del Chiappa; 12° *revue clinique de l'école de chirurgie de l'université de Padoue, de* 1830-31 *à* 1831-32, par Signoroni; chapitres 5, 6 *et* 7; *syphilides, inflammations, scrophules*; 13° *sur la vie et les écrits de Maggi Lucillo Filateo, professeur de médecine à Pavie dans le* 16[e] *siècle, et de Girardi Michele, anatomiste et naturaliste de l'université de Parme*, par Schivardi; 13° *fourchette de laiton extraite de la vessie d'une femme avec un instrument de nouvelle invention*, par Bianchetti; 15° *deux observations* par Taramelli, l'une concernant l'*extirpation d'une grosse tumeur adipeuse au côté droit de la face*, l'autre sur *une hernie inguinale formée par l'appendice du cœcum*; 16° *essai pratique et expérimental sur l'action des cantharides et de la cantharidine*, par Pullino; 17° *nouvel essai pour fixer l'influence de quelques portions cérébrales sur les*

---

d'avoir une certaine dose d'esprit et de verve qui ne manque guère de séduire le grand nombre. Veut-on faire un système, hasarder une hypothèse *ingénieuse*, comme on dit, jamais on n'emploie que des faits, bien entendu qu'on met en relief le côté affirmatif, et qu'on voile le côté négatif de la doctrine dont on se fait l'apôtre ou l'hiérophante. Humoristes, solidistes, chémiâtres, mécaniciens, stahliens, browniens, *physiologastres*, homœopathes, tous affirment ne parler qu'au nom des faits, ne s'appuyer que sur des faits démontrés. Hommes de génie, savans du premier ordre, sectaires marchant en aveugles, cerveaux à fausse équerre, esprits gonflés d'un stérile savoir, n'ont-ils pas le même langage? les faits ne sont-ils pas pour eux le principe invariable de leur foi médicale? Il ne s'agit que de s'entendre.

L'histoire de la médecine est la preuve la plus formelle des assertions qui précèdent. Si le temps et l'espace nous étaient donnés à loisir, nous ne serions nullement embarrassés pour prouver que dans tous les temps, les doctrines les plus opposées, se sont étayées sur les faits, et d'après leur manutention logique plus ou moins variée et habile. Qu'on lise par exemple, si on en a le courage, l'ouvrage de Stahl, *Theoria medica vera*, l'autocratisme de la nature y est toujours appuyé sur les faits, le médecin n'a réellement qu'à se croiser les bras. Et en vérité je ne sais à quoi peut servir la fameuse poudre temperante et l'essence alexipharmaque du professeur de Halle. Sydenham, au contraire, agit très-activement; voici ce qu'il dit: *Mediante venæ sectione, morbifica materia, penes manu est arbitrium* (*de pleuritide*); « à l'aide de la saignée je puis, *à mon gré*, tirer toute la matière morbifique. » Quel langage! combien il diffère du nôtre! Ecoutons encore Fizes, célèbre professeur de Montpellier: *Principio vitali directe oppositus... sic naturam errantem dirigimus, et collabentem sustinemus, non otiosi crisium spectatores* (*tractatus de febribus*, 1749); « la fièvre est directement opposée au principe vital... C'est ainsi que nous dirigeons la nature qui s'égare, que nous la relevons dans sa chute, sans attendre négligemment les crises. » Voilà certes une doctrine bien loin de celle de Stahl et de sa providence interne, le *demiurgos* du corps, et néanmoins comme l'autre, basée sur les faits. Remarquons en outre que cette espèce de forfanterie médicale de Fizes, rappelle assez bien le mot de Chirac: « Petite vérole, tu as beau faire, je t'accoutumerai à la saignée. » Boerhaave définissait symboliquement la fièvre, un effort de la vie pour écarter la mort; nos idées modernes sont bien différentes sur ce sujet, d'ailleurs toujours épineux, toujours incertain, et qu'il faut encore marquer d'un *non liquet*. Lisez beaucoup d'ouvrages de nos devanciers et surtout le Traité de Hoffmann, *De fato physico et medico*, vous serez convaincu qu'il y a des jours critiques dans les maladies aiguës; parcourez la plupart des ouvrages écrits à notre époque, et l'on vous prouvera, toujours par des faits, bien entendu que rien n'est plus chimérique.

Les faits, sont tout dans notre art, répète-t-on par écho, sans doute; mais d'abord, de quels faits s'agit-il? En second lieu, quelle interprétation faut-il leur donner? Voilà la question, et c'est dans sa solution plus ou moins heureuse que se trouvent les seules bases de la science. Le triage des faits vrais, des faits douteux, des faits non authentiques; celui des vérités évidentes, des conjectures, des erreurs, est encore à faire, voyez quel chaos! Il serait convenable et beau à une société savante d'entreprendre ce triage, d'y consacrer de longues années. Quelle couronne d'honneur et de considération n'obtiendrait-elle pas pour ce grave et utile travail!

Jusqu'à présent, à l'exception d'un petit nombre d'observateurs pénétrans, sa-

actions de certains muscles, par Taddei de Gravina ; et enfin 18° *un cas de lithotripsie par percussion sur un enfant de onze ans*, par Pagani.

OBSERVATION D'UNE PNEUMONIE DANS LAQUELLE LE SANG OFFRAIT LE CARACTÈRE LAITEUX ; par le docteur ZACCARELLI, médecin en chef de l'hôpital Fate-bene-Fratelli, à Crémone.

Les faits de ce genre sont extrêmement rares, surtout chez des individus du sexe masculin ; ils ne sauraient donc qu'offrir un grand intérêt lorsqu'ils réunissent, comme le suivant, toutes les conditions d'authenticité désirables, et que l'analyse chimique vient compléter les détails pathologiques.

OBS. — Antonio Gorla, cafetier, âgé de 47 ans, constitution robuste, bien pourvu d'embonpoint, quelque peu adonné au vin, entra à l'hôpital le 22 mai 1834 au soir, présentant les symptômes suivans.

Fièvre très-vive ; pouls dur, intermittent, dicrote ; respiration très-gênée, sans toux, ni expectoration ni douleur thoracique ; impossibilité de se coucher sur le dos ou sur l'un des côtés ; ventre dur et gonflé ; constipation ; urines rares ; œdème des membres inférieurs. Tout le corps, et surtout la face, était couvert d'une pâleur mortelle. La veille, il avait fait un excès de boisson. On prescrivit une saignée, et l'huile de ricin dans une émulsion gommeuse.

Le 23, le sang tiré la veille est blanc comme du lait très-pur, aussi bien le caillot que le sérum, qui ne diffèrent que par leur densité. Il donne une odeur manifeste de lait. Frappé de cette singularité, le médecin en chef pria le pharmacien Bertazzi d'en faire l'analyse, que nous rapporterons tout à l'heure. Suivons pour le présent l'histoire de la maladie. La dyspnée était extrême, le pouls dur, intermittent ; la peau humide et visqueuse. Nouvelle saignée ; huile de ricin ; 12 sangsues à l'épigastre. Le sang tiré par la lancette et par les sangsues était aussi blanc que le premier.

Le 24, mêmes symptômes ; douleur lancinante très-aiguë au côté gauche du thorax. Saignée et huile de ricin. Même aspect du sang ; le soir, on remit encore des sangsues.

Le 25, le malade a dormi un peu ; il y a de l'amélioration. Quatrième saignée, offrant le même phénomène ; émulsion huileuse, et le soir, solution de manne.

Le 26, il a dormi quelques heures paisiblement ; la respiration est normale ; la douleur et la toux sont diminuées ; la fièvre toujours très-vive ; les forces se relèvent. Cinquième saignée. Le sang ayant été examiné le soir, on fut fort surpris de le trouver séparé en deux parties très-distinctes, l'une blanche, liquide, et sans les principes qui constituent le véritable sérum ; l'autre, prise en caillot composé de globules sanguins et de fibrine, et couvert d'une couenne d'un blanc éclatant. On garda ce caillot pour l'analyse et l'on fit une nouvelle saignée.

Le 27, amélioration notable ; le malade demande à manger ; l'intermittence du pouls a disparu. Septième saignée ; vésicatoire sur la poitrine. Le sang cette fois se sépare en deux parties à l'ordinaire, le sérum jaunâtre formant les deux tiers de la masse, et le caillot sans couenne.

Le lendemain, convalescence ; et le malade, gardé jusqu'au 27 juin, sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Le sang remis pour l'analyse à M. Bertazzi se séparait en deux parts, le caillot et le sérum. Le caillot était lui-même recouvert d'une couenne blanchâtre, exhalant une odeur de graisse ; traitée par l'alcool bouillant, on en retira une substance grasse pareille à celle du sérum, dont il sera question dans un instant ; après quoi, il resta une matière fibrineuse pareille à celle qu'on observe dans les affections inflammatoires. Il paraît donc que, comme l'a démontré Mondésert, la couenne provient du sérum lui-même ; en sorte que si on décantait le sang lorsqu'il commence à se séparer en ses deux portions, le sérum ne tarderait pas à se séparer lui-même en couenne inflammatoire et en sérosité pure. Au-dessous de la couenne, le cruor se montra semblable à celui qu'on observe dans les cas d'inflammation, si ce n'est qu'il était infiltré de gouttelettes onctueuses de la même nature que le sérum.

Celui-ci présentait tous les caractères extérieurs du lait, couleur blanche, odeur butyracée ; son poids spécifique était de 1,025 ; mais essayé avec le papier de tournesol, seize heures après la saignée, il n'offrit aucune trace d'acide ni d'alcali, tandis que le véritable lait aurait à l'instant rougi le papier. On en prit 1,000 parties, et ayant versé dessus un peu d'alcool à 36°, au même moment il se forma un abondant précipité d'albumine. Le liquide, ensuite filtré, était légèrement teint en jaune ; soumis quelque temps à l'évaporation, puis abandonné à lui-même, il déposa une substance grasse, floconneuse, ayant tous les caractères de la *matière cristallisable* de M. Lecanu, ou de la *séroline* du docteur Baudet. Quand le liquide n'en fournit plus, on l'évapora jusqu'à siccité au bain-marie, et l'on obtint un extrait dans lequel on trouva la substance extractive ou extrait de viande, du lactate de soude, etc., mais pas un atome de sucre de lait.

L'albumine recueillie sur le filtre avait un aspect crémeux, une forte odeur de graisse, une consistance très-onctueuse. En la faisant bouillir diverses fois avec l'alcool, celui-ci se troublait par le refroidissement, mais sans donner aucun dépôt. On recueillit toute la solution alcoolique, on l'évapora au bain-marie, et il resta enfin une substance grasse, huileuse, pareille à celle qu'on rencontre dans le chyle, et qui, suivant l'opinion de Vauquelin, serait de la matière cérébrale. En résumé, 1,000 parties de sérum ont donné :

Eau,	905
Albumine,	76
Matière grasse cristallisable,	4
Matière huileuse,	6
Extrait de viande, Lactate de soude, Chlorures de soude et de pot.	5
Sulfate de soude et de potasse, Carbonate de soude, Phosphate calcaire et perte,	4
	1,000

Il résulte de cette analyse que la couleur et l'odeur du sérum tenaient ici à la suspension de la substance grasse et huileuse. Si l'on consulte les analyses répétées du sang faites par Berzélius, par Marcet, et en dernier lieu par Lecanu, la substance grasse y est en très-petite quantité, puisque sur 1,000 parties ils en ont trouvé une seulement de substance huileuse, et un peu plus de deux de substance cristallisable. M. Bertazzi conclut donc que le liquide qu'il a examiné ressemblait bien plutôt à du chyle qu'au sérum ordinaire du sang.

M. Zaccarelli adopte cette idée ; il pense que le chyle versé dans la veine sous-clavière n'aura pas subi, à raison de l'inflammation pulmonaire, l'élaboration qui le convertit en sang. Il rappelle à cette occasion un fait observé par Poletti sur un jeune homme de Crémone, qui offrait une très-forte orthopnée, une sueur visqueuse, la pâleur et une perte extrême de forces ; dans le sérum du sang tiré par la veine nageait une abondante quantité de chyle. Il succomba ; à l'autopsie, on trouva le thorax rempli de sérosité sanguinolente, le péricarde énormément épaissi, le ventre plein d'eau, signes de l'inflammation très-in-

---

gaces, impartiaux, les faits ne se présentent que sous deux rapports : on les recueillir sans autre but, ou les exploiter dans l'intérêt d'une doctrine plus ou moins exclusive. La catégorie des premiers observateurs est aujourd'hui plus nombreuse que jamais ; en conséquence, livres, journaux, revues, chaires, cliniques, hôpitaux, sociétés savantes, regorgent d'observations particulières, de faits isolés. Mais la science fait-elle par cette voie des progrès plus sûrs et plus rapides ? beaucoup de bons esprits en doutent. Il n'est pas même bien démontré que les statistiques, les calculs arithmétiques, présentent autant d'avantages qu'on le croirait d'abord ; trop d'élémens divers entrent dans les questions médicales, pour que l'inconnue se dégage toujours de ces calculs, brillante d'une évidence palpable. Que ces patiens collecteurs de faits soient aussi d'ardens quêteurs du vrai, on le dit ; mais que de sable pour un peu d'or ! Leur tâche est elle donc achevée lorsqu'ils ont enregistré, minutieusement écrit une longue suite d'observations ? Quand ils ont noué la gerbe des épis qu'ils se sont hâtés de moissonner, ils s'applaudissent de leur œuvre, persuadés qu'ils ont beaucoup fait pour la science, qu'ils l'ont poussée hors de ses limites. Cependant, quand on examine les choses de près, on ne tarde pas à se convaincre du contraire On voit qu'ils ont tiré bien peu d'inductions positives, de preceptes utiles, de conséquences fécondes, et qu'en réalité ils n'ont pas su distinguer le faux du vrai, le douteux du vraisemblable, le vraisemblable de la vérité, la vérité de la certitude. Lisez une multitude de ces observations isolées qu'on publie sans cesse dans une foule de recueils périodiques, et dites quels sont les résultats qu'on en retire pour la pratique : du doute, de l'incertitude dans la plupart des cas.

Le second objet pour lequel on s'empare des faits, est de leur donner une interprétation favorable à telle ou telle doctrine. Quelquefois même il ne s'agit pas de soutenir une opinion étrange, un paradoxe hardi, vraie *crânerie médicale*, comme on en risquait fréquemment autrefois. Mais aujourd'hui que nous vivons dans la crainte excessive de la théorie et de l'hypothèse, qu'on s'evertue uniquement dans le matériel scientifique, les observations particulières ne sont guère rassemblées dans cette intention.. D'ailleurs il n'est pas donné à tout le monde de concevoir une doctrine fausse, il est vrai, mais qui entraîne et séduise, qui agite les têtes et déplace les convictions. Pour céla il faut autre chose qu'un scalpel, une pince, un rachitome, des mains et des yeux de chair. Le plus sûr, le plus commode, ce qui n'exige que du temps, une certaine triture mécanique, est donc de recueillir des faits, toujours des faits, mais épars, isolés, ne convergeant vers aucun principe général, puis de crier haro sur l'hypothèse. On acquiert dès-lors la réputation d'un observateur rigoureux, incapable de se laisser tromper par la chimère de l'abstraction, qui veut des faits, ni plus, ni moins. Ceci rappelle l'histoire de ce vieux médecin qui, ayant essayé fort inutilement trois ou quatre théories, se mit ensuite à vanter uniquement les faits, puis il ajoutait naïvement : Vous pouvez m'en croire, j'ai dit assez d'absurdités dans ma vie pour m'y connaître. Quelqu'un lui répondit : Nous accordons la majeure, mais nous nions la conséquence. C'est ainsi qu'on voit souvent des gens se targuer de travaux qui, en définitive, sont sans résultats parce qu'ils manquent de suite, de méthode et de but.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que des observateurs consciencieux qui peuvent se tromper, mais ne cherchent pas à se tromper. Que dire de ceux qui ont l'art de faire des faits quand ils en manquent, qui en ont toujours une masse à leur disposition, même pour les maladies les plus rares, les plus singulières ? Quant aux faits reels qu'ils recueillent, leur talent de les allonger, de les ajuster,

tense qui avait précédé. Les divers états du sang, soit par défaut, soit par excès d'hématose, tiennent toutes, selon le médecin de Crémone, à des artérites, des cardites ou des pneumonies, et ce n'est qu'en faisant disparaître ces causes qu'on arrive à faire cesser leurs effets.

DE L'EXISTENCE DU SUCRE DANS LES URINES ET DANS LE SANG DES DIABÉTIQUES; par F. AMBROSIONI, pharmacien en chef de l'hôpital de Pavie.

Il est parfaitement connu que l'urine, dans le diabète sucré, contient une notable quantité de sucre analogue au sucre de raisin; mais l'existence du sucre dans le sang est restée jusqu'ici plus que douteuse; Marcet, Wollaston, Proust, Kane de Dublin, et enfin Berzélius, ont essayé de l'y découvrir et n'ont pas réussi. On sait même que Wollaston, trompé dans ses espérances, avait été conduit à conjecturer, ou que le sucre était formé dans les reins même, ce qui ne convient guères à ces organes, ou bien que, formé dans l'estomac par une assimilation imparfaite, il y avait quelque conduit qui le portait dans la vessie sans l'intermédiaire des vaisseaux sanguins. Enfin, M. Ambrosioni a été plus heureux.

Dans le cours de juin 1834, le professeur Cornéliani lui remit une livre de sang, tirée à un diabétique dans l'urine duquel on avait trouvé une grande proportion de sucre. Voici le procédé qu'il suivit pour l'analyser. Il étendit le caillot et le sérum dans une certaine quantité d'eau, fit légèrement bouillir le tout, sépara au moyen du filtre le liquide des parties coagulées; ce liquide était coloré en rouge sombre; pour le dépouiller de la matière colorante et des autres substances animales, il le traita par le sous-acétate de plomb, qui produisit un précipité dense, d'un blanc sale. On fit passer dans ce mélange un courant d'acide hydro-sulfurique, dans le but de précipiter aussi l'excès du sel de plomb; il en résulta une masse pultacée, noire, laquelle étendue d'eau distillée, laissa passer sur le filtre un liquide brun, qu'on fit ensuite bouillir dans une solution aqueuse de blanc d'œuf. Le blanc d'œuf en se coagulant divisa le liquide en deux parties, l'une floconneuse, brune, insoluble; l'autre, liquide et décolorée. Celle-ci lentement évaporée finit par se convertir en un sirop analogue à celui qu'on avait retiré de l'urine du même malade. Ce sirop, laissé en repos durant quelques semaines, laissa déposer de petits cristaux incolores, de forme prismatique, à base rhomboïdale, en un mot, avec tous les caractères des cristaux du sucre candi. Le sirop non cristallisé ayant été exposé à une température de 26° R. avec un peu de levure de bière, il s'y développa un véritable mouvement de fermentation vineuse.

La quantité de sirop obtenu de cette livre de sang pouvait monter à environ une once; les cristaux pesaient 9 grains.

Le même chimiste a fait aussi l'analyse du sang d'une dame morte à la clinique d'un diabète sucré compliqué; mais il n'en obtint aucune trace de sucre, non plus que de la sérosité épanchée dans les plèvres. A quoi tient cette différence de résultats? Il est difficile d'en trouver une raison satisfaisante.

HERNIE INGUINALE FORMÉE UNIQUEMENT PAR L'APPENDICE DU COECUM; par le docteur TARAMELLI, chirurgien du graud hôpital de Milan.

OBS.—Le 19 avril 1835 entra à l'hôpital de Milan une servante âgée de 68 ans, avec tous les symptômes d'une hernie inguinale étranglée du côté droit, savoir: une tumeur du volume d'un œuf, dure et très-douloureuse; une tension très considérable du ventre; constipation; pouls petit, profond, contracté et fébrile; mais les vomissemens n'avaient point encore apparu. La hernie datait de longues années; depuis un an seulement la malade ne portait plus de bandage, et l'étranglement était arrivé depuis deux jours.

Deux saignées, des cataplasmes, un bain, et plusieurs essais de taxis ayant été inutiles, l'opération fut pratiquée le même soir. Le sac herniaire contenait un peu de liquide. En examinant avec attention l'intestin qui y était renfermé, le chirurgien fut très surpris de n'y rencontrer que l'appendice du cœcum développé de manière à avoir quatre fois son volume ordinaire. Pour mieux s'en assurer, après avoir débridé, il tira au dehors un peu d'intestin, et au bout de cet appendice se présenta le cœcum. Celui-ci n'avait nullement été compris dans la hernie, et un sillon apparent à l'origine de l'appendice indiquait le point précis de l'étranglement.

La réduction fut faite, et deux jours se passèrent très-bien; mais le troisième jour il survint une fièvre violente accompagnée de vives douleurs et d'un gonflement phlegmoneux dans tout le côté correspondant à la hernie. Huit saignées, quarante sangsues et des topiques émolliens ne purent empêcher une très-abondante suppuration, et la cicatrisation complète n'eut lieu qu'à la fin de mai. On garda encore la malade jusqu'au 17 juin, époque où elle sortit parfaitement rétablie.

On trouve bien dans les auteurs classiques, dans Scarpa, Palletta, Richter, Bertrandi, Lawrence, Cooper, Warthon, Benevoli, Rossius, Brendel, Morgagni, etc., des cas de hernie constituée par le cœcum et son appendice; mais une hernie formée par l'appendice seul n'a peut être jamais été observée. L'auteur fait remarquer aussi que l'étranglement de cet appendice a produit tous les symptômes de l'étranglement intestinal ordinaire, à l'exception des vomissemens.

ESSAI PRATIQUE ET EXPÉRIMENTAL SUR L'ACTION DES CANTHARIDES ET DE LA CANTHARIDINE, par Tommaso PULLINI, médecin à Alba.

Après les observations de Toti et les essais de Borda sur l'emploi des cantharides dans les inflammations, on désirait généralement de nouvelles expériences, et l'auteur de cet essai en avait commencé dès 1832, lorsque, le troisième fascicule du *Traité philosophique et expérimental des agents thérapeutiques* du professeur Giacomini de Padoue ayant paru, il reconnut que l'action des cantharides y était suffisamment expliquée et que ses propres travaux n'y ajoutaient que peu de choses. Il en différa donc la publication; et ce n'est qu'après avoir vu les conclusions de Giacomini, ou passées sous silence, ou rapportées avec dédain dans quelques ouvrages de matière médicale publiés en France, qu'il a pris la plume, ne fût-ce que pour relever l'étrange manière dont certains écrivains français en usent, dit-il, à l'égard des Italiens. Nous laisserons de côté les réflexions critiques qu'il ajoute à ce sujet, pour passer au récit de ses expériences.

Il a essayé la cantharidine sur des animaux, sur l'homme sain et sur l'homme malade.

1° *Sur les animaux.* Un lapin de petite taille avale deux grains de cantharidine dans une boulette; il tombe privé de sentiment; les membres sont paralysés, la chaleur du corps baisse. Mort au bout de trois heures.

Un second lapin en prend un grain et demi, dissoute dans du lait; aussitôt prostration des forces et immobilité. Mort dans une demi-heure.

---

de les plier et façonner selon leurs besoins, est véritablement curieux, tant est grand le désir de faire parler de soi, d'obtenir un peu du vent de cette renommée qui pousse parfois la roue de la fortune. Il en est d'autres d'une entière bonne foi, mais dont le talent est fort inférieur à leurs intentions; bonnes gens qui ont vu, entendu, palpé, odoré, mais qui n'ont pas observé, parce qu'ils sont dépourvus du sens moral propre à cette opération de l'esprit. Aussi est-ce à bon droit quand ils se vantent d'avoir vu et par conséquent d'émettre une opinion, qu'on peut leur appliquer ce passage de Bordeu: « Où avez-vous vu? comment avez-vous vu? et plus encore, de quel droit avez-vous vu? de quel droit croyez-vous avoir vu? qui vous a dit que vous aviez vu? »

Il y a en effet dans la science des faits, sol fécond de la médecine, deux choses fort importantes, la manière et le but, le fond et la forme. Voulez-vous être observateur, mais savez-vous bien que la gloire d'Hippocrate, cette gloire de trente siècles, repose uniquement sur l'art d'observer que ce grand homme possédait à un éminent degré. La description d'une maladie est la copie exacte d'un tableau original, il faut donc que cette description fasse en quelque sorte voir, toucher, entendre le malade, c'est la *vérité écrite* que le lecteur doit saisir aussitôt et sans effort. Avouons que bien des qualités de l'esprit sont indispensables pour atteindre, je ne dis pas la perfection, mais ce degré de sagacité qui rend des observations utiles, importantes, dignes d'être conservées. Observer avec cette puissance de raison qui dégage de tout préjugé de système, d'école, de doctrine, de coterie, voilà le premier point. Le second consiste à rendre l'observation complète, en ayant égard à toutes les circonstances, les précédens, le climat, la saison, l'influence épidémique, l'âge, le sexe, le tempérament, les habitudes, la profession, la marche de la maladie, ses phases diverses, l'état actuel, les tendances, les résultats négatifs ou heureux, l'identité, l'analogie avec d'autres affections, etc.; distinguer ce qui est essentiel de ce qui n'est qu'accidentel, mais sans se perdre dans des détails infinis, comme font les observateurs vulgaires qui, plongés dans le redondant de la faconde descriptive, négligent ou ne savent pas faire valoir le trait caractéristique, le trait qui burine et rend la vérité saillante. Il faut encore de la netteté dans les idées, de la clarté dans l'exposition, de la justesse dans les termes, de la précision dans l'expression, rien d'obscur, rien d'incertain; il convient même de faire une évaluation approximative des quantités inconnues, parce qu'elles ont une influence réelle quoique trop souvent inappréciable.

Mais quand le tableau est à sa fin, croyez-vous que votre tâche soit accomplie, nullement, le plus difficile est encore à faire. Vous avez recueilli, classé, annoté de nombreuses observations, eh bien! que signifient elles, quelle est leur valeur et leur portée? où sont les vérités, les axiomes que ces faits recèlent nécessairement? Montrez-moi leurs rapports, leur utilité, leur fin? Tirez-en des conséquences légitimes, fécondes, des préceptes applicables, des règles positives, invariables, qui ne soient pas à la merci des doctrines nouvelles, qui échappent à l'orthodoxie du systématique le plus adroit et le mieux disant. C'est alors qu'il faut savoir regarder la *physionomie* de chaque maladie avec les yeux de l'esprit, pour parvenir à des formules générales. Car relier des faits dans un seul aperçu, créer une science en créant des principes, créer des principes en coordonnant des faits, en les rapprochant, s'élever de ces faits aux phénomènes généraux, de ces phénomènes aux lois, de ces lois aux forces, s'il se peut, voilà, ce me semble, le summum de l'art d'observer, dans sa grande et belle acception. La loi d'un fait, son principe et ses conséquences, on est toujours ramené à ce point important; la véritable utilité est celle qui conduit. Tout

Un autre en prend la même dose, jointe à 15 gouttes d'eau cohobée de laurier-cerise; mort presque instantanée. Le cœur fut trouvé vide et flasque; l'estomac blanchâtre. Il faut noter que cinq jours auparavant ce même lapin avait supporté 20 gouttes d'eau cohobée de laurier-cerise.

Deux chiens d'égale grosseur et du même âge prirent, l'un 10 grains de poudre de cantharides en décoction; l'autre 12 grains dans une boulette. Le premier montra bientôt de la fatigue, de la faiblesse et succomba promptement. L'estomac ne montra aucun signe de phlogose. Le second eut des efforts de vomissemens; de l'inquiétude; il y eut des contorsions, des cris; on le tua six heures après; la substance n'était pas encore digérée; l'estomac offrait une teinte rosée.

Le but de ces expériences est de montrer que les cantharides ou la cantharidine n'agissent pas sur l'économie par l'irritation pour ainsi dire mécanique qu'elles détermineraient sur l'estomac, mais bien par leur absorption. Ainsi sur cinq autres lapins dont trois furent empoisonnés par la cantharidine, et deux par la poudre de cantharides, ceux qui purent boire de l'eau ou du lait après l'empoisonnement n'offrirent aucune altération sensible de la muqueuse gastrique; les autres présentèrent une légère irritation, mais à peine suffisante pour éveiller une réaction fébrile, et jamais assez forte pour expliquer la mort.

2° *Sur l'homme sain.* L'auteur fit ces expériences sur lui-même. Il prit en deux fois à jeun un grain de cantharidine. Les effets furent un frisson général, du froid le long de la colonne épinière; la peau devint pâle, la tête lourde; le pouls diminua de cinq pulsations par minute; urines copieuses au bout de quatre heures.

Quinze jours après, il avala dans la matinée 2 grains de cantharidine en quatre fois. A la seconde dose, douleur sourde de la tête; à la troisième, un peu de vertige; la peau devint pâle et se couvrit de sueur; il pouvait à peine se tenir debout; le pouls diminua de sept battemens par minute; l'urine était brûlante, et plus abondante que les boissons prises. Après midi, il but de l'alcool, puis dans un verre d'eau 10 gouttes d'ammoniaque liquide; les vertiges se dissipèrent; la cuisson de l'urine cessa dans la nuit; et le lendemain il ne restait plus qu'une faiblesse insolite.

3° *Sur l'homme malade.* M. L... était atteint de pleurésie; après deux saignées, la douleur continuait, les crachats étaient encore sanguinolens; le malade est d'une constitution misérable. On prescrit trois grains de poudre de cantharides en solution, à prendre dans la journée; la dose augmentée chaque jour est portée à dix grains. Il y eut des sueurs continuelles; les urines ne devinrent point plus copieuses, les crachats prirent un bon aspect, la douleur disparut. Guérison après seize jours de maladie et quatre-vingt-cinq grains du remède.

C. F... est affectée de cardite, avec quelque crainte même d'anévrisme. Après de nombreuses médications tentées sans résultat, on en vient à la poudre de cantharides; en vingt jours, elle en prit cent douze grains. Le soulagement fut notable; l'urine dans le principe avait été brûlante; on augmenta les boissons; elle devint très-copieuse et trouble.

Ces deux observations sont littéralement traduites; elles sont suivies de six autres qui n'offrent pas plus de détails. Un individu sortait de maladie; il avait subi plusieurs saigoées; de là des battemens artériels fatigans, principalement dans l'oreille gauche. On prescrit un grain de cantharidine en quatre fois, à courts intervalles. Vomissement; pouls petit, accéléré; froid, vertiges, torpeur aux membres inférieurs. On donne de l'éther, puis de l'opium; les accidens disparaissent. On change de traitement; l'opium, une alimentation succulente, un vin généreux amenèrent la guérison.

Dans un cas de fièvre pernicieuse devenue continue avec sécheresse de la peau, douleurs rénales et ischurie, on administre en huit jours *quinze grains* de cantharidine; dans le principe, les douleurs rénales augmentent, mais non la fièvre; la première urine sort sanguinolente, de couleur comme bleu-clair; puis elle devint trouble et abondante; la sueur ne tarda pas à se manifester et la guérison fut prompte et stable.

Dans un autre cas de douleurs rénales, l'estomac, à peine guéri d'une gastrite, ne supporta point la cantharidine; on l'appliqua à l'hypogastre sur un vésicatoire; l'urine devint sanguinolente sans aucune amélioration.

Des trois dernières observations citées, les deux premières concernent un gonflement douloureux de la cuisse et un anasarque, guéris tous deux par la cantharidine; dans ce dernier cas, on la porta jusqu'à six grains par jour. La dernière est une métro-péritonite puerpérale; mais on combina ensemble les bains, les frictions mercurielles et la cantharidine. Il y avait des douleurs de reins et de dysurie; les urines durant le traitement devinrent abondantes, et présentèrent des grumeaux de sang noir; la guérison fut parfaite.

L'auteur a aussi essayé la cantharidine dans la cystite et la gonorrhée;mais on ne lui permit pas d'en élever et d'en continuer les doses comme il aurait voulu, et il n'en a pas retiré de résultats dignes d'être notés. Mais dans les inflammations les plus franches, ajoute-t-il, et dès leur début, j'ai rarement depuis trois années mis quelque délai dans l'application des vésicatoires par les cantharides, et je puis affirmer qu'en augmentant la quantité des cantharides, je n'ai jamais vu arriver d'accidens graves qu'on semblerait devoir en redouter. Les seuls qu'il ait eus quelquefois à combattre sont la soif, des douleurs rénales avec urines sanguinolentes, qui obligeaient à recourir aux saignées ou aux sangsues.

La conclusion de toutes ces expériences est que les cantharides et la cantharidine ont une action hypersthénique, et conviennent conséquemment dans les affections hypersthéniques ou inflammatoires; que leur action mécanique ou locale est peu de chose, et l'action dynamique ou générale est de beaucoup la plus importante à considérer; l'auteur a pu même diminuer l'action locale sur l'estomac tout en augmentant la dose du remède, avec cette seule précaution d'en allonger beaucoup la solution; l'absorption est alors plus active et l'action dynamique plus puissante. Il pense au surplus qu'il conviendrait d'y joindre le camphre, qui, selon les expériences du professeur Giacomini, doit être rangé parmi les médicamens hyposthéniques, et qui, sans entraver l'action générale des cantharides, en atténuerait l'action locale. La cantharidine est préférable à la poudre de cantharides, qui irrite davantage l'estomac et s'absorbe moins promptement; enfin, pour obtenir l'action dynamique bien complète, il vaut mieux l'administrer à l'intérieur que par la méthode endermique.

Mais en dernière analyse, quel profit la thérapeutique peut-elle retirer d'un semblable médicament? Les expériences tentées par les mé-

---

cela, dira-t-on, est un labeur de géant, rien de plus certain; affirmons plutôt que de pareilles fins rentrent dans le domaine de l'homme de génie; c'est ainsi, en effet, qu'il lui est donné de marcher dans la voie progressive, d'obtenir un rayon de cette vive lumière qui accompagne le vrai, ce vrai de tous les temps, de tous les lieux, qui forme la substance et la base de chaque science; mais *pauci quos æquus amavit Jupiter.*

Toutefois, il ne faut pas outrer les difficultés. A mon avis, il ne nous sera jamais possible d'embrasser dans une seule formule l'universalité des faits connus, de parvenir à une sorte d'unité absolue. Cependant on peut résumer ces faits sur une infinité de points et en tirer des conclusions qui servent ensuite de guide au praticien. Il y a beaucoup d'exemples, non-seulement de ces travaux sur certaines spécialités, mais qui embrassent encore une partie du champ de la science. Sans parler des systématiques, dont les idées, les recherches, ne sont pas à dédaigner quand on les considère comme ils doivent l'être, les ouvrages de Baillou, de Sydenham, de Baglivi, de Pierre Frank, etc., contiennent certainement d'irréfragables vérités, malgré les théories de l'époque. Voici un exemple plus particulier encore de ce que j'ai dit. En 1776, l'Académie des sciences de Dijon avait donné pour sujet de prix « ce qu'il fallait entendre par médecine agissante. » Le mémoire de Voulonne fut couronné. Ce travail est plein d'intérêt; il mérite d'être lu par les médecins qui lisent encore et consacrent quelques instans aux travaux du cabinet. Voulonne expose d'ehord les faits avec beaucoup de méthode, puis il arrive à conclure que la médecine doit être agissante dans les trois conditions suivantes :

1° Toutes les fois que les efforts de la nature serait visiblement excessifs;
2° Toutes les fois qu'ils seront visiblement insuffisans;
3° Toutes les fois qu'ils seront visiblement mal dirigés.

Ce résumé est clair, positif; voilà des bases données au praticien, bases solides autant du moins qu'il nous est possible d'en avoir; car on pourrait encore disputer sur le mot *visiblement*, au moins dans la dernière induction. Quoi qu'il en soit, on voit par cet exemple qu'il y a un art d'extraire des faits plusieurs vérités importantes, pourvu qu'on se tienne en garde contre ces vues précipitées qui généralisent sur des aperçus insuffisans, et contre cette impuissance de l'esprit qui, ne sachant pas saisir les rapports, se traine éternellement sur des individualités sans résultats. L'essentiel est de ne pas se laisser captiver d'avance par une théorie qui enferme les faits dans un cercle de fer. Il faut posséder en outre cette force, cette lucidité tenace de jugement propre aux têtes bien organisées, et ces rares qualités du vrai médecin si bien exprimées par Boerhaave dans son langage sentencieux :

Nulla viro in applicanda remedia, temeritas,
Nulla illi in observando effectu, festinatio,
Nulla illi in sinistris eventibus, occultatio,
Nulla illi in extollendis prosperis, jactantia.

Pour tout observateur honnête et instruit, voilà la loi et les prophètes.

R. P.

— M. Ferrus, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre, vient d'être nommé inspecteur-général des maisons d'aliénés. Ce Choix est une légitime récompense des services rendus par cet honorable médecin, et il est complètement justifié par les cours qu'il a faits et les travaux qu'il a publiés sur les maladies mentales.

— Le muséum anatomique de Dupuytren ouvrira le 2 novembre. Honneur à l'activité, à l'intelligence et au dévouement de M. Orfila, qui vient de donner par cette création une nouvelle preuve de sa haute capacité administrative.

decins italiens l'ont été sous l'empire d'une théorie qui s'accorde fort peu avec les nôtres, qui même est généralement fort mal comprise parmi nous; et à part la différence qui existe entre les maladies hypersthéniques de ces auteurs et nos affections inflammatoires, ce n'est pas avec des faits aussi peu nombreux et aussi dépourvus de détails qu'on oserait appliquer d'une manière générale en thérapeutique une substance aussi énergique. Il nous paraît seulement résulter des observations du docteur Pullino, que l'estomac est bien moins sensible à l'action des irritans qu'on ne l'a pensé; et cette vérité, bien que démontrée aujourd'hui par un grand nombre de faits, est encore importante à redire; d'autre part, la cantharidine jouit d'une action spécifique sur les reins, qui, dans notre langage médical, est une action irritante; elle pourra donc convenir dans les affections chroniques de ces organes, où un peu d'irritation devient nécessaire pour activer la résolution.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

MÉTHODE EFFICACE ET ÉCONOMIQUE POUR LA GUÉRISON DE LA TEIGNE, par A. PALMIERI.

L'auteur indique d'abord comme base du traitement de la teigne les évacuations sanguines, la propreté, les topiques émolliens, les boissons délayantes et la diète végétale. Mais sans dévier de ces règles générales, il expose brièvement une autre méthode qu'il a employée sur des indigens, et qui a été couronnée du succès le plus heureux et le plus encourageant. Elle consiste à laver d'abord soigneusement la tête avec de l'eau de savon, puis on coupe les cheveux à la longueur d'environ un demi-pouce; on recouvre les parties affectées avec un léger épithème composé d'un mélange de fiente de bœuf et de terre rouge commune, qu'on laisse en place durant quatre jours; après ce temps, on procède à la dépilation avec une extrême facilité, et les cheveux s'enlèvent à l'aide des doigts ou des pincettes, *comme si c'étaient*, dit-il, *les plus tendres plumes d'un jeune pigeon*. Si cependant quelques-uns résistent, ce qui est rare, on les arrache à l'aide de handelettes de toile fraîchement enduites de poix. Ceci terminé, il suffit de laver la tête tous les trois jours avec l'eau de savon pour obtenir une cure complète, qui arrive en général au bout de dix jours. S'il existe des rhagades, des fissures qui laissent échapper du sang, on les recouvre d'un peu de suie pulvérisée qui a coutume de hâter la guérison désirée. Certes, on ne saurait refuser à ce procédé d'être fort économique; l'auteur ajoute qu'il n'est nullement douloureux, en exceptant sans doute les cas où il est obligé de se servir des handelettes poissées. C'est un remède qu'on n'oserait guère conseiller dans une grande ville; mais dans les campagnes, où le peuple, loin d'être rebuté par des topiques de ce genre, est au contraire porté à attribuer aux fientes des animaux des propriétés thérapeutiques, il ne serait pas sans intérêt de constater si le remède a vraiment une efficacité aussi remarquable et aussi prompte; et surtout ces essais ne nous paraissent offrir aucun inconvénient.

OBSERVATIONS DE LIGATURE DES ARTÈRES SOUS-CLAVIÈRE, BRACHIALE ET FESSIÈRE POUR DES PLAIES INTÉRESSANT CES ARTÈRES; mémoire lu à la Société médico-chirurgicale de Bologne par le professeur BARONI.

Nous ne reproduirons pas les deux premières observations du professeur Baroni; les ligatures des artères sous-clavière et brachiale sont aujourd'hui assez bien connues pour qu'il suffise de les mentionner. Seulement, nous remarquerons que de ces deux ligatures, la première, faite quelques jours après la lésion de l'artère axillaire, arrêta pour toujours l'hémorrhagie; la seconde, pratiquée le second jour d'une plaie déchirée de l'avant-bras, qui avait ouvert la radiale et la cubitale, eut un succès complet jusqu'au septième jour, époque à laquelle l'hémorrhagie reparut par la première plaie; mais une légère compression suffit alors pour y remédier. L'auteur conclut donc, contre le sentiment de Dupuytren, que, dans les plaies d'artères, il vaut mieux lier le vaisseau au-dessus de la plaie que d'en chercher les deux bouts dans la plaie même; c'est un principe que nous avons depuis longtemps adopté et développé dans la GAZETTE MÉDICALE.

Mais le troisième fait est plus intéressant, à raison de sa rareté; on ne connaît en effet jusqu'à présent dans la science que trois cas dans lesquels l'artère fessière a été liée, par J. Bell, par Rogers et par Carmichael.

OBS. — Un paysan, âgé de 22 ans, tomba d'un arbre qu'il était occupé à émonder, et s'enfonça profondement sa faucille dans la fesse droite. De là une plaie longitudinale profonde, intéressant la peau et les muscles fessiers, plus profonde surtout à la partie inférieure, où l'on voyait à nu une portion des ligamens sacro-sciatiques et de l'os innominé. L'hémorrhagie s'arrêta promptement; la plaie fut réunie par première intention; et dans les premiers jours les choses marchèrent si bien que le blessé, trop confiant, crut pouvoir se permettre quelque écart de régime. La fièvre survint; la suppuration se fit; une collection de pus se rassembla à la partie inférieure de la plaie, et il fallut lui donner issue. Mais le quatorzième jour de l'accident, pendant la nuit, une hémorrhagie des plus graves se déclara à deux reprises différentes, et bien que chaque fois elle eût cédé à la compression, M. Baroni consulté jugea nécessaire de mettre à nu l'artère lésée et de la lier.

Ayant donc enlevé les caillots qui remplissaient la plaie, il vit jaillir du fond un jet de sang sur lequel aussitôt il appliqua le doigt. Il agrandit la plaie par en haut pour mettre mieux à nu le point d'où venait le sang, et à l'aide d'une aiguille à anévrisme recourbée à son extrémité, il lia l'artère fessière. L'hémorrhagie fut d'abord suspendue, mais elle reprit quelques instans après; alors on plaça une seconde ligature sur le bort inférieur du vaisseau, et le sang fut définitivement arrêté. Seulement le huitième jour il en sortit un peu d'une artère située dans la lèvre externe de la plaie, à une grande distance de la fessière; on la lia également, et, un mois après la première opération, le malade était parfaitement guéri.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS DE TAILLE, PRATIQUÉES A NAPLES PAR LA MÉTHODE LATÉRALE ET OBLIQUE EN BAS AU COL DE LA VESSIE, DURANT LE PRINTEMPS DE 1835, A L'HÔPITAL DES INCURABLES ET A CELUI DE SAINTE-MARIE DE LORETTE; recueillie par M. Salv. de RENZI.

Nous continuons à reproduire les documens statistiques publiés par M. Salv. de Renzi sur les opérations de taille publiquement pratiquées à Naples. Il serait à désirer que dans tous les grands hôpitaux on tînt aussi exactement note des grandes opérations et de leurs résultats; ce serait le moyen de faire disparaître de la science bien des données admises sans preuves suffisantes, et d'apprécier selon les saisons, les climats, les âges et les procédés opératoires, la valeur de ces opérations.

Dix opérations ont été faites à l'hôpital des Incurables. Six des malades avaient moins de dix ans; les autres cependant n'étaient pas arrivés à l'âge adulte. Chez tous la pierre était unique, grosse en quatre cas, moyenne chez trois, petite chez les trois autres. Neuf étaient du sexe masculin. Un seul mourut; il avait une pierre moyenne qu'on ne put extraire de la vessie; à l'autopsie on trouva la vessie presque gangrénée, la muqueuse réduite en une sorte de putrilage.

A Ste-Marie de Lorette, sur quatre opérés trois avaient moins de 15 ans; tous guérirent.

En résumé, depuis 1821 jusqu'à ce jour, on compte dans ces deux hôpitaux 454 opérés ainsi répartis :

Hommes.	Femmes.	Enfans.	Adultes.	Vieillards.	Guéris.	Morts.
439	15	216	191	47	388	66

C'est un mort sur sept; proportion très-belle sans doute, mais dont le nombre des jeunes sujets rend très-bien compte; et si cette année il n'y a eu qu'un mort sur 14, c'est que, à part un adulte, tout le reste avait moins de 15 ans.

DE L'EMPLOI DU SUC DU CONCOMBRE SAUVAGE (MOMORDICA ELATERIUM) ASPIRÉ PAR LES NARINES DANS LE TRAITEMENT DE LA JAUNISSE.

Nous avons reproduit dans notre dernière revue italienne un article sur cet étrange moyen thérapeutique, sans oser y ajouter trop de confiance, et toutefois en invitant les praticiens à l'essayer. Nous trouvons dans le *Filiatre* l'extrait d'une lettre sur ce sujet dont nous donnons la traduction exacte; l'auteur est le docteur Andrea di Stasia, de Caggiano (*Principate Citra*).

« J'ai lu, dit-il, les guérisons obtenues par le docteur Porri avec le suc du *momordica elaterium*, ou *cocomero asinino*, dans le traitement de l'ictéritie. Je puis vous assurer que cette méthode est depuis long-temps connue et pratiquée d'une manière empirique par nos paysans, et presque toujours avec succès. Il y a près de 40 ans qu'un jeune homme de bonne maison, étant devenu ictérique par suite d'une forte frayeur, fut soumis à un traitement régulier durant un mois, et la maladie se montrait rebelle à tous les moyens, quand, par le conseil d'un vieux paysan, ayant fait usage du suc de *cocomero asinino* aspiré par les narines, après un abondant écoulement d'un liquide jaunâtre, la jaunisse disparut sans retour. Mais outre ce cas, dans le cours de nombreuses années, j'ai vu divers villageois affectés, à la suite de fièvres automnales, de jaunisses opiniâtres, même avec engorgement du système hépatique, et qui ont dû leur guérison à ce moyen; et j'ai lieu de croire que cette méthode est également connue dans ce pays-ci. »

Le rédacteur du *Filiatre* ajoute qu'elle est connue et mise en usage dans tout le royaume de Naples. Elle consiste, comme il a été dit, à aspirer simplement par les narines le suc exprimé du fruit du *momordica elaterium*; on peut d'ailleurs, pour plus de détails, relire dans notre dernière revue le mémoire du docteur Porri.

HISTOIRE D'UNE ANCIENNE RUPTURE DU RECTUM, AVEC PASSAGE DES EXCRÉMENS DANS LE VAGIN, GUÉRIE PAR LA SUTURE; par le docteur Placido PORTAL, de Palerme.

Le docteur Portal se plaint d'abord avec une vivacité toute italienne que ni M. Roux dans son *Mémoire sur les déchirures du périnée*, ni M. Rognetta dans un article sur les fistules vésico vaginales, n'aient fait mention d'une observation à lui propre, insérée en 1828 dans l'*Esculapio*, journal qui s'imprimait à Naples, puis reproduite dans les *Annali universali* d'Omodei; et ne pouvant imaginer aucune cause satisfaisante de cet oubli, il s'en prend à la malice et à la jalousie littéraires; et toutefois, pour voir s'il ne pourra à la fin en triompher, il reproduit son observation, qui est réellement intéressante. Nous prenons volontiers part à ces plaintes, et nous allons venir en aide au désir très-légitime de publicité de M. Portal.

Il commence par rappeler les plus saillans des faits connus de déchirure de la cloison recto-vaginale; tous différent de celui qu'il a observé en ce qu'ils reconnaissaient pour cause un accouchement laborieux, tandis que dans le cas qui s'est offert à lui la lésion était presque congénitale, ou du moins la cause en est restée inconnue.

OBS. — Le 17 février 1828, je fus invité, dit-il, à examiner une enfant de 4 ans, nommée Concettina Maroillo de Palerme, née de parens sains et de forte constitution. Les parens me racontèrent que, dans le cours de l'année 1825, ils s'étaient aperçus pour la première fois que les parties externes de la génération se maintenaient continuellement enflammées et exhalaient une puanteur cadavérique accompagnée d'un écoulement de sanie également fétide. A l'examen, je trouvai en effet qu'il s'était établi une communication entre le rectum et le vagin, sans que le périnée, la fourchette et l'anus eussent subi aucune altération; et dans les efforts que faisait l'enfant pour aller à la selle, il en sortait des matières excrémentitielles qui entretenaient l'irritation. L'ouverture de communication était située à un demi-pouce au-dessus de la fourchette; assez large pour admettre le bout du petit doigt, elle offrait une forme elliptique et ses bords étaient calleux.

L'opération était la seule ressource dans un cas si grave. Je la proposai aux parens, mais non sans leur représenter les difficultés qu'elle entraînait et l'incertitude du résultat, à raison des accidens qui pouvaient suivre. Considérant que la maladie était fort ancienne et presque congénitale, mon projet était de raviver les bords de l'ouverture avec le plus grand soin, et de la réunir par des sutures. Je crus d'ailleurs devoir préparer l'enfant avec des purgatifs huileux et des lavemans.

Enfin le 27 février, l'enfant étant située comme pour l'opération de la taille, et maintenue ainsi par deux aides, j'introduisis d'abord dans l'anus le doigt indicateur gauche, en le poussant légèrement et en portant la pulpe près des bords de la fistule. Je pris de la main droite des ciseaux mousses, et en dirigeant la pointe sur le bout du doigt introduit dans l'anus qui me servait de conducteur, j'avivai les bords de la fistule; ensuite prenant une aiguille courbe armée d'un fil de soie, je plaçai un point de suture de haut en bas; sans déranger mon doigt, je repris une autre aiguille et pratiquai deux autres points de suture sur le côté (1), de manière que les quatre fils réunis formaient une espèce de croix, et je fis serrer les nœuds par un des assistans sans retirer mon doigt de l'anus. Je ne le retirai que quand tout fut fini; j'assujétis les bouts des fils sur l'aine droite à l'aide d'une petite bandelette de sparadrap; j'appliquai pardessus la suture de la charpie et des compresses, le tout soutenu par un bandage en T.

L'enfant fut reportée au lit, on lui lia ensemble les genoux et les malléoles pour tenir les cuisses rapprochées; et on prescrivit un simple julep de guimauve étendu d'eau. Quelques heures après elle urina avec un sentiment de brûlure et de picotement à la plaie. Le premier et le deuxième jours se passèrent sans fièvre. La fièvre survint le troisième jour, mais légère; et le soir même les urines ayant coulé abondamment, elle diminua; en examinant les parties génitales, je ne trouvai qu'un petit gonflement aux grandes lèvres. Dans la nuit du quatrième jour, elle fut prise de toux et de vomissement, avec un sentiment de brûlure intense à la plaie. Le lendemain matin j'ôtai l'appareil, et examinant les choses de près, je trouvai que le point de suture latéral avait déchiré les parties qu'il devait maintenir, et que les parties voisines étaient un peu enflammées; je fis en conséquence fomenter la plaie avec une décoction tiède de guimauve et appliquer dessus des plumaceaux enduits de cérat. L'irritation se calma. Les urines étaient si abondantes qu'à la boisson prescrite je substituai l'hydrogale.

Le cinquième jour, eurent lieu pour la première fois des selles très-liquides, dont aucune partie ne traversa la plaie ou ne dérangea les autres points de suture. Le sixième jour, la malade fut tranquille. Le septième, sans cause connue, le point de suture de la partie supérieure se trouva déchiré, en sorte qu'avec la déchirure du premier ils laissaient béant presque un tiers de la plaie. Mais malgré cet accident, les selles passèrent toutes par l'anus, quoique plus consistantes que les premières.

(1) Nous traduisons ici littéralement; mais il paraît, d'après le texte qui suit, qu'il y a eu en tout quatre points de suture dont la disposition n'est pas bien exactement déterminée.

Les deux autres points de suture se maintinrent bien; la lymphe plast que tenait les bords de la plaie rapprochés l'un de l'autre. Plusieurs jours se passèrent sans fièvre; je permis un peu d'alimens. Cependant la plaie des points de suture déchirés rendait une matière assez abondante qui obligeait à la fomenter plusieurs fois par jour. Comme j'étais convaincu que ces divers inconvéniens pouvaient faire manquer l'opération, avant de faire d'autres points de suture, ce que l'indocilité de l'enfant aurait rendu très-difficile, je voulus essayer de cautériser, avec le nitrate d'argent, les déchirures qui offraient comme une petite frange à peu près semblable aux caroncules myrtiformes; je répétai cette cautérisation sept fois; et, contre toute attente, j'observai qu'insensiblement la plaie allait en se rétrécissant et en contractant des adhérences, en sorte que dans l'espace de 77 jours l'enfant fut guérie, bien que, malgré les lavemens et les purgatifs huileux dont je ne lui faisais pas faute, elle eût eu plusieurs retours de constipation.

L'auteur fait observer en outre qu'il ne s'est servi ni du *spéculum vaginal*, ni du gorgeret de Saucerotte, à raison de l'étroitesse du vagin, qui permettait à peine aux doigts de pénétrer et d'exécuter les manœuvres indispensables pour une aussi difficile opération.

— Nous remettons à une prochaine revue l'analyse de l'*Osservatore medico*. Il s'est d'ailleurs beaucoup occupé cette année, comme le *Filiatre*, du choléra-morbus, qui, comme on sait, menaçait d'envahir toute l'Italie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE.

LE CHOLÉRA A BORD DU BATIMENT LE TRITON.

M. Dupin donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée du Port-Mahon, en date du 27 septembre dernier, par M. Ch. Baudin, commandant le vaisseau *le Triton*.

« Le choléra, qui s'était déclaré à mon bord avec une violence extrême, dit M. Baudin, a cessé tout à coup après une semaine d'invasion. Il n'y a eu aucun nouveau cas depuis le 7, ni décès depuis le 12.

» Maintenant, c'est le tour des autres navires; le vaisseau *le Nestor* et la frégate *la Victoire* sont aussi frappés, mais pas à beaucoup près dans une aussi forte proportion que *le Triton*, bien qu'aucun vaisseau ne soit plus aéré, plus sec, plus sain que celui ci.

» On avait remarqué qu'en général le choléra épargnait les enfans et les très-jeunes gens; qu'il attaquait peu les classes qui vivent au sein du grand air et mènent une existence regulière, réservant tous ses ravages pour les populations pauvres, pour celles qui habitent des lieux bas et humides ou l'air circule difficilement. A bord du *Triton*, au contraire, le fléau a frappé dans une très-forte proportion les officiers; 4 sur 10 (le second du bâtiment et trois autres officiers); les seconds maitres et quartiers-maitres, 10 sur 40; les gabiers, 12 sur 48; les mousses, 7 sur 22. Il a par conséquent sévi sur les classes qui vivent au grand air, et suivent un bon régime, sur des individus fort jeunes, tandis qu'il a complétement respecté les caliers, qui habitent jour et nuit la fosse aux câbles; les cambusiers, magasiniers et autres habitans des parties du vaisseau les plus basses, de celles par conséquent qui sont le moins exposées à l'air et réputées moins salubres.

» Aux deux extrémités opposées du faux-pont habitent les élèves et les premiers maitres; les postes dans lesquels ils mangent et couchent sont peu aérés, surtout lorsque le vaisseau est à la voile et qu'on ne peut ouvrir les hublots; on n'y voit clair alors qu'en y tenant des lampes allumées nuit et jour. Cependant, pas un élève ni un premier maitre n'a été indisposé. On a vu, au contraire, que les seconds maitres qui logent dans la batterie de 36, parfaitement aérée, ont été frappés dans une forte proportion.

» Autre bizarrerie du choléra! J'embarque sur la rade d'Alger, le 30 juillet, 550 soldats de la légion étrangère; je les garde à bord, fort pressés dans une batterie basse, pendant vingt jours de chaleurs caniculaires. Au moment de leur embarquement, beaucoup d'entre eux étaient malades des fièvres de Bougie et de Bone: tous guérissent à bord; tous sont débarqués bien portans à Tarragone, le 18 août. Le lendemain 19, à peine étais-je sous voile, que le choléra éclatait parmi ces soldats débarqués en bonne santé la veille, et pourtant à cette époque l'état sanitaire de mon équipage était le meilleur possible. C'est seulement douze jours plus tard que le choléra s'est tout à coup manifesté à bord, et la veille même de l'invasion, mon chirurgien-major me félicitait et se félicitait lui-même de la bonne santé de l'équipage et de la parfaite salubrité du vaisseau.

» Si le choléra eût fait son explosion parmi nous au moment où j'étais en mer, sous le soleil d'août, avec onze cents hommes à bord, il aurait pu causer d'horribles ravages avant que j'atteignisse un port à lazaret. »

ZOOPHYTES. — NATURE DES SPONGILLES.

Les naturalistes ne sont pas encore d'accord sur la nature des éponges d'eau douce, que les uns, comme MM. Grant et Raspail, classent parmi les animaux; d'autres, tels que MM. Gray, Dutrochet et Link, placent parmi les végétaux. M. P. Gervais vient de faire sur ces corps organisés des observations qui paraissent favorables à la dernière opinion, et dont il fait connaître dans une lettre les principaux résultats:

« Les corps arrondis qui se développent au milieu de la matière des spongilles n'ont, dit M. Gervais, rien de comparable aux œufs des alcyonelles; il ne s'y fait

aucun travail embryonaire. Ce sont, ainsi que l'admet M. Link, de véritables graines comparables à celles des végétaux inférieurs, et que l'on doit de même appeler des sporanges.

» Ces sporanges sont composées : 1° des globules contenus à l'intérieur ; 2° d'une enveloppe composée de deux couches, dont l'externe tomenteuse est d'un brun jaune doré. »

On voit ordinairement sur les sporanges une tache indiquée par MM. Link et Raspail, et que l'on pourrait prendre pour l'impression du hile. M. Gervais cependant ne pense pas qu'on la doive considérer comme telle. Il y voit l'indication d'un trou dans la membrane externe, trou à travers lequel on aperçoit la couleur brune de l'enveloppe interne. C'est par ce trou, lorsqu'il se complète aux dépens de la couche interne, que passent les globules qui sortent par suite des progrès de la germination, et qui viennent, à l'extérieur, contribuer à l'accroissement de la plante mère, si le sporange y est encore fixé, ou devenir le commencement d'un nouveau végétal, si le sporange est devenu libre avant leur sortie.

GISEMENT, COMPOSITION ET USAGES DE LA CIRE FOSSILE.

M. le docteur Meyer adresse un échantillon de cire minérale, et communique les renseignements qu'il a pu se procurer sur ce fossile.

Il y a deux ans, M. Meyer le présenta pour la première fois à l'assemblée des naturalistes et médecins allemands réunis à Breslau. M. A. de Humboldt, qui l'examina alors, proposa de lui donner le nom de cire fossile (*erdwachs*), qui fut adopté. On en avait trouvé en Moldavie, au pied des monts Carpathes, des masses considérables couvertes d'une couche margile ardoisée mêlée de bitume, et appartenant à la formation secondaire. Un allemand, M. Udrelzky, y avait pratiqué une mine oblique, profonde d'à peu près 9 toises, d'où l'on tirait des morceaux pesant quelquefois 80 à 100 livres, et contenant des quantités notables d'argent natif. Comme ces travaux avaient été conduits d'une manière tout à-fait irrégulière, et que l'on y avait employé des ouvriers entièrement étrangers à l'art des mineurs, on fut bientôt obligé de fermer la mine, des éboulemens paraissant menacer.

La texture de ce fossile est très-variable ; quelquefois sa cassure est fibreuse ; d'autres fois, elle est feuilletée ; dans certains cas, il se présente sous forme mamelonnée ; alors, il est très-pur et transparent sur les bords ; il fond à une température de 40° et répand une odeur bitumineuse qui n'est pas désagréable.

On n'a point encore réussi à purifier ce fossile. Lavé à plusieurs-eaux, il prend une teinte d'un jaune foncé, et dans cet état on l'emploie à faire des cierges.

Non loin de l'endroit d'où on le retire, on a trouvé des couches considérables de succin brun, ce qui avait porté M. Meyer à penser que ce fossile serait peut-être de l'ambre jaune qui aurait été troublé dans sa formation.

Une analyse de la cire fossile avait été faite par M. Fischer à Breslau ; une autre a été donnée depuis par M. Magnus, professeur à Berlin Celle que M. Meyer adresse donne à cette substance les caractères chimiques suivans :

L'alcool à froid n'a pas d'action sur elle ; à la température bouillante il en dissout une petite quantité qui, par le refroidissement, se précipite sous forme de flocons blancs. Le résidu acquiert une couleur plus foncée et plus de ténacité.

L'éther à la température ordinaire en dissout une portion qui le colore en jaune ; le résidu devient presque incolore. L'alcool ajouté à la solution éthérée en précipite la matière dissoute. Celle-ci, soumise au feu, se fond à une basse température et tache le papier à la manière des huiles grasses.

Elle se dissout parfaitement dans l'huile de térébenthine ; formée dans des proportions déterminées, la solution se coagule par le refroidissement.

Les alcalis ne la saponifient point.

L'acide sulfurique la carbonise, mais faiblement, même à la température où elle commence à se fondre.

Elle ne s'enflamme point à l'approche d'une bougie.

MÉTÉOROLOGIE. — TEMPÉRATURE MOYENNE.

M. Arago, dans la précédente séance, avait annoncé qu'il comparerait les résultats qui se déduisent du tableau d'observations présenté par M. Brandes, avec ceux qu'a obtenus M. Brewster. Il a revu ces derniers, et trouvé que dans une station comme dans l'autre on obtenait la température moyenne du lieu par la combinaison des températures d'heures homonymes, aussi bien que si l'on avait les observations de *maximum* et de *minimum*. Comme les observations ont été faites, les unes presque au bord de la mer, les autres fort avant dans l'intérieur des terres, il y a lieu de conclure que la loi est générale.

M. Arago trouve sur-le-champ à faire une application de cette loi. Il a reçu récemment un tableau des observations météorologiques faites au port de Vancouver (embouchure de la rivière de Colombia) sur la côte ouest d'Amérique, par M. Maclonghlin. Ces observations ont été faites à trois époques de la journée, 6 heures du matin, 2 heures et demie de l'après-midi, et 6 heures du soir. La seconde offre bien à peu près un *maximum*, mais la première n'est un *minimum* que pendant une petite partie de l'année. On n'aurait donc point de moyen de déterminer la température moyenne du lieu, sans les observations sur la propriété des heures homonymes. La moyenne fixée par ce moyen s'est trouvée égale à celle qu'on a par les mêmes latitudes sur la côte occidentale de l'ancien continent. Cette moyenne est très-sensiblement inférieure à celle de la côte orientale d'Amérique sous le même parallèle, qu'avait déterminée M. de Humboldt dans son beau travail sur les lignes isothermes, mais en le déduisant des phénomènes de la végétation, et sans mesure précise, qui pouvait être donnée seulement par des observations thermométriques qu'on n'avait point encore.

La plupart des observations qui prouvaient l'infériorité de température moyenne de la côte orientale du nouveau continent, avaient été faites dans de très-hautes latitudes, et il était important de savoir s'il en serait de même pour les lieux plus voisins du tropique. C'est ce qui résulte en effet des observations de Mossoti, à Buénos-Ayres. Dans cette ville, qui est située par 34 degrés et demi environ de latitude sud, la moyenne est de 17° seulement, c'est-à-dire inférieure à celle d'Alger, qui est par 36° de latitude nord. M. Mossoti s'est occupé d'observer dans la même ville la période diurne barométrique ; il l'a trouvée parfaitement régulière et beaucoup plus marquée qu'en Europe.

NOUVEAU MODE DE PRODUCTION DU SON.

M. Pinaud, professeur à la Faculté de Toulouse, adresse un premier mémoire contenant les résultats d'expériences provoquées par l'observation suivante : Au mois de mai dernier, l'auteur, travaillant à la lampe un thermomètre différentiel, soufflait une petite boule à l'extrémité d'un tube de verre d'environ trois millimètres de diamètre. La boule était encore très-chaude lorsqu'il abandonna le tube à lui-même. Aussitôt il entendit un son faible, mais très-pur, qui diminua graduellement, et s'éteignit avec la chaleur de la boule ; l'expérience fut répétée avec des tubes de diverses longueurs et de divers diamètres, et il se produisit toujours des sons ou plus graves ou plus aigus, suivant les dimensions de l'appareil. M. Pinaud pense que ce son est produit par la vaporisation de la petite portion d'eau qui était primitivement attachée aux parois internes du tube, et que ce son est de même nature que celui qui se produit dans un tube dans lequel on dirige un courant d'hydrogène enflammé.

RAPPORT SUR LA JAMBE ARTIFICIELLE DE M. MILLE.

M. Larrey fait en son nom et celui de M. Roux, un rapport sur une jambe artificielle, fabriquée par M. Mille, orthopédiste à Aix. Ils pensent que dans certains cas, qu'ils ont soin d'indiquer, l'usage de cet appareil peut fort bien remplir le but que s'est proposé l'auteur. Ils concluent que ses efforts méritent d'être encouragés, et font pressentir d'ailleurs diverses améliorations qu'il faudrait tâcher d'obtenir.

TRACES DE PATTES D'ANIMAUX INCONNUS CONTRE-ÉPROUVÉES DANS LE GRÈS, PRÈS DE HILDBURGHAUSEN.

M. Link, correspondant de l'Académie, lit une note sur ces traces, qui avaient été déjà, il y a quelques séances, l'objet d'une communication de la part de M. de Humboldt.

Le plateau de Hildburghausen, situé au pied du Thoringerwald, est formé par le grès bigarré qui s'élève quelquefois en petites collines.

On a ouvert plusieurs carrières dans ce grès, qui est employé à bâtir, et c'est dans une d'elles qu'un maître-maçon nommé Wintzer remarqua le premier, il y a environ un an, ces traces, qui lui parurent extraordinaires. Il en donna connaissance à M. Sickler, qui les décrivit dans une lettre à M. Blumenbach. Cette lettre, accompagnée de figures, parut en janvier 1835. Depuis ce temps, on a trouvé des traces semblables dans quatre autres carrières distantes d'une lieue l'une de l'autre, et dont la dernière est près de la ville d'Hildburghausen. L'auteur de la note a visité trois de ces carrières au mois d'août dernier, en compagnie de M. Weiss de Berlin. Voici la disposition de terrain qu'ils y ont observée.

Immédiatement au-dessous de la surface du sol, on voit des couches alternatives de grès et d'argile, ayant ensemble 10 pieds d'épaisseur. On enlève ces couches qui ne fournissent point de pierres propres à bâtir, et l'on parvient à une couche de grès plus dure, dont l'épaisseur ne dépasse pas un demi-pied, et qui repose sur une couche d'argile d'épaisseur variable. La couche de grès n'est presque pas crevassée, et on dirait une plaque unique d'une énorme étendue. Supérieurement elle n'offre rien de remarquable, et ce n'est que lorsqu'on a renversé les fragmens qu'on aperçoit sur la face inférieure les traces en question, traces très-abondantes et en général très-distinctes. Ce ne sont pas les empreintes même des pieds, mais leur contre-épreuve qui est nécessairement en relief, la foulée originale étant creuse ; leur saillie est très-variable, d'un demi-pouce à trois pouces environ. Il faut souvent nettoyer le grès de l'argile qui y reste adhérente pour bien voir ces traces qui sont toujours celles de la face inférieure du pied.

On ne peut douter que ce ne soit l'argile sous-jacente qui ait reçu l'empreinte originale du pied de l'animal ; puis, sur cette argile qui formait peut-être le fond d'un marais, sera venu se déposer une couche de sable charriée par l'eau, couche qui une fois solidifiée et transformée en grès, aura conservé en contre-épreuve les foulées que présentait au moment de l'invasion la surface de l'argile. Ce n'est que dans cette couche qu'on a trouvé les traces de pieds ; jamais on n'en a observé ni dans le grès supérieur, ni dans le grès inférieur qu'on a exploité.

Il est facile, dit M. Link, de distinguer les pattes de quatre espèces d'animaux différens ; mais je ne parlerai ici que de celles qui sont les plus communes.

On trouve toujours les traces des deux trains antérieurs et postérieurs de l'animal ; celles des pattes de devant ont environ six pouces de longueur, celles de derrière sont moitié plus petites. Aux unes et aux autres on remarque cinq doigts, le pouce s'écarte presqu'à angle droit des autres doigts. « Les deux paces d'une » paire de pattes, dit M. Link, sont dirigés toujours du même côté, mais les pon- » ces de la paire suivante de pattes sont dirigés du côté opposé ; l'animal a donc » marché l'amble. Un fait extraordinaire, c'est que les paires de pattes se suivent » dans une ligne droite ; il faut donc que l'animal ait marché en fauchant. »

M. Wiegman, qui a vu la pierre couverte de traces que M. Weiss avait fait apporter en mai à Berlin, et qui en a parlé dans son Journal d'histoire naturelle, veut voir dans les animaux qui ont laissé ces traces des mammifères ; M. le comte de Munster, au contraire, suppose que ce sont des amphibies. Cette dernière opinion est aussi celle de M. Link. En effet, dit-il, tous les mammifères à pouce séparé sont plantigrades ; or, dans les traces en question, il n'y a pas la moindre indication de tarse, même dans les endroits où l'animal paraît avoir glissé.

Les batraciens, d'un autre côté, ont très-souvent le pouce éloigné des autres doigts, sans tarse proéminent ; chez eux les pattes de devant sont quelquefois plus petites que les pattes de derrière. Les traces indiquent un animal qui marche l'amble, mais cette allure est celle des salamandres. Les pieds de droite et de gauche viennent se placer sur une même ligne droite, et cela ne se passe ainsi chez les salamandres ; mais les caméléons marchent ainsi non-seulement sur les arbres, mais à terre. Ces diverses considérations portent M. Link à penser que les ani-

maux qui ont laissé leurs traces sur les grès de Hildburghausen, étaient des batracieus on des sauriens gigantesques.

Outre ces traces, ou en voit encore d'autres sur la surface de la pierre : celles-ci forment un réseau quadraugulaire à filets saillans de quatre à huit lignes. Quelques naturalistes y voient la contre-épreuve d'on fendillement opéré à la surface de l'argile. Cependant, en raison de la régularité que presentent ces mailles, tant dans leur écartement que dans la grosseur des filets, M. Link ne peut y voir l'effet de simples crevasses; il pense plutôt que ce sont des empreintes de racines ou plutôt de rhizomes, tels que ceux de l'acorus calamus, qui, rampant à la surface des marais, y auront creusé des sillons, puis, venant à se pourrir, auront laissés vides ces sillons, que le sable aura ensuite remplis. Les rhizomes, à la vérité, ne présentent pas d'anastomoses comme celles que nous montre le réseau dont nous parlons; mais l'auteur pense qu'il n'y aurait point d'invraisemblauce à en supposer chez quelques végétaux du monde primitif.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 octobre. — *Présidence de M. Lisfranc.*

M. Chervin présente un ouvrage du docteur Brayer ayant pour titre : *Neuf années à Constantinople; observations sur la topographie de cette capitale*, etc.; et il en donne une analyse favorable. Nous ne parlons de cette présentation qu'à cause d'un incident qu'elle a soulevé.

M. Pariset a interrompu M. Chervin, alléguant qu'aux termes du réglement toutes les pièces adressées à l'Académie doivent passer par l'intermédiaire du conseil. M. Chervin a répondu que déjà plusieurs fois d'autres membres avaient présenté directement des ouvrages imprimés; tout récemment M. Double a présenté avec éloges le *Traité des champignons* de M. Roques. M. Double a pris la parole pour donner une interprétation différente du réglement qui, selon lui, ne s'appliquerait qu'aux manuscrits.

M. Breschet. Le réglement ne doit pas s'opposer sans doute à ce qu'on présente des ouvrages imprimés; mais il doit empêcher que des amis les recommandent plus ou moins pompeusement, et éludent ainsi un autre article qui interdit d'en donner l'analyse.

M. le président accorde cependant la parole à M. Chervin, mais pour cette fois seulement, et sans que ces précédens puissent faire loi à l'avenir.

— M. Pauly écrit qu'il administre avec succès le seigle ergoté dans les cas d'engorgemens de l'utérus. L'efficacité de ce moyen est surtout frappante dans les cas d'engorgemens avec semi-prolapsus de cet organe. L'auteur regrette de n'avoir pas encore rencontré de chute complète de l'utérus. La dose est de cinq à six grains par jour pris en une seule fois, le soir en se couchant; il y ajoute environ un huitième de grain d'opium.

NOTE SUR LA CONSERVATION ET LA REPRODUCTION DES SANGSUES, par M. Noble, medecin en chef de l'hospice Royal de Versailles.

Cette note a été écrite à l'occasion de la récente discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie, et de la mention faite par M. Deneux des essais tentés à l'hospice de Versailles. M. Noble adresse d'abord des exemplaires d'une notice qu'il a publiée sur ce sujet en 1832 dans le Recueil des mémoires de la société d'agriculture de Seine-et Oise. Il y exposait les avantages obtenus jusqu'alors de l'établissement d'un réservoir, la découverte des cocons de sangsues qu'on y avait trouvés, et enfin l'utilité de la terre glaise pour favoriser la propagation de ces animaux.

Depuis cette époque, ajoute M. Noble, chaque année nous a confirmé la supériorite de ce moyen. Non-seulement les sangsues ont trouvé dans la terre-glaise un abri contre le froid et un asile où déposer leurs cocons, mais encore elles y échappent à l'influence fâcheuse des orages, qui les tuaient en grande quantité dans les vases d'eau où l'on avait auparavant l'habitude de les conserver.

M. Desruisseaux, pharmacien à Versailles, en a perdu ainsi en peu de jours plus de 600 en 1825. Ces sangsues, toutes très-grosses, présentaient cette particularite, que chez le plus grand nombre l'organe mâle était entièrement sorti. M. Noble saisit cette occasion d'étudier la disposition des organes génitaux; il a constaté que l'organe mâle n'est distant que d'une ligne environ de l'orifice de l'organe femelle, et que l'accouplement est nécessaire pour la fécondation.

Le succès obtenu par l'établissement du reservoir glaisé avait fait espérer qu'on pourrait plus facilement utiliser les sangsues déjà employées, en les déposant dans des vases remplis d'argile entretenue toujours humide. Mais l'expérience a trompé cette attente; il fallait plusieurs mois pour obtenir leur dégorgement; et contrairement à ce qui avait été avancé, ces sangsues ne sont pas plus aptes à la reproduction que celles qui n'ont pas encore servi. Aussi depuis plusieurs années on se borne, à l'hospice, à leur faire vider le sang qu'elles ont sucé à l'aide d'une pression, exercée par les doigts, du suçoir vers l'anus. Une sœur de l'hospice s'est exercée à cette manœuvre, qui réussit très-bien et sans altérer leur vitalité, pourvu que les sangsues soient d'une grosseur moyenne. Après cette opération, on les place dans un grand vase glaisé pour les faire servir au besoin; et plusieurs fois on a réussi à les faire prendre de nouveau presque immédiatement après les avoir vidées. Mais je le répète, dit M. Noble, cette opération n'a de succès que lorsqu'elles sont d'une certaine force; toutes les petites meurent presque aussitôt après.

EMPLOI DE L'INDIGO CONTRE L'ÉPILEPSIE.

Dans la même lettre, M. Noble fait part des belles espérances de succès que lui offre en ce moment l'emploi de l'indigo contre l'épilepsie; il l'a administré chez trois malades de son hospice.

Obs. I. — Le premier est un jeune homme de 18 ans, devenu épileptique il y a environ douze ans par suite de la frayeur que lui causa un incendie d'un magasin à fourrage au-dessus duquel il était couché. Depuis ce moment, il n'avait jamais été plus de huit ou dix jours sans éprouver un ou plusieurs accès bien caractérisés. Soumis au traitement par l'indigo selon le mode indiqué, il y a quelques mois, par la Gazette médicale, d'après des observations recueillies dans l'Inde, ce jeune homme n'a pas eu d'accès depuis le 25 août dernier (la lettre est du 26 octobre). L'indigo a été administré sous forme d'opiat à la dose d'un gros par jour, et cette dose a été progressivement élevée jusqu'à celle de 4 gros, qu'on n'a point dépassée. A cette dernière dose, le malade a éprouvé d'abord quelques vertiges, de légers troubles dans la vision, puis des contractions musculaires involontaires analogues à celles déterminées par la strychnine. Ces contractions ont cessé entièrement par la suspension de l'usage du médicament, pour reparaître chaque fois que la dose a été reportée à 3 ou 4 gros.

Obs. II. — La seconde malade est une fille de 20 ans, épileptique depuis l'âge de 4 ans; elle dit avoir eu constamment un, deux et souvent trois accès chaque jour, jusqu'à sa nubilité, qui a eu lieu à près de 18 ans. Depuis cette époque, le nombre des accès s'est multiplié d'une manière effrayante, particulièrement vers les époques menstruelles; et depuis son entrée à l'hospice, le 21 septembre dernier, elle n'a jamais éprouvé moins de dix ou douze accès dans les vingt-quatre heures; elle attribue aussi sa maladie à une grande frayeur. Soumise dès le 27 septembre au traitement par l'opiat d'indigo, dont la dose a été progressivement portée d'un gros à 4, les accès sont devenus rapidement moins forts et moins nombreux; ils ont cessé complétement le 3 octobre, au sixième jour du traitement, qui a été continué jusqu'au 20.

Obs. III. — Le troisième sujet est une femme de 50 ans, devenue épileptique il y a vingt ans, par suite, dit-elle, de la frayeur que lui a occasionée le retour inopiné de son mari, militaire licencié de l'armée de la Loire. Chez cette femme, admise depuis plusieurs années à l'hospice comme infirme, les accès se répétaient plusieurs fois par semaine et souvent même quatre à cinq fois par jour. Soumise au même traitement que les deux autres, le 5 octobre, elle n'a pas eu d'accès depuis le 9; mais elle éprouve assez fréquemment le même malaise, la même stupeur qui suivaient ordinairement chaque accès; elle est encore soumise au même traitement; mais l'indigo n'est plus employé qu'à la dose de 2 gros depuis le 18.

Ces deux femmes n'ont éprouvé aucune contraction involontaire des muscles, mais une assez forte diarrhée chaque fois que la dose a été élevée à 4 gros. Cette diarrhée a cessé par la suspension du médicament ou sa réduction à 2 gros. On n'a remarqué chez les trois malades aucun autre trouble dans l'exercice des fonctions.

Ces faits, dit M. Noble en terminant, sont insuffisans pour pouvoir établir d'une manière positive les proprietés thérapeutiques de l'indigo; mais je crois qu'ils méritent toute l'attention des praticiens qui dirigent les hôpitaux, et sont susceptibles de les déterminer à expérimenter ce nouvel agent. Je fais recueillir exactement ces observations; je ferai tous mes efforts pour en rassembler quelques autres, et je les adresserai à l'Académie.

OBSERVATION DE HERNIE INGUINO-INTERSTICIELLE, COÏNCIDANT AVEC UNE HERNIE SCROTALE DU MÊME CÔTÉ; communiquée par M. Goyrand, d'Aix.

On se souvient du mémoire communiqué par M. Goyrand à l'Académie de médecine, dans la séance du 22 juin dernier, et dont la place a été marquée dans un des prochains fascicules des mémoires de cette compagnie. M. Goyrand ajoute aux observations qui y sont mentionnées le fait suivant, que nos lecteurs pourront rattacher à l'analyse du mémoire donnée dans son temps par la Gazette médicale.

Obs. — M. B., âgé de 60 ans, atteint depuis dix ans d'une hernie scrotale gauche, qui avait été long-temps assez mal contenue, portait enfin depuis deux ans des bandages qui la maintenaient bien réduite. Il était dans l'habitude de quitter son bandage la nuit. Dans la nuit du 11 au 12 octobre, il se lève pour aller à la selle, ouvre la croisée et se recouche de suite. Dès ce moment, coliques violentes qui persistent le lendemain; la plus petite quantité de boissons détermine des nausées; la hernie cependant ne parait point au-dehors. M. Goyrand appelé vers le soir le trouve levé, mais souffrant beaucoup; les douleurs partent de la partie inférieure gauche de l'abdomen et s'irradient vers l'ombilic. Le malade n'a pas été à la selle de tout le jour; il a vomi deux fois. A un examen attentif, on trouve au-dessus de l'arcade crurale, vers le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de l'anneau inguinal, une tumeur sous-aponévrotique, ovoïde, à peu près du volume d'un œuf de perdrix, dont le grand diamètre suivait la direction oblique du canal inguinal, nullement visible au-dehors, mais qu'on peut circonscrire avec les doigts en mettant la paroi abdominale dans un état de relâchement. La pression y excite des douleurs vives. M. Goyrand reconnut une hernie *inguino-intersticielle*.

Le taxis, la saignée, les sangsues, les bains, les lavemens émolliens et purgatifs, les cataplasmes émolliens, demeurèrent sans effet. Le 13, le ventre était sensiblement ballonné et très-douloureux au-dessus de la tumeur; le malade fatigué par des nausées continuelles et des vomissemens évidemment stercoraux. Dans les efforts qui accompagnaient les vomissemens et la toux, on voyait s'engager dans l'anneau inguinal gauche une hernie molle et indolente dont la racine, située en dedans de la première tumeur, était peu oblique. Cette hernie se réduisait sans difficulté et n'avait évidemment aucun rapport avec la tumeur sous-aponévrotique.

Le 14, nul changement; on donne l'huile de ricin par cuillerées; le malade vomit plusieurs fois dans la matinée. A trois heures la tumeur a sensiblement diminué. Un lavement purgatif détermine, de quatre à huit heures, trois selles liquides et abondantes; à neuf heures la tumeur avait totalement disparu. La nuit suivante, quatre nouvelles selles abondantes. Le 15, convalescence complete.

Il y avait là évidemment deux hernies, l'une sortie par l'orifice supérieur du canal inguinal, *inguino-intersticielle*; l'autre indépendante de celle-ci paraissait sortir de l'abdomen par la fossette inguinale moyenne (*hernie inguinale interne* de Hesselbach); la seconde n'a jamais été étranglée. M. Goyrand discute la valeur du diagnostic qu'il a porté; si les accidens eussent persisté, quand même il lui fut resté quelque doute, il n'aurait pas hésité à opérer; en effet, en cas de hernie,

l'opération sauvait le malade; et s'il se fût agi d'un simple phlegmon intersticiel, elle n'aurait pas aggravé son état.

Comment le taxis a-t-il été ici sans effet? D'une part la paroi postérieure du canal inguinal, constituée seulement par le fascia transversalis et le péritoine, cède facilement à la pression qu'on exerce sur la tumeur; d'autre part la situation profonde de la hernie ne permet pas d'agir sur elle de la circonférence au centre, et de la pelotonner avant de la repousser vers l'anneau par laquelle elle est sortie de la cavité abdominale.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS DURANT LA GROSSESSE.

M. Capuron revient sur le fait de rétroversion de l'utérus, communiqué par M. Roux dans la dernière séance. M. Roux a dit avoir exploré la femme et bien constaté la rétroversion qui devait exister, puisqu'on a provoqué l'avortement après avoir sans doute épuisé tous les autres moyens. L'avortement a été provoqué par des éponges, et la malade a été sauvée. Une chose cependant m'embarrasse, c'est que dans les cas de rétroversion complète, le col est situé de telle manière qu'il est impossible de le ramener au centre de l'excavation du bassin et de relever le corps; comment a-t-on pu introduire des éponges, à moins que le col ne fût réfléchi vers la cavité du sacrum et le corps sous la symphyse sacro-vertébrale? Mais en ce cas, pourquoi l'avortement? car si le corps n'était pas contre la symphyse, l'écoulement des urines n'était pas empêché; je serais bien aise que M. Roux s'expliquât ou écrivît pour avoir de nouveaux renseignemens.

M. Roux. Je répète que le fait ne m'appartient pas, je ne l'ai vu qu'en visitant en toute hâte l'hôpital considérable d'Amsterdam. Ce que j'ai dit est vrai et positif, et m'a été rapporté par le chirurgien en chef, homme recommandable, M. Virauus. D'après ce qu'il m'a rapporté, il faut croire que le col de l'utérus était porté à un degré considérable contre la symphyse, car M. Viranus m'a dit avoir éprouvé beaucoup de difficultés à le ramener. Au moment où j'ai exploré la femme, je fus surpris de le trouver en bas. D'ailleurs, M. Capuron est convenu qu'il n'était pas impossible que le corps s'infléchît un peu en arrière et que le col se coudât de manière à ne pas se trouver autant derrière la symphyse. Toujours est-il que l'état de la femme était très-grave et désespéré, et je ne comptais pas sur son salut; une tumeur saillante était, du reste, dans le fond du vagin, et le corps et le fond de l'utérus étaient sentis par le rectum, sans qu'on pût les repousser.

M. Capuron. Je n'ai qu'un mot à dire; ce fait laisse des doutes dans mon esprit. Comment, si la matrice était dans le vagin, n'a-t-on pas refoulé le corps en avant?

M. Roux. Il est très-probable que cette discussion provoquera des éclaircissemens de la part du chirurgien.

M. Moreau. Ce fait est grave à cause de la méthode employée; il semblerait décider que, quand il y a menace d'incarcération, l'avortement est indispensable. Or, souvent on parvient à redresser l'utérus, et l'avortement n'est qu'une dernière ressource; il ne faut pas craindre de violenter l'utérus qui supporte des efforts considérables; j'ai vu de ces cas où la grossesse s'est bien terminée. Du reste, l'idée de l'avortement est ancienne: elle appartient à William Hunter.

M. Capuron. A Grégoire.

M. Moreau. A Hunter, il en parle dans son Traité d'anatomie; une jeune femme de Londres mourut; Walsh fit appeler Hunter; il avait en connaissance de l'ouvrage du chirurgien français, Grégoire, sur la rétroversion; mais l'idée de l'avortement lui appartient, car après avoir ouvert la femme, on ne put opérer la rétroversion qu'en coupant la symphyse; c'est ce qui a porté plus tard Gardien à conseiller ce moyen. Hunter voulait que l'on fît la ponction de l'utérus, qu'un médecin de Rouen a pratiquée plus tard. Il est donc important de savoir si on n'a eu recours à l'avortement qu'après avoir échoué dans les tentatives de réduction.

M. Capuron. J'ai supposé qu'on avait tout essayé. Quant à W. Hunter, il avait assisté à une leçon de Grégoire, et proposa, d'après ses idées, la ponction de l'utérus pour provoquer l'avortement. Grégoire avait aussi proposé la ponction.

M. Moreau soutient son opinion. L'Académie passe à l'ordre du jour.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DANS LES MALADIES DARTREUSES; par M. Berthomé. — M. Maury, rapporteur.

M. Berthomé annonce dans une note adressée à l'Académie, qu'ayant été autrefois nommé inspecteur des eaux d'Enghien, il a eu occasion de voir un grand nombre de maladies dartreuses; et frappé de l'impuissance de l'art pour les guérir, il a dirigé toutes ses études vers ces affections. Il a d'abord voulu classer, subdiviser ces maladies; mais bientôt reconnaissant l'insuffisance de la science et des systèmes, il en est revenu à la médecine populaire, qui lui a procuré plus de guérisons qu'il n'espérait. Il s'y est donc arrêté; il a fait des combinaisons sans nombre; et enfin ayant eu remarquer dans quelques-uns de ses composés une propriété puissante, il les a définitivement adoptés. Il se soucie donc fort peu des théories; il n'a point de vues nouvelles en ce genre; seulement il se présente avec des faits nombreux.

Quels que soient l'âge, le tempérament, la forme et l'espèce de dartre, la cause vénérienne ou scrophuleuse, etc., il a usé avec succès de sa méthode de traitement, qui consiste à faire boire au malade une tisane de douce amère et de patience édulcorée avec le sirop dépuratif de sa formule. Assez souvent il prescrit une saignée du bras; il a recours aussi selon l'occasion aux exutoires, aux bains simples, et mieux encore, aux bains d'amidon. Après quinze jours, un mois ou plus de ce traitement préliminaire, il ordonne l'emploi de pommades qu'on applique avec un pinceau sur les parties affectées; il fait recouvrir ces mêmes parties de linges sur lesquels on met encore de la pommade matin et soir. Selon les circonstances il varie ces moyens, et fait appliquer tantôt une pommade et tantôt l'autre.

Il y a quatre ans, il se présenta à l'Académie avec une série nombreuse de guérisons, dont beaucoup ont eu pour témoins MM. Dubois et Pariset; il ne put être entendu alors; il adresse donc aujourd'hui l'exposé de neuf observations, très-brièvement rapportées, et dans lesquelles, fidèle à son principe, il s'est bien gardé d'exposer la cause ni la forme des affections dartreuses qu'il a eues à traiter.

M. Maury fait ressortir les inconvéniens de cette manière d'observer; il pense qu'il faut recommander à M. Berthomé de rédiger ces faits sous un point de vue plus scientifique, et toutefois il propose de lui adresser des remerciemens pour sa communication.

M. Emery. Je m'oppose formellement aux conclusions de ce rapport. L'auteur du mémoire n'a établi aucune distinction entre les maladies qu'il a traitées; il applique indifféremment sa panacée à toutes; et qui ne sait cependant l'énorme différence qu'il y a entre la plupart des affections cutanées, et qui dicte des indications tout aussi différentes? Ainsi dans les eczémas, presque toujours les viscères sont souffrans; dans les squammes, la maladie est locale; ainsi, dans le premier cas, il faut souvent recourir à un traitement général, à des sangsues et à des calmans, et la pommade de goudron ne ferait qu'irriter, tandis qu'elle réussit très-bien pour les affections squammeuses. L'ecthyma veut un autre traitement que le psoriasis; celui-ci un autre que le lupus, etc.; et cependant le sirop et la pommade de M. Berthomé s'appliquent à toutes! Je déclare que, pour mon compte, je ne saurais admettre de semblables observations, et je demande le renvoi à une commission qui constate dans quels cas véritablement cette méthode peut avoir de bons succès.

M. Maury. Mais j'ai fait toutes ces réflexions dans mon rapport.

M. Emery. Sans doute, et vous concluez ensuite à le remercier, tandis qu'il mériterait plutôt... une réprimande. (On rit.)

M. Boullay. Comme il ne s'agit pas ici de remèdes secrets, je crois qu'il eût été bon de donner les formules de M. Berthomé; l'Académie sera bien plus en mesure de se prononcer ensuite sur leur valeur.

M. Maury. Je vais les lire si on le désire. (Lisez! lisez!) Les voici:

Sirop anti-dartreux.

Prenez:	Gaïac,	2 livres.
	Sassafras,	2 livres.
	Salsepareille,	4 livres.
	Squine,	3 livres.
	Nénuphar,	1 livre.
	Rhubarbe exotique,	1 livre et demie.
	Santoline,	6 livres.

Pulvériser; faire bouillir les plantes et racines pendant long-temps à un feu doux dans 85 livres d'eau, jusqu'à réduction à 15 ou 20 livres de liquide, en pressurant le tout fortement. Ajouter

Bicarbonate de soude,	2 livres.
Sucre très-commun ou même de la mélasse,	80 livres.

Remettre le tout sur le feu avec soixante blancs d'œufs, pour clarifier; faire bouillir jusqu'à consistance de 37° de sirop; laisser refroidir, mettre en bouteille, et en faire prendre au malade trois cuillerées par jour, une dans chaque tasse de tisane.

Pommade anti-dartreuse.

Prenez:	Laudanum de Rousseau,	2 à 3 gros.
	Sulfate de quinine,	1/2 gros.
	Acide acétique,	d'une once à deux.

Cet acide doit être préparé avec: digitale pourprée et nénuphar en poudre, de chaque une livre et demie; acide acétique, douze litres; laisser infuser 24 heures sur un feu doux, puis trente à quarante jours dans un pot de terre; après ce temps, pressurer et passer. Ajoutez de plus:

Extrait de Saturne,	2 onces.
Huile d'olive, première qualité,	2 onces.
Essence de romarin ou de girofle,	2 gros.

Battez le tout ensemble. Dans le traitement des dartres suppurantes, il faut ajouter à la composition:

Sulfate de quinine,	2 ou 3 gros.
Limaille de fer porphyrisée,	1 once.

Cette lecture excite à plusieurs reprises des exclamations de surprise et d'hilarité auxquelles prend part toute l'Académie.

M. Emery. Je m'oppose maintenant plus que jamais aux conclusions: on ne conçoit pas des formules aussi indigestes, un amalgame aussi effroyable.

M. Maury. Nous avons dans le rapport signalé quelques fautes dans ces formules. (Voix nombreuses: Vous êtes bien bon!) M. le rapporteur lit une critique motivée de ces formules qui excite à plusieurs reprises des rires d'approbation.

M. Villeneuve. Je ne défends pas ces formules, mais la question tout entière est ici: M. Berthomé a-t-il, oui ou non, guéri des dartres rebelles à tous les traitemens? Il appelle M. Pariset en témoignage.

M. Pariset. J'ai vu en effet plusieurs cas de guérison.

M. Rochoux cite le cas d'un homme atteint depuis vingt ans d'une dartre opiniâtre, et guéri par M. Berthomé; le traitement a duré deux ans. (Oh! oh!)

M. Emery. Mais dites-nous donc dans quels cas il guérit, et citez des faits plus concluans que celui-là. Souvent il faut, pour guérir des dartres rebelles, varier beaucoup le traitement. Quand nous voyons tous les moyens rationnels échouer, nous suspendons quelque temps toute thérapeutique. Eh bien! nombre de fois alors la nature seule se charge de la guérison. Irons-nous présenter ces guérisons comme l'effet des remèdes?

Après quelques autres observations de MM. Maingault, Bouillaud et Chevallier, M. Double fait remarquer que M. Berthomé est correspondant de l'Académie, et qu'on ne saurait, d'après le réglement, adopter de conclusions sur son travail. En conséquence l'Académie passe à l'ordre du jour.

MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. CHARDON, D.-M. à Chastelay (Loire). — M. COLLINEAU, rapporteur.

Ce mémoire a été composé à l'occasion d'une épidémie qui règne depuis dix-huit mois dans le canton que l'auteur habite; c'est là qu'il a puisé les faits dont il appuie ses conclusions.

Après avoir examiné les diverses dénominations imposées à cette maladie, M. Chardon s'en tient à celle de fièvre typhoïde; il pense qu'il ne faut la considérer absolument ni comme le produit d'une altération primitive du sang, ni comme le résultat d'un affaiblissement des forces musculaires, et bien moins encore comme la conséquence d'une affection locale quelconque; pour lui, c'est un état morbide général qu'il voit d'abord dans l'altération du sang et dans une modification de la puissance d'innervation. Il croit qu'elle se développe sous l'influence d'une cause spéciale comme la rougeole, la variole, etc.; il regarde son caractère épidémique comme incontestable, et toutefois il assure qu'elle n'est pas contagieuse.

Quant au traitement, il est préservatif ou curatif. Les règles préservatives posées par M. Chardon sont tirées de l'hygiène, et n'ont rien que de bien connu. Pour le traitement curatif, il accorde beaucoup à la nature. Il cite plusieurs cas d'affections typhoïdes simples, au premier degré, avec peu de réaction et même sans perte totale de l'appétit, qui n'ont pas duré moins de quatorze à vingt-un jours, et qui se sont terminées sans autre médication que le régime et une ou deux saignées générales chez des hommes jeunes et robustes. Dans cette période, on a beau combattre les symptômes, la disparition d'aucun d'eux n'est suivie de la cessation de l'état morbide; il en conclut que cet état est général et qu'aucune médication ne lui est particulièrement ni exclusivement applicable.

Mais dans la période inflammatoire surgissent plusieurs questions. Faut-il recourir aux évacuations sanguines abondantes, comme dans les inflammations franches, ou s'en abstenir, de peur de priver la nature des ressources dont elle a besoin? Faut-il combattre la bile comme élément essentiel de la fièvre? Enfin faut-il chercher un spécifique à la fièvre typhoïde?

M. Chardon répond que les émissions sanguines, soit générales, soit locales, sont utiles pour modérer les mouvemens de surexcitation partout où ils se montrent; mais qu'il faut les employer avec réserve. Il a vu nombre de sujets, et surtout de jeunes gens, soutenir avec succès une période inflammatoire intense de la fièvre typhoïde sans émission sanguine aucune, et arriver à la guérison par les seuls efforts de la nature, et souvent aussi vite que ceux qui avaient été méthodiquement traités. En définitive, il vaut mieux dans son opinion n'être pas saigné du tout que de l'être trop.

Pour les émétiques et les purgatifs, l'auteur laisse en général paraître une défiance qui résulte de sa pratique. Quant à la troisième question, il déclare que ni les chlorures, ni l'acétate d'ammoniaque, ni aucun autre moyen de cette espèce ne lui paraît avoir d'action bien prouvée contre la période inflammatoire de la fièvre typhoïde, et c'est en vain que l'on chercherait un spécifique.

Arrivé à la période nerveuse, il passe en revue les principaux moyens proposés. En invoquant l'expérience, dit-il, on est embarrassé pour choisir le moyen qui, parmi les antiphlogistiques, les toniques, les stimulans, les excitans, les irritans, mérite la préférence; et ce n'est pas sans étonnement que l'on finit par reconnaître que, parmi toutes les méthodes, la médecine expectante est encore celle qui compte le plus de guérisons.

M. Chardon, dit M. le rapporteur, nous paraît être un bon praticien; ses argumens ne manquent point de justesse; il a observé avec soin et jugé avec impartialité; mais n'ayant vu la fièvre typhoïde que dans une localité et dans une épidémie, il ne connaît pas par lui-même les formes diverses de la maladie, qui doivent nécessairement influer sur le choix des médications. Malheureusement aussi son travail pèche par l'ordonnance et par le style. Ainsi tout en professant beaucoup d'estime pour le zèle et le savoir de l'auteur, la commission propose le dépôt de son travail dans les Archives de l'Académie.

DISCUSSION.

M. CASTEL. Après beaucoup d'expériences et d'observations, M. Chardon en est venu à conclure que dans les fièvres typhoïdes l'expectation est encore la méthode qui convient et qui réussit le mieux. Lorsque j'étais médecin d'hôpital, j'avais aussi d'abord essayé diverses méthodes, et, comme on pense bien, les plus actives; et dans les dernières années j'étais arrivé aux mêmes résultats que l'auteur. Je me bornais à soutenir les forces en laissant aller la fièvre, d'autant que j'avais reconnu que les évacuans et surtout les émétiques ajoutaient à la violence de la fièvre, et que les fébrifuges étaient impuissans pour l'arrêter; et en effet, on peut bien couper une fièvre intermittente, parce qu'on a l'intervalle de calme pour agir; mais tout le kina du monde ne saurait couper une fièvre continue.

M. COLLINEAU. C'est une opinion qui peut se soutenir, mais que je ne partage nullement. Dans quelques circonstances où l'on voit grandir et menacer tel ou tel appareil de symptômes, je pense qu'il est indispensable d'agir; laisser alors le mal suivre son cours, ce serait ne plus faire de médecine.

M. ROCHOUX s'élève contre la dénomination de fièvre typhoïde. Ce mot a un sens clair et précis; il veut dire que la fièvre ressemble au typhus. Or, d'abord celui-ci est contagieux, la fièvre typhoïde ne l'est pas; et si l'on voulait ensuite mettre en regard l'un après l'autre tous les symptômes, on trouverait entre les deux maladies une énorme différence.

M. GÉRARDIN. D'après ce que vient de dire M. Castel, il semblerait, que lorsqu'un praticien a traité un très-grand nombre de malades et essayé divers traitemens, il arrive à ceci, que tous lui donnent des résultats égaux, que dès-lors ils sont indifférens, et il les rejette en masse. Je ne pense pas cependant qu'il soit bien philosophique, soit en principe, soit en application, d'assister ainsi les bras croisés, simple spectateur, à cette lutte, comme on dit, de la maladie et de la nature. Voici quelques faits qui seront prochainement présentés dans tous leurs détails à l'Académie, mais qui me paraissent assez importans dans la question pour les mentionner ici.

Tout le monde sait que l'Hôtel-Dieu est l'hôpital où l'on voit et où l'on étudie le plus les fièvres typhoïdes; c'est pour ainsi dire leur quartier général. Or, on avait, dans le temps, essayé du traitement antiphlogistique: on a été forcé de le quitter (M. BOUILLAUD. Je demande la parole.) Puis M. Chomel a employé les chlorures, et d'abord avec de bons résultats. Plus tard ils ont complètement échoué. Est venu le tour des purgatifs: sans doute que les circonstances étaient favorables à leur emploi; il est certain du moins qu'ils ont donné de très-beaux résultats; maintenant leur efficacité est perdue. A présent M. Piédagnel se loue beaucoup des fumigations alcooliques à l'extérieur, et de la poudre de Dower à l'intérieur. Que conclure de tout cela? que les fièvres typhoïdes, ce semble, ne se présentent pas toujours dans des circonstances toutes semblables; qu'il y a pour elles, comme pour toutes les autres maladies, des constitutions médicales variables qui, influant beaucoup sur le résultat, doivent influer aussi sur le choix du traitement; qu'il ne faut pas s'obstiner à un mode unique de médication, mais qu'il faut chercher à saisir et à remplir les indications à mesure qu'elles varient. Tous les traitemens, dans certaines circonstances, ont donné tour à tour d'heureux résultats; ces résultats valent mieux que ceux qu'aurait fournis la méthode expectante; c'est assez pour qu'on doive chercher de nouveau à les obtenir.

M. COLLINEAU parle dans un sens analogue; il préfère le mot de fièvre typhoïde, précisément parce que ce mot ne précise rien sur la nature de la fièvre. Cette affection se présente sous des formes très variées et très-compliquées; et, selon les cas, il faut préférer la saignée, les émétiques, les purgatifs, les antispasmodiques; aucun moyen n'est à rejeter.

M. BOUILLAUD, avec feu. Je n'étais point disposé à prendre la parole dans cette discussion; mais ce que je viens d'entendre ne me permet pas de garder le silence. Je vois avec surprise qu'on discute dans cette Académie comme si tous les travaux achevés depuis vingt ans étaient non avenus. Je vois avec surprise que l'on décide d'un mode de traitement qu'on n'a pas vu appliquer; que l'on vienne vanter ici des traitemens mauvais et funestes; qu'on décrie le traitement antiphlogistique, qui sauve deux fois plus de malades que les autres; qu'on cite comme autorité un praticien dont les convictions ne durent pas plus de dix jours. M. Piédagnel a laissé les purgatifs, cela est vrai; ce qui est vrai aussi, c'est que déjà il a été obligé d'abandonner ses fumigations alcooliques; il s'en rapporte aujourd'hui à la nature seule, et en effet la nature seule vaut mieux encore que tous ces traitemens. Quant à nous, nous employons le traitement antiphlogistique avec une vigueur à laquelle personne n'a atteint avant nous; dans cette période du mal où la prostration paraît la plus évidente, quand les dents et la langue sont couverts d'un enduit fuligineux, nous faisons faire trois saignées par jour, et depuis quatre ans nous n'avons pas perdu vingt malades; tandis qu'ailleurs c'est un sur trois qu'on perd! On n'a pas d'idée des succès du traitement antiphlogistique appliqué comme nous le faisons! Est-ce à dire que la fièvre typhoïde ne soit qu'une inflammation? non; il y a sans doute autre chose; il y a un état typhoïde qui la complique. Mais qu'on ne nie pas non plus l'effroyable inflammation qui coexiste. Oublie-t-on les autopsies de Rœderer et Wagler, et toutes celles qui ont été faites depuis? Eh bien! s'écrie l'orateur dont l'animation va croissant, *je veux qu'on me coupe la langue, je veux qu'on me coupe la tête* si, par la méthode antiphlogistique, je ne sauve pas plus de malades que qui que ce soit par toute autre méthode! Pas un de ceux qui ont comparé ces autres méthodes dont on a fait tant de bruit, pas un n'est venu dans mon service, qui ne soit complétement converti; les faits parlent plus haut que les théories. On a cité l'Hôtel-Dieu comme l'hôpital où on étudiait le plus la fièvre typhoïde; sans doute nous sommes tous redevables au vénérable M. Petit, pour ses travaux sur la fièvre entéro-mésentérique; mais on étudie aussi la fièvre typhoïde ailleurs; et par exemple ces chlorures dont on fait honneur à M. Chomel, c'est moi qui les ai employés le premier, et qui les emploie encore avec avantage, bien qu'ailleurs on les ait abandonnés!

M. COLLINEAU insiste sur cette idée, que les formes de la maladie étant diverses, un seul traitement ne saurait convenir, pas plus la méthode antiphlogistique que toute autre.

M. GÉRARDIN, avec un grand calme. J'ai émis quelques observations pour combattre le principe d'expectation adopté par M. Castel; je l'ai fait sans vivacité, sans enthousiasme; je ne songeais vraiment guères à faire le procès à la méthode antiphlogistique. Voici que M. Bouillaud en a pris en main la défense; bien plus, il la veut exclusive. Eh bien! l'Académie est en mesure de juger; je ne conteste point les faits de M. Bouillaud; peut-être sa méthode devra-t-elle être adoptée; je me garderai pourtant bien de l'affirmer, et surtout je ne me ferai point couper la langue pour en prouver l'excellence. (On rit.)

M. BOUILLAUD, riant lui-même. C'est que je suis bien convaincu qu'on ne me la coupera pas.

M. MAINGAULT se plaint que le rapporteur ait si peu insisté sur les altérations du tube digestif; c'est là qu'est le siége de la fièvre. (Oh! oh!) Oui, messieurs; il y a là une inflammation qui peut dater de long temps, de deux mois, de trois mois (rires et dénégations); elle s'irradie de là par le nerf grand sympathique (le bruit augmente), la saignée est constamment le meilleur moyen... (Ici le bruit couvre complétement la voix de l'orateur.)

La clôture est demandée et adoptée. L'Académie adopte ensuite le rapport et ses conclusions.

EXEMPLE REMARQUABLE DE VESSIE A CHATONS.

M. AMUSSAT présente une vessie qui offre à son bas fond deux vastes poches ou chatons placés de chaque côté des uretères; voici les seuls détails qui lui ont été fournis sur le sujet.

Cette pièce a été recueillie par M. Florimond, interne de Bicêtre, sur un vieillard mort d'apoplexie, qui du reste n'avait donné antécédemment aucun signe qui pût faire croire à l'existence de calculs dans la vessie, quoiqu'elle en contînt de quoi remplir à peu près la moitié d'un œuf de poule. L'urètre était en bon état et ne présentait aucune trace de rétrécissement.

La vessie est sillonnée à son intérieur par des colonnes charnues, fortes et très-développées; les uretères sont aussi dilatés et infundibuliformes; leur ouverture dans la vessie est très-petite, et il est fort difficile d'y faire pénétrer un stylet parce que les conduits sont comprimés et durcis par les énormes chatons; de chaque côté et en dehors de ces uretères on observe deux larges ou-

vertures qui conduisent aux loges, et par lesquelles on pourrait introduire une noix. En disséquant ces poches préalablement distendues par de l'air, M. Amussat les a trouvées constituées par la muqueuse soutenue d'un tissu cellulaire assez dense.

Ces vastes poches, remarquables par leur volume qui pouvait faire croire à l'existence de trois vessies différentes, renfermaient un grand nombre de calculs pisiformes et mamelonnés, de telle sorte que, dans les différentes positions que prenait le malade, ces petites pierres pouvaient passer alternativement d'une poche dans l'autre.

M. Amussat a cherché à se rendre compte de la formation de ces chatons; autrefois, dit-il, on croyait que c'était la pesanteur des calculs qui leur donnait naissance, ou une disposition particulière de la vessie; mais je pense qu'il *suffit qu'il y ait un obstacle* à l'émission de l'urine pour former ces poches, que l'accumulation des liquides dans la vessie continue à dilater.

Comment fixer le diagnostic de cette maladie? Le moyen qui me paraît le plus sûr consisterait à injecter de l'eau dans la vessie, et introduire le doigt dans le rectum pour s'assurer de la position réelle et du volume des chatons; quant au traitement, la taille par le haut appareil est la seule ressource; et encore est-il à craindre qu'elle soit insuffisante dans quelques cas. Cette pièce est un fait de plus à ajouter à tous les exemples de vessie à chatons; elle est surtout remarquable en ce que les chatons y sont plus développées que dans aucun autre exemple que je connaisse.

M. Amussat présente en outre un calcul volumineux qu'il a extrait le matin même par son procédé de cystotomie postéro-pubienne sur un enfant de trois ans.

Séance levée à cinq heures.

— Nous donnons ici l'analyse du rapport de M. Sanson, adopté dans la précédente séance.

RAPPORT SUR DE NOUVEAUX INSTRUMENS PROPOSÉS PAR M. LEROY-D'ÉTIOLLE, POUR PRATIQUER LA CYSTOTOMIE SUS-PUBIENNE. — M. SANSON, rapporteur.

Ces instrumens sont:

1° Une sonde bifide destinée à remplacer la sonde à dard.

2° Deux aponévrotomes pour l'incision de la ligne blanche.

3° Divers cystotomes de formes et de mécanismes différens pour ouvrir la vessie.

Depuis la présentation de ces instrumens, l'auteur les a simplifiés. La sonde est restée la même, mais l'aponévrotome et le cystotome ont subi des modifications. Le premier aponévrotome se composait d'une lame courbe, étroite et tranchante sur son bord concave, dans une gaîne courbe ouverte sur sa concavité, et terminée par une portion aplatie contenant un fer de lance faisant l'office de trocart quand on pressait sur la plaque terminale de la tige. Cet instrument est remplacé par une espèce de trocart aplati, d'où s'élève à six lignes de la pointe une plaque quadrilatère destinée à l'empêcher de pénétrer trop profondément. Cette plaque présente sur sa face opposée deux bords recourbés qui la transforment en une espèce de gouttière pour conduire le histouri aponévrotome de M. Belmas. L'addition de ce trocart rend inutile le bistouri trocart du frère Côme, et abrége l'opération d'un temps.

Le cystotome suspenseur nouveau se compose:

1° D'un crochet double dont les deux branches s'écartent l'une de l'autre latéralement par un mouvement de demi-rotation en dehors;

2° D'une gaîne couchée sur la face concave du crochet, laquelle se termine inférieurement par une espèce de bec aplati d'où l'on fait sortir à volonté une lame en forme de trocart plat, fixée à une tige qui parcourt la gaîne, et qui est surmontée d'un bouton à son autre extrémité;

3° D'une espèce de sonde cannelée fixée à la face convexe du crochet, dont elle parcourt toute la longueur, et dont le but est de guider un bistouri pour agrandir la plaie faite à la vessie, lorsque le crochet suspenseur y a pénétré à l'aide de la ponction du trocart.

Les trois conditions principales que l'auteur s'est proposé de remplir pour rendre plus facile, plus prompte et plus sûre l'exécution de la cystotomie sus-pubienne sont: d'inciser la ligne blanche rapidement et sans intéresser le péritoine, d'ouvrir la vessie de dehors en dedans, et de soutenir sa paroi antérieure en même temps qu'elle est divisée. Les commissaires ont vu opérer deux fois l'auteur sur des vieillards, et ces conditions ont été parfaitement remplies. Aussi, considérés comme invention, ces instrumens ont paru à la commission ne mériter que des éloges.

Il n'en est pas de même sous le rapport de leur utilité. Ces instrumens compliqués présentent toujours des difficultés qui échappent à leurs auteurs, et les chirurgiens leur préféreront toujours les instrumens plus simples, d'un usage plus familier et non moins sûr. La commission propose du reste des remercîmens à l'auteur pour sa communication, qui ne peut qu'ajouter à l'estime qu'il a déjà acquise par ses autres travaux.

Ces conclusions sont adoptées.

— Samedi prochain, séance mensuelle supplémentaire pour la lecture des mémoires des auteurs étrangers à l'Académie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par M. RUEF, D.-M. à Strasbourg.

Mon cher confrère,

J'ai lu avec plaisir la lettre de M. Ricord sur la syphilis, adressée au président de la Société royale académique de Nantes (GAZETTE MÉDICALE, n° 34, 1835). Comme je l'ai dit (*Archives médicales de Strasbourg*, t. I, p. 53, 1835), nous nous sommes livrés à des recherches cliniques qui nous ont été suggérées en partie par les assertions de M. Ricord, pendant que je suivais sa clinique en 1833.

C'est dans le service de M. Ristelhucher, médecin en chef à l'hôpital civil, que j'ai pu suivre et observer les résultats que nous avons obtenus. Le nombre de nos observations est assez considérable: nous les publierons à l'appui des opinions que nous avons cru devoir adopter.

Je me suis chargé de les recueillir et de les faire connaître; mais comme il y a dans ce moment plusieurs travaux sous presse sur la syphilis, et que le temps me manque pour la rédaction actuelle, je crois être agréable à mes confrères en formulant d'une manière aphoristique les conclusions auxquelles les faits nous ont conduits.

1° La blennorrhagie est une maladie différente de la syphilis.

2° La non-identité du virus blennorrhagique et syphilitique est démontrée non-seulement par les résultats de l'inoculation, mais par une foule d'autres considérations cliniques.

3° La blennorrhagie peut donner lieu à des symptômes secondaires, mais ils diffèrent de ceux qui suivent les chancres.

4° Les chancres et les pustules sont des symptômes syphilitiques qui ont pour cause ou principe le virus dit syphilitique.

5° Le bubon primitif avec ou sans chancre à la verge, est un symptôme qui appartient à la syphilis et dépend de son virus.

6° Un chancre primitif peut toujours être reproduit par inoculation sur un autre point du corps.

7° Le pus du bubon est susceptible de fournir un chancre par l'inoculation, mais ce résultat n'est pas constant.

8° Par *aucun moyen artificiel* on ne parvient à inoculer les pustules.

9° L'inoculation du virus produit par le chancre prouve bien que le chancre a pour cause ce virus; mais l'inoculation tentée sans succès avec le pus du bubon ou la matière mucoso-purulente fournie par des pustules ulcérées, ne prouve pas la non-identité de la cause ou du virus qui a produit ces symptômes.

10° La propriété contagieuse locale peut être neutralisée ou détruite par un processus vital; et d'ailleurs les conditions vitales ou physiologiques ne sont pas les mêmes dans le moyen artificiel que dans le coït.

11° Les symptômes secondaires de la vérole peuvent succéder aux chancres, aux bubons et aux pustules primitives.

12° Les symptômes consécutifs ou secondaires de la vérole se communiquent par le contact, comme l'observation clinique le montre tous les jours. L'inoculation sans résultat dans ces cas, prouve tout au plus que la communication ne peut pas avoir lieu par ce procédé, mais ne prouve pas qu'elle ne pourrait pas avoir lieu autrement.

13° L'enfant gagne le plus souvent la syphilis au passage par contact immédiat; mais il peut être infecté par le père ou la mère malade lors de la conception ou pendant la grossesse, qu'ils aient des symptômes primitifs ou consécutifs.

14° Les nourrices peuvent transmettre aux enfans des symptômes primitifs ou secondaires, *et vice versâ*.

15° Le traitement local employé le plus promptement possible dans les maladies primitives, ne met pas toujours à l'abri des symptômes consécutifs.

16° Les mercuriaux sont le moyen le plus efficace dans le traitement des symptômes primitifs et consécutifs.

17° Le traitement local fait disparaître les symptômes locaux; mais l'expérience n'est pas encore assez avancée pour pouvoir admettre que ces cas ne sont pas suivis plus fréquemment de récidives ou de symptômes consécutifs, que s'ils avaient été traités par les mercuriaux.

18° Dans la syphilis constitutionnelle rebelle et qui résiste aux différentes préparations mercurielles, le traitement dit arabique sans mercure, la tisane de Seltz et surtout la *décoction de Zittmann*, sont très-efficaces; le muriate d'or compte aussi des succès.

Agréez, etc.

Maurice RUEF.

Strasbourg, le 8 septembre 1835.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LES LAVEMENS D'HYDROCHLORATE DE SOUDE; communiquée par M. le docteur LEMAZURIER, de Versailles.

Bien que le choléra semble enfin avoir quitté nos provinces, comme la redoutable épidémie qui vient de sévir sur le midi de la France n'a pas mieux révélé que les autres le secret de la thérapeutique de cette affec-

tion, permettez-moi de vous adresser le résultat de mes observations sur quelques moyens que j'ai employés avec succès; elles ont été dans le temps envoyées à l'Académie royale de médecine, dans les archives de laquelle mon mémoire a été déposé.

Mes idées pratiques sur le choléra se sont formées, comme celles de tous les médecins appelés par leur position à voir et à traiter un grand nombre de cholériques, successivement en observant les faits et en m'appuyant sur l'expérience des autres. Ma conviction, dès le début de l'épidémie, était entière sur la nécessité, dans les cas graves et pendant la période algide, d'un traitement énergique, excitant, perturbateur, consistant plutôt en moyens externes qu'en médicamens donnés à l'intérieur, traitement continué sans relâche jusqu'au moment où la réaction en s'établissant appelait une autre série de moyens, c'est-à-dire les saignées générales et locales, ou l'expectation, selon la force de la réaction et l'intensité des symptômes dont elle s'accompagnait. Mon dessein n'étant pas de m'étendre sur tous les points, d'ailleurs si importans, du traitement du choléra-morbus, je passe à l'indication de deux moyens que j'ai employés, de concert avec plusieurs de mes confrères, vers la fin de l'épidémie, il est vrai, mais avec un succès assez remarquable, et dans des cas assez graves pour que ces moyens eussent, par la suite, fait la base de mon traitement, s'il m'eût été possible de voir encore beaucoup de malades atteints de choléra.

Le premier de ces moyens est la glace introduite en petits morceaux dans la bouche pendant la période du froid, et renouvelée fréquemment. J'ai observé qu'elle calmait la soif dont le malade est dévoré, et que, tout en réparant les pertes énormes de liquide qu'éprouve l'économie, elle n'avait pas l'inconvénient des boissons abondantes qui provoquent ou augmentent les vomissemens. Enfin, il m'a paru que la glace, par ses propriétés toniques et son action sur l'estomac, préparait une réaction salutaire à laquelle il faut arriver, mais qu'il est important ensuite de savoir maintenir.

Le second moyen dont j'ai obtenu des effets prompts et remarquables est l'hydrochlorate de soude dissous dans l'eau, à dose assez forte, *et donné en lavement*. Ce moyen simple, d'un emploi facile, et qui se trouve partout, administré au moment où les déjections séreuses étaient presque continuelles, a changé presque instantanément leur nature; elles ont perdu leur aspect blanchâtre, leur fluidité, pour devenir glaireuses et sanguinolentes, telles en un mot qu'on les observe dans la dysenterie; et bientôt, en répétant le même moyen, j'ai vu la bile reparaître dans les déjections, et son retour coïncider avec le retour des urines et avec une amélioration marquée dans l'état du malade.

J'ai l'honneur d'être, etc.,

LEMAZURIER, D.-M. P.,

Membre-correspondant de l'Académie royale de médecine, médecin en chef des épidémies de l'arrondissement de Versailles.

OBSERVATION RELATIVE A UN KYSTE DU VAGIN; communiquée par M. VOILLOT, chirurgien en chef adjoint à l'Hôtel-Dieu de Beaune.

Vous avez rapporté dans votre estimable journal quatre observations de kystes développés dans l'épaisseur des parois du vagin. M. Lisfranc qui, je crois, est l'auteur de la première, regarde ce cas comme extraordinaire, et comme n'ayant point encore été signalé par les hommes de l'art. Il est probable que cette maladie n'est point commune; mais si jusqu'à ce jour elle n'a point attiré l'attention des praticiens, c'est sans doute parce qu'elle offre peu de gravité, et que rien n'est propre à exciter l'étonnement dans cette circonstance plutôt que dans tout autre, attendu qu'il n'est point de raison évidente pour qu'il ne se forme pas de tumeur enkystée dans les parois du vagin comme dans celles de la bouche, ou dans tout autre tissu muqueux. Quoi qu'il en soit, monsieur, permettez-moi de vous faire part d'une cinquième observation, dont vous ferez ce que vous jugerez convenable.

OBS. — Une fille de 17 ans, réglée, grande et bien constituée, portait depuis plusieurs années une tumeur indolente de la grosseur d'une petite orange, et située immédiatement au-dessous de la commissure antérieure des grandes lèvres. Cette tumeur, presque entièrement recouverte par la peau du mont de Venus, faisait une légère saillie dans l'intérieur du vagin, de manière à effacer la partie supérieure des grandes lèvres, et à rendre le clitoris inapercevable. Elle était mobile, et la pression ne diminuait point son volume. Elle offrait la dureté d'un corps fibreux à sa surface, et laissait sentir une certaine mollesse dans une plus grande profondeur, sans cependant qu'on pût y reconnaître de la fluctuation.

Dans la conviction que nous avions affaire à une tumeur fibreuse ou peut-être graisseuse, le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et moi nous nous décidâmes à en faire l'extirpation en la cernant par une incision demi-circulaire, et l'enlevant dans toute sa profondeur, sauf à rapprocher les bords de la peau par quelques points de suture.

Mais quelle ne fut point notre surprise lorsque, après l'incision de la peau et voulant pénétrer sous la tumeur, il s'échappa tout à coup un flot de liquide laiteux et d'une certaine consistance. Dès lors la tumeur avait disparu, ne laissant plus entre nos mains qu'un paquet mollasse, composé de la peau et d'un kyste épais, dont le tissu serré ressemblait assez au gosier d'un poulet. Nous achevâmes l'opération en enlevant le tout. Mais ici ne se termina point notre tâche, car aussitôt nous apparut une seconde tumeur, située plus bas dans la paroi vaginale sous la grande lèvre du côté gauche. Quant à celle-ci elle était molle et laissait parfaitement apercevoir la fluctuation. Sa grosseur apparente était le quart de la première. La compression ne la déplaçait pas et ne faisait reconnaître aucune communication avec l'autre. Nous nous bornâmes à faire derrière la grande lèvre une ponction qui donna issue à environ quatre cuillerées d'un liquide brun-noirâtre. La jeune fille n'éprouva aucun accident, et ne tarda point à guérir complètement.

Nous devons faire ici une remarque relativement à la section de la tumeur; c'est que nous ne la reconnûmes pas d'abord, parce qu'elle n'était nullement apparente; la tension produite sur les grandes lèvres par le gonflement résultant de la première ne permettait point de l'apercevoir. Ce n'est que lorsque nous eûmes vidé celle-ci que les parties, subissant du relâchement, laissèrent proéminer la seconde, qui alors se révéla.

Agréez, etc.,

VOILLOT, D.-M. P.,

CHUTE DU FONDEMENT, GANGRÈNE ET SÉPARATION DU COECUM; GUÉRISON; par M. PIEDVACHE, docteur-médecin à Dinan (Côtes-du-Nord).

OBS. — Noury, âgé de trois ans, me fut apporté par sa mère le 13 novembre 1830. Depuis quinze jours il avait de la diarrhée, de la fièvre; depuis huit ou dix une chute du fondement. La mère fait facilement rentrer l'intestin, mais il ressort peu de temps après. L'anus est dilaté, il pourrait facilement admettre le doigt indicateur; à un pouce de profondeur à peu près, on aperçoit une masse boursoufflée rougeâtre; écoulement continuel d'un liquide séreux mêlé de grumeaux ressemblant à de la raclure de boyaux; ventre tendu, peu douloureux à la pression; vomissemens verdâtres; pouls petit et fréquent. (Quatre sangsues à l'anus; fomentations émollientes sur le ventre; boisson gommeuse.)

Le 15, point de vomissemens; l'intestin est sorti de la longueur de quatre à cinq pouces; son diamètre est d'un pouce et demi environ, sa couleur d'un rouge vif. L'écoulement est le même. Réduction de l'intestin et application d'un bandage en T avec des compresses sur l'anus.

Le 16, la descente ne se reproduit pas; l'anus est toujours dilaté; le bandage est continuellement sali.

Le 17, nouvelle sortie de l'intestin et réduction par les parens.

Le 18, la portion d'intestin renversé fait une saillie de 2 pouces environ; celle qui occupe l'anus est rouge et comme ecchymosée, celle qui est au-dehors est flasque et brunâtre, évidemment privée de vie.

Le 20, l'intestin est rentré sans qu'on ait fait aucune tentative de réduction. L'anus n'est plus béant; le ventre n'est plus tendu; selles composées de matières fécales liquides; le pouls a perdu toute sa fréquence; l'enfant demande à manger.

Le 22, même état; le membre inférieur droit est le siège d'un léger gonflement, sensible surtout au pied et au jarret.

Le 23, en allant à la selle, le malade rend une masse brunâtre que sa mère me remet le lendemain.

D'après ce que j'avais observé sur ce sujet, je m'attendais bien à trouver une portion d'intestin; mais je ne fus pas peu surpris de reconnaître le cœcum, et un pouce environ de l'iléon. Il est impossible de s'y méprendre; les formes sont bien conservées, le tissu se déchire plus facilement que dans l'état normal, mais le ramollissement est assez peu considérable pour que j'aie pu conserver cette pièce dans l'alcool. Sa surface extérieure a le poli de la séreuse, et l'on y distingue les bandes longitudinales propres au gros intestin; l'appendice cœcale est entière; à l'intérieur la valvule iléo-cœcale, quoique plus ramollie que le reste, est bien reconnaissable. Les parois ont leur épaisseur normale excepté dans le point où le cœcum est en rapport avec la fosse iliaque; la existent du gonflement et de la dureté.

La séparation a eu lieu pour le cœcum à un pouce au-dessus de l'insertion de l'iléon, pour ce dernier à la même distance de la valvule. Les bords sont frangés et découpés irrégulièrement.

Le 27, l'enfant continue de garder le lit; il a un grand appétit, il digère bien; les selles sont naturelles; le ventre est gros, mais point tendu; le pouls petit, mais sans fréquence; persistance du gonflement du membre inférieur droit.

Le 30, la figure du petit malade a repris de l'embonpoint; les fonctions digestives s'exécutent parfaitement; la peau qui entoure l'anus présente un cercle rougeâtre. Le membre inférieur droit n'est plus œdématisé. L'enfant est très-gai. Aujourd'hui (janvier 1833), trois ans après cette maladie, Noury jouit d'une bonne santé, il n'est point sujet à la diarrhée, il ne se plaint point de coliques et n'éprouve, en un mot, aucun dérangement dans les fonctions digestives.

Je ne ferai suivre cette observation d'aucune réflexion, je me borne à rapporter le fait tel qu'il s'est passé sous mes yeux. Ne connaissant le travail de M. Gaultier de Claubry sur les exemples de séparation totale d'une portion d'intestin que par l'extrait qu'en donne le n° 71 de la GAZETTE MÉDICALE, j'ignore combien l'on possède d'observations

semblables. L'auteur de l'article *Iléus* dans le *Dictionnaire des sciences médicales* cite un cas de ce genre observé par Fauchon.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEL APPAREIL POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR, par A.-S. GOHIER, chirurgien de la marine (1).

Nous en sommes depuis long-temps déjà à ne plus savoir le nombre des appareils imaginés pour guérir sans raccourcissement ou difformité les fractures du col du fémur, et il n'est pas d'année qui ne voie ce nombre augmenter encore. La chirurgie n'a peut-être pas de problème plus difficile à résoudre; la difficulté porte à la fois sur l'extension et la contre-extension, sans parler de cette autre indication, qui n'est pas sans quelque importance, d'empêcher la cuisse de se tourner en dehors.

L'extension offre tout d'abord cette grande difficulté de prendre un point d'appui sur lequel les lacs tirent sans l'excorier ou le gangréner, et jusqu'à présent elle n'a pas encore été vaincue. La contre-extension est plus embarrassante encore; elle ne peut s'exercer que sur le bassin, ou sur la poitrine, ou sur les aisselles. Les deux dernières méthodes sont à peu près universellement rejetées, et à cause de la gêne qu'elles occasionent et à cause de leur inefficacité. Pour le bassin, les uns ont essayé de le repousser en agissant sur le côté opposé à la fracture, soit à l'aide d'attelles, soit en se servant de la jambe saine; la plupart ont fait porter tout l'effort sur le côté fracturé, et il a fallu appliquer tous les moyens extensifs, attelles, courroies ou bandes, sur l'espace étroit de la tubérosité sciatique. Une seule méthode, le plan incliné avec ses diverses modifications, a réussi à obtenir la contre-extension sans attelles, sans courroies, par le simple poids du corps; mais les moyens d'extension n'ont pas été également heureux; un essai nouveau, tenté récemment par M. Malgaigne à l'hôpital Saint-Louis, semble réunir à la fois plus de simplicité et de puissance; mais la première application tentée avec des bandes a assez mal réussi; les bandes employées à l'extension ont le double inconvénient de se relâcher d'un jour à l'autre et de se rouler sur la peau en manière de cordes, ce qui amène promptement des excoriations; elles doivent être complètement rejetées.

Le nouvel appareil proposé par M. Gohier n'a guère moins d'inconvéniens que la plupart de ceux qu'il aspire à remplacer. Il opère la contre-extension à l'aide d'une espèce de caleçon sans jambes, largement échancré à la partie supérieure de la cuisse, pour la laisser tout entière libre; ouvert aussi dans les points nécessaires pour ne pas gêner les organes génitaux, et permettre les excrétions alvines et urinaires. Quatre lanières sont fixées à ce caleçon; deux d'entre elles vont s'attacher au chevet; les deux autres se nouent de chaque côté du lit; ainsi le bassin est fixe et ne peut ni descendre ni bouger à droite ou à gauche.

L'extension s'exerce sur le bas de la jambe et le coude-pied comme dans l'appareil de Desault, comme dans celui de Boyer, comme dans une foule d'autres. Mais M. Gohier a remarqué que les fourrures mises en contact avec la peau sont susceptibles d'être comprimées aussi fortement que les autres remplissages sans froisser autant les parties sousjacentes, sans doute à cause de leur grande élasticité. Ceci est un fait qu'il importe extrêmement de vérifier; et s'il est reconnu constant, nous n'hésitons pas à dire que M. Gohier, en le mettant en lumière, aura rendu un important service à la thérapeutique des fractures. Il chausse donc le pied d'un brodequin fourré, et sur ce brodequin il applique le lacs extensif; mais au lieu de l'attacher à un point fixe comme la barre du lit, l'extrémité d'une attelle, etc., il le fait rouler sur une poulie et attache à ses extrémités un poids suffisant pour vaincre la résistance musculaire. Ce moyen ingénieux, mentionné par Guy de Chauliac, est mis en usage avec succès par M. Foullioy, chirurgien en chef de la marine à Brest.

Jusqu'à présent l'appareil est encore assez simple; mais on voit qu'il ne présente ni une grande nouveauté ni de grands avantages. M. Gohier y ajoute un appareil secondaire qui a pour but d'empêcher le renversement du membre en dehors. Cet appareil est si compliqué que nous renonçons à le décrire; l'auteur a certainement oublié ici cet élément de succès qu'il rappelle quelques pages auparavant, la simplicité et la facilité de se procurer partout les pièces d'un appareil. De plus, il est bien moins important que M. Gohier ne se l'imagine; d'une part, le but a été rempli par des moyens beaucoup plus simples dans tous les appareils à semelle et dans tous les plans inclinés; d'autre part, la simple extension en ligne directe, quand elle est suffisante pour rendre au membre sa longueur naturelle, l'est également pour contrebalancer tous les efforts de rotation.

(1) In-8° de 36 pages, avec deux planches lithographiées. Paris, 1835.

NOUVELLE MÉTHODE D'EXTRAIRE LA PIERRE PAR-DESSUS LES PUBIS, et examen des questions les plus importantes concernant les tailles sus et sous-pubienne; par J.-M.-D. FRANC, D.-M., premier chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi de Montpellier, etc.

Ce mémoire, qui a servi à l'auteur de thèse inaugurale, commence par une exposition anatomique très-exacte de la région hypogastrique, et un résumé concis de l'anatomie du périnée. Sur ces premières données l'auteur établit déjà des élémens de comparaison entre la taille sus-pubienne et les tailles périnéales. La clinique lui en fournit d'autres encore; et après un parallèle consciencieux, il conclut qu'aucune d'elles ne peut être adoptée comme méthode générale; que quand le calcul est volumineux ou qu'on le présume enkysté, la taille sus-pubienne est de nécessité; qu'il faut la préférer encore lorsqu'on a des motifs fondés pour redouter une hémorrhagie des veines variqueuses de la vessie, par exemple chez des sujets âgés et hémorrhoïdaires. La taille périnéale lui paraît mieux convenir chez les enfans et dans les cas de petits calculs; mais la lithotritie intervenant alors avec succès, le nombre des cas où la pierre doit être extraite par le périnée se trouve donc considérablement restreint. Nous ne discuterons point ici ces hautes questions que chacun résout de son point de vue, et qui ne trouveront de long-temps sans doute une solution définitive. Voyons seulement comment M. Franc a modifié la taille sus-pubienne.

Jusqu'ici tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette taille ont pratiqué leur incision soit sur la ligne blanche, soit en dehors, mais toujours parallèlement à cette ligne. Cette incision, suivant l'auteur, a cependant de graves inconvéniens. Elle porte dans toute son étendue sur des parties doublées par le péritoine, et expose donc à le blesser; ou si on l'évite, il faut toujours le tirailler et le violenter pour le repousser jusqu'à la partie supérieure de l'incision. De plus, il est difficile d'arriver à la vessie par une incision qui ne découvre qu'un point de son sommet, et d'exécuter les autres manœuvres opératoires à travers une incision verticale avec laquelle la direction et les grands diamètres de la vessie ne sont pas en rapport.

M. Franc propose donc de la remplacer par une incision transversale faite au-dessus et en arrière des pubis. Les attaches des muscles droits de l'abdomen, à 3 ou 4 lignes au-dessus des pubis, ont habituellement deux pouces et plus de largeur; donc, en faisant une incision d'un pouce et demi seulement, on conserve une quantité suffisante de ces attaches, et la rétraction des portions coupées agrandit beaucoup l'ouverture. Après tout, si le calcul était trop volumineux pour y passer facilement, on n'aurait qu'à diviser complètement l'un des muscles droits, comme on dit que Dupuytren l'a fait une fois sans accident, ou bien à inciser avec précaution un pouce environ de la ligne blanche, en dessus et au milieu de la section transverse. L'incision extérieure, qui intéresse la peau et les aponévroses, peut d'ailleurs être portée à trois pouces, en sorte que la plaie se trouvera disposée en entonnoir, circonstance très-favorable pour sa cicatrisation. Dans l'opération même cette incision offrira l'avantage d'attaquer la vessie près de son col, dans un point où ses parois ont plus d'épaisseur et se réunirent conséquemment plus vite, et sans qu'il soit besoin de refouler en aucune façon le péritoine.

Ce n'est pas tout; et M. Franc a inventé des instrumens spéciaux pour quelques temps de son opération. La sonde à dard lui paraît d'une application dangereuse dans presque tous les cas, mais surtout pour son procédé; il la remplace par une sonde munie d'un mandrin trifide, dont les trois branches s'écartent dans la vessie et soulèvent par trois points sa paroi antérieure. Pour l'incision de la vessie, tous les bistouris sont défectueux; il les remplace par un lithotome caché à tige droite, sur lequel on peut établir un point d'arrêt pour qu'il ne pénètre pas trop avant. Enfin, après l'extraction de la pierre, il veut que l'urine soit pompée au fur et à mesure de sa sécrétion à l'aide d'un appareil aspirateur imaginé par un médecin américain, et que M. Ricord a présenté il y a environ un an à l'Académie de médecine.

M. Franc termine par un résumé des objections qu'on peut faire à son procédé et des avantages qu'il présente.

Les objections se réduisent à trois : 1° la plaie sera difficile à réunir

et à cicatriser ; 2° l'ouverture sera trop petite, à moins qu'on ne divise complétement l'un des membres droits ; 3° ce procédé sera difficile ou impossible chez les sujets porteurs d'une ou de deux hernies inguinales. M. Frank nie la première, accorde la seconde, mais seulement pour des cas très-rares ; nie encore la troisième dans le cas d'une seule hernie inguinale ; s'il y en avait deux, il pense qu'il vaudrait mieux inciser sur la ligne médiane.

Nous ajouterions bien quelques autres objections à celles qui précèdent. La première et la plus capitale à notre avis, c'est que nous ne voyons aucun avantage bien positif à changer de méthode ; il ne nous est nullement démontré qu'il ne faudra pas tout aussi bien refouler en haut le péritoine, si l'on veut être bien sûr de l'épargner ; et sa lésion sera aussi facile d'une manière que de l'autre. L'auteur compte, pour l'agrandissement de son ouverture, sur la rétraction des muscles droits ; mais cette rétraction mettra à nu une portion du péritoine qui sera touchée par les instrumens, par les doigts, par la pierre. Le luxe d'instrumens proposés par M. Franc n'est pas de nature non plus à procurer à sa méthode bien des partisans ; et en définitive, si le péritoine peut être si aisément évité, pourquoi ces précautions embarrassantes d'une sonde trifide et d'un lithotome mécanique ?

Au total, la taille sus-pubienne par les procédés connus est une opération assez simple, n'offrant qu'un seul danger immédiat, et ce danger ne peut être paré en aucun cas que par l'habileté du chirurgien ; mais nous avons des moyens très-sûrs pour l'éviter, quand on les met scrupuleusement en pratique. La sonde à dard n'est plus même un instrument indispensable ; mais encore, comme il faut bien ouvrir la vessie par un premier coup de pointe, qu'il vienne du dedans ou du dehors, elle ne nous paraît pas présenter plus de dangers que tous les instrumens imaginés pour la remplacer.

VARIÉTÉS.

Nous reproduirons ici les lettres de M. Clot-Bey sur la peste d'Égypte, qui ont été lues dans une des dernières séances de l'Académie de médecine.

PESTE D'ALEXANDRIE.

Caire, 20 juin 1835.

La peste s'est déclarée à Alexandrie dans le mois de novembre, et y a fait de grands ravages : elle ne s'est manifestée au Caire que dans le mois de janvier, et y a été très-meurtrière. Le bulletin du gouvernement portait, pendant quelque temps, au-delà de 700 morts par jour.

A l'apparition du fléau, la flotte qui se trouvait à Alexandrie a été envoyée en Candie ; les régimens ont été dispersés, et tous les établissemens soumis à des règles hygiéniques. Les mesures les plus urgentes de salubrité publique ont été proposées par le conseil de santé au gouvernement, qui s'est empressé de les adopter et de les faire mettre à exécution. Enfin rien n'a été négligé pour arrêter les progrès de la maladie, ou du moins en atténuer les effets. Mais une épidémie est un torrent qui rompt toutes les digues qui lui sont opposées ; et en Europe, les cordons sanitaires, les mesures hygiéniques n'ont pu résister au choléra.

A l'exemple de leurs braves confrères de l'expédition française en Egypte, nos officiers de santé sont restés fermes à leurs postes. Dans les hôpitaux, en ville, les pestiférés ont été soignés comme s'ils eussent été atteints de toute autre affection.

Tout en servant l'humanité, il convenait de faire aussi quelque chose pour la science. Dans ce but, je me suis adjoint un de mes collègues du conseil de santé et les médecins de l'hôpital du Caire. Nous avons formé une commission pour travailler en commun ; nos observations ont été recueillies au lit des malades et à l'amphithéâtre, où nous avons fait jusqu'à ce jour plus de cinquante autopsies. Les professeurs de l'école d'Abouzabel et deux médecins français se sont empressés de nous imiter. Ainsi le travail collectif de douze médecins ne saura manquer d'offrir des garanties suffisantes d'exactitude et de vérité, et jettera sans doute quelques lumières dans cette question qui, on peut le dire, n'avait pas encore été traitée avec tout le calme et le soin que nous y avons apportés.

Plusieurs médecins et pharmaciens ont été victimes de leur dévouement, et il en est peu d'entre nous qui ne se soient ressenti de l'influence épidémique. Enfin, je dois le dire à l'honneur de mes collaborateurs, qui, pour la plupart, sont Français, ils ont secouru indistinctement les pauvres et les riches sans la moindre rétribution. Les médicastres qui habitent le Levant exploitaient les épidémies de peste, et, bien que couverts de toile cirée et armés de bâtons, ils ne visitaient les pestiférés que moyennant une somme considérable qu'ils exigeaient d'avance. La peste a frappé sur toutes les classes : celle des Nègres a le plus souffert ; puis les Abyssiniens, les Barbarins ou Nubiens, et les habitans de l'Yémen. Les Francs n'ont pas été épargnés, et le fléau les a atteints au milieu des quarantaines les plus rigoureuses ; ce qui tendrait à prouver que la maladie est essentiellement épidémique.

Cette épidémie peut être comparée à celle qui désola Marseille en 1720. Cependant l'effroi ni la terreur ne se sont point emparés de la population, et l'ordre n'a point été troublé. Les bons Arabes, calmes au milieu de tant de dangers, ont secouru leurs parens, leurs amis, et les cadavres ont été inhumés chaque jour. La résignation de ce peuple ne saurait être attribuée à un stupide fanatisme, car il n'est pas jusqu'au dernier fellah qui ne soit persuadé que la peste n'est pas contagieuse. Aussi disent-ils ingénuement : « Si la maladie se communique par le contact, comment se fait-il donc que tout le monde n'en est pas atteint ? » Ce raisonnement n'est pas sans fondement, puisqu'on voit que, dans les villes où il y a la peste, la majeure partie des habitans en sont exempts, et que, dans les lieux où règnent des maladies contagieuses, un très-petit nombre est épargné.

Mes idées à l'égard du caractère contagieux de la peste ne sont point préconçues, mais le résultat de l'observation et du raisonnement. N'allez pas croire pourtant qu'elles aient eu la moindre influence sur les mesures sanitaires que j'ai dû faire exécuter ou prendre. J'ai respecté les lois et les croyances établies, en organisant moi-même les quarantaines, et j'ai veillé à ce qu'elles fussent scrupuleusement observées. Mon devoir, comme chef, me prescrivait d'en agir ainsi.

Après avoir donné tous ces détails, je dois à votre amitié de vous tranquilliser à mon égard. Quoique ma maison ait été une des plus maltraitées, puisque tous mes gens, sans exception, ont été attaqués de la peste, et que plusieurs en sont morts, je n'ai éprouvé qu'une légère indisposition que j'attribue à l'influence épidémique ; maux de tête, envie de vomir, douleurs glandulaires, tout cela a été dissipé par une bonne saignée, la diète et un peu de repos.

Depuis quelques jours la mortalité a diminué d'une manière sensible ; la maladie aussi a perdu de son intensité, et tout nous fait espérer d'être promptement débarrassés de cette épidémie, dont je me propose de donner une relation détaillée, que je joindrai au mémoire que mes collaborateurs et moi devons adresser à l'Académie de médecine.

30 juillet 1835.

Je vous ai donné quelques détails sur l'épidémie dont nous avons été affligés. J'ai la satisfaction de vous annoncer qu'elle a entièrement cessé. Je vous remercie des bons conseils que vous me donnez pour ma conservation, mais vous aurez compris que comme chef il m'appartenait de donner l'exemple. Si j'ai été imprudent, c'est seulement en m'inoculant à deux reprises du pus et du sang des pestiférés. Je désirais vivement justifier les expériences qui avaient été faites précédemment sur des condamnés, et je craignais d'ailleurs qu'on ne me reprochât de n'avoir pas eu assez de courage pour tenter ces épreuves sur moi-même. Son Altesse a été très-inquiète sur mon compte. Mais à la première visite que je lui ai faite depuis sa sortie de quarantaine, elle m'a complimenté, ainsi que mes collaborateurs, sur notre dévouement, et a promis des récompenses. Enfin tout cela est passé, et j'ai le bonheur de jouir en ce moment d'une parfaite santé.

M. Clot annonce encore que le pacha vient de l'élever à la dignité de miriliva (général), en accompagnant cette faveur des paroles les plus flatteuses. « Vous venez d'assister, a-t-il dit, à une bataille d'autant plus terrible qu'elle a duré six mois. Je vous félicite d'avoir échappé à de si grands dangers, et je saurai vous récompenser du courage et de l'humanité dont vous avez donné de si belles preuves en cette circonstance. » Suit la copie du firman.

ÉTABLISSEMENT ORTHOPHRÉNIQUE FONDÉ PAR MM. F. VOISIN ET P. CHÉNEAU, docteurs en médecine, à Issy, près Paris, avenue de Vaugirard, n° 14.

On ne peut nier, en regardant autour de soi dans la société, qu'il n'existe des enfans disgraciés par la nature, des enfans nés pauvres d'esprit.

On ne peut nier encore qu'il n'existe des enfans qui ont été mal dirigés dans le bas âge, mal entourés, qui ont été élevés avec trop de sévérité ou de condescendance, et qui, victimes de faux systèmes, doivent à l'habitude seulement, ou à un concours accidentel de circonstances défavorables, les mauvais penchans qu'ils manifestent.

S'il y a des individus au-dessous de la moyenne pour leur développement cérébral, s'il en est d'autres qui ont été jetés dans de fausses directions, il faut reconnaître qu'il en est aussi qui sont tout-à-fait hors de ligne, chez lesquels l'animalité prédomine, chez lesquels les instincts, les sentimens des brutes exercent une tyrannie continuelle.

Enfin, une malheureuse expérience prouve que la plus grande partie des enfans nés de parens aliénés sont en naissant fatalement disposés à l'aliénation mentale ou à toute autre affection nerveuse. Hippocrate pensait qu'on pouvait modifier ces enfans et les soustraire à la fatalité qui pèse sur leur tête ; l'illustre Pinel, le savant Esquirol, ont rappelé ces idées dans leurs ouvrages ; ne sont-ce pas des raisons suffisantes pour ne pas abandonner ces malheureux enfans à leur prédisposition héréditaire, et pour tenter sur eux l'application des préceptes que des hommes aussi supérieurs nous ont laissés ?

N'est-ce donc pas un service réel rendu à la société, que la fondation d'un établissement où l'on fait pour l'intelligence, pour le développement des facultés affectives, pour le redressement des penchans dangereux, pour la guérison des vices du cœur, ce qu'autre part on fait pour les difformités du corps ? Tous les enfans dont nous parlons sont le rebut des institutions ordinaires ; on renonce à les modifier, à les éclairer, à les ennoblir. Plus tard ils sont perdus pour la société, quand ils ne sont pas dangereux pour elle ou quand ils ne tombent pas entièrement à sa charge. Pourquoi donc abandonner ainsi les premiers à la faiblesse de leur intelligence ; pourquoi livrer plus long-temps les seconds au malheur de leur éducation première, incomplète ou mal entendue ? Pourquoi, chez les troisièmes, ne pas chercher à asservir les penchans et les sentimens inférieurs sous la puissance et la direction de l'intelligence et des sentimens moraux ? et enfin pourquoi, chez les enfans de la quatrième catégorie, ne pas s'efforcer de lutter contre les tendances innées de l'organisme, contre les prédispositions aux affections transmises par voie de génération ?

L'entreprise est difficile, sans doute, mais elle est digne de l'époque actuelle. M. F. Voisin, dont toutes les études médicales et philosophiques ont été constamment dirigées vers les affections mentales, n'a pas craint de la mettre à exécution conjointement avec le docteur P. Cheneau. Les travaux de ces honorables médecins, et la considération dont ils jouissent depuis long-temps parmi leurs confrères, sont la meilleure garantie des résultats que peut avoir un pareil Institut. Il y a à peine un an qu'il est formé, et déjà les directeurs peuvent compter plusieurs succès.

L'Académie des sciences a nommé une commission composée de MM. Double, Magendie, Duméril et Geoffroy St-Hilaire, pour l'examiner dans tous ses détails.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 45. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 7 NOVEMBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

A partir du premier numéro de décembre, la Gazette médicale *sera imprimée en caractères neufs.*

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LES EXOSTOSES; DE LEURS CAUSES, DE LEUR MODE DE DÉVELOPPEMENT, ET DES ACCIDENS QU'ELLES PEUVENT OCCASIONER; par M. Rognetta, docteur en médecine et en chirurgie.

(Deuxième et dernier article. — Voir le n° du 13 juin.)

C'est ici le lieu d'étudier les exostoses sous le rapport de leur siége. Pour cela il faut diviser ces tumeurs en exostoses internes ou des cavités, et en exostoses externes ou de la surface extérieure des os. Il est à peine nécessaire d'ajouter que les premières prendraient le nom d'exostoses *intra-médullaires, intra-crâniennes, intra-thoraciques, intra-pelviennes*, etc., suivant qu'elles proéminent du côté des cavités de la moelle des os longs, de la boîte du crâne, de la poitrine, du bassin, etc. Ceci n'empêchera pas une exostose très-volumineuse, par exemple, d'être interne et externe en même temps. Considérons d'abord les exostoses qui naissent dans l'intérieur de la cavité crânienne.

A. *Exostoses céphaliques.* Il n'est pas à ma connaissance qu'on ait jamais rencontré des exostoses épiphysaires bien caractérisées dans l'intérieur du crâne chez l'homme. Je dis chez l'homme, car chez le cheval rien n'est plus commun, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer d'après M. Dupuis. Rien n'en exclut cependant la possibilité dans la race humaine. Un travail phlogistique particulier sur un point de la face externe de la dure-mère, peut tout aussi bien produire une exostose épiphysaire, que nous avons vu une action analogue sur le périoste intra-orbitaire donner naissance à une tumeur de ce genre. La plupart des exostoses intra-crâniennes connues jusqu'à ce jour ne sont donc que parenchymateuses. C'est déjà une forte présomption pour croire ces ostéocèles presque toujours diathésiques.

Feuilleton.

LE MUSÉE DUPUYTREN. — DISCOURS DE M. BROUSSAIS A LA SÉANCE PUBLIQUE DE LA DISTRIBUTION DES PRIX DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

La plupart des journaux se sont empressés déjà de rendre hommage au zèle actif et à l'intelligence que le doyen de l'Ecole a déployés dans l'organisation du muséum d'anatomie pathologique fonde par Dupuytren. L'exécution des intentions libérales de l'illustre mort ne pouvait être confiée à des mains plus dignes. En dix mois cette entreprise, qui dans d'autres temps et sous une direction moins active eût exigé plusieurs années, a été mise à fin à la satisfaction commune de tous les amis de la science.

C'est la petite église autrefois dépendante de l'ancien couvent de l'Observance, aujourd'hui transformée en hôpital, qui a fourni l'emplacement nécessaire à cette riche collection de pièces anatomiques. La façade a été récemment restaurée. Son architecture gothique n'est pas trop en harmonie avec la nouvelle destination de l'édifice, et il peut sembler un peu étrange d'entrer dans un musée d'anatomie par la porte d'une église catholique; mais l'immense utilité intrinsèque de l'établissement compense de reste cette dissonance.

On entre dans le musée par deux portes séparées par un pilier sur lequel on a placé le buste de Dupuytren. Ces deux portes sont placées un peu en retraite du portail extérieur. L'espace compris entre ces portes et le portail, forme une espèce de petit vestibule carré qu'on traverse avant de pénétrer dans la salle principale du musée. Cette salle est formée de la presque totalité de la nef de l'église; elle est divisée en deux parties, dans le sens de la longueur, par six à huit poutres ou piliers de bois de 20 à 25 pieds de hauteur, sur lesquels porte le plafond qui a été substitué à la voûte primitive. Le dessin de ce plafond est satisfaisant, quoique très simple et sans ornemens. Les anciennes fenêtres en ogive ont été conservées; elles fournissent une lumière abondante, ce qui est indispensable pour l'etude des menus détails d'anatomie. On peut encore ici trouver un assez bizarre contraste architectural entre la forme ogivale de ces fenêtres avec le reste de la construction, qui est toute de charpente et d'un caractère complétement différent. Des fenêtres carrées ou en plein cintre auraient certainement produit un meilleur effet.

Tout autour des murs de la salle, dont la disposition est celle d'un parallelograme, on a disposé de grandes armoires vitrées destinées à recevoir les pièces anatomiques. Entre les piliers qui soutiennent le pafond se trouvent six kiosques en bois, de forme hexagone, de 7 pieds de haut et d'environ trois pieds de diamètre, rangés à la file. Sur les six faces de chacun de ces petits pavillons, on a suspendu des dessins encadrés, tirés la plupart de l'ouvrage de M. Alibert sur les maladies de la peau. Au centre de la salle un beau poêle en fonte a été ajoute comme un meuble indispensable dans l'hiver. Une grande porte carrée correspondant à la porte d'entree et placee sur le grand axe de la salle, introduit dans quelques pièces dépendantes du musée et affectees aux besoins du service.

Les pièces rassemblees dans les armoires, quoique nombreuses et d'un haut in-

Les cas d'exostoses intra-céphaliques ne sont pas excessivement rares. Cependant on n'en trouve qu'un très-petit nombre d'exemples de publiés.

D'après l'étude des faits de ce genre, il résulte : 1° que les exostoses intra-crâniennes peuvent naître à la base comme à la voûte de la boîte céphalique; 2° que les effets de leur présence sur le cerveau sont variables suivant les différentes circonstances. Ces circonstances se rapportent, au volume de l'exostose, au temps qu'elle a mis pour se développer à l'endroit du cerveau qu'elle occupe. Les effets de sa présence sont : une douleur fixe à l'endroit de l'existence de la tumeur (*clavus*); des symptômes apoplectiformes ou l'apoplexie foudroyante; l'épilepsie; l'hémiplégie, ou des paralysies plus ou moins complètes, soit des organes des sens, soit de ceux du mouvement. Il pourrait se faire aussi néanmoins qu'une exostose se développât lentement du côté de la cavité du crâne, sans que des symptômes encéphaliques remarquables en décelassent l'existence durant la vie. Ajoutons que les symptômes ci-dessus énoncés ne sont pas exclusivement propres à la présence de ces tumeurs dans le crâne; une foule d'autres causes peuvent produire les mêmes effets.

Un individu saturé de vérole se plaignait d'une douleur fixe sur la partie latérale de la tête Étourdissemens; symptômes de compression cérébrale se répétant plusieurs fois; enfin apoplexie, mort. L'autopsie montra dans la cavité du crâne, à l'endroit où le malade accusait de la douleur, l'existence d'une exostose éburnée du volume et de la figure d'un demi-œuf de poule. Rien n'apparaissait au dehors du crâne; aucune autre lésion ne fut remarquée sur cet homme (1).

Dans l'observation qu'on va lire, l'exostose n'existait que sur la face externe du crâne; les symptômes qui l'accompagnaient cependant firent présumer à J.-L. Petit que la tumeur faisait aussi saillie du côté de l'encéphale.

M..., vérolé, n'ayant jamais voulu faire de traitement mercuriel. Tumeur osseuse au dessus de l'apophyse mastoïde. Autre tumeur pareille au milieu du front. Symptômes encéphaliques; absence d'esprit et de mémoire; assoupissement, etc. Traitement mercuriel par frictions; dissipation graduelle de ces symptômes; guérison complète et disparition des exostoses.

Ce seul fait, à côté duquel on pourrait en joindre cent autres analogues, suffirait pour renverser le système de ceux qui accusent le mercure d'être constamment la cause des affections syphilitiques des os.

Bertrandi raconte avoir observé la compression du nerf optique, et, par conséquent, l'amaurose, par suite d'une gomme sur l'apophyse orbitaire de l'os palatin.

Dans quelques circonstances on a vu une exostose de la base du crâne faire saillie au dehors par le sinus maxillaire, boucher non-seulement les narines, mais aussi occasioner une exophthalmie d'abord; puis l'amaurose; enfin la mort apoplectique du sujet. Tel était le cas dont sir A. Cooper nous a transmis l'histoire. (L. c, p. 171.)

Les exostoses qui naissent sur la face externe du crâne ne sont pas ordinairement accompagnées de symptômes graves; les malades se plaignent tout au plus du mal de tête Le soldat dont parle J.-L. Petit, et dont nous avons rappelé l'histoire, portait depuis longues années une énorme exostose à la tête sans se plaindre; il ne mourut que des suites de l'opération de la taille. Béclard aussi parle de deux belles exostoses symétriques sur les bosses pariétales d'un jeune homme, sans qu'aucune souffrance accompagnât leur existence. Ce professeur conservait dans son cabinet le crâne en question : la cavité céphalique n'était aucunement resserrée. (Anat. gén.) J'ai vu également des exostoses analogues sur le crâne, ne produire d'autre inconvénient que celui de la difformité. J'en ai observé d'autres qui étaient jointes à une douleur fixe et à de l'hébétude; mais on ne peut pas affirmer que ces symptômes ne provenaient pas d'autres lésions indépendantes de l'exostose extérieure. M. Howship cependant a décrit le cas d'un homme qui était fou depuis plusieurs années, et dans la tête duquel on ne trouva d'autre altération qu'une exostose parenchymateuse de l'os pariétal gauche, laquelle proéminait extérieurement sans resserrer d'une seule ligne la cavité crânienne. La pièce se trouve déposée dans le musée de M. Heayiside. (Mém. cité.)

(1) Caspart, De exostosi cranii rariori. Argentorati, 1730, p. 9.

M. Magendie fut obligé de lier l'artère carotide à une jeune femme à la Salpêtrière, par suite d'une exostose épiphysaire sur la face antérieure du frontal. Et M. le professeur Regnoli, de Pise, m'a dit avoir vu aussi des vertiges continuels être l'effet d'une petite exostose sur la région externe du front, sans que la tumeur pénétrât aucunement dans la cavité crânienne.

Mais on pourrait opposer à ces observations une foule d'autres cas analogues, où les fonctions cérébrales n'étaient aucunement dérangées (1).

On conçoit bien néanmoins que, sans produire de symptômes encéphaliques, une exostose extra-crânienne peut être aussi cause d'autres dérangemens sérieux, suivant l'endroit du crâne qu'elle occupe. Ainsi, par exemple, nous avons vu la chute de l'œil sur la joue être la suite d'une exostose intra-orbitaire. J.-L. Petit a observé la diplopie à l'occasion d'une petite exostose sur le bord supérieur de l'orbite, vers le petit angle de cette cavité. (Mal. des os, t. 2, p. 393.) D'autres ont remarqué des fistules lacrymales incurables, l'obturation des narines, la difficulté de la déglutition, etc., par suite d'une exostose extra-céphalique. Je pourrais rapporter ici un grand nombre d'observations pour prouver ces assertions, si je ne craignais pas de trop augmenter le volume de ce mémoire. Je ferai cependant une observation générale; c'est que, parmi les os du crâne, le frontal offre à lui seul un beaucoup plus grand nombre d'exemples d'exostoses que tous les autres os crâniens pris ensemble.

Quant aux exostoses intra-buccales, nous en avons déjà cité un exemple remarquable d'après M. Breschet. Nous avons aussi rapporté un cas d'épulis cellulo-vasculaire ossifiée à la mâchoire inférieure. Dans le premier de ces cas nous avons noté non-seulement la désarticulation spontanée de la mâchoire inférieure, mais aussi l'impossibilité de la mastication et de la déglutition; dans le second, la tumeur ne gênait que par la difformité et l'écoulement de la salive qu'elle occasionait. Ces deux symptômes accompagnent assez souvent les exostoses dentaires. En voici deux cas remarquables consignés par M. Oudet dans les Bulletins de la Faculté de médecine, t. 7, p. 369.

(1) Rullier, Bull. de la Fac., t. 2, p. 94.

térêt pour la science, ne peuvent être considérés que comme le noyau de la collection projetée; mais ce noyau est déjà si considérable, qu'il existe peu de cabinets en Europe qui puissent lui être comparés. Avec les immenses ressources que fournissent les seuls hôpitaux de la capitale, et l'ardeur toujours croissante de la jeune génération médicale pour l'étude de l'anatomie pathologique, on ne peut douter que les vides ne soient promptement comblés; et loin de craindre que les objets manquent à la place, il est beaucoup plus probable que la place manquera aux objets.

Cet établissement remplit dans notre école une lacune jusqu'ici inexplicable, car nulle part l'anatomie pathologique n'a été étudiée avec tant de zèle et de succès qu'en France depuis le commencement de ce siècle. C'est surtout par les travaux des médecins français que cette branche des connaissances médicales est entrée dans le domaine réel et pratique de la pathologie vivante, après avoir été trop long-temps l'objet d'une vaine et stérile curiosité. Dupuytren fut lui-même un des premiers promoteurs de ces nouvelles investigations qui firent la gloire de Laënnec, et marquèrent une ère nouvelle dans l'histoire de la science médicale. Cependant au milieu des travaux multipliés qui suivirent le mouvement imprimé par Bichat, Dupuytren, Laennec, Bayle, Broussais, etc., il n'existait pas à Paris, centre et foyer principal des recherches, un cabinet anatomo-pathologique. Les médecins étaient obligés de s'emprunter réciproquement des objets d'étude et de comparaison, ou de consulter le témoignage toujours plus ou moins infidèle des dessins. La difficulté des préparations, et plus encore les embarras de l'encombrement ont dû s'opposer à la conservation d'une infinité d'observations précieuses. Désormais les travaux individuels ne seront pas perdus; ils trouveront une place toute faite dans le Musée national qui s'ouvrira à tous les observateurs jaloux de contribuer au progrès de la science et de coopérer à la richesse d'une collection qui sera leur commune propriété, et leur commune gloire.

Les pièces distribuées dans les armoires n'ont pas été, comme on le pense bien, placées au hasard, mais disposées au contraire dans un ordre méthodique. Cette classification ne peut être que provisoire, car une véritable classification ne pourra être faite qu'avec le progrès de la science elle-même, et il serait ridicule d'exiger ici une rigueur scientifique qui ne peut être que l'expression d'une théorie fondée sur l'observation de tous les faits. On ne doit pas demander au commencement ce qui ne peut être qu'à la fin. L'ordre provisoirement adopté est purement extérieur; il a pour base les grandes divisions anatomiques du corps humain. Les altérations sont classées d'après leur siége, et non d'après leur nature: Cet ordre est tout-à-fait suffisant pour l'étude, et c'est tout ce qu'on devait rechercher.

Cette fondation précieuse, et dont les conséquences sont incalculables, mérite tous les remercîmens de l'école, des élèves et du pays. Elle complète magnifiquement les autres établissemens construits sous le décanat de M. Orfila. L'hospice de l'école, les pavillons d'anatomie et le musée Dupuytren, forment maintenant par leur réunion un des plus beaux monumens scientifiques qui se puissent voir en Europe.

Nous croyons inutile de revenir sur les circonstances historiques de cette fondation : nous en avons parlé avec les détails les plus minutieux et les plus exacts dans un de nos précédens numéros, et M. Broussais, dans son dernier discours public, a reproduit à peu près mot pour mot ces intéressans renseignemens. Nous devons donc croire que le public est maintenant assez instruit à cet égard.

Puisque le nom de M. Broussais se trouve ici amené, nous ne pouvons nous

EXOSTOSE DENTAIRE.

OBS. — Homme de 25 à 30 ans, tumeur sur le bord alvéolaire du côté droit de la mâchoire inférieure; écoulement de la salive. M. Oudet, la croyant formée par du tartre, entreprit de l'enlever; mais bientôt il s'aperçut que le tartre ne faisait que recouvrir une autre masse qui se distinguait par le brillant de l'émail sur plusieurs points, et qui occupait la place des petites molaires. La pression ne développait qu'une très-légère douleur, quoique la malade y accusât souvent des élancemens. Extraction de la dent et de la tumeur, faite en présence de Pelletan. Guérison. Cette tumeur, ou plutôt cette masse, était irrégulière et un peu oblongue. Elle offrait à sa surface plusieurs inégalités couvertes d'émail.

L'observation qu'on va lire n'est pas moins intéressante que celle qui précède.

EXOSTOSE DENTAIRE.

OBS. — Demoiselle de 60 ans. Depuis plusieurs années, douleurs toujours croissantes à la troisième grosse molaire de la mâchoire inférieure. Extraction difficile. Hémorrhagie. Guérison. La dent extraite ne présentait aucune lésion à la couronne. On remarque seulement du côté des racines une tumeur ovoïde, longue de 18 millimètres, et large de 12, laquelle embrasse la racine postérieure de cette dent en se dirigeant en bas et en arrière, de sorte qu'elle se trouvait dans l'épaisseur de la base de l'apophyse coronoïde. Elle paraît à l'intérieur formée de la même substance que les racines. M. Oudet regarde cette tumeur comme une exostose dont la formation lente et progressive paraît avoir occasioné les douleurs en question, qu'il compare avec les douleurs de la dent de sagesse.

J'aurai complété ce qui regarde cette intéressante question des exostoses dentaires en transcrivant le passage suivant de l'important ouvrage de M. Lobstein :

« Les exostoses des dents sont de très-petites tumeurs, fixées tantôt à leur col, et tantôt à leurs racines. Celles que j'ai pu examiner ne dépassaient pas le volume d'une grosse tête d'épingle ; elles étaient parfaitement rondes, d'une consistance extrêmement dure ; celles qui étaient situées au col et à la base des couronnes avaient presque la nature de l'émail, et étaient aussi polies et aussi luisantes ; celles des racines étaient ordinairement placées à l'angle résultant de leur bifurcation, quand elles se trouvaient sur une dent molaire. Les ostéophytes dentaires constituent des osselets semblables à des stalactites, et qui adhèrent à la membrane qui tapisse la cavité de la dent. Le plus ordinairement on les rencontre dans la cavité des grosses molaires ; cependant on en a trouvé dans les dents incisives du bœuf, et on les a vus tantôt libres, comme l'amande dans sa coque, et tantôt intimement adhérens aux parois de la cavité. La circonstance que ces concrétions osseuses coïncident chaque fois avec des altérations des dents sur lesquelles on les rencontre, telles que la carie et l'usure, a fait penser à M. Duval qu'elles résultent d'un effort de la nature pour remplacer ce qui avait été détruit par la maladie. »

Les exostoses qui envahissent la face externe des mâchoires sont très-fréquentes ; elles ne gênent ordinairement que par la difformité qu'elles causent. Quelquefois cependant ces tumeurs sont accompagnées de douleurs. Leur volume, du reste, peut devenir énorme ; Ribell a figuré le cas d'une exostose éburnée à la mâchoire d'un jeune homme, dont le volume était vraiment extraordinaire. La figure de ce jeune homme était devenue si horriblement hideuse, que, s'étant d'abord voué à l'état ecclésiastique, on lui refusa la conférence des ordres *in sacris* ; s'étant ensuite adonné à l'enseignement comme maître de pension, les enfans le fuyaient, ayant peur de sa figure. J'ai vu plusieurs fois des exostoses de la mâchoire inférieure, mais jamais d'un volume aussi considérable. Je ferai cependant une remarque au sujet du volume des exostoses, qui se rapporte principalement aux ostéocèles extra-céphaliques.

Toute la superficie extérieure des os du crâne et de la face présentant naturellement ici des bosses, là des saillies, à côté des éminences, plus loin des angles, etc., il en résulte que lorsqu'une exostose envahit un de ces points saillans, la symétrie des traits normaux de ces régions est de suite rompue. Aussi juge-t-on, au premier abord, ces ostéocèles plus volumineuses qu'elles ne le sont réellement ; car on ne tient pas compte généralement de la saillie naturelle de la partie qui sert de base à la tumeur. J'ai vu en effet un petit boursoufflement d'une des bosses frontales être mal à propos caractérisé pour une exostose, et alarmer le médecin et le malade. Ajoutez à cela que les saillies dont je viens de parler sont plus marquées chez certains sujets que chez d'autres, et que chez quelques personnes l'une d'elles est naturellement plus saillante que son analogue. Le contraire peut arriver pour les exostoses qui naissent dans un enfoncement osseux ; on les croit moins volumineuses qu'elles ne le sont en réalité. Ces remarques ne sont pas inutiles pour le diagnostic et le pronostic de ces sortes de tumeurs.

(B.) *Exostoses rachidiennes.* Je ne sache pas qu'on ait jamais eu l'occasion d'observer des exostoses dans le canal rachidien. La chose cependant ne paraît pas impossible. Lorsqu'on considère que le canal rachidien n'est qu'une sorte de crâne allongé et articulé, cette idée ne doit rien présenter d'invraisemblable. L'observation découvrira peut-être plus tard des exostoses dans le canal vertébral, ainsi qu'elle en a déjà découvert dans le commencement de ce même conduit, savoir, dans la boîte du crâne. Il ne nous serait pas difficile de prévoir ici les effets possibles de ces sortes d'ostéocèles qui comprimeraient la moelle épinière ; mais dans une science expérimentale comme celle de notre art, il ne faut pas que le raisonnement devance les faits et l'observation. Les analogies ne trompent que trop souvent nos prévisions.

Il n'en est pas de même des exostoses extra-vertébrales. Plusieurs faits authentiques existent déjà dans la science d'exostoses formées sur les apophyses et sur le corps même des vertèbres. Dans le cas de diathèse exostifère décrit par Ribell, plusieurs apophyses épineuses des vertèbres du petit malade présentaient des tumeurs en tout semblables aux exostoses parenchymateuses. La même observation a été faite sur le jeune homme traité par Abernethy et dont nous avons relaté l'histoire. Plusieurs cas de ce genre sont aussi exposés dans les cabinets de l'école (armoire II, nos 187 et 218). On y voit des ossifications énormes passer, comme autant de ponts, d'une vertèbre à une autre. On a donné le nom de *synostoses vertébrales* à ces sortes de productions. Ce sont évidemment des exostoses épiphysaires jointes à des ossifications de plusieurs ligamens, et notamment de la grande bande ligamenteuse antérieure du corps des vertèbres. Les cartilages vertébraux sont aussi ossifiés dans quelques-unes de ces préparations. La planche trente-neuvième du muséum de Sandifort représente plusieurs exemples du même genre. Il est facile de prévoir déjà, d'après la disposition anatomique ci-dessus, que l'inflexibilité des mouvemens de l'épine et du tronc doit être un des effets inévitables de ces sortes d'exostoses.

---

dispenser de donner une esquisse du nouveau morceau d'éloquence dont il vient de gratifier le public.

Dérogeant pour la première fois à nos habitudes connues d'opposition avec le célèbre professeur, nous déclarons que ce discours d'apparat nous a complètement satisfaits, car, bien qu'il ait agité pour la cent-millième fois les obscurs problèmes et les irritantes questions qui ont exercé pendant vingt ans son infatigable plume, M. Broussais s'est constamment tenu dans des généralités si inoffensives, que nous devons tous le féliciter de l'effort surhumain qu'il a dû faire pour soutenir son rôle d'orateur officiel, et cacher le professeur du Val-de-Grâce sous la simarre du professeur de la Faculté !

On a dit que M. Broussais avait été parfaitement insignifiant, attendu qu'il n'était pas en colère. Cette critique suppose que l'illustre professeur ne peut bien parler et bien écrire que lorsqu'il se fâche. Cette supposition est certainement très-plausible, mais ce dont nous ne convenons point, c'est que l'orateur ait éprouvé pour la première fois de sa vie cette quiétude de l'ame et ce calme philosophique dont on a le front de se plaindre. Croit-on donc que M. Broussais puisse parler de la fièvre, sans l'avoir ? qu'il puisse prononcer le mot barbare d'essentialité, comme tout autre mot du dictionnaire ? qu'il puisse discourir sur l'empirisme et l'humorisme comme s'il s'agissait d'un théorème de géométrie ? qu'il puisse dire : *les éclectiques* du même ton qu'il dirait : les Chinois ? non. La nature humaine ne se dément pas à ce point. M. Broussais était en colère comme de coutume, seulement il en a stoïquement réprimé l'explosion, et cette victoire fait le plus grand honneur à ses organes de la fermeté et de la circonspection. Le désappointement qu'on a exprimé n'est donc rien moins que charitable ; est-il bien flatteur pour M. Broussais de s'entendre dire qu'il ne peut amuser et intéresser son auditoire qu'à la condition de manquer de tenue, de dignité et de convenance ?

Nous repoussons donc de toute notre force cette interprétation ; nous avouons hautement notre satisfaction pleine et entière, et nous serions même disposés à signer, sinon un traité de paix, du moins une trève, avec l'auteur de ce discours si critique, si nous avions quelque garantie qu'il n'en fera désormais que de pareils.

L'abnégation de M. Broussais est d'autant plus méritoire, qu'il avait été en quelque sorte provoqué, ce qui, pour un esprit si habitué à prendre l'initiative de l'attaque, était une assez rude épreuve. On n'a pas oublié, en effet, que dans le discours de rentrée prononcé l'an dernier, les faiseurs de théories et les médecins systématiques furent assez mal traités par l'orateur, et que plusieurs de ces attaques furent considérées comme des allusions non équivoques à la doctrine et à la personne de M. Broussais. Or, M. Broussais n'est pas homme à méconnaître ni à négliger ces allusions. Si donc, appelé sur le terrain de sa polémique, il a fait violence à ses justes ressentimens, c'est, nous le répétons, un acte de magnanimité et de philosophie au-dessus de tout éloge.

M. Broussais a touché à quatre questions, dont deux de philosophie générale et deux de médecine.

Faut-il en médecine des théories ou n'en faut-il pas ? Il répond, comme on pense bien, par l'affirmative. L'empirisme n'est à son sens qu'un stupide aveu d'impuissance ou une hypocrite affectation d'indépendance philosophique. L'empirisme pur est d'ailleurs impossible ; il n'existe pas de véritable empirique dans la rigueur du mot.

Si ce ne sont ses paroles expresses,
C'en est le sens.

Mascagni, qui décrit un cas de cette espèce, dit que le cadavre ne restait dans la bière que comme assis.

(C.) *Exostoses thoraciques*. Par cela seul peut-être que la face interne de la cage osseuse de la poitrine est incessamment réprimée par l'action du cœur et des poumons, très-rarement les exostoses prennent leur naissance de ce côté. Je ne connais en effet qu'un seul exemple de ce cas; le voici.

Une dame, traitée par sir A. Cooper, portait une tumeur osseuse derrière le sein gauche. Les symptômes qu'elle présentait indiquaient que l'exostose pénétrait dans la poitrine. La malade finit par succomber, mais l'autopsie ne put point être faite.

Les exostoses de la face postérieure de la clavicule et du sternum pourraient à la rigueur aussi proéminer dans la cavité pectorale, bien que je n'en connaisse aucun exemple. Du reste, la gêne de la respiration, l'asthme, les palpitations du cœur, tels sont, rationnellement parlant, les effets probables de la présence d'une exostose dans la cavité thoracique. Un homme âgé de 50 ans, qui avait été soigné pour une exostose énorme du sternum pénétrant dans la poitrine, éprouvait à peu près les symptômes indiqués. Après sa mort cependant, on découvrit que la tumeur n'était pas osseuse et qu'elle tirait son origine du fond de la cavité pectorale. Ce fait démontre, d'un côté, les effets de la présence d'une tumeur comprimant les organes thoraciques; de l'autre, l'incertitude du diagnostic dans certains cas de ce genre. (*The Lancet*, vol. XIII-XV.)

Les exostoses extra-pectorales ne sont pas aussi fréquentes que les auteurs le disent, et qu'on le croit communément. J'ai compulsé près que tout ce qu'on a publié sur cette matière sans trouver un seul fait assez authentique pour être ici rapporté. On voit, il est vrai, dans Sandifort (planche 48, fig. 1, 2, 3), la représentation de plusieurs côtes, jointes ensemble extérieurement par des dépôts osseux dans les espaces intercostaux. Mais ces espèces de synostoses épiphysaires, ne formant pas de tumeur circonscrite, ne méritent pas le nom d'exostoses.

Il n'en est pas de même des exostoses extra-claviculaires. Bien que sir A. Cooper dise que ces ostéocèles sont extrêmement rares (p. 174), nous devons déclarer, au contraire, que l'occasion de les observer se présente assez souvent dans la pratique. Très-souvent les exostoses extra-claviculaires existent sans rien produire de remarquable; mais quelquefois, lorsque surtout elles s'étendent du côté des vaisseaux et des nerfs sous-claviculaires, l'œdème du bras, des crampes du même membre et des douleurs insupportables peuvent en être la conséquence. En outre, la tumeur peut aussi parfois en imposer pour un anévrisme. Un cas d'exostose claviculaire, publié par Perrelet, vient à l'appui des dernières propositions. Le voici en peu de mots.

Une femme, erue scorbutique, n'ayant jamais eu la vérole, était soignée pour une carie du fémur. Elle portait aussi une tumeur à la région claviculaire, que Petit, Morand et Perrelet prirent pour un anévrisme. Douleurs très-aiguës; crampes et œdème dans le bras. L'autopsie montra que le prétendu anévrisme n'était qu'une exostose de la partie moyenne de la clavicule. « Hanc partem, dit l'auteur, iterum » examinavit meus pater, et exostosin in mediâ claviculâ dextrâ eam» que transversim factam vidit... Ossa in situ debito remanebant, cres» cebat autem exostosis, quæ baud secus ac anevrisma tangentem di» gitum leviter pulsabat. (1). »

Morgagni décrit le cas d'une exostose énorme de la clavicule chez un jeune homme italien qui était venu exprès de Vienne à Padoue pour le consulter. On remarque dans ce fait une bonne partie des symptômes mentionnés ci-dessus. Le même auteur cite un autre cas analogue publié par un élève de Kulmus (Diss. de exost. steatom. claviculæ, 1732). Enfin, d'après M. Richerand, « les exostoses de la clavicule et » du sternum peuvent causer la mort par la compression des principaux » troncs artériels et veineux. »

Faisons ici un rapprochement curieux. Nous avons déjà cité un cas de tumeur carcinomateuse de l'intérieur de la poitrine qui fut prise et soignée pour une exostose du sternum; nous avons vu d'autre part une exostose du col de l'humérus considérée comme une tumeur carcinomateuse. Voici de plus une exostose de la clavicule traitée pour une tumeur anévrismale; nous ajouterons enfin qu'une grosse exostose du creux du jarret, provenant du condyle interne du fémur, a été jusqu'au moment de l'autopsie du cadavre réputée un anévrisme (2), et qu'une luxation en avant de l'extrémité sternale de la clavicule a été aussi confondue avec une exostose de cette région (3). Cela nous démontre que le diagnostic des exostoses n'est pas toujours aussi facile qu'on se l'imagine communément.

Dans cet examen rapide que nous venons de faire des exostoses de la partie supérieure du tronc, je n'ai pas parlé des exostoses de l'omoplate; je dois dire que c'est le seul os du squelette humain qui n'ait pas encore offert d'exemple d'ostéocèle circonscrite.

(D.) *Exostoses pelviennes*. C'est une remarque assez curieuse, que, parmi les trois grandes cavités du corps, celle du bassin offre à elle seule dix fois plus d'exemples d'exostoses que les autres. Je dirai même plus; si l'on rassemble tous les faits connus d'exostoses formées dans les cavités médullaires des grands os, dans celles de la boîte crânio-rachidienne, du berceau osseux de la poitrine, des sinus et des cavités articulaires, ce nombre total surpassera à peine celui des exostoses intra-pelviennes. On en conçoit la raison : revêtue d'une périoste très-vasculaire et d'une foule d'aponévroses semi-périostales, exposée à des frottemens de toute espèce par les fonctions des organes multiples qu'elle renferme, l'enceinte osseuse du bassin présente toutes les conditions favorables à la production des exostoses épiphysaires. Les chutes sur le siége, les constipations habituelles, les grossesses répétées, les inflammations lentes du tissu cellulaire intra-pelvien, sont plus que suffisantes pour provoquer l'épiphlogose périostale de cette cavité. De là la fréquence plus considérable des exostoses dans l'enceinte du bassin que dans les autres cavités du corps. Ajoutons à ce qui précède que, de toutes les régions internes du bassin, l'excavation est celle qui en offre le plus d'exemples; elles naissent indistinctement à la face antérieure du sacrum, sur la face postérieure des pubis, aux deux parties latérales ou ischiatiques de ce conduit osseux. On prévoit déjà, d'après cet énoncé, que les exostoses intra-pelviennes doivent être plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

(1) David Perrelet, De carie ossium, p. 5, Argentorati, 1770, in-4°.

(2) Cullerier, Dict. des sciences médicales, art. exostose, p. 225.

(3) Richerand, Leçons du chir. Boyer sur les maladies des os, p. 367.

Toute pratique suppose donc une théorie. Mais quelle est la bonne? Ici M. Broussais aurait bien été tenté sans doute de répondre que c'est la sienne, mais il ne l'a pas osé. Est-ce par modestie ou bien par quelque autre sentiment inspiré à son insu par les changemens profonds des opinions du public qui l'entourait? Quoi qu'il en soit, il s'est contenté de ces généralités, dont personne à coup sûr ne lui contestera la justesse, et a laissé la solution capitale dans le vague.

Si l'empirisme ne vaut rien parce qu'il exclut toute théorie, l'éclectisme ne vaut pas mieux, précisément parce qu'il les admet toutes. A ce propos l'orateur a jugé convenable de faire une excursion dans l'ancien éclectisme alexandrin, qu'il ne connait guère, et a cru le réfuter, sans se douter le moins du monde de sa méprise, par des argumens qui ne portent que contre le syncretisme, ce qui est bien différent. Cette partie de son discours n'a pas été fort intelligible, et on n'a pas trop su à qui ni à quoi il en voulait.

Maintenant nous entrons dans la pathologie avec les *fièvres*. L'attention redouble. Que va-t-il dire? Hélas! rien qu'on ne sût déjà, et qu'il n'eût déjà dit. Les fièvres ne sont pas des collections de symptômes ni des entités pathologiques; ce sont des inflammations; mais des inflammations de quoi? Silence à cet égard. Chose admirable, dans tout le cours de cette discussion, les mots d'*irritation*, de *gastrite* et de *physiologie* n'ont pas été prononcés une seule fois. Bien plus, nous avons entendu sortir de la bouche de M. Broussais ces mots étranges d'actes vitaux *dépravés*, d'*altérations* de *fluides*. *Quantum mutatus ab illo!* Qu'a dû penser ce fidèle disciple qui, il y a quelques jours, voulait absolument se faire couper la langue en l'honneur de la pure doctrine physiologique?

Tout le discours a flotté sur ces généralités touchant la méthode, l'observation, l'expérience, et tous ces lieux-communs de philosophie qui n'apprennent rien et ne répondent à rien. M. Broussais, désertant son dogmatisme inflexible, a remis toute la science en question. Il a parlé de progrès futurs, d'améliorations, de découvertes; il a dit qu'il fallait rassembler des faits nouveaux, que l'esprit humain ne pouvait tout faire à la fois, et qu'on ne devait pas désespérer de la médecine; bref, il a fini par donner rendez-vous à toutes les opinions dans le Musée Dupuytren pour y conclure une réconciliation générale. Que Dieu vous entende, M. Broussais! Mais nous croyions que vous aviez déjà fait tout cela par votre médecine, et vous l'aviez dit si souvent que bien des gens l'ont cru aussi sur votre parole. Il paraît que vous ne le croyez plus vous-même. Il n'y a donc rien encore de fini en médecine. Soit, il y a bien de l'apparence qu'il en est ainsi, puisque c'est vous qui le dites, mais convenez alors que vous vous êtes bien moqué de nous pendant quinze ans et plus.

M. Broussais a préconisé en passant la *polémique*, comme il avait préconisé les *théories*. Il a dit très-sensément qu'on ne pouvait enseigner sans discuter et disputer; et il l'a prouvé mieux que personne par les faits. Il a soutenu que sans la polémique nous n'aurions pas eu 89 et la médecine physiologique; mais il a oublié de signaler un des plus grands avantages de la polémique, c'est que, si elle sert à établir des systèmes, elle ne sert pas moins à les renverser, et que, si on lui doit l'établissement de la doctrine physiologique, ce qui était très-bien, on lui doit également sa destruction, ce qui est encore mieux.

La voix de l'orateur a été écoutée avec faveur, et de temps en temps applaudie avec un reste d'enthousiasme inspiré par des souvenirs. Personne ne pourra blâmer ces témoignages de déférence et de sympathie pour ce dernier effort *d'une voix qui tombe et d'une ardeur qui s'éteint*. (Bossuet.)

Les effets que les exostoses de l'intérieur du bassin produisent sont variés suivant l'endroit de leur implantation et les conditions de la personne qui en est l'objet. Généralement parlant, chez l'homme et chez la femme non prolifique, les tumeurs en question présentent moins de gravité que chez la femme enceinte ou susceptible de le devenir. Plusieurs femmes grosses ont péri ou failli périr avec leur produit, à cause d'une exostose intra-pelvienne. Ceci n'a pas besoin d'explication.

La rétention d'urine, les faux symptômes de la pierre dans la vessie, la perforation de cet organe, la difficulté ou l'impossibilité des évacuations alvines, la difficulté ou l'impossibilité de l'accouchement, tels sont les effets les plus ordinaires de la présence d'une exostose dans le bassin. Je vais en rapporter quelques exemples des plus remarquables.

Un homme avait une rétention d'urine. La sonde ne put pas pénétrer dans la vessie. Il mourut. A l'autopsie, l'on trouva une exostose derrière les pubis qui comprimait le col de l'organe vésical, et qui avait été la cause de la rétention (1).

En 1820, M. J. Cloquet présenta à la société de la Faculté de médecine de Paris une pièce anatomique offrant une exostose de la face postérieure des pubis. Cette exostose, après avoir percé la paroi antérieure de la vessie, faisait saillie dans cet organe. Sa présence, constatée pendant la vie, aurait pu en imposer pour l'existence d'un calcul (2).

M. Duret, chirurgien de la marine à Brest, a été obligé de pratiquer l'opération césarienne à une femme qui ne pouvait pas accoucher, à cause d'une exostose considérable sur la courbure du sacrum, qui remplissait entièrement le détroit inférieur du bassin. Il est à remarquer que sept ans auparavant cette femme avait accouché par les voies naturelles (3).

On peut voir, au n° 244, armoire II, des cabinets anatomiques de la Faculté de Paris, une pièce analogue à celle de cette dernière observation. J'ignore même si ce ne serait pas le bassin de la femme opérée par M. Duret. On y observe une sorte de petit rocher amorphe, évidemment épiphysaire, ressemblant à peu près à une grosse pierreponce du volume d'une tête d'enfant à terme, jetée presqu'au hasard sur la face concave du sacrum. Cette observation a beaucoup de ressemblance avec celle de M. Nægele, que nous avons déjà citée. Ruleau nous a conservé aussi l'histoire d'une exostose du volume d'une noix, née à la partie inférieure du bassin par suite d'une chute sur les fesses, cinq ans auparavant. Cette exostose proéminait dans le vagin et fut un obstacle à l'accouchement naturel (4). Je pourrais rapporter ici une cinquantaine d'exemples de ce genre. Quant aux exostoses extra-pelviennes, je n'en connais de bien constatée que la seule observation du professeur Regnoli, citée dans mon premier mémoire.

E. Exostoses des os des membres. En parlant de l'anatomie-pathologique des exostoses, nous avons déjà remarqué que des tumeurs de ce genre naissent quelquefois dans la cavité médullaire des os longs. Le premier effet matériel de ces ostéocèles, c'est de comprimer l'organe médullaire de ces mêmes os, de l'atrophier ensuite, de le détruire enfin dans une étendue plus ou moins grande. Les lésions fonctionnelles produites par la présence de ces sortes d'exostoses, semblent devoir se réduire à la douleur ostéocope (par l'étranglement de la membrane médullaire), et à l'impuissance plus ou moins complète du membre par l'effet de cette douleur. Cela paraît d'autant plus raisonnable que, comme on sait, la membrane médullaire des os jouit d'une sensibilité très-exquise dans l'état naturel. Cependant, plusieurs faits bien constatés démentent ces idées préconçues. L'augmentation lente du volume des exostoses intramédullaires habitue tellement à la compression l'organe moelleux du parenchyme des os, que cet organe finit par être résorbé et disparaître entièrement, sans que la sensibilité générale en ait reçu aucun avis formel. L'effet dont nous parlons peut donc s'effectuer à l'insu de l'organisme tout entier. Les faits suivans prouvent cette vérité.

Un individu mourut dans un hôpital de Paris, présentant une ankylose de l'articulation coxo-fémorale d'un côté, et une petite exostose sur la face externe du tibia du côté opposé. On scia longitudinalement tous les os du membre ankylosé. On fut tout étonné de trouver dans le canal médullaire du tibia de ce membre (où aucune tumeur ne paraissait à l'extérieur), une exostose du volume de la moitié d'une petite noix, faisant saillie d'un demi-pouce dans ce canal. M. Rufz, auteur de cette observation, présenta la pièce pathologique à la société anatomique (5).

(1) Mémoires de l'Académie de Dijon.
(2) Bulletin de la Faculté de méd., t. 7, p. 248.
(3) Ibid. t. 2, p. 148.
(4) Traité de l'opération césarienne. Paris, 1704.
(5) Archives gén. de médecine, Avril, 1834.

On voit dans les cabinets anatomiques de l'Hôtel-Dieu deux fémurs sciés, dont l'un expose une exostose du canal médullaire, ayant parfaitement la figure et le volume d'un demi-œuf, adapté à l'une des parois de ce canal, sans l'oblitérer complétement. L'autre représente une oblitération parfaite du canal médullaire, dans la longueur de deux pouces seulement. Rien au-dehors ne décelait l'existence de ces exostoses. Plusieurs pièces du même genre se trouvent consignées dans les cabinets de la Faculté, et je suis persuadé que si l'on se donnait la peine de scier longitudinalement les os de certains cadavres, on trouverait plus souvent qu'on ne le croit des exostoses intra-médullaires. Nous aurons du reste, dans un prochain mémoire, l'occasion de revenir sur ce sujet, lorsqu'il sera question des maladies du système médullaire des os, si peu étudiées de nos jours.

Les exostoses qui envahissent les régions extérieures des os des membres, produisent des phénomènes différens, suivant le point qu'elles occupent, et le volume auquel elles atteignent. Tout-à-fait indolentes quelquefois, elles sont parfois plus ou moins douloureuses. Ces douleurs ont différens caractères; nous les examinerons tout-à-l'heure. Si l'exostose déplace quelques tendons des muscles principaux du membre, les mouvemens de celui-ci deviennent gênés ou impossibles. Le même effet peut avoir lieu si le corps de certains muscles est fortement distendu; nous en avons déjà cité des exemples. Si l'exostose occupe le voisinage d'une articulation, elle peut déranger ou annuler les fonctions de celle-ci et causer une ankylose. Un jeune homme allemand, couché l'année dernière dans le service de M. Breschet à l'Hôtel-Dieu, présentait une demi-ankylose du genou par suite d'une exostose styloïde sur le condyle interne du fémur qui l'empêchait d'étendre la jambe complètement. A la suite d'un coup de balle sur la malléole interne, chez un jeune homme soigné par J.-L. Petit, il se développa une exostose sur cette apophyse qui fut cause de la raideur consécutive du pied. Nous avons déjà vu les fonctions de la main fortement gênées par suite d'une exostose sur la face palmaire d'un doigt. Un chirurgien anglais a observé l'impossibilité de marcher librement à cause d'une petite exostose formée au-dessous de l'ongle du gros orteil; et nous avons aussi décrit le cas d'un individu qui avait perdu les usages de son bras à l'occasion d'une ostéocèle au-dessous du muscle deltoïde. D'autres observateurs ont également rencontré l'ankylose parfaite de l'articulation coxo-fémorale par suite d'une exostose épiphysaire sur la partie supérieure et externe du fémur. (*The Lancet*, vol, II, p. 573.) Mais ce n'est pas tout.

Un nerf, une grosse artère, une veine principale d'un membre, peuvent se trouver dans la sphère compressive d'une exostose. De là douleurs, crampes, paralysie, anévrisme ou oblitération artérielle, gangrène, œdème, etc., accidens tous possibles, bien que peu fréquens. Une jeune femme qui avait une exostose à la partie supérieure et interne de l'humérus, comprimant le faisceau nervoso-vasculaire de ce membre, accusait des douleurs et des crampes insupportables dans cette partie; tout le membre était d'ailleurs œdématié, et le pouls était entièrement éteint au poignet. On la soulagea à force de cataplasmes émolliens et anodins. (A. Cooper.)

Je conçois bien la formation d'un anévrisme par suite d'une exostose qui empêcherait le libre cours du sang dans une grosse artère. Je conçois bien aussi la possibilité de l'oblitération d'un gros vaisseau par l'influence de la même cause; mais je ne connais pas encore d'exemple bien avéré de cette nature, pour pouvoir le rapporter à l'appui.

Il est à peine nécessaire d'ajouter qu'une exostose peut faire de tels progrès en volume, qu'elle arrive à ulcérer la peau, former des escarres, des abcès, et que son étendue peut devenir telle enfin qu'elle rende indispensable l'ablation du membre.

Parmi les belles et nombreuses préparations du muséum St-Thomas de Londres, on voit un avant-bras qui a été amputé à cause d'une énorme exostose sur le radius. Les progrès naturels de la tumeur avaient ulcéré et gangréné la peau; la chute des escarres avait laissé l'exostose à découvert.

Il ne me reste à présent, pour compléter ce mémoire, qu'à présenter quelques considérations sur la douleur qui accompagne assez souvent les exostoses.

Indépendamment de la compression mécanique des principaux nerfs d'un membre par la présence d'une exostose, d'autres causes produisent ou peuvent produire les douleurs dont certaines exostoses sont assez souvent accompagnées. Déjà M. Lobstein avait, dans son anatomie pathologique, longuement disserté sur l'*intempérie* de l'atmosphère nerveuse dans toutes les lésions organiques, lorsque M. le professeur Bouillaud a publié quelques idées remarquables sur la douleur qui accompagne certaines inflammations. Nous profitons des idées de ces deux physiologistes. Obligés cependant que nous sommes, de rapporter, avec les meilleurs physiologistes, le siége de la douleur à une

irritation des filets nerveux destinés au sentiment et adjacens à l'exostose ; la discussion ne peut rouler que sur le siége précis et le caractère de ces douleurs.

L'opinion généralement admise est que les douleurs des exostoses dépendent du tiraillement que la présence de ces tumeurs fait subir au périoste. « Dolor, dit Hamilton, ex periostei detractione oritur, et major minorve est pro tumoris magnitudine. » C'est là aussi la pensée de Delpech et de M. Lobstein à cet égard. Mais veut-on se rappeler que, d'après les belles expériences de W. Hunter et de Haller sur la sensibilité du périoste, cette membrane est tout-à-fait insensible dans l'état naturel, et que, suivant M. Bouillaud, un tissu qui est insensible dans l'état normal, ne peut pas devenir sensible dans l'état de maladie? De là résulte que, lorsque la douleur qui accompagne une exostose existe en dehors de l'os, elle n'a pas son siége dans le périoste, mais bien dans les filets nerveux adjacens à cette membrane et dans ceux des autres parties molles voisines, naturellement très-sensibles, telles que la peau, etc. Ces douleurs en dehors de l'exostose sont ordinairement lancinantes, térébrantes et vives.

Mais il y a une seconde espèce de douleur qui accompagne quelquefois les exostoses; c'est la douleur sourde, profonde, douleur ostéocope autrement dite. Celle-ci a son siége dans l'os lui-même et n'est jointe qu'à certaines exostoses parenchymateuses. Expliquons-nous à ce sujet.

Desault faisant un jour des expériences physiologiques sur une chienne pleine, vit avec étonnement qu'elle ne donnait pas de grands signes de sensibilité, quoiqu'il lui coupât la peau et qu'il lui agaçât les nerfs de plusieurs manières; mais lorsqu'il vint à lui introduire un stylet dans la cavité médullaire d'un os, l'animal jeta les cris de la plus vive douleur en s'agitant avec violence. (Gavard, *Ostéologie*, t. I, p. 66.) Duverney avait déjà, long-temps avant Desault, prouvé par des expériences directes, faites en présence de l'Académie des sciences, la sensibilité exquise de l'organe médullaire des os (1); et dans des temps plus rapprochés de nous, Troja de Naples fit voir que non-seulement la membrane médullaire était le seul organe sensitif des os, mais aussi que tout le parenchyme osseux vivait sous la dépendance absolue de ce même organe médullaire et du périoste. On prévoit déjà où nous voulons arriver par l'énonciation de ces faits. C'est que, pour nous, lorsque les douleurs ostéocopes coïncident avec une exostose parenchymateuse, elles dépendent d'une compression ou d'une irritation des nerfs de la membrane médullaire. Lorsque l'exostose ne pénètre pas dans le canal médullaire, elle n'est ordinairement pas douloureuse d'elle-même, à moins que l'ostéocèle ne se développe dans un endroit du passage des nerfs de la moelle. Bien que d'autres aient remarqué la douleur en question plus souvent que nous ne l'admettons, cela dépend de ce qu'on avait jusqu'à présent confondu les véritables exostoses avec les maladies propres du système médullaire. Ajoutons aussi qu'une exostose intra-médullaire n'est pas toujours accompagnée de douleur, ainsi que nous l'avons déjà démontré. Je me résume donc en disant :

1° Que la douleur térébrante, pulsative, aiguë, qui accompagne les exostoses, est extra-périostale; elle peut par conséquent être avantageusement combattue par les remèdes topiques que nous indiquerons ailleurs.

2° Que la douleur sourde, profonde, ostéocope de ces mêmes tumeurs a pour siége ordinaire la membrane médullaire, seule partie sensible du parenchyme des os; elle peut dépendre aussi d'un étranglement du tronc nerveux qui traverse les trous nourriciers des grands os. Cette douleur résiste à l'action de nos remèdes locaux; mais on peut l'attaquer par des médicamens intérieurs.

3° Que la première espèce de douleur peut remplacer la seconde, ou se joindre à celle-ci par une raison facile à deviner.

4° Que le caractère de la douleur, quand elle existe, peut fournir quelques données pour diagnostiquer la nature ou l'espèce de l'exostose.

5° Que, par cela seul que les exostoses intra-médullaires sont rares, lorsque la seconde espèce de douleur existe, l'on doit se demander si l'ostéocèle à laquelle on a affaire ne serait pas plutôt un spina-ventosa, ou toute autre maladie de la moelle, comme un abcès, par exemple, qu'une exostose.

6° Qu'une exostose, soit épiphysaire, soit parenchymateuse, soit intra ou extra-médullaire, peut très-bien se développer sans douleur, par les raisons que nous avons exposées ci-dessus.

7° Enfin, que par conséquent la douleur n'est pas un caractère essentiel et constant des exostoses.

(1) Histoire de l'Académie des sciences, 1700. De la moelle, par Duverney, p. 202.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE, OU RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LE VIRUS DANS LES MALADIES CHARBONNEUSES ET SUR LES MOYENS DE LE NEUTRALISER; par M. MAUCOURT, D.-M.

Les expériences de M. Coster sur le virus syphilitiques ont fait penser à M. Maucourt que le chlorure de soude pouvait être utilement employé contre les affections charbonneuses, qui reconnaissent aussi pour cause le développement d'un virus. On sait que la portion la plus petite d'une tumeur charbonneuse, ou le liquide qu'on en exprime, inoculé à un animal sain, détermine une maladie tout-à-fait identique dans ses symptômes, dans sa marche, dans ses terminaisons. Ce fut par l'inoculation que l'auteur poursuivit un nombre suffisant d'expériences; le virus primitif avait été pris sur une vache morte du charbon en septembre 1829.

Le 26 septembre, une portion de tumeur charbonneuse, pesant quatre gros, fut placée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la poitrine d'un mulet qui venait d'avoir la cuisse cassée par le timon d'une charrette; après quoi l'incision de la peau fut recousue. Le lendemain un léger gonflement commençait à s'élever; le 28 au soir la tumeur, bien prononcée, donnait à la pression un sentiment de crépitation; la circulation était troublée, irrégulière; la respiration pénible, le ventre tendu. Le 29, les points de suture se rompent; la plaie qui en résulte est blafarde et répand une odeur gangréneuse et une sanie de mauvaise nature; la tumeur de la cuisse fracturée fait entendre à la pression l'espèce de crépitation propre aux tumeurs charbonneuses. Mort pendant la nuit. L'autopsie faite à 7 heures du matin montra la tumeur du cou affaissée; tous les muscles environnans réduits en une sorte de bouillie noirâtre d'où s'échappaient des gaz fétides; le cœur sensiblement ramolli; les vaisseaux parsemés de tâches noirâtres là où le sang était resté en stagnation; le sang noir et liquide, hors un petit caillot qu'on trouva dans l'aorte; le poumon droit ramolli à sa base, etc. On était donc sûr de posséder du *virus charbonneux*.

Le 30 septembre, un morceau du poids de six gros fut excisé du cou du mulet et divisé en deux portions égales. La première, plongée pendant six minutes dans deux onces de chlorure de soude, fut déposée dans le tissu cellulaire de l'aisselle d'un agneau de cinq mois, dont la peau fut ensuite recousue; la seconde déposée sans préparation dans la même région d'un agneau de sept mois. Chez celui-ci une tumeur charbonneuse se déclara, les symptômes généraux se développèrent; il périt le quatrième jour. L'autre eut seulement un phlegmon promptement terminé par suppuration; on ouvrit l'abcès le 3 octobre, et l'animal était guéri le vingt-cinquième jour.

Ces deux expériences furent répétées avec le liquide jaunâtre et virulent de la tumeur charbonneuse. Les résultats furent les mêmes; phlegmon et guérison d'une part; tumeur charbonneuse et mort de l'autre.

Ainsi il paraissait démontré que le chlorure de soude avait neutralisé, détruit le virus charbonneux. Cependant M. Maucourt voulut prévenir jusqu'aux objections qu'on aurait pu tirer de la vigueur comparative, de la constitution différente des animaux employés; et il tenta les deux expériences sur le même individu.

Une certaine quantité de liquide virulent fut exprimée de la tumeur de l'animal qui avait succombé à la cinquième expérience; trois gouttes en furent déposées dans le tissu cellulaire du côté gauche du cou chez un agneau de cinq mois, en même temps que trois gouttes de chlorure; du côté droit, on versa trois gouttes de liquide pur; puis on réunit les deux plaies avec des bandelettes agglutinatives. Le troisième jour, une tumeur charbonneuse existait du côté droit; à gauche, la plaie s'était cicatrisée par première intention. Il ne pouvait rester désormais aucun doute.

Il s'agissait de rechercher ensuite si le chlorure de soude aurait la même efficacité, appliqué sur une tumeur charbonneuse en plein développement sur l'animal vivant. Deux essais seulement furent faits dans ce but.

Le 19 octobre, on déposa dans le tissu cellulaire d'une vieille brebis du coton imbibé de liquide virulent; puis la peau fut recousue. La tumeur charbonneuse se développa rapidement; la peau mortifiée forma avec les parties sous-jacentes une escarre de trois pouces de largeur. Le 23, on excisa de l'escarre tout ce qu'on put en enlever sans crainte de léser les vaisseaux; puis on fit des applications de chlorure souvent renouvelées. Tout le tissu cellulaire mortifié se détacha par lambeaux blan-

châtres. Les nerfs et les vaisseaux intacts paraissaient comme disséqués. Bientôt la plaie présenta le meilleur aspect; la cicatrisation commençait à se former, et la guérison était regardée comme assurée lorsqu'un accident tout-à-fait étranger à l'expérience fit périr l'animal. M. Maucourt ne dit point quel fut cet accident.

Le second essai eut lieu sur un lapin; mais l'auteur ne put revoir l'animal de quelques jours; la tumeur avait donc fait de grands progrès. On se contenta de placer sur la tumeur des compresses imbibées de chlorure; elles n'eurent aucun bon effet; l'animal mourut *le quatrième jour*. M. Maucourt déclare néanmoins qu'il est persuadé de l'efficacité du chlorure de soude dans le traitement du charbon; il est assurément moins difficile en preuves pour ses expériences thérapeutiques que pour ses expériences pathologiques. Tout ce que nous voudrions déduire de ces deux faits isolés, c'est que cette médication mérite peut-être qu'on l'essaie, mais seulement à titre d'épreuve, et sans qu'il soit permis d'y ajouter beaucoup de foi.

Au reste, M. Maucourt ne veut pas qu'on l'emploie d'une manière exclusive. Il distingue deux variétés du charbon : la première, plus fréquemment observée chez l'homme que chez les animaux, est la pustule maligne; la seconde, plus commune chez les animaux et rare chez l'homme, est le charbon proprement dit. Nous sommes si loin d'avoir des données bien exactes sur ce qui se rapporte à ces maladies, que l'analyse de cette partie du mémoire de M. Maucourt ne saurait manquer d'intérêt.

La pustule maligne est due au contact du virus et à son inoculation; dans le principe elle est locale, se montre sans symptômes précurseurs, et parvient à une période assez avancée sans offrir aucun signe d'altération générale. Le charbon, au contraire, se développe spontanément chez les animaux après les étés chauds et humides, et lorsque les fourrages ont été de mauvaise qualité; ou bien qu'on les abreuve d'eaux corrompues. Il n'est pas rare de le voir attaquer les bœufs surmenés. Enfin, dans certaines vallées, il est comme endémique. Ce n'est plus ici une simple affection locale; il y a altération générale, et plus spécialement, comme l'a montré M. Leuret, altération du sang. La tumeur gangréneuse et consécutive forme le complément d'une série de symptômes qui la précèdent toujours. Assez souvent la tumeur se développe dans un organe intérieur, et ne peut être bien reconnue qu'à l'autopsie. On a voulu établir une distinction entre le *charbon noir*, c'est-à-dire l'affection charbonneuse à laquelle se surajoute une ou plusieurs tumeurs extérieures, et le *charbon blanc*, où l'affection demeure générale, sans tumeur ni gangrène locale. M. Maucourt n'a jamais rencontré ce charbon blanc; dans les cas où il n'y avait pas de tumeur extérieure, il a toujours trouvé le charbon dans quelque organe interne; ce qui lui fait dire que si on ne l'a pas vu, c'est qu'on ne l'a pas cherché. Enfin il ajoute que le charbon chez l'homme est toujours le résultat de l'infection ou de la pustule maligne parvenue au dernier degré.

Nous nous permettrons à cet égard quelques observations. Nous savons bien qu'on a tenté de rapprocher le charbon de la pustule maligne; nos dictionnaires contiennent même sous ces deux noms des descriptions de maladies qui se ressemblent beaucoup; et d'après toutes les monographies que nous connaissons sur ce sujet, à commencer par celle d'Énaux et Chaussier, il semblerait que la gangrène locale et extérieure se manifeste sous des aspects quelque peu différens, ce qui lui a fait donner dans certaines contrées le nom de *charbon*, et dans d'autres celui de *puce* ou *pustule maligne*. Mais ce charbon local de l'homme n'a que des analogies très-éloignées avec l'affection charbonneuse générale des animaux; quand l'exposé rapide qu'on vient de lire de leur marche et de leurs symptômes ne suffirait pas pour le prouver, que l'on songe aux terribles effets de l'inoculation du vrai virus charbonneux chez les animaux, cette gangrène prompte, cet empoisonnement universel de l'économie, cette mort rapide; est-ce là ce que montre la pustule maligne? Et quand arrive pour celle-ci la dernière période, celle où toute l'économie prend part à l'affection, cette affection devenue générale est encore d'une autre nature que le charbon des animaux, car elle ne produit ni tumeurs extérieures, ni gangrène des viscères. Dira-t-on que le virus charbonneux inoculé à l'homme lui donne la pustule maligne? Mais rien n'est moins constaté que cette étiologie; et le fût-elle davantage, il serait encore vrai de dire que l'affection inoculée est toute différente de l'affection primitive, de même que le vaccin diffère infiniment des eaux aux jambes du cheval dont on dit pourtant qu'il provient. Ajoutons encore que le charbon des animaux ne commence pas toujours par une intoxication générale, puisque dans les expériences où on l'inocule, c'est la tumeur qui est le premier phénomène apparent et celui qui engendre tous les autres.

M. Maucourt tire de ses vues théoriques cette conséquence, que dans la pustule maligne, l'application du chlorure (sur les tissus encore vivans) suffira dans la première période, et devra être jointe au traitement interne quand l'affection aura pris un caractère général. Au contraire, dans le charbon, la première période ne veut que des remèdes généraux; mais lorsque les tumeurs se déclarent, on ajoutera avec avantage les applications de chlorure. Que faire ensuite dans les cas où la gangrène ne se déclarerait que sur un ou plusieurs des organes internes? L'auteur avait pensé que le chlorure pris à l'intérieur pourrait avoir encore quelque efficacité. On sait qu'en injectant du sang d'un animal charbonneux dans les veines d'un autre, on communique le charbon; M. Maucourt a répété cette expérience, et l'animal a succombé; puis il a mêlé le sang à injecter avec du chlorure, et deux animaux ont survécu, quoiqu'à grand'peine; enfin, après une injection de sang charbonneux, il a administré le chlorure en boisson, et l'animal est mort en moins de trente-six heures. Il est à remarquer que ces expériences n'ont pas même le but que se proposait l'auteur; en effet, il voulait essayer le chlorure dans les cas de gangrène interne, et les autopsies n'ont point démontré que cette gangrène existât; de plus, elles nous semblent contredire ce qu'il a avancé, que dans les animaux morts du charbon, si l'on n'a pas toujours trouvé des tumeurs charbonneuses, c'est qu'on ne les a pas cherchées. On doit présumer qu'il n'a pas oublié cette recherche, et cependant dans ses autopsies rien n'indique qu'il en ait trouvé.

M. Maucourt termine enfin en conseillant le chlorure de soude en lotions, lorsqu'on a lieu de craindre de s'être inoculé le virus charbonneux par une voie quelconque, par contact ou par piqûre; nous croyons ce précepte très-salutaire, et il mériterait d'être répandu parmi certaines classes d'ouvriers.

SOUVENIRS DE LA PRATIQUE DE DELPECH, par M. POUJET. — DESTRUCTION DES SÉQUESTRES OSSEUX PAR L'ACIDE SULFURIQUE.

Delpech découragé par les insuccès qu'il avait eus dans des cas de nécrose du tibia, imagina un moyen qui pût faciliter la sortie du séquestre sans opération, et qu'il n'a décrit dans aucun de ses ouvrages. Ce moyen consiste à détruire par l'acide sulfurique affaibli le phosphate calcaire de l'os nécrosé; celui ci réduit à son parenchyme gélatineux peut être attiré au-dehors par de simples pinces à pansement.

Ce fut en 1814 que Delpech appliqua pour la première fois cette idée. Un jeune soldat amputé du bras, chez qui on avait à deux reprises et avec beaucoup de peine arrêté la pourriture d'hôpital, présentait un moignon au milieu duquel l'humérus faisait saillie d'un pouce et demi. Le séquestre aurait été probablement des mois entiers à se séparer; Delpech fit recouvrir sa surface extérieure d'un plumaceau de charpie trempé dans l'acide sulfurique affaibli; un bourdonnet humecté du même liquide fut ensuite introduit dans le canal médullaire, dont on avait préalablement ôté la substance réticulée. Au bout de 24 heures, la portion de l'humérus dénudée était ramollie au point qu'elle put être facilement détachée. Dix jours après l'extrémité de l'os était recouverte de bourgeons charnus et la guérison complète ne se fit pas attendre.

En 1816, un sujet, porteur d'une nécrose dont le séquestre occupait presque toute l'étendue du tibia, se présenta à la clinique, et Delpech tenta le même moyen. Une traînée de potasse caustique fut appliquée à la partie supérieure de la jambe, de manière à obtenir une escarre de la grandeur d'un écu de six livres. L'escarre fut détachée de l'os, et ce dernier recouvert immédiatement après d'un plumaceau trempé dans l'acide sulfurique affaibli, qui, au bout de deux ou trois pansemens renouvelés chaque cinq ou six heures, le rendit assez mou pour pouvoir être détruit avec de simples pinces à pansement. Ce résultat une fois obtenu, on fit deux applications nouvelles et successives de potasse caustique et d'acide sulfurique au-dessous de la première; de cette manière, le séquestre fut mis à nu dans une étendue de 5 à 6 pouces de long sur 1 pouce et demi de large, et l'on put l'extraire avec la plus grande facilité. Il avait plus de 6 pouces de longueur, et formait presque les deux tiers du cylindre. Le malade pendant ce temps n'éprouva pour ainsi dire aucune douleur; il quitta l'hôpital parfaitement guéri un mois après son entrée.

Depuis lors jusqu'en 1822, époque à laquelle M. Poujet est parti de Montpellier, il a vu Delpech employer ce moyen à l'hôpital et en ville, et toujours avec un égal succès. Il ajoute qu'il s'en est servi très-avantageusement lui-même chez un enfant atteint d'une nécrose du tibia.

OBSERVATIONS DE FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE APOPLECTIQUE, par M. BONNET, D.-M. P.

Ce mémoire contient trois observations de fièvre intermittente pernicieuse, toutes les trois assez intéressantes; mais l'une d'elles surtout

nous paraît mériter une attention toute spéciale, car nous n'en connaissons pas d'analogue dans les ouvrages modernes. C'est l'histoire d'une fièvre pernicieuse apoplectique terminée par la mort, et qui offrit à l'autopsie un épanchement considérable de sang dans l'un des hémisphères. Nous allons la rapporter telle que l'auteur l'a donnée, regrettant pourtant qu'elle ne soit pas plus complète et plus détaillée.

Obs. — M., propriétaire, âgé de 64 ans, d'un tempérament sanguin, d'un caractère très-irascible, fut atteint, à la fin de juillet 1818, d'une fièvre tierce qui céda promptement au quinquina.

Le 12 août suivant, dans la matinée, il ressentit tout à coup des frissons, des envies de vomir et une grande pesanteur de tête. A midi il tomba dans un assoupissement profond. Lorsqu'on le secouait, il ouvrait les yeux et les fermait aussitôt; il essayait également quelquefois de répondre aux questions qu'on lui adressait, mais ne pouvait proférer une seule parole. Dès que je fus rendu auprès de lui, j'ouvris l'une des veines saphènes. Ce vaisseau n'ayant presque pas fourni de sang, je pratiquai une saignée du bras très-abondante. Des synapismes furent mis autour des malléoles, et l'on donna pour boisson une décoction d'orge et de chiendent.

Pendant la nuit l'assoupissement se dissipa; le malade était si bien le lendemain matin, qu'il ne se plaignait que d'un peu de propension au sommeil. Un changement si subit pouvait à la rigueur être l'effet du traitement employé; mais comme M. avait déjà eu une fièvre intermittente, et que l'état soporeux dans lequel je l'avais observé la veille s'était développé dans la semaine paroxistique, je pensai que cet état se reproduirait probablement, et en conséquence je prescrivis quatre gros de quinquina à prendre sur-le-champ par doses décroissantes de deux en deux heures.

L'événement ne tarda pas à confirmer mes prévisions, car, malgré l'emploi du quinquina, une congestion cérébrale de même nature que la précédente se déclara le 14, à deux heures du matin. J'eus recours de nouveau à la saignée, aux sinapismes, aux boissons délayantes, et j'ordonnai pour l'époque de l'apyrexie six gros de quinquina.

Le coma cessa au bout de dix ou douze heures; mais le malade ne fit point usage du quinquina ordonné, parce que ce médicament coûtait cher et qu'il n'avait pas prévenu le dernier accès, et surtout parce qu'un de ses voisins lui offrit un remède qu'il disait plus efficace et moins dispendieux. Malheureusement il écouta les insinuations de cet homme; l'accès revint à l'heure dite, mais avec tous les caractères d'une apoplexie foudroyante. La mort eut lieu le 16, vers sept heures du soir.

Une terminaison aussi fâcheuse ayant occasioné des rumeurs dans le public, l'autorité prescrivit sans délai l'ouverture du cadavre, afin de constater si le remède qu'on avait substitué au quinquina avait été la cause de la mort. L'estomac et les intestins ne présentaient que des traces légères d'irritation; le reste des viscères abdominaux et ceux de la poitrine étaient sains; le cerveau, au contraire, offrait les désordres les plus graves. Les vaisseaux qui se distribuent à cet organe et à la pie-mère, étaient gorgés de sang. Il s'était fait en outre un épanchement considérable de ce fluide dans l'épaisseur de l'hémisphère droit.

Après ce fait, M. Bonnet en rapporte un autre qui serait également intéressant si le nombre des accès eût été plus considérable; c'est l'histoire d'une jeune fille qui eut trois accès de paralysie avec symptômes fébriles, perte de connaissance et convulsions, et disparaissant avec eux, à sept jours de distance; mais après le troisième accès, M. Bonnet ne crut pas devoir attendre plus long-temps à employer le quinquina, et soit que les accidens ne dussent plus se reproduire, soit qu'ils dépendissent réellement d'une fièvre périodique, ils ne reparurent plus.

De la nature et du siége de l'angine de poitrine, par M. Gintrac, D.-M. P.

Bien que l'angine de poitrine n'ait fixé l'attention des médecins d'une manière spéciale que depuis plus d'un demi-siècle, cependant c'est l'une des maladies au sujet de laquelle on a émis le plus d'hypothèses et sur laquelle il y a le moins d'accord. M. Gintrac, avant de donner son opinion sur la nature de l'angine de poitrine, commence par examiner ces différentes hypothèses qu'il trouve toutes insuffisantes. Nous allons exposer les raisons sur lesquelles il s'appuie pour repousser quelques-unes d'entre elles. Ainsi ce n'est point une maladie de la nature des névroses, comme le pensaient Heberden, Macbride, Darwin, Jurine et M. Desportes, parce que dans le plus grand nombre des autopsies faites avec soin, on a trouvé des altérations remarquables, principalement dans les organes circulatoires; parce qu'elle est très-rare chez les jeunes sujets et chez les femmes qui sont cependant plus sujettes aux affections nerveuses; parce qu'elle produit presque toujours la mort subite, et enfin parce qu'on n'a pu démontrer d'une manière directe et positive l'altération des nerfs chez les sujets qui en sont morts; cependant M. Gintrac ne nie pas que dans quelques cas l'angine de poitrine ne puisse être avec raison rangée parmi les névroses.

Il ne pense pas non plus qu'on puisse l'attribuer, comme l'ont fait quelques médecins allemands et anglais, au déplacement de la goutte ou du rhumatisme; car on l'a observée un grand nombre de fois chez des sujets qui n'avaient jamais éprouvé le moindre accident arthritique.

L'idée de rattacher l'angine de poitrine à des lésions organiques n'offre pas plus de solidité, l'ossification des artères coronaires, la présence d'une grande quantité de tissu adipeux dans le tissu du cœur, l'ossification des cartilages costaux, la tuméfaction du foie, peuvent quelquefois être considérées comme la cause organique de l'angine de poitrine, mais non dans le plus grand nombre des cas.

L'auteur pensant qu'aucune de ces explications sur la nature et le siége de cette maladie ne peut soutenir l'épreuve d'un examen rigoureux en donne une qu'il croit approcher davantage de la vérité. Le lieu qu'occupe la douleur et la force des pulsations dans cette maladie l'avaient déjà conduit en 1825 à penser que cette maladie est l'expression d'un mode de souffrance dont l'aorte serait le point de départ. De nouvelles réflexions et de nombreuses recherches ont depuis lors confirmé ce premier aperçu. En examinant les observations recueillies, il a constaté que le plus souvent on a trouvé chez les individus morts à la suite de l'angine de poitrine, une altération soit de l'aorte elle-même, soit des valvules semi-lunaires, soit des artères cardiaques. Ces parties, en apparence différentes, ne forment cependant par leur développement qu'un seul organe, dont tel ou tel point peut être plus affecté sans que cette différence de lieu modifie notablement les conséquences de la lésion.

L'auteur dit avoir réuni trente observations de cette maladie où l'aorte était épaissie, ou dilatée, ou cartilagineuse, ou ossifiée, tandis qu'il n'en a trouvé que dix à douze où cet organe n'ait offert aucune altération, et encore il ajoute que sur ce dernier nombre il n'en est pas un qui porte les caractères soit d'un fait bien afférent au sujet, soit d'une observation recueillie avec l'exactitude, l'attention et les détails nécessaires. Si même parmi les observations d'aortite publiées par les auteurs il n'en est pas dans lesquelles la douleur caractéristique de l'angine de poitrine ait été notée, M. Gintrac pense que cela dépend de ce que l'histoire des phlegmasies des gros troncs vasculaires est à peine ébauchée et à ce que la plupart des faits n'ont été recueillis que sur des sujets atteints d'autres affections.

Si l'irritation de l'aorte est la cause de l'angine de poitrine, il doit être très-facile d'arriver à établir le traitement de cette maladie d'une manière rationnelle. En effet, M. Gintrac pense que les antiphlogistiques modérés, un régime régulier et léger, une température douce, l'habitation de la campagne sont les moyens qui doivent inspirer le plus de confiance; mais tous ces moyens appartiennent simplement à l'hygiène et ne nous paraissent pas devoir suffire pour la guérison, soit d'une angine de poitrine, soit d'une véritable phlegmasie de l'aorte. Cependant l'auteur termine son mémoire par l'histoire de deux observations où l'on ne peut méconnaître qu'ils ont exercé une heureuse influence.

Obs. — M. M. est âgé de 67 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, et sujet à la goutte, dont il a eu quelques atteintes aux articulations du pied. Il y a sept ans qu'il fut atteint pour la première fois, en marchant le soir dans une rue, d'un accès d'angine de poitrine. Obligé de s'arrêter, il se retrouva bientôt dans son état ordinaire. Quelque temps après et dans les mêmes circonstances, une douleur pareille se reproduisit, et cessa pour reparaître plusieurs fois dans des circonstances analogues. La douleur était placée exactement derrière la partie supérieure et moyenne du sternum; il n'y avait ni dyspnée, ni toux, ni palpitations, ni autres signes d'une lésion du cœur. Je conseillai l'application plus ou moins réitérée (trois ou quatre fois par an) de douze à quinze sangsues à l'anus, un régime tempérant, l'usage de l'eau pour boisson, l'habitation de la campagne. Les attaques se sont éloignées, et maintenant elles ne reparaissent que quand le malade s'oublie à marcher vers le soir. Il a éprouvé dernièrement une maladie grave et longue, à la suite d'affections morales pénibles. Il a eu une fièvre continue avec exacerbations irrégulières et sans indice précis de la lésion d'aucun organe important; mais il ressentait, surtout quand la fièvre était plus forte, une gêne inexprimable, une sorte d'embarras à la partie supérieure et antérieure du thorax. Le poids seul des couvertures le fatiguait beaucoup.

Le dernier symptôme iodiqué dans cette observation, qui s'est dissipé avec la fièvre, et qui dans toute autre circonstance eût paru indifférent, frappa vivement l'attention de M. Gintrac, qui le rapporte à l'ancienne irritation de l'aorte, probablement exaspérée par la stimulation générale du système vasculaire.

L'opinion avancée ici par M. Gintrac sur le siége de l'angine de poitrine mérite certainement de fixer l'attention, bien qu'elle ait déjà été émise ailleurs; mais il restera toujours à expliquer pourquoi la douleur et les autres symptômes sont intermittens, tandis que la lésion à laquelle on les attribue est continue, et pourquoi on rencontre la même douleur avec tous les autres mêmes symptômes chez des sujets chez lesquels, après la mort, on ne trouve aucune trace d'altération dans l'aorte ni les autres gros vaisseaux.

II. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Du chatonnement du placenta, par M. Dubroca.

Le chatonnement du placenta est un cas assez rare dans la pratique;

et dont l'histoire, par ce motif, n'a pas encore été suffisamment complète. La plupart des auteurs s'accordent à recommander d'introduire un ou deux doigts dans l'ouverture du chaton, et de la dilater peu à peu pour la faire franchir au placenta. M. Dubroca pense que ce procédé par dilatation est fort rarement exécutable.

La cause du chatonnement réside dans un défaut d'équilibre dans les contractions utérines ; et les mêmes contractions qui l'ont produit pendant l'expulsion du fœtus, sont encore la cause de sa persistance après. Or, si l'on examine à part la disposition des fibres du fond et celles du pourtour de l'orifice du chaton, on trouve ces dernières fortes, épaisses et très-résistantes, tandis que celles du fond, encore distendues par la présence du placenta, offrent aussi une contraction plus faible que celle de l'orifice. Vaincre la contraction de cet orifice, telle est donc l'indication qui se présente ; et l'introduction, non pas d'un doigt seulement, mais de plusieurs, est certainement le meilleur moyen de l'obtenir. Mais que devient ce précepte, quand l'ouverture du chaton est tellement petite qu'on ne peut introduire un seul doigt ; ou bien quand le cordon ombilical la remplit tout entière ; ou enfin quand ses contractions sont tellement fortes qu'aucune puissance ne saurait les vaincre ? Les trois observations qui suivent indiqueront les difficultés qui peuvent embarrasser l'accoucheur, et le moyen de les surmonter.

CHATONNEMENT COMPLET.

Obs. I. — En 1830, M. Dubroca fut appelé près d'une femme en couches par une sage-femme qui ne trouvait pas le placenta. L'accoucheur examina le sujet, et trouva pendant le cordon ombilical ; mais la main, portée dans l'utérus, ne reconnut en effet le placenta nulle part. Il retira sa main déjà engourdie, et fit quelques tractions légères sur le cordon, qui résista solidement. Enfin il le saisit de la main gauche ; et se servant de lui comme d'un guide certain, il parvint au fond de l'utérus, où il reconnut qu'il s'introduisait par une petite ouverture qu'il remplissait exactement.

C'en était assez pour reconnaître un chatonnement complet. Le chirurgien, qui voyait ce cas pour la première fois, voulut tenter la dilatation, et ne fut pas peu surpris de ne pouvoir introduire même le bout du doigt. Il retira sa main de l'utérus, trempa le bout de l'indicateur dans l'huile, et fit encore de nombreux efforts pour l'introduire dans le chaton, où il parvint enfin après avoir fait des mouvemens de rotation pour élargir l'orifice. Il tenta d'introduire un second doigt, mais cela fut impossible ; tandis qu'il dilatait d'un côté, l'orifice se resserrait de l'autre, et la présence du cordon gênait encore l'opérateur. Enfin, poussé par l'idée du moment et la nécessité de la délivrance, il plongea tout le doigt dans la partie du placenta qui se présentait, et chercha à le déchirer en imprimant au doigt tous les mouvemens possibles. Le placenta fut ainsi réduit en bouillie et en lambeaux qui s'écoulaient successivement par l'ouverture, chassés par les contractions du chaton ; et il n'en restait plus à peu près que la grosseur d'un œuf, quand, par une contraction énergique et brusque du chaton, il fut chassé de la cavité, qui n'en fit dès-lors qu'une seule avec celle de l'utérus.

CHATONNEMENT INCOMPLET.

Obs. II. — Dans un second cas, l'utérus fortement contracté présentait vers sa partie moyenne une forte bride disposée en anneau qui le divisait en deux cavités à peu près égales, une vers le fond, l'autre vers les parties externes. Chacune de ces cavités renfermait la moitié du placenta, qui se trouvait étranglé fortement vers sa partie moyenne par les contractions de l'anneau. Le cordon ombilical allait s'implanter sur la portion de placenta logée dans la cavité postérieure. La disposition était telle qu'elle rappelait absolument l'image d'un étranglement herniaire.

Quelques tractions furent exercées sur le cordon, mais inutilement. L'accoucheur essaya d'introduire le doigt dans l'anneau ; ce fut impossible. Il saisit la portion de placenta qu'il avait sous la main, et tira sur elle avec modération ; mais le placenta était tellement serré, qu'il aurait plutôt renversé l'utérus.

Enfin les douleurs de délivrance étant totalement impuissantes, quoique fortes, il se décida à écraser le placenta. Après avoir réduit en bouillie toute la portion extérieure de cet organe, il enfonça l'index dans l'anneau utérin, à travers la substance même du placenta qui le bouchait, et déchira toutes les portions de ce corps qui vinrent s'offrir à l'ouverture par l'effet des contractions utérines. Après dix minutes environ la cavité postérieure chassa brusquement le peu qui restait du placenta, et la délivrance fut complète. A l'instant même il n'y eut plus qu'une seule cavité dans l'utérus.

CHATONNEMENT COMPLET.

Obs. III. — Dans ce troisième cas l'anneau utérin était plus large ; on pouvait y introduire plus facilement deux doigts, et le cordon qui le traversait était parfaitement libre. L'accoucheur procéda par la dilatation, qui se fit à un faible degré, mais pas assez pour laisser passer en masse un placenta d'ailleurs fort volumineux. Il fallut donc le déchirer peu à peu, et le dernier tiers à peu près fut expulsé en entier par une brusque contraction de la cavité postérieure de l'utérus.

Tel est le procédé que M. Dubroca appelle *par érosion*. Pour le mettre à exécution, il faut revenir plusieurs fois dans l'utérus, attendu que le doigt est bientôt fatigué ; ne détacher le cordon que le plus tard possible, parce qu'il sert de guide pour retrouver l'orifice du chaton ; graisser le doigt avec soin afin d'avoir plus de facilité à l'introduire ; enfin il serait utile, si on pouvait prévoir le cas, de ne pas couper l'ongle du doigt pour opérer, afin de rendre l'érosion du placenta plus prompte et plus facile.

On s'est demandé à quelle époque avait lieu le chatonnement durant la grossesse ou durant la parturition. La première et la troisième observations auraient pu servir à résoudre le problème. En effet, l'enfant étant né vivant et bien portant, et le cordon ombilical étant étroitement serré par l'orifice du chaton, l'enfant serait mort-né infailliblement, si cette striction du cordon avait seulement existé dès le début du travail. On sait parfaitement d'ailleurs aujourd'hui que le chatonnement du placenta appartient aux phénomènes de la parturition.

III. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU MOXA DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE CHRONIQUE, par M. ARCHAMBAULT-REVERDY, secrétaire-général de la Société médicale de Tours.

L'hépatite chronique est peu connue, et conséquemment, dans la plupart des cas, la médication qui lui est opposée peu convenable. Doit-on considérer comme des variétés de l'hépatite chronique l'induration simple, le squirrhe, le cancer, la cyrrhose et quelques autres dégénérescences moins fréquentes ? C'est l'opinion de M. Reverdy. Cependant on ne doit pas en conclure qu'il conseille l'emploi du moxa dans tous ces cas indifféremment. Voici d'abord ce qu'il entend par hépatite chronique. « C'est cet état particulier d'induration du foie qu'on reconnaît ordinairement à une tumeur rénitente et peu douloureuse à la pression, située profondément dans l'hypocondre droit, sans douleur lorsqu'on ne la touche pas, et ne faisant éprouver d'autre sentiment que celui d'un poids plus ou moins incommode ; à la teinte jaune de la peau, qui est même quelquefois sèche et rude au toucher ; à la nature et à la quantité des urines, qui sont rares, très-colorées et déposent un sédiment brunâtre plus ou moins abondant ; à la qualité des évacuations alvines, qui sont décolorées ; à la fréquence, et surtout à la petitesse du pouls ; à la teinte verdâtre dont les conjonctives sont colorées ; au malaise qu'excite le coucher sur le côté droit ; enfin, à l'enflure progressive des extrémités inférieures. » Cette maladie, qui offre un grand nombre de degrés, depuis la simple induration jusqu'à la désorganisation complète de l'organe, ne peut réclamer le même traitement à toutes les époques de sa durée. Au début, alors qu'il n'y a encore qu'un simple ralentissement vital, une paresse de tous les organes abdominaux, on peut arrêter le cours de la maladie en stimulant ces organes ; et le moyen le plus actif de stimulation que connaisse M. Archambault-Reverdy, c'est le moxa ; mais quand l'affection est parvenue à son plus haut point de développement, il ne s'agit plus de stimuler ; il faut au contraire réparer autant que possible la désorganisation qui s'opère incessamment. Ce n'est donc que pendant la première période que l'auteur conseille l'emploi du moxa, qui jouit de la propriété d'exciter fortement les tissus sur lesquels il est appliqué, de pénétrer plus ou moins profondément dans les parties situées au-dessous, et d'établir à la peau un centre de fluxion vers lequel se portent nécessairement les liquides formant l'induration qu'on veut dissiper.

L'auteur rapporte six observations qui prouvent l'efficacité du traitement qu'il conseille. Sa manière d'appliquer le moxa n'offre rien de spécial ; il emploie le moxa de coton, et en met ordinairement trois à la fois au centre de l'engorgement. Dans plusieurs des cas qu'il rapporte, l'amélioration se manifesta au bout d'un petit nombre de jours. Ainsi, chez le sujet de la première, trois jours après cette application, les urines coulaient déjà en plus grande abondance ; à la constipation, existant depuis long-temps, avait succédé une diarrhée des plus copieuses ; la peau était déjà moins jaune et l'enflure des jambes diminuée sensiblement. Ce n'est que quand l'action du moxa a déjà produit une amélioration manifeste qu'il y joint celle des purgatifs.

M. Archambault pense que le moxa est encore utile quand l'induration a déjà passé à l'état de squirrhe, et conseille au reste le même traitement que dans la première période ; il termine son travail en le résumant dans les propositions suivantes.

1° Le moxa ne guérit qu'en déterminant dans les tissus une réaction salutaire.

2° Il n'est jamais indiqué que dans les cas où il faut stimuler.

3° Il est souvent avantageux d'en faire précéder l'usage par une application de sangsues au siége.

IV. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

OBSERVATION SUR L'EFFICACITÉ DU SEIGLE ERGOTÉ dans un cas de môle hydatique ou vésiculaire; par J. CABARET, docteur en médecine.

Parmi tous les moyens proposés pour procurer l'issue des môles vésiculaires, mercuriaux, diurétiques, lavemens irritans, purgatifs de toute espèce, il est assez remarquable qu'on n'ait pas encore songé au seigle ergoté, que l'analogie seule aurait pu faire mettre en première ligne. Sans doute l'efficacité généralement admise des injections d'une forte solution de sel commun aiguisée de vinaigre, tant préconisée par Percy, a détourné de chercher une autre médication. On va voir cependant que cette efficacité est loin d'être toujours constante, et qu'alors le seigle ergoté peut être d'un grand secours.

OBS. — Mme H., âgée de 24 ans, d'un tempérament nerveux, mariée depuis dix-huit mois, éprouva pour la première fois les symptômes précurseurs d'une grossesse sur la fin de juin 1833. En juillet et août, le ventre s'accrut rapidement en volume, et la confirmait dans l'idée qu'elle était enceinte; lorsque, le 25 septembre, vers neuf heures du soir, elle sentit, vers les lombes et l'hypogastre, quelques douleurs d'abord peu vives qui augmentèrent dans la nuit et s'accompagnèrent d'une perte abondante. M. Cabaret fut mandé le lendemain matin.

A son arrivée la perte avait beaucoup diminué, mais les douleurs s'étaient sensiblement accrues et se succédaient presque sans interruption. Le col était peu dilaté, dur, résistant; le doigt pénétrant dans sa cavité, percevait la sensation d'un corps mollasse, membraneux, qui fit croire à la présence d'une môle. La rapidité avec laquelle le ventre s'était accru, affermit le chirurgien dans cette opinion; en conséquence il avisa aux moyens de procurer l'expulsion.

La malade fut mise dans un bain de siége émollient et y resta une demi-heure; après quoi, on pratiqua des injections et des fumigations émollientes. Le col utérin s'amincit et perdit de sa rigidité, mais ne se dilata pas d'une manière sensible. Les douleurs persistèrent, et vers le soir un liquide rougeâtre, fétide, et mêlé d'hydatides s'écoula par la vulve. La nature de la môle bien reconnue cette fois, on fit des injections avec l'eau de mer aiguisée d'un peu de vinaigre; mais bien que réitérées plusieurs fois dans la nuit, ces injections n'eurent aucun résultat favorable; l'hémorrhagie avait reparu; l'orifice ne se dilatait point; la malade était fatiguée.

Le 27, après s'être assuré à l'aide du toucher que ni les doigts, ni les instrumens ne parviendraient à extraire la môle, vu l'étroitesse de l'orifice, M. Cabaret se décida à administrer 20 grains de seigle ergoté en poudre, mêlés à un demi-verre d'eau sucrée. Un quart d'heure après l'ingestion de ce médicament, des douleurs beaucoup plus fortes et surtout beaucoup plus expulsives survinrent, et ne cessèrent presque pas jusqu'à l'expulsion d'une énorme môle hydatidique pesant 6 livres, et composée d'une tige centrale dont les ramifications, croisées un nombre de fois incalculable, produisaient une trame aréolaire, formée de plusieurs couches superposées et réunies à une seule masse centrale d'un tissu non, jaunâtre et facile à déchirer. Ces ramifications filamenteuses, qui semblaient avoir la même organisation que les vésicules (*acephalocystis racemosa*), et qui étaient d'une ténuité excessive, les attachaient les unes aux autres. La masse des hydatides formait un assemblage de vésicules à parois diaphanes, très-minces, fragiles et remplies d'un liquide limpide et légèrement albumineux. Cette masse abandonnée à elle-même s'affaissa, s'aplatit et s'étala irrégulièrement.

Tous les accidens cessèrent immédiatement, et la malade se rétablit très-bien; quinze jours suffirent pour la convalescence.

Quelque intérêt que présente cette observation, et quoique le diagnostic ait été si heureusement justifié, nous ne saurions cependant nous empêcher de le signaler comme un peu trop téméraire. La sensation d'un corps mollasse, au troisième mois d'une grossesse présumée, ne prouve absolument rien contre l'idée d'une vraie grossesse; et le rapide développement du ventre n'est pas non plus un symptôme auquel on puisse se fier. M. Cabaret s'appuie sur l'autorité de Delamotte et de Fodéré, qui l'ont regardé comme plus fréquent dans les fausses grossesses; mais lui-même n'ose lui accorder d'autre valeur que *de fournir quelques probabilités*; et ce n'est pas sur de simples probabilités qu'il est rationnel de provoquer l'évacuation de l'utérus. Le seul signe auquel on doive s'en rapporter en cas pareil est la sortie de quelques hydatides; jusque-là le chirurgien doit s'opposer aux accidens, et faire son possible pour empêcher l'avortement.

V. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

DE L'INFLUENCE DU JOUR ET DE LA NUIT SUR LES NAISSANCES; tableaux statistiques présentés à la Société de médecine de Gand par M. GUIETTE, membre correspondant.

Frappé de l'influence que le jour et la nuit exercent sur les fonctions de l'économie, M. Guiette a pensé qu'elle pourrait s'étendre jusque sur la naissance de l'homme. Il a en conséquence recherché, à la Maternité de Bruxelles, quel avait été le nombre de naissances pour chaque heure du jour pendant une période de 11 ans, de 1812 à 1822; nous laisserons le tableau de côté pour nous en tenir aux résultats.

Or, si l'on divise le jour entier en quatre périodes de six heures chacune, on trouve les naissances ainsi disposées.

	JOUR.	NUIT.	
De 1 à 6 heures,	674	799	
De 6 à 12 heures,	616	693	
	1190	1492	Total 2682 naissances.

On voit d'abord qu'il naît sensiblement plus d'enfans durant la nuit que durant le jour. C'est à onze heures du soir et à deux heures du matin qu'il en naît le plus; ainsi, la première de ces heures compte 224 naissances, et la seconde 172. Il faut noter cependant, et cette remarque n'a point échappé à l'auteur, que l'heure de minuit ne compte que 4 naissances; il y a ici une inexactitude évidente qui provient sans doute de ce qu'on a reversé les naissances arrivées à cette heure sur celle d'avant ou celle d'après, pour prévenir toute contestation sur le jour légal de la naissance. Toutefois, l'heure de midi ne fournit aussi que 48 naissances, et durant trois années elle n'en a pas fourni une seule, tandis que la moins bien partagée qui vient après, celle de trois heures du soir, en compte encore 88. Il serait assez curieux de rechercher si les sages-femmes chargées du service à cette époque ne négligeaient pas un peu leurs malades à l'heure provinciale du dîner.

L'auteur, attaché comme adjoint à la Maternité depuis 1827 jusqu'à 1834 inclusivement, a recueilli durant ces huit années de nouveaux nombres dont l'exactitude est mieux garantie. Sur 2766 naissances, on trouve que la répartition a eu lieu ainsi :

	JOUR.	NUIT.	
De 1 à 6 heures,	632	750	
De 6 à 12 —	677	707	
	1,309	1,457.	— Total égal, 2,766.

Ainsi c'est toujours la nuit qui fournit le plus de naissances; et dans la nuit la période de une à six heures du matin. Dans les deux tableaux c'est au contraire la période de une à six heures du soir qui en donne le moins. Les heures les plus favorisées sont onze heures du soir, et deux à trois heures du matin, qui atteignent ces trois chiffres de 134, 132, 140. Les heures les moins chargées sont sept heures du matin, 102 naissances, et trois heures du soir seulement 97. Midi et minuit offrent des chiffres plus élevés. En réunissant les deux tableaux, on trouve que sur 5,448 naissances, 2,949 appartiennent à la nuit; 2,499 au jour; le rapport est de 1,18.

VI. BULLETIN MÉDICAL BELGE.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE, par le docteur SEUTIN, chirurgien en chef de l'hôpital St-Pierre, etc.

M. Seutin se déclare partisan exclusif de l'appareil inamovible, mais pour les fractures simples seulement, c'est-à-dire sans complication de plaie, et quelques autres complications même lui font retarder l'application de cet appareil de quelques jours; il l'enlève aussi avant la consolidation, dès qu'il y a lieu de craindre une trop forte compression ou une trop vive douleur. Moyennant ces précautions, on peut approuver cette manière de faire. Mais quelquefois M. Seutin les néglige; ainsi on le voit appliquer l'appareil inamovible sur une fracture de jambe, malgré une rougeur érysipélateuse qui envahissait la partie inférieure du membre. C'est là, à notre avis, une imprudence qu'il faut signaler avec d'autant plus de force qu'elle était toute gratuite et sans la moindre nécessité. Le malade guérit, heureusement; ce qui sauve bien la responsabilité morale du chirurgien, mais ne justifie pas le procédé.

M. Seutin a apporté quelques modifications à l'appareil de M. Larrey. Ainsi, pour la fracture de jambe, il emploie quatre couches de bandelettes; après avoir appliqué sur la jambe les deux premières couches, il met sur les côtés deux attelles de carton larges, fortes et longues; après la troisième couche, il place sous le tendon d'Achille un coussin conique bourré d'étoupes, de 6 pouces de long sur 3 de large, et ayant 2 pouces d'épaisseur à sa base; enfin, au lieu de blancs d'œufs, il se sert d'une solution amylacée, composée de 2 onces d'amidon sur 2 livres d'eau, et réduite jusqu'à un mucilage épais; on en enduit les compresses à mesure qu'on les applique à l'aide d'une brosse ou d'un peu de linge.

Cette solution, plus économique que l'autre, communique aux pièces de l'appareil une solidité au moins aussi grande. Dans les fractures de la clavicule, il suffit d'en imprégner légèrement le bandage de Desault pour que, même sans épingles, il ne se relâche jamais.

Le plus grand avantage que l'on retire de ce bandage, selon M. Seutin, c'est chez les enfans, et surtout pour les fractures de cuisse; l'urine et les matières fécales, qui imbibent si vite les autres appareils, ne font rien sur celui-ci à raison de sa dureté. Nous transcrivons ici deux faits observés à l'hôpital Saint-Pierre.

FRACTURE DE CUISSE CHEZ DEUX ENFANS. — Une petite fille âgée de 6 ans. Fracture de cuisse transversale, située environ à l'union de ses deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Pansement ordinaire pendant cinq jours; mais à cause des urines, etc., on appliqua l'inamovible.

Un petit garçon âgé de 10 ans. Même fracture et au même endroit. Même observation que pour la petite fille.

Cinq semaines après, on ôta le bandage aux deux malades, et non-seulement il n'y avait pas la moindre difformité, mais même pas le moindre raccourcissement.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE.

— Dans notre compte-rendu de la dernière séance, à l'article MÉTÉOROLOGIE, il y a quelques inexactitudes qu'il importe de faire disparaître. 1° Le nom de l'auteur des observations faites au port de Van Conver est M. Mac Loughlin, et non M. Maclonghlin; 2° dans la comparaison entre les températures moyennes des côtes orientales et occidentales du nouveau continent, il est dit qu'à la côte occidentale cette moyenne est *inférieure*; chacun aura corrigé cette faute en lisant, et vu qu'il fallait *supérieure*; 3° Une dernière erreur, plus grave, se trouve dans les premières lignes de l'alinéa suivant: Ici, en effet, ce n'est plus sur la comparaison entre les deux côtes de l'Amérique, mais entre les deux hémisphères que portait la remarque de M. Arago. Les résultats de plusieurs observations, parfaitement d'accord avec les considérations déduites de la configuration des terres, ont fait voir qu'à latitudes égales la température moyenne dans l'hémisphère austral est sensiblement inférieure à ce qu'elle est dans l'hémisphère boréal; mais cette différence si manifeste, quand on compare des lieux situés par de hautes latitudes, les îles Malouines et Londres, le cap Horn et Copenhague, se retrouverait en effet également dans les basses latitudes. C'est ce qui n'avait pas été vérifié, et ce qui ressort aujourd'hui des observations faites par M. Mossoti. Il a trouvé en effet qu'à Buenos-Ayres, par 34 1/2 lat. S., la température moyenne est de 17° cent. Dans notre hémisphère, à Alger, plus éloigné de l'équateur (lat. N. 36 5/6), la moyenne est 21°

ARC-EN-CIEL LUNAIRE ET HALOS.

M. Virlet adresse une communication relative à un très beau halo et à un arc-en-ciel lunaire qu'il a eu occasion d'observer à quelques heures de distance, le 30 octobre, dans les environs de la Charité-sur-Loire; il ajoute que les arcs-en-ciel lunaires sont un phénomène très-commun, quoique récemment, dans une communication faite à l'Académie, on les ait représentés comme très-rares.

M. ARAGO fait remarquer à ce sujet que, s'il est très-commun d'apercevoir la nuit, par le clair de lune, la forme de l'arc, il est au contraire rare d'y voir bien marquées les couleurs du prisme, et que celui dont on a entretenu l'Académie était dans ce dernier cas. Quant aux halos, il paraîtrait que M. Virlet ne sait pas bien quels sont les renseignemens qu'on peut désirer pour confirmer ou modifier la théorie qu'on a proposée sur la formation de ce phénomène. Un des premiers soins de l'observateur doit être de donner exactement la mesure du diamètre, et de la donner dans les différentes directions, car il y a des cas où le diamètre n'est pas le même dans toutes, et c'est ce qui jusqu'à présent n'est pas expliqué par la théorie.

— MM. Berthold et Bunsen avaient adressé, il y a quelques mois, à l'Académie, pour le concours Monthyon, un mémoire sur l'emploi de l'oxide hydraté de fer comme contre-poison de l'acide arsénieux. M. Isidore Geoffroy remet en leur nom, comme pièce à l'appui, un numéro de la feuille de correspondance de l'*Union médicale du Wurtemberg*, dans lequel se trouvent mentionnés plusieurs cas d'empoisonnement guéris à l'aide du moyen indiqué par MM. Berthold et Bunsen.

DÉVELOPPEMENT DES OEUFS CHEZ LES ANODONTES ET LES UNIONS.

M. de Blainville fait en son nom et en celui de MM. Dumont et Geoffroy Saint-Hilaire un rapport sur un travail de M. le docteur de Quatrefages.

A l'occasion d'un travail de M. Jacobson sur de petits animaux qu'on trouve à certaines époques de l'année dans la lame externe des branches des anodontes et des unions, animaux que ce naturaliste prétendait, ainsi que M. Ratke, être des parasites, M. de Blainville avait autrefois, dans le sein de l'Académie, émis l'opinion que ces prétendus parasites étaient réellement les fœtus de ces deux genres de mollusques. La question était encore indécise aux yeux de beaucoup de zoologistes, lorsqu'en 1823 M. Carus fit paraître dans les nouveaux mémoires des Curieux de la nature son histoire du *développement des moules d'étang*. Dans ce beau travail, qui était accompagné de figures, il traitait successivement: 1° de la marche des œufs dans l'intérieur des oviductes; 2° du passage de ces œufs de l'oviducte dans la lame branchiale externe, et de leur développement ultérieur dans ce dernier organe; 3° de la disposition manifeste du jaune non encore divisé à sa circonférence et de la forme du jeune animal; 4° du jeune animal lui-même avec les valves de sa coquille ouvertes dans l'intérieur de l'œuf; 5° de la manière dont les fœtus dans l'enveloppe coquillière de l'œuf se lient ou s'attachent par des filamens byssoïdes; 6° enfin M. Carus recherche si les mouvemens propres au feuillet branchial ne seraient pas une condition concomitante de l'admission et de l'impulsion des œufs.

Voici les conclusions auxquelles M. Carus est arrivé: 1° les œufs des unions et des anodontes ne se produisent avec leur blanc et le chorion, entourant le jaune, que dans l'ovaire de la mère: 2° quand ils sont parvenus à leur maturité, ils sont rejetés par les oviductes, placés de chaque côté de la masse abdominale, et ils vont se placer dans la duplicature de la lame externe des branchies; 3° les premiers jours de leur séjour dans cet organe, ils offrent les mêmes conditions, la même forme que dans l'ovaire; 4° le jaune prend alors peu à peu sa forme et sa consistance; on aperçoit ensuite les indices des deux valves de la coquille, ainsi que les commencemens de la respiration dans le tourbillonnement oblique des parties fluides de l'œuf en rotation absolument comme chez l'embryon des univalves; 5° Pendant cette rotation, l'embryon se forme de plus en plus dans la coquille; dans l'espace d'un mois, il rompt le chorion et commence à se filer un byssus; sa forme qui était celle d'un triangle équilatéral à angles arrondis, change par suite de l'accroissement du côté qui correspond à la bouche; 6° c'est donc le fœtus vivant libre à l'intérieur de la lame branchiale, et tout différent dans la forme de l'animal adulte que MM. Ratke et Jacobson ont regardé à tort comme formant un genre d'animaux parasites.

Un naturaliste qui très-probablement ne connaissait pas le travail de M. Carus, M. Armand de Quatrefages, médecin à Toulon, auteur d'un travail très-intéressant sur le développement des œufs des lymnées et des planorbes, se trouva tout naturellement conduit à examiner la question soulevée par M. Jacobson, et il a consigne les résultats de ses observations dans un mémoire sur *la vie intra-branchiale des anodontes*. Il y suit avec une grande exactitude les changemens qu'il a observés jour par jour sur les œufs d'une espèce d'anodonte (que malheureusement il a oublié de nommer); et ce qui n'est pas moins précieux, il les fait connaître par des dessins que tout porte à croire très-exacts.

Après avoir expliqué comment, par un simple courant, les œufs rejetés par l'orifice excréteur ou anal du manteau sont ensuite repris par l'orifice respiratoire, et finissent par se loger dans la duplicature de la branchie externe, M. de Quatrefages expose les changemens journaliers que ces œufs éprouvent, depuis le moment où ils sont entrés jusqu'à celui où ils sont rejetés.

Examinés à leur arrivée dans les branchies, les œufs sphériques et dont le diamètre est d'environ un quart de milimètre, présentent dans leur intérieur une espèce de petit gâteau circulaire formé de globules transparens renfermant des globules plus petits; le nombre de ces globules va augmentant successivement par le développement des globulins qui vont se porter à la circonférence. Le quatrième jour, les globules ne sont plus distincts, et le nucleus n'est composé que de globulins disséminés dans une masse pulpeuse. Une simple ligne plus obscure indique le bord cardinal de la coquille. Le cinquième jour, le nucleus a beaucoup grandi, il a pris une forme triangulaire, et le bord cardinal de la coquille est de plus en plus prononcé.

Les jours suivans, la coquille, d'abord membraneuse, forme un triangle équilatéral dont la ligne cardinale constitue un côté.

Bientôt on voit paraître dans la matière muqueuse dans laquelle les œufs sont plongés, des vaisseaux, les uns droits, les autres ondulés ou en spirale serrée, formant un lacis inextricable dont M. de Quatrefages n'a pu suivre d'abord la marche à l'intérieur, mais dont les extrémités libres après s'être divisées en deux ou trois branches aussi grosses que le tronc, s'appliquent par un petit renflement pyriforme sur les cloisons qui constituent les locules branchiales de la mère.

Pendant les cinq à six jours suivans la coquille se solidifie peu à peu par le dépôt de la matière calcaire; il en est de même des crochets médio-ventraux signalés pour la première fois par MM. Ratke et Jacobson. Les muscles de ces crochets se prononcent de plus en plus à mesure qu'ils exécutent plus de mouvemens; le muscle adducteur a aussi dès lors ses fibres parfaitement distinctes.

C'est à ce moment et au milieu de la masse qui constitue le ventre ou le corps du jeune animal, masse qui n'était d'abord composée que de globules dans lesquels semblent naître les vaisseaux dont il vient d'être parlé, que l'on commence à apercevoir une cavité placée à la partie inférieure du muscle, cavité que l'auteur regarde comme le premier rudiment du tube intestinal.

Du 20e au 25e jour, on voit commencer la formation d'une nouvelle cavité allongée qui, plus tard, constitue l'aorte, en même temps qu'à la terminaison des vaisseaux ombilicaux se développe un petit renflement auquel ils paraissent aboutir; mais à dater de cette époque, qui a lieu dans la saison hyvernale, le développement du fœtus de l'anodonte marche plus lentement. Aussi du 45e au 50e jour, la coquille change-t-elle peu de forme; le côté postérieur s'allonge cependant un peu pendant que l'antérieur est stationnaire,

A l'intérieur, entre l'aorte et l'intestin, on remarque une rangée de globules un peu plus opaques que le reste du corps, et indiquant le commencement du développement du foie. La masse générale augmente de telle sorte qu'elle semble à l'étroit dans la coquille.

Le foie continue à augmenter bientôt; une cavité commence à s'y former; c'est l'estomac, placé derrière l'aorte, qui vers le quatre-vingt-seizième jour se contourne en avant et se dilate à sa partie antérieure pour former le cœur.

Au cent vingtième jour, les vaisseaux de la masse viscérale sont nettement organisés, l'intestin est en continuation avec l'estomac et le cœur en forme d'ampoule allongée se contourne derrière. C'est alors que la mère se débarrasse brusquement et tout à la fois des fœtus. Une fois sortis ces fœtus n'offrent de différence un peu marquée avec ce qu'ils étaient dans la lame branchiale, qu'en ce que l'estomac communique avec le liquide ambiant par une ouverture ovalaire, garnie de cirrhes sur les bords, qui ne peut être que la bouche. Le muscle adducteur présente un indice de sa division en deux parties; le foie est encore incolore. L'estomac est irrégulièrement quadrilatère, et le cœur, chose assez singulière, n'offre encore aucun mouvement, pas plus au reste que les artères aorte et mesentériques, lesquelles alors sont sans aucunes ramifications.

M. Quatrefages n'a pu rien voir du système nerveux, qui probablement n'échappe à l'œil que par sa transparence.

Là se bornent les observations de l'auteur; n'ayant pas réussi à faire vivre les jeunes anodontes au-delà de l'époque où elles viennent de sortir de la mère, il n'a pu suivre le développement des branchies du pied et surtout la disparition des crochets marginaux. Espérons, dit le rapporteur, que plus tard il sera plus heureux, sans quoi il pourrait encore se trouver des zoologistes qui pencheraient vers l'opinion de MM. Ratke et Jacobson.

Toutefois, dit le rapporteur, il résulte du travail de M. Quatrefages que le développement des malacozoaires acéphaliens a les plus grands rapports avec ce qui a lieu chez les espèces pourvues d'une tête plus ou moins évidente; et en effet, chez les uns comme chez les autres, c'est la peau et la coquille entrant dans sa composition qui présentent les premiers indices de développement dans l'œuf; puis le muscle adducteur, le placenta, ou système vasculaire absorbant; puis la partie médiane de l'intestin, l'estomac, le foie, la partie centrale de l'appareil circulatoire, et enfin le gros intestin.

Les commissaires, après avoir fait remarquer que la saison ne leur a pas permis de vérifier les résultats qui viennent d'être exposés, que d'ailleurs ils ne sont pas entièrement nouveaux, plusieurs ayant été déjà annoncés par M. Carus, ajoutent qu'ils n'en sont pas moins d'un grand intérêt, et concluent à ce que l'Académie adresse des remerciemens à M. Quatrefages, en l'invitant à prendre connaissance du travail de M. Carus avant de poursuivre ses recherches. Il doit, ajoutent-ils, songer que, dans beaucoup de cas, la confirmation de faits aussi difficiles d'observation que ceux dont il a été ici question, apporte autant de gloire que leur découverte, et n'est pas moins utile aux progrès de la science.

RÉFLEXION DE LA CHALEUR RAYONNANTE.

M. Melloni communique le résultat de nouvelles recherches qu'il a faites sur ce sujet.

On sait depuis les recherches de Leslie et de Rumford, que les rayons calorifiques sont réfléchis plus ou moins abondamment, selon la nature et le poli des surfaces des corps réfléchissans; mais on n'avait pas encore mesuré le rapport de la quantité de chaleur réfléchie à la quantité incidente; c'est une question qui peut être résolue à l'aide des résultats que M. Melloni a obtenus sur la transmission immédiate de la chaleur rayonnante à travers diverses substances solides et liquides.

Lorsque les rayons calorifiques arrivent perpendiculairement à la surface antérieure d'une plaque diathermane à faces parallèles, ils y subissent une certaine réflexion, pénètrent ensuite dans l'intérieur qui en absorbe une autre partie, parviennent à la seconde surface, où il y a une nouvelle réflexion; le reste enfin ressort dans l'air, en poursuivant sa direction primitive. Mais il y a certains cas où l'absorption à l'intérieur est nulle; tel est le cas du sel gemme, dont les lames transmettent toujours 0,923 de la chaleur incidente, quelle que soit leur épaisseur, et quelle que soit la nature des rayons ou la modification qu'ils aient pu subir préalablement dans leur passage à travers d'autres lames.

L'absorption à l'intérieur étant nulle, la perte 1—0,923, ou 0,077, se répartit entre les deux réflexions à la première surface; or, il est facile de faire voir que si la perte résultant de la première réflexion est représentée par R, celle provenant de la seconde le sera par R (1-R), d'où l'on tire l'équation :

$$R + R(1-R) + 0{,}923 = 1$$

$$\text{Ou } R = 1 \pm \sqrt{0{,}923} = 1 \pm 0{,}9607.$$

Le premier signe du radical conduisant à un résultat absurde doit être rejeté. La réflexion à la surface antérieure sera donc :

$$1 - 0{,}9607 = 0{,}0393.$$

Maintenant, s'agit-il de savoir si les quantités de chaleur réfléchies par les autres substances sont égales à celles qui ont eu lieu à la surface du sel gemme; on y parviendra par cette remarque, que pour une lame épaisse de verre de cristal de roche ou d'autre substance diaphane la transmission calorifique reste la même, quoique l'épaisseur varie un peu. Si l'on a observé, par exemple, la perte qui a lieu à travers une lame de cristal de huit millimètres d'épaisseur, exposée au rayonnement de la lampe Locatelli, on observe dans les mêmes circonstances une seconde plaque plus épaisse d'un demi-millimètre, et l'on trouve que la quantité de chaleur transmise est encore la même. Ainsi l'addition d'une plaque d'un demi-millimètre n'entraîne aucune absorption de chaleur; par conséquent, si après avoir fait passer les rayons calorifiques à travers une plaque de huit millimètres, qui aura absorbé dans le faisceau tout ce qu'il y avait d'absorbable, on fait traverser un faisceau émergent une deuxième lame d'un demi-millimètre d'épaisseur, la perte éprouvée dans ce dernier trajet sera due uniquement aux réflexions à la surface antérieure et postérieure, et ce qui appartient à chacune sera déterminé aisément par la formule précédente.

L'expérience faite avec soin, tant pour le verre que le cristal de roche, l'alun, la chaux fluatée, la topaze, la baryte sulfatée, montrent que la perte par les réflexions aux deux surfaces de la seconde lame est toujours la même et égale à 0,077, d'où l'on conclut que la chaleur rayonnante tombant perpendiculairement sur la surface des substances diathermanes, subit par réflexion une perte égale à environ quatre centièmes de la quantité incidente. Ce point établi, on entrevoit de suite la méthode qu'il faut suivre.

On observe d'abord l'effet de la transmission calorifique à travers une lame de sel gemme, lorsque le rayonnement part d'une source constante est perpendiculaire à ses faces; on incline ensuite la lame sur les rayons incidens. Aucune diminution dans la quantité de chaleur transmise ne se manifeste d'une manière sensible tant que l'inclinaison ne surpasse pas 30 ou 35° autour de la normale. La réflexion des rayons perpendiculaires est donc sensiblement égale à celle qu'éprouvent les rayons formant un angle de 55 à 60° avec le plan réflecteur.

Cela posé, que l'on fasse tomber sur la surface bien polie d'une très-grosse plaque de verre ou de cristal de roche un faisceau de chaleur rayonnante, sous l'incidence de 55 à 60°, et qu'on reçoive le faisceau réfléchi dans l'intérieur du tube qui enveloppe la pile du thermo-multiplicateur, après avoir noté la force calorifique indiquée par le galvanomètre; que l'on répète la même expérience sur la surface polie du corps athermane, sans rien changer dans les positions respectives des diverses parties de l'appareil, on aura ainsi une seconde force calorifique différente de la première. La réflexion cherchée du corps athermane sera évidemment égale au nombre 0,0393 multiplié par le rapport des deux faces observées. Voici les moyennes de plusieurs comparaisons entre les quantités de chaleur réfléchies par le cristal de roche et le cuivre jaune :

Réflexions du cristal.	Réflexions du cuivre.	Rapport des deux réflexions.	Produit des deux nombres 0,0393 et 11,3.
3,15	35,63	11,3	0,44

En diminuant l'angle d'incidence que les rayons calorifiques forment avec la surface du cristal de roche, on obtient un accroissement de réflexion dans les petites incidences; mais, dit M. Melloni, cet effet est presque insensible sur la surface métallique, car en passant de 80° à 40°, il n'y a eu avec la plaque de laiton qu'une différence de quatre à cinq centièmes. La concentration de la chaleur rayonnante par l'action des miroirs métalliques d'une forme quelconque sera donc toujours de beaucoup inférieure à celle qui est produite à sections égales par les lentilles de sel gemme; ainsi, par exemple, les miroirs coniques de cuivre jaune poli que l'on applique à l'une des faces du thermo-multiplicateur ne donneront jamais que les 3/5 environ de l'effet d'une lentille de sel gemme ayant le même diamètre que l'ouverture de ces cônes.

— M. Amussat lit un mémoire de chirurgie pratique que nous publierons dans un prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 31 OCTOBRE.—*Présidence de M. Lisfranc.*

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU MADAR. Rapport verbal sur une brochure de M. le docteur CASANOVA (Culcutta, 1833; traduite de l'anglais par Richy). — M. MÉRAT, rapporteur.

Le madar, genre des asclépiades, est appelé par l'auteur *calotropis madarii indico orientalis album*. On en distingue plusieurs espèces; celle-ci est distincte de l'asclépias gigantea; mais les propriétés sont analogues aux siennes. Elle vient dans les terrains sablonneux du nord de l'Inde.

Le but de ce mémoire est de rassembler ce qu'on l'on sait sur cette plante, surtout pour le traitement de l'éléphantiasis, de la lèpre et des ulcérations rebelles de la peau. Les trois premières observations citées ont été faites en Europe par Duncan, sur des lépreux qui ont été guéris en six semaines par l'usage du *madar* en nature, à la dose de 3 grains par jour, portée successivement jusqu'à 30 grains. Les autres sont relatives à des ulcères syphilitiques ou rebelles, dans lesquels le madar a également réussi, surtout dans un cas propre à l'auteur, chez un négociant malade depuis douze ans; à la vérité il y a joint des préparations mercurielles.

On prend le madar, après une préparation diététique et quelque purgatif léger, en poudre, deux fois par jour, le matin de bonne heure et avant de sortir du lit, à la dose de 3 grains, jusqu'à ce qu'un résultat favorable soit obtenu; sinon on augmente de deux grains ou plus. Les doses un peu fortes determinent parfois des nausées chez les sujets faibles; on le divise alors par portions de 2 grains toutes les trois ou quatre heures. La meilleure manière de le prendre est en pilules; mais on peut aussi le mêler à un peu de miel ou dans une gelée. Ces doses sont pour les adultes. Pendant cette administration on doit éviter de s'exposer aux intempéries de l'air, et tenir le ventre libre. En liniment, on met 10 grains de madar en poudre dans une once d'huile d'olives fraiches; on mêle ces deux substances dans une fiole ordinaire, et après avoir bien agité le mélange on expose pendant une demi-heure la fiole à un bain-marie d'eau bouillante, puis on décante l'huile, qui est alors convenablement préparée pour les applications à l'extérieur. Il suffit de passer légèrement sur la surface de l'ulcère un pinceau à dessin imbibé du liniment, une fois ou deux par jour, après l'avoir bien essuyé avec un linge fin, une éponge douce ou de la charpie. Toutes les fois que la partie affectée a permis de prescrire une compression modérée, les résultats ont été avantageux. Aussi doit-on l'employer quand les symptômes inflammatoires ont disparu. Il faut éviter avec soin de faire des plis à la peau en plaçant le bandage. Les coussins, faits avec du coton et placés sous le bandage, sont d'une grande utilité orsqu'on peut les appliquer convenablement sur les parties malades. Ils garantissent des chocs extérieurs et facilitent la compression. Le malade devra rester au repos; l'alimentation se composera de viandes rôties, d'œufs frais, de poisson frais, de pain ou de riz; pour boisson, infusion légère de thé. Dans la journée il prendra deux ou trois verres d'une décoction légère de salsepareille. Pendant la convalescence, un verre de vin de Xérès étendu d'eau peut être permis à chaque repas.

La grossesse et la menstruation ne s'opposent pas à l'emploi du remède; seulement il faut en diminuer les doses.

Les racines qui fournissent la meilleure poudre de madar sont celles qui viennent dans un terrain sablonneux, et que l'on a arrachées en avril ou en mai. Il faut les bien laver et les laisser sécher ensuite, d'abord en les enveloppant dans une étoffe, puis à l'air libre, jusqu'à ce que le suc soit assez épaissi pour ne pas s'épancher dans les divisions subséquentes. La première enveloppe doit être grattée avec soin, et la couche corticale est alors mise à nu. On coupe celle-ci en tranches, que l'on fait sécher à l'air libre pour les pulvériser. Il faut conserver la poudre dans des flacons bien bouchés.

M. MAINGAULT fait observer que l'auteur ayant donné en même temps les mercuriaux, on ne peut dire si la guérison est due au nouveau médicament ou au mercure.

M. Virey ajoute qu'on échantillon de la racine a été envoyée à M. Duncan qui en a fait l'analyse; elle a donné à peu près les mêmes produits que celles des autres *asclepias*.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE DYSENTÉRIE QUI A RÉGNÉ EN 1834, DANS LE DÉPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE, ET ESSAI D'UN NOUVEAU TRAITEMENT DIT CHLORO-OPIATIQUE, par M. Toulmouche. Rapport verbal par M. Villeneuve.

Frappé du peu de succès des autres méthodes, l'auteur, partant de l'idée que si la phlegmasie intestinale était spécifique et due à un principe delétère, il fallait le neutraliser, soumit ses malades à un traitement chloreux auquel il associa l'opium pour calmer les tranchées; aucun des onze malades traités ainsi n'a succombé.

Le traitement consiste en une demi-once, une once de chlorure d'oxide de sodium par chopine d'eau en tiers de lavement; pour boisson, solution d'un à deux gros du même médicament par pinte de véhicule; une pilule d'un grain d'opium matin et soir.

M. Toulmouche présente d'ailleurs plusieurs séries d'observations, et termine par les conclusions suivantes :

1° La dysentérie est une phlegmasie des plus violentes du rectum, du colon et du cœcum, promptement suivie de l'ulcération et de la destruction des tissus, et n'ayant que peu de rapport avec les diarrhées, rectites et colites ordinaires;

2° Le génie des dysenteries épidémiques et les caractères anatomiques même sont sujets à varier;

3° Le traitement chloro-opiatique a été suivi de plus de succès que la plupart des autres;

4° Ce traitement, tenté dans les entérites légères, a semblé suivi d'effets identiques.

M. Maingault. La dose du chlorure me paraît un peu élevée. Puis on ne dit pas si on l'a employé à tous les degrés de la maladie, il y a plus; l'auteur dans un grand nombre de cas, a eu recours aux saignées et aux sangsues; il faut donc que le chlorure ne lui ait pas réussi seul; et alors comment savoir si ce remède a eu vraiment une efficacité à lui propre? On conçoit d'ailleurs assez mal son action sur la dysentérie.

M. Villeneuve. L'auteur a commencé par employer les moyens ordinaires, et il n'a songé au chlorure que quand l'épidémie était sur son declin. Quant à la manière d'agir de ce médicament, je ne puis rien en dire.

M. Louyer Willermay. M. Toulmouche dit avoir donné un demi-gros à un gros de chlorure par la bouche, et d'une demi-once à 2 onces par le rectum. On ne comprend pas bien les motifs d'une telle différence entre les doses, car les médicamens agissent à peu près de même par l'une et par l'autre voie. (Vives dénégations.) Le sulfate de quinine, l'opium, une foule d'autres substances agissent de même à égales doses. (Non! non!) Enfin j'ajouterai qu'on fait depuis quelque temps un véritable abus des chlorures, on les met à toute sauce, et je crains fort pour eux le sort de la kréosote, dont on voulait faire aussi un remède universel.

M. Marc. J'ai trouvé dans un mémoire sur la dysentérie, par je ne sais plus quel auteur, cette opinion qui m'a frappé; qu'il y a dans cette affection une constipation réelle; et que les évacuations alvines ne sont que le produit de la sécrétion de la muqueuse. L'indication serait donc de rétablir les veritables selles; c'est ainsi que s'expliquent les bons résultats obtenus du sulfate de soude; et le chlorure qui est aussi un sel neutre, pourrait avoir une action analogue.

— M. Faure lit un travail intitulé : *Observations générales et pratiques sur l'absorption du cristallin et de sa membrane après l'opération de la cataracte.*

Ce travail consiste dans une série de propositions qu'il est impossible d'analyser. Nous y reviendrons avec détails lorsque le rapport et la discussion auront mis au jour les faits sur lesquels elles sont appuyées. Commissaires : MM. Amussat et Velpeau.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT CONSÉCUTIF A LA RÉDUCTION DES LUXATIONS, par M. Malgaigne.

L'idée fondamentale de ce mémoire est que, dans toute luxation accidentelle, les ligamens et les muscles voisins de l'articulation étant plus ou moins déchirés, il faut pour remettre l'article dans son état normal, ou en d'autres termes pour obtenir une guérison parfaite, favoriser la réunion de toutes les parties lésées. Or, c'est ce à quoi les chirurgiens qui ont écrit sur les luxations ont le moins songé. Les praticiens ne s'en occupent pas davantage; la luxation réduite, tout semble fini; à peine si l'on croit nécessaire de faire garder quelques jours le repos. De là suivent diverses conséquences; en général, une grande faiblesse de l'articulation, et trop souvent une tendance à des récidives de la luxation au moindre effort. M. Malgaigne rapporte pour presque toutes les luxations des faits nombreux d'accidens de ce genre. Il faut donc garder le repos plus longtemps; mais quel est le temps exigé? D'après les faits qu'il a recueillis, la consolidation n'a pas lieu avant le trente-cinquième ou le quarantième jour; et c'est le temps qu'il croit convenable pour les luxations du membre supérieur. Pour celles du membre inférieur, comme les articulations supportent plus d'efforts, il est prudent, pour affermir la consolidation, d'attendre jusqu'au cinquantième ou soixantième jour. Si la luxation est déjà ancienne, il faudra un temps plus long encore; mais une luxation qui passe deux mois de date laisse peu d'espoir que la capsule se réunira parfaitement, et alors on peut négliger le repos complet, et prescrire seulement au malade d'éviter certains mouvemens qui favorisent les récidives.

Le repos seul ne suffit pas encore; il faut mettre les bords déchirés des ligamens et des muscles dans le contact le plus exact possible, et pour cela varier les positions du membre selon la direction de la luxation. Nous reviendrons sur ce travail lors du rapport qui en sera fait. — Commissaires : MM. Baffos, Gimelle et Amussat.

— Un médecin de province lit un long discours qui peut se résumer en ceci : que l'auteur a trouvé une nouvelle théorie et un nouveau traitement de la goutte; qu'il peut à volonté se donner et s'enlever un accès de goutte; qu'il a un pharmacien spécial pour délivrer ses médicamens, et que pour le moment il ne peut on ne veut pas dire en quoi ils consistent.

M. Bousquet s'élève avec force contre une semblable manière d'agir; cette lecture est un véritable prospectus et non un travail scientifique. M. Bouillaud parle dans le même sens; M. Gimelle ajoute qu'il n'est pas permis de venir lire ses affiches dans une Académie, uniquement pour les faire reproduire dans les journaux qui rendent compte des séances. Enfin, sur la proposition de M. Louis, l'Académie passe à l'ordre du jour (1).

Séance levée à cinq heures.

Séance du 3 novembre. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

La correspondance comprend une lettre de M. Piédagnel en réponse aux assertions de M. Bouillaud dans la dernière discussion sur la fièvre typhoïde. Le bureau propose, attendu sa longueur, de la renvoyer à la commission chargée d'un rapport sur les mémoires de M. Delaroque et de M. Piédagnel.

MM. Delens et Maingault en demandent la lecture; M. Bouillaud se joint à eux. Quelques membres paraissent craindre que le ton n'en soit peu convenable; M. Boullay et M. le président s'empressent de déclarer le contraire. Toutefois, l'Académie consultée adopte la proposition du bureau (2).

— M. Devergie de Rennes adresse un démenti formel à M. Lepelletier du Mans, au sujet des récidives que celui-ci dit avoir observées sur des militaires traités à Rennes par la méthode anti-phlogistique. Comme ce démenti n'est appuyé d'aucune preuve, on passe à l'ordre du jour.

ÉTAT DU CHOLÉRA EN ITALIE.

M. Bonnafous communique une note sur l'état du choléra en Italie. A Turin, du 21 au 23 octobre, il n'y a eu qu'un cas et un décès. A Livourne, l'épidémie est terminée; à Gènes et à Venise, l'état sanitaire est parfait.

M. le professeur Cantu, de Turin, a remarqué que dans cette ville le choléra a débuté dans les quartiers où dominent presque tous les ans les fièvres intermittentes, et assez fréquemment les fièvres pernicieuses. Il pense que le choléra a beaucoup d'analogie avec les fièvres algides pernicieuses, si même il n'en est pas une variété; et cette idée l'a conduit à essayer le sulfate de quinine par la méthode endermique. Au début de la maladie il applique quatre vésicatoires, deux aux jambes, deux aux cuisses; à peine la vésicule formée, il enlève l'épiderme, et panse avec 15 grains de sulfate de quinine mêlés à 6 gros de beurre. Ce pansement est renouvelé trois et même quatre fois dans les 24 heures; en même temps il met des sinapismes aux pieds, et donne de la limonade gazeuse froide et même glacée. Il dit avoir ainsi obtenu de très-bons résultats qu'il publiera prochainement.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Bouillaud demande la parole à l'occasion du procès-verbal. La discussion qui a eu lieu, dit-il, est d'une haute importance; et je m'y suis trouvé engagé moi-même presque malgré moi; mais mon devoir ne me permettait pas de me taire lorsque j'ai entendu attaquer la méthode que je regarde comme la meilleure de toutes. J'ai dit quels résultats j'obtenais; j'ai annoncé que je guérissais le double de malades qu'on n'en guérit par la méthode ordinaire; mais ici les mots sont peu de chose; il faut des chiffres, c'est-à-dire des observations bien précises à la fois et bien comptées, ainsi que le veut la méthode numérique. Ainsi j'ai eu à traiter durant ces quatre dernières années cent quatre-vingt-un cas de fièvre typhoïde; et pour prévenir toute objection, je n'ai pris que les cas les plus tranchés; j'ai rejeté de mes calculs et les embarras gastriques de Pinel, et ses fièvres bilieuses qu'on regarde aujourd'hui comme des fièvres typhoïdes sous forme bilieuse. J'ai comparé ensuite mes résultats avec ceux qu'a obtenus M. Chomel pendant le même temps à peu près; et l'on sait que M. Chomel emploie de préférence la méthode classique pure. Eh bien! tandis que ce professeur confesse qu'il a perdu un malade sur trois, je trouve sur mes 181 cas 153 guéris, 28 morts, c'est-à-dire seulement 1 mort sur 6 et demi environ. J'ai donc eu droit de dire que j'en sauvais deux fois autant par ma méthode, que la méthode ordinaire entre les mains les plus habiles.

M. Desportes. La question est si grave, que je ne voudrais pas la voir agiter dans un débat improvisé. Je me bornerai donc à proposer que M. Bouillaud remette la note de ses résultats à la commission, et que l'Académie soit instruite par avance du jour où le rapport sera lu, afin que chacun puisse se préparer. (Appuyé!)

M. Gérardin. M. Bouillaud vient de donner sa statistique, et il prétend qu'elle donne des résultats bien supérieurs à ceux de M. Chomel. Je ne puis ici que témoigner tout mon regret que la lettre de M. Piédagnel n'ait pas été lue; il a pris soin, lui aussi, de mettre des faits en regard; et il est arrivé à cette conclusion que les résultats donnés par les purgatifs étaient au moins aussi satisfaisans que ceux de M. Bouillaud. Mais poussant plus loin cette comparaison, et pour des faits plus récens et non encore publiés, il montre que sur plus de 60 cas traités à l'Hôtel-Dieu par la méthode expectante, il n'y a eu que deux morts, tandis que sur 47 cas traités en même temps à la Charité par M. Bouillaud, il y a eu sept morts. Ce sont cependant, même pour M. Bouillaud, de très beaux résultats. Mais ces deux praticiens eux-mêmes croient-ils pouvoir affirmer qu'ils obtien-

(1) Le nom du médecin dont il est ici question ne nous ayant été connu jusqu'à présent que sous des rapports honorables, nous n'avons point voulu le publier à côté des observations affligeantes, mais trop légitimes dont sa lecture a été suivie. Il a déclaré qu'il s'engageait d'honneur à publier dans trois mois sa théorie et son traitement; nous l'engageons très-sérieusement à le faire plus tôt, ne fût-ce qu'en quelques lignes, s'il veut effacer l'impression défavorable produite par sa première démarche dans le public médical de Paris; et à moins qu'il n'aspire aux succès populaires de M. Giraudeau de St-Gervais.

(2) Nous publions cette lettre à l'article *Correspondance*.

droot toujours d'aussi beaux succès? Non, évidemment non; il faut donc que dans les fièvres typhoïdes qu'ils ont traitées il se soit rencontré des circonstances plus favorables cette fois soit aux anti-phlogistiques, soit à la métode expectante; et quand ces circonstances changeront, n'est-il pas légitime de conclure qu'il sera avantageux d'essayer d'une autre methode?

M. Louis. Il y a dans cette discussion une question qui domine toutes les autres, c'est celle du diagnostic. Quelques praticiens traitent comme fièvre typhoïde ce qui n'est pour d'autres qu'une simple entérite. Evidemment il n'y a plus de comparaison possible entre les résultats. Je suis bien aise d'ajouter ici que je ne range point M. Bouillaud parmi ceux qui enflent leurs succès en ajoutant aux cas de guérison des affections étrangères; mais M. Bouillaud sait bien aussi comment j'envisage la fièvre typhoïde. Eh bien! ses resultats semblent surpassés par ceux que j'ai obtenus. Dans ces derniers temps j'ai traité, soit à l'hôpital soit en ville, 104 fièvres typhoïdes; j'ai suivi pour toutes une méthode uniforme, savoir: dans les dix premiers jours, deux saignées, plus ou moins fortes seulement suivant les sujets; pour boisson, une infusion de gomme avec une bouteille d'eau de Seltz; et je n'ai perdu que 12 morts. La proportion semble donc bien plus belle; et cependant je n'en conclus pas que ma méthode soit la meilleure du monde; je crois seulement que les maladies de même nature ne se présentent pas toujours dans des conditions également graves; et je regarde comme très probable que dans ces cinq à six dernières années les fièvres typhoïdes que nous avons eues à traiter ont été beaucoup moins graves qu'auparavant.

M. Castel. La question soulevée dans l'Académie n'a point encore été posée clairement. On ne s'entend pas assez sur la valeur de ce mot, fièvre typhoïde; par exemple, M. Delaroque comprend sous ce nom toutes les fièvres essentielles, et cela est si vrai, qu'il fait des catégories à part des cas de fièvre typhoïde avec adynamie, pour le quels il convient qu'il a perdu moitié de ses malades. D'autres, au contraire, paraissent ne regarder comme fièvres typhoïdes que les fièvres continues avec adynamie et les fièvres ataxiques; il est tout simple que leurs résultats soient en apparence moins favorables. Eh bien! en considérant la fièvre typhoïde sous ce dernier point de vue, je trouverais encore dans vos souvenirs assez de motifs de n'accorder aucune prééminence aux modes de traitement mis en usage depuis quelques années et dont on exalte les avantages. Vous n'avez point oublié que dans les cours que nous avons suivis, à l'école de médecine, au Collége-de-France, dans les hôpitaux, on nous faisait connaître les resultats obtenus par les méthodes alors en vigueur; j'en appelle à tous les souvenirs, j'en appelle à ceux qui ont assisté aux conversations de Portal; les proportions reconnues de la mortalité étaient alors d'un sur huit; et tous les professeurs ajoutaient: *Nous ne pouvons espérer de plus heureux résultats*. Un sur huit! mais c'est moins que par les methodes modernes, et cependant alors le traitement n'était pas exempt de reproches; on donnait généralement l'émétique au debut, pratique aujourd'hui regardée comme une faute; on prodiguait cette funeste eau minérale, qui ne s'est point effacée de votre mémoire.

Maintenant je sais que chaque methode a ses succès comme ses revers; il n'en est pas de si absurde qui n'ait à prôner ses cures nombreuses; la nature y suffit pour beaucoup. Il s'agit donc bien moins de savoir si une methode a réussi que de constater si elle réussit mieux et plus souvent que les autres. Les temoignages que chaque médecin rend de sa pratique sont toujours pour moi une occasion d'admirer la puissance de l'art et de lui rendre hommage, et je suis parfois tenté de croire que, parmi les malades, ceux-là seuls succombent qui n'ont pas appelé de médecin. (Rire général.)

M. Piorry. Il ne me parait pas possible d'adopter une méthode exclusive pour une maladie aussi mal determinée que la fièvre typhoïde; en effet, il n'est pas deux malades qui se presentent avec les mêmes symptômes, et conséquemment avec les mêmes indications. Ainsi, qu'à la lésion des follicules intestinaux se joigne une surabondance de sang, la saignée est indiquée; si au contraire le sang manque dans les vaisseaux, la saignee serait très nuisible. Si le ventre est ballonné et rempli de gaz, il faut les évacuer; si les intestins sont gorgés de liquides, c'est le cas de recourir aux purgatifs. De même, les differens symptômes qui se rattachent aux différentes lésions du poumon, du cerveau, etc., entraînent autant d'indications spéciales. Je déclare donc que je suis loin pour ma part d'admettre une méthode unique; que mon traitement varie essentiellement suivant les cas; et si je voulais citer des chiffres de résultats, je crois pouvoir avancer qu'ils me seraient aussi favorables qu'à tout autre.

M. Marc. Je ne veux émettre qu'une réflexion générale. Pour juger comparativement deux méthodes, il faut d'abord que les sujets sur lesquels on les essaie soient exactement dans les mêmes conditions. Or, j'ai entendu citer bien des chiffres, et je n'ai pas vu qu'on songeât à dire si les observations avaient été faites durant le même temps, pendant la même epidémie; et tout le monde sait combien une épidemie diffère d'une autre, même pour une maladie de même nature. Ajoutez à cela l'influence des localités; pour n'en citer qu'un exemple, lors du typhus de 1814, à Mayence, les saignées nous réussirent très-bien; partout ailleurs elles échouèrent, et il fallut recourir à d'antres moyens. En résumé, il faut donc que les observations soient *isochrones*, si l'on peut ainsi dire, et recueillies dans la même épidémie.

M. Louis. Il ne s'agit pas ici d'épidémies.

M. Bouillaud. Ce qu'il faudrait d'abord en toute discussion scientifique, ce serait autant que possible d'éviter les lieux communs. Il est trop évident que quand un praticien vient vous dire: J'ai observé tant de cas, il a pris soin d'abord de rassembler les faits les plus semblables; aucun des grands observateurs dont on cite à tout propos l'autorité n'a fait autrement; et j'avais pris soin de dire que les faits doivent être pesés aussi bien que comptes. On peut donc laisser de côté cette objection banale; je vais répondre à quelques faits de détail. M. Gérardin a avancé qu'à l'Hôtel-Dieu on obtenait des resultats égaux aux miens; c'est dans la clinique de M. Chomel, publiée par M. Genest, que j'ai trouvé établie cette proportion d'un mort sur trois. M. Louis obtient, dit-il, des succès plus grands que les miens encore; je m'en felicite d'autant plus que cela vient à l'appui de ma cause; M. Louis saigne deux fois tous ses malades, et que fais-je autrement? Mais après la saignée, il donne l'eau de Seltz; et puis un autre observateur ajoute qu'à chaque symptôme urgent il oppose une médication spéciale. Mais c'est encore un lieu commun, messieurs; quand nous disons que nous suivons une méthode generale, cela ne veut pas dire qu'elle soit absolument la même dans tous les cas, et que nous ne reconnaissions pas aussi des indications spéciales. Ainsi moi-même je prescris l'eau de Seltz; je prescris le musc; j'ai le premier essayé les chlorures. Mais le fond de ma méthode, son caractère général, c'est d'être antiphlogistique. Et qu'il me soit permis de rappeler que quand je l'ai mise en pratique, il eût été peut-être de mon intérêt d'agir autrement; qui donc m'a décidé? C'est que j'avais aussi étudié les autres methodes; j'avais été dans tous les hôpitaux, j'avais suivi toutes les expériences; je me suis rangé du côté de celle qui donnait le plus de succès. C'est là, je pense, la meilleure ou plutôt l'unique marche à suivre; et pour dire toute ma pensée, je demande, j'appelle de tous mes vœux une enquête médicale, et je voudrais que l'Académie nommât une commission chargée d'examiner toutes les méthodes employées dans nos hôpitaux. Du reste, je me rejouis de voir que ces débats aient donné l'occasion à plusieurs de nos collègues de prendre la parole; et puisque M. Louis a rappelé ses travaux sur la fièvre typhoïde, je dirai que j'ai pleinement adopté son diagnostic, et que je ne reconnais comme fièvres typhoïdes que celles qui ressemblent au tableau qu'il en a tracé.

M. Rochoux appuie la proposition d'une enquête. D'Alembert a dit quelque part que jamais peut-être on n'avait joué deux fois le même concert sur le même ton, tant les moindres circonstances peuvent faire varier le diapason, ne fût-ce que d'une manière insensible. Ceci peut s'appliquer aux divers cas d'une même maladie; sans doute, si l'on voulait une identité parfaite, elle serait impossible à trouver; mais au fond, les faits analogues offrent une masse de ressemblances qui permettent d'en tirer des inductions; les différences sont si légères qu'elles peuvent être négligées; et en effet, si elles avaient l'importance que certains esprits leur accordent, il n'y aurait que des individualités; plus de faits généraux, conséquemment plus de principes ni de science.

M. Piorry. Sans doute que pour toute maladie il y a un fond de traitement général, par exemple, pour la fièvre typhoïde, la diète et les boissons rafraichissantes, et peut-être cette simple méthode est-elle préférable à toutes les autres. Ce qui etablit des différences dans le traitement, ce sont des spécialités de symptômes appréciables; c'est là ce que je soutiens, et ce que je ne conçois pas qu'on puisse nier. Je viens d'adresser à un de nos chirurgiens cette question: Traitez-vous tous vos amputes de la même manière? Il m'a répondu: Certainement non. Et pourtant il y a loin de la simplicité de la fièvre traumatique aux complications de la fièvre typhoïde.

La discussion est close. La proposition de M. Desportes, soutenue par M. Castel et vivement appuyée, est adoptee par l'Académie.

NOTE SUR LA CURE RADICALE DES HERNIES, par M. Fournier de Lempdes.

M. Fournier rejette toutes les opérations sanglantes proposées par la cure radicale des hernies; il repousse également les topiques et les pelotes médicamenteuses, par la double raison que les anneaux qui donnent passage aux hernies sont purement aponévrotiques, et ne sauraient donc se resserrer; ensuite que ces médicamens agissent directement sur la peau et le tissu cellulaire, et en déterminent l'inflammation et la suppuration, si on leur donne un certain degré d'activité. C'est ce qu'il a eu lieu de remarquer maintes fois lorsqu'il commençait à s'occuper de la guérison des hernies. Enfin les cures obtenues de cette manière sont uniquement dues à la compression. Cette note est terminée par l'histoire de trois guérisons radicales obtenues par l'auteur: la première, chez un jeune avocat atteint depuis quatre ans d'une hernie inguinale du volume d'une grosse pomme, qu'il n'avait pu contenir par aucun bandage; guerison en quatorze jours. La seconde sur une demoiselle de 27 ans, portant depuis plusieurs années une hernie crurale; guerison en douze jours. La troisième sur un jeune homme de vingt ans, atteint d'une hernie crurale assez forte; guérison en huit jours. Du reste, M. Fournier assure qu'il réussit également bien pour les hernies les plus volumineuses et les plus anciennes, et chez les vieillards que chez les enfans.

Commissaires, MM. Poirson, Hervez de Chegoin et Lebreton.

RAPPORT SUR L'INDOSTANE DE M. RIVET; par M. Lodibert.

Un premier rapport avait été fait sur cette substance prétendue nouvelle, par une commission qui s'en était rapportée à une notice imprimée de l'auteur. L'Académie voulut avoir des données plus précises sur son origine et sa nature, et elle adjoignit MM. Delens et Boullay à la commission. Voici le résumé de ce nouveau rapport.

D'après M. Rivet, son indostane était un mélange de la moelle féculente d'un palmier d'Asie et d'une espèce d'orge particulière. La commission a demandé à voir ces elémens séparés; elle n'a pu en obtenir. Elle s'est livrée alors à une analyse microscopique et mecanico-chimique; et le résultat a été que l'indostane est principalement composée de fécule de pomme-de-terre et de grains de fécule de seigle, si remarquables par leur forme arrondie et aplatie, et à la croix de trois à cinq branches parfaitement caractérisées par M. Raspail. L'examen le plus attentif n'a pu y faire trouver trace de fécule de palmier.

L'indostane est donc un très-humble mélange de substances que notre agriculture fournit en abondance; et la commission propose de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu à accorder un brevet d'importation. — Adopté.

ABSENCE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM; OPÉRATION; OUVERTURE DE LA VESSIE; MORT.

M. Baron présente les organes défécateurs et urinaires d'un jeune enfant venu au monde sans trace d'anus. Le ventre ne tarda pas à se tendre; il fallait absolument donner issue au méconium. M. Velpeau fut appelé. Il incisa dans la direction de l'anus et du rectum, et arriva dans une cavité d'où il assura avoir vu sortir du méconium. Cependant les accidens continuèrent, et l'enfant succomba. A l'autopsie on trouva que le cul-de-sac du rectum s'arrêtait au niveau du bas-fond de la vessie, et n'avait aucune communication avec cet organe; la vessie remplissait tout le bassin, en sorte qu'elle devait être presque inévitablement lésée.

M. Nacquart demande si, dans ces cas, il ne serait pas plus sage d'établir un anus artificiel à la région iliaque ou inguinale. Cette observation n'a pas de suite.

CANCER ET POLYPES DE L'UTÉRUS.

— M. Lisfranc montre un col de la matrice qu'il vient d'amputer en présence de M. Magendie. La maladie datait de huit ans. Tous les moyens ordinaires avaient échoué; la constitution de la malade fléchissait. On voit que la section a été faite sur un point sain de la matrice. La pièce offre tous les caractères du cancer. L'opérée va d'ailleurs parfaitement bien.

M. Lisfranc dépose sur le bureau deux polypes du volume du poing. Mme *** souffrait depuis dix ans; la faiblesse était extrême, les pertes abondantes, le teint jaune; le dévoiement résistait à tous les moyens. On avait pris la maladie pour un cancer énorme de la matrice; il existait en effet jusqu'au milieu du vagin une tumeur molle, fongueuse, saignant au moindre toucher, et autour de laquelle le doigt ne pouvait être que très difficilement glissé; il ne lui était permis de remonter qu'à une très faible hauteur.

M. Lisfranc introduisit l'indicateur et le médius, déprima la tumeur, toucha alternativement avec les deux mains, et constata l'existence d'un polype; il n'osa pas affirmer qu'il y en avait deux.

L'érigne déchirait toujours les tissus qu'elle embrassait; il était impossible de l'implanter dans le col de la matrice. L'opérateur introduisit donc les doigts indicateur et médius de la main droite. Il ne fut pas facile de distinguer le pédicule de chacun des deux polypes; l'utérus n'était susceptible que d'un abaissement léger. Le polype intérieur fut d'abord ramené en grande partie à l'extérieur du vagin, puis le postérieur.

M. Lisfranc introduisit sur son doigt indicateur profondément dans le vagin des ciseaux courbes sur le plat, et la malade fut débarrassée, par une section prompte, de ses deux tumeurs en grande partie dégénérées. M. Louyer-Willermay était présent. Il ne s'est écoulé que quelques gouttes de sang. La malade n'a pas éprouvé le moindre accident; le dévoiement a été immédiatement arrêté.

Séance levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE ADRESSÉE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE SUR LES DIVERSES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES FIÈVRES TYPHOÏDES ET LEURS RÉSULTATS; par M. PIÉDAGNEL.

Messieurs,

Placé comme médecin dans le quartier-général des fièvres typhoïdes (suivant l'expression heureuse de M. Gérardin), j'ai dû et j'ai en effet employé tous mes instans à l'étude de cette maladie, base de toute médecine. Après en avoir étudié la nature, le siége, les symptômes, la marche, les terminaisons, etc., je suis arrivé au traitement. Un grand nombre de moyens ont été employés; mais en y réfléchissant, il est facile de les ranger dans des catégories distinctes, et j'ai établi celles-ci :

1° Les *spécifiques*. Parmi ceux qui ont été préconisés, les *chlorures* seuls semblent mériter attention; mais M. Chomel s'en étant occupé d'une manière spéciale et dans le seul but de l'utilité médicale, j'ai dû m'en rapporter à ses travaux.

2° La *méthode dite rationnelle*. Celle-ci demande à être employée par un médecin généralement estimé par son savoir et son jugement. Il eût été inconvenant de ma part de donner mes observations; aussi ai-je recueilli avec soin celles de M. Jadioux.

3° Les *évacuations*. Elles sont de deux sortes, ou bien elles ont lieu par l'intermédiaire des organes (sécrétions), ou bien elles sont directes.

Les organes qui peuvent soustraire beaucoup de liquide de l'économie en peu de temps, sont les glandes salivaires, le canal digestif, les voies urinaires et la peau.

1° Les *glandes salivaires*. On a préconisé les mercuriaux: je les ai employés jusqu'à salivation, et je n'ai obtenu de particulier que des modifications des phénomènes locaux de la bouche; j'aurai l'honneur de vous les exposer plus tard.

2° Le *canal digestif*. J'ai employé les purgatifs, et dans une lecture que j'ai faite à l'Académie, je disais que j'étais arrivé à ce résultat vraiment curieux de mortalité.

Sur 134 malades 19 morts; 1 sur 7 1/19.
M. Bouillaud avait eu sur 31 malades 5 morts; 1 sur 6 1/5.

Immédiatement après l'emploi des purgatifs, qui a duré neuf mois, j'aurais dû expérimenter les sudorifiques, d'après la marche que je m'étais prescrite; mais j'ai préféré examiner la méthode expectante; car s'il est vrai que les médicamens guérissent les maladies, ce ne peut être qu'en apportant des modifications dans leur nature et leurs symptômes, phénomènes qui entraînent nécessairement des changemens dans la marche, la durée et les terminaisons des affections contre lesquelles on les emploie. Or, pour pouvoir saisir facilement ces modifications et ces changemens dans les affections typhoïdes, il m'a semblé indispensable d'étudier cette maladie à l'état de simplicité, sans intervention aucune des agens thérapeutiques.

Pour y parvenir, voici la marche que j'ai suivie. Tous les malades que j'ai eus à traiter du 1er avril au 1er octobre 1835, ont été soumis indistinctement à la méthode expectante dans sa plus grande simplicité; aucun malade n'y a été soustrait pour quelque cause que ce soit, afin d'avoir un résultat complet. Tous ont été couchés dans des lits dont les draps étaient souvent renouvelés; ceux qui suaient étaient changés de linge le plus possible; plusieurs l'ont été jusqu'à douze fois dans les vingt-quatre heures. Un air libre convenablement renouvelé circulait autour de leur lit. Des boissons leur étaient données de temps à autre, et en général ils en usaient deux à quatre pots par jour. Les tisanes employées ont été, suivant les temps, du sirop de groseilles ou de mûres étendu d'eau, de la décoction légère de pommes, du suc de verjus ou de groseilles largement étendu, enfin, dans les derniers temps, du sirop de dextrine mêlé à une quantité suffisante d'eau, pour en faire une boisson agréable.

Les fièvres typhoïdes traitées ainsi, ou pour mieux dire abandonnées ainsi à elles-mêmes, présentent réellement un aspect différent de celles soumises à un traitement quelconque; sans aucun doute elles ne ressemblent pas à celles traitées par les purgatifs, les sudorifiques ou les anti-phlogistiques; non-seulement les symptômes ordinaires sont modifiés, mais encore il en apparaît d'autres qui ne sont décrits nulle part, et que j'aurai l'honneur de vous faire connaître plus tard; mais par anticipation je signalerai les hydropisies cellulaires et abdominales qui ont eu lieu sur un tiers des malades, et la fréquence de pneumonies hypostatiques graves.

En six mois, du 1er avril au 1er octobre, j'ai eu à traiter 65 malades; j'en ai perdu deux; mortalité, 1 sur 32 1/2.

3° Les *évacuations directes*. (saignées, sangsues, etc.) Il me semble que je ne peux mieux faire que de prendre les relevés de M. Bouillaud qui sont consignés dans son journal, et qui ont été faits d'après les malades soignés dans son service pendant les mois qui correspondent à ceux des malades traités par la méthode expectante à l'Hôtel-Dieu.

Les voici. Mais comme j'ai été accusé de dénommer typhoïdes des affections qui ne l'étaient pas, j'en userai largement avec la méthode de M. Bouillaud.

	NOMBRE.	MORTS.
Gastrites légères, embarras gastriques (n. 34, page 236).	5	0
Gastro-duodénites plus intenses (ibid.).	10	0
Méningite avec entérite typhoïde (n. 41, p. 34).	1	1
Entérites folliculeuses (n. 35, p. 261).	16	4
Indigestion, embarras gastriques (n. 41, p. 40).	4	0
Gastro-duodénites (n. 41, p. 41).	7	0
Gastro-entérites simples (ibid.).	5	0
Entérites folliculeuses (n. 41, p. 44).	26	2
Total....	74	7

Mortalité, 1 sur 10 4/7

Mais si nous n'avons réellement égard qu'aux affections typhoïdes, nous voyons qu'il n'y a eu réellement que 47 cas, sur lesquels 7 morts; mortalité, 1 sur 6 1/7.

On voit que ce nombre est bien loin de 1 sur 32 1/2. La méthode de M. Bouillaud ne vaut donc pas la méthode expectante, ni même la méthode purgative.

Mon but ayant été d'employer pendant six mois chaque traitement, j'ai commencé au 1er octobre dernier la méthode sudorifique, que j'ai formulée ainsi :

Tisane de bourrache abondante et chaude; poudre de Dower matin et soir; un bain de fumigation sèche que je fais administrer dans le lit des malades, pour éviter le déplacement et pour la plus grande commodité du service. Je ferai part à l'Académie des résultats que j'obtiendrai.

Tel est le travail immense que j'ai entrepris : est-il celui d'un homme qui n'a que dix jours de conviction en médecine? non, sans doute; c'est plutôt celui d'un homme qui n'en a pas et qui cherche à s'en former une, en répétant sur une large base les travaux de ses devanciers.

J'ai l'honneur, etc.

PIÉDAGNEL.

— M. Sichel commencera son cours de clinique des maladies oculaires et d'ophthalmologie, le lundi 9 novembre, à deux heures, à son dispensaire, rue Hautefeuille, n° 11.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE ET DE L'INTESTIN RECTUM, contenant l'appréciation des divers moyens employés dans le traitement de ces maladies; par P.-S. TANCHOU, D.-M.-P., etc.

Ce volume comprend deux traités tout-à fait différens, bien que les affections auxquelles ils sont consacrés aient quelque analogie par leur nature et par leurs indications générales, et qu'au premier abord les lumières répandues sur l'une semblent devoir nécessairement rejaillir sur l'autre. Ne s'agit-il pas en effet, pour le rectum comme pour l'urètre, de rétrécissemens à cautériser, à diviser, à dilater; et tous les procédés applicables à l'un ne le deviennent-ils pas pour l'autre? On dirait que M. Tanchou l'a entendu ainsi; en effet, dans sa préface, il donne comme la partie capitale de son livre celle qui traite des rétrécissemens urétraux. Les quelques considérations qu'il a fait suivre sur ceux du rectum ne sont là qu'à cause de l'analogie des deux affections. Nous ne considérerons pas tout-à-fait la chose du même point de vue. Les rétrécissemens de l'urètre ont été depuis bientôt quinze ans l'objet de tant de travaux, qu'il est peu de parties de la chirurgie aussi bien connues; au contraire, pour ceux du rectum, plus rares et beaucoup plus négligés, presque tout reste à faire; et la nature des altérations et la structure de l'intestin, et ses rapports tout différens de ceux de l'urètre, sont autant de sources d'indications spéciales qui n'ont été nulle part suffisamment éclairées. Aussi, malgré la prédilection de l'auteur, nous attachons beaucoup plus d'importance à la seconde partie de son travail qu'à la première, comme contenant des choses beaucoup plus neuves pour la majorité des praticiens.

Dans la première partie M. Tanchou expose d'abord successivement les causes, les signes, la durée, les terminaisons des rétrécissemens de l'urètre; il ne pense pas que les injections astringentes contre la gonorrhée puissent les produire; la seule cause qu'ils reconnaissent est, selon lui, l'inflammation du canal; il n'en admet pas de spasmodiques. Il faut avouer toutefois que cette nature constamment phlegmasique s'accorde assez mal avec quelques variétés de symptômes que M. Tanchou a lui-même observés. Ainsi l'un de ses malades ne pouvait uriner que quand il avait pris du café; un autre, qu'après un verre d'eau-de-vie; un troisième urinait plus aisément après avoir bu de bon vin, qu'après avoir pris du vin ordinaire. Ce sont là des exceptions, sans doute; mais encore ne saurait-on dire qu'elles confirment la règle.

L'une des suites les plus graves des rétrécissemens considérables, est la formation de fistules au périnée ou même communiquant de la vessie avec le rectum. Chose remarquable et qui a bien rarement lieu pour des altérations organiques aussi manifestes, l'effet ici disparait presque constamment avec sa cause; le rétrécissement détruit, la fistule marche d'elle-même à guérison. L'usage des sondes est inutile et même nuisible dès que le canal est redevenu libre; et M. Tanchou rapporte l'observation fort intéressante d'un malade traité par une somnambule pour des fistules qui avaient résisté au traitement par les sondes et les bougies; l'absence de tout instrument dans le canal suffit pour les cicatriser presque toutes.

M. Tanchou s'étend surtout sur la thérapeutique des rétrécissemens. Dans ces écoulemens chroniques et opiniâtres qui en sont souvent le premier degré, il se représente les inflammations ou les ulcérations de l'urètre comme si elles existaient à la peau, et il les panse avec la charpie, c'est-à-dire avec des mèches enduites de cérat, d'onguent mercuriel, d'onguent populéum, des préparations de plomb, ou de nitrate d'argent selon l'indication. Quand le rétrécissement est formé, il emploie selon les cas la dilatation, la cautérisation, la scarification; il a même imaginé des instrumens particuliers pour ces deux dernières opérations. Quand il y a rétention d'urine, il commence par les moyens généraux, bains, saignées; il tente d'introduire une petite bougie, s'efforce de dégager le canal par les calmans, les sangsues, la glace au périnée; il redoute les injections forcées et le cathétérisme forcé; et en désespoir de cause, il préfère la ponction périnéale.

Nous aurions désiré que l'appréciation comparative de tous ces moyens tînt dans l'ouvrage un peu plus de place, et surtout y fût mieux appuyée par des faits. L'auteur, satisfait des résultats de sa pratique, nous paraît trop enclin à juger sévèrement des procédés qu'il n'emploie point; et pour en citer des exemples, il aurait dû peut-être, dans l'état actuel de la science, déduire plus longuement les raisons et les faits qui lui font presque rejeter les injections forcées et préférer la ponction par le périnée.

L'histoire des rétrécissemens du rectum est précédée de quelques considérations intéressantes sur la digestion et la défécation. L'auteur saisit cette occasion d'exposer un fait de physiologie bien remarquable, si d'autres observateurs viennent à le vérifier. Dans l'état ordinaire, on sait que les alimens doivent séjourner quelque temps dans l'estomac pour s'y chymifier. Mais quand l'estomac est tourmenté par la faim, comme à la suite d'une maladie grave, ou d'une longue abstinence, ou même d'une marche fatigante, M. Tanchou assure avoir constaté que les alimens passent immédiatement de l'œsophage dans l'intestin grêle, sans s'arrêter dans l'estomac. Nous ne citerons pas ses observations faites sur des convalescens; on pourrait toujours leur reprocher quelque obscurité; mais voici des expériences sur des animaux qui paraissent irréfragables. A des chevaux qui n'avaient pas mangé depuis 24, 38 ou 36 heures, on donna une certaine quantité de radis ou de carottes ou de tout autre légume coloré; trois garçons écarisseurs étaient placés à côté de l'animal, l'un pour l'abattre en lui plongeant un couteau dans l'espace occipito-vertébral, aussitôt la dernière bouchée avalée; les autres pour l'ouvrir et mettre le plus promptement les intestins à découvert afin de les lacier. Il se passait au plus quatre minutes pour arriver à cette dernière partie de l'opération; et déjà les carottes et les radis avaient parcouru 20, 25, 27 pieds dans le tube intestinal; le plus souvent l'estomac était vide. Il y a donc alors une véritable digestion intestinale, et les expériences curieuses de M. Voisin sur la propriété chymifiante des sucs intestinaux trouveraient ici une application directe. Les alimens passent d'autant plus promptement qu'ils sont plus liquides, moins alibiles, et que l'individu a plus besoin de réparer ses forces; voilà pourquoi l'eau froide pèse dans ces circonstances, donne des coliques et quelquefois la diarrhée; elle a franchi alors la valvule iléo-cœcale, ce qui constitue l'indigestion réel. le. Chez les lapins, l'expérience ne réussit pas comme sur le cheval; bien plus, après trois jours d'abstinence complète, l'estomac n'était point encore vide; mais l'appendice cœcal qui est très-long chez eux, se vidait en proportion du temps passé sans manger; ce qui porte l'auteur à penser que cet appendice est une sorte de réservoir destiné à fournir à l'estomac des alimens pendant la saison où ces animaux ne peuvent sortir de leurs terriers.

Les signes des rétrécissemens du rectum sont nettement exposés. L'auteur les attribue constamment à une phlegmasie plus ou moins circonscrite; il n'admet pas de cause vénérienne; d'une part, en effet, cette affection n'est pas plus fréquente chez les vénériens, et d'autre part elle ne cède pas mieux aux antisyphilitiques qu'à tout autre remède. La majeure partie de ces rétrécissemens se trouvent au niveau du sphincter interne; ils sont là le plus souvent circulaires et viennent à la suite d'un dérangement de corps habituel; les autres, situés de préférence à la partie la plus élevée du rectum, succèdent à la constipation et affectent la forme valvulaire. Il est facile de concevoir les dégénérescences que le temps y amène et les fâcheux accidens qu'ils déterminent lorsqu'ils sont très-considérables; seulement, il est très-remarquable que leur longueur augmente de bas en haut; et c'est là un des caractères qui les distingue particulièrement des rétrécissemens de l'urètre.

L'auteur s'étend sur le traitement avec un soin particulier. Les moyens généraux peuvent aider au traitement local, mais ne sauraient le remplacer. On a vanté successivement les douches, que l'auteur regarde comme inefficaces; les purgatifs et l'électricité, qu'il déclare nuisibles; la dilatation, qu'il approuve beaucoup, tout en redoutant la dilatation permanente; les incisions qui ne peuvent se faire que pour les brides, et seraient périlleuses à tenter au-delà de la portée du doigt; enfin la cautérisation, sur laquelle l'expérience ne lui a rien appris de favorable. Quand aucun de ces moyens ne peut être tenté, il reste la ressource d'un anus artificiel dans la région lombaire et iliaque.

Dix observations forment une clinique assez étendue des rétrécissemens du rectum, depuis leur début jusqu'à leur dernière période, et ajoutent à l'ouvrage un haut degré d'intérêt. Enfin, des planches lithographiées représentent les principaux instrumens imaginés par l'auteur pour les opérations à tenter, soit sur l'urètre, soit sur le rectum rétréci. La dernière représente le rétrécissement du rectum de Talma.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Observations sur les inconvéniens du cathétérisme simple et forcé de M. Mayor (de Lausanne), dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires; par M. Boinet, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Savoir quelle est la méthode qu'on doit préférer dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre, c'est une question sur laquelle il existe encore aujourd'hui une grande différence d'opinion. M. le docteur Mayor, dans un mémoire qu'il a publié dernièrement sur le cathétérisme simple et forcé, cherche à prouver que les grosses sondes métalliques sont de beaucoup préférables à tous les autres moyens, tels que la cautérisation, la dilatation avec les bougies ordinaires, par exemple, à cause de la promptitude, de la facilité avec lesquelles on guérit les malades, et du peu de danger auquel on les expose. Depuis la publication de ce mémoire, nous avons été à même de voir, dans le service de M. Sanson, des rétrécissemens de tout genre et à toute époque, et nous avons pu nous convaincre que le procédé n'était pas aussi efficace que l'a avancé l'habile chirurgien de Lausanne. Il avait eu la bonté de nous exposer, en nous démontrant au lit du malade, comment il s'y prenait pour vaincre les rétrécissemens. Je dirai d'avance que M. Mayor lui-même, malgré son habitude et son adresse à manœuvrer ses sondes, a été peu heureux dans les tentatives qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu. Parmi les observations que j'ai recueillies sur cette manière de traiter les rétrécissemens, je rapporterai celles des deux malades que M. Mayor essaya de sonder avec ses sondes métalliques, et chez lesquels il échoua complètement après plusieurs tentatives répétées plusieurs jours de suite. D'ailleurs, dans tous les cas où cette méthode a été employée à l'Hôtel-Dieu, pas un n'a été suivi de succès, et tous nous ont prouvé que le cathétérisme simple forcé, même entre les mains des plus habiles chirurgiens (le cathétérisme a toujours été pratiqué par M. Sanson) n'est pas si simple, si commode et surtout si innocent que le prétend M. Mayor; presque toujours à la suite de cette opération nous avons vu se développer tantôt quelques symptômes généraux, comme un accès de fièvre complet, tantôt des frissons, etc.; une fois des nausées et des vomissemens; d'autres fois des abcès au périnée, etc; mais toujours des douleurs si vives et si fortes, que les malades ont préféré quitter l'hôpital plutôt que de se soumettre à de nouveaux essais de ce cathétérisme.

Feuilleton.

Des médecins a Rome au siècle d'Auguste (1).

Qu'est-ce que les médecins? vas-tu me dire sans doute. Des marchands de santé, te répondrai-je, qui cependant ne livrent pas toujours ce qu'ils vendent; des espèces de devins que les Romains appellent près d'eux quand ils se sentent ou se croient malades, pour les prier de les guérir ou de les soulager. Néanmoins la médecine a ses incrédules, et bien des personnes prétendent qu'elle ne sert réellement qu'à rassurer l'esprit des malades (2). L'empereur Tibère, qui partage cette incrédulité, a coutume de dire que passé trente ans chacun doit être son médecin, et il raille ceux qui agissent autrement (1).

Je ne sais pas si cette idée était généralement répandue chez les anciens Romains; mais il n'y a pas beaucoup plus de deux siècles que les médecins sont connus à Rome. Auparavant, le peuple romain avait vécu sans médecins, mais non sans medecine (2) : il avait celle de l'expérience, car pendant long-temps les malades rappelés à la santé furent dans l'usage d'aller inscrire dans le petit temple de la Fièvre, situé tout en haut de *Vicus longus*, les remèdes qui les avaient guéris (3).

Le premier médecin qui parut dans la ville fut un certain Archagatus. Il vint du Péloponnèse, l'an 535 de la fondation de Rome. Il reçut le droit de cité romaine, et on lui acheta, aux dépens du public, une taverne dans le carrefour Acilius, pour y exercer sa profession. Comme il s'attachait à la guérison des blessures, il fut appelé *médecin vulnéraire*. Son arrivée causa le plus grand plaisir; mais la cruauté avec laquelle il employait le fer et le feu lui valut le surnom de *bourreau*, et inspira de l'aversion pour l'art en général et pour tous les médecins.

Cela n'empêcha pas que dès-lors la médecine fut naturalisée à Rome. Je dis la médecine, et non les médecins, qui depuis ce temps jusqu'au siècle actuel ont toujours été des etrangers, et principalement des Grecs. Peu de Romains ont pratiqué la médecine ou la pratiquent; et encore n'est-ce qu'après avoir été etu-

(1) Nous extrayons cet intéressant chapitre du *Voyage d'un Gaulois à Rome*, ou *Rome au siècle d'Auguste*, par M. Charles Desobry. Paris, 1835. Les journaux politiques ont déjà rendu justice à l'érudition de conscience et de choix qui place cet ouvrage à côté du *Voyage d'Anacharsis*.

(2) Petron. 42.

(1) Tac. Ann. VI. 46.

(2) Plin XXIX. 1.

(3) V. Max. II. 5. 6.

RÉTENTION INCOMPLÈTE D'URINE, CAUSÉE PAR UN RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE; INEFFICACITÉ DU CATHÉTÉRISME FORCÉ, PRATIQUÉ PAR M. MAYOR.

Obs. I. — Le 22 avril 1835, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n. 27, pour une rétention incomplète d'urine, le nommé Niclond (Jean-Pierre), cuisinier, âgé de 33 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin très-prononcé. Il a eu trois gonorrhées dans sa jeunesse, la première à l'âge de 24 à 25 ans, qui céda facilement à quelques tisanes adoucissantes; la seconde fut plus rebelle et compliquée de deux bubons qu'il garda long temps, et pour lesquels il fut obligé d'entrer à l'hôpital des Vénériens, d'où il sortit guéri; la troisième enfin fut aussi de longue durée et n'a jamais été soignée; il y a environ un an qu'elle est disparue. Depuis deux ans seulement il s'est aperçu qu'il urinait moins bien que d'habitude, que le jet de son urine avait diminué d'étendue lorsqu'il faisait des excès; cette difficulté de rendre son urine augmentait; il remédia d'abord à cette incommodité par l'usage d'une tisane adoucissante, dans laquelle il mettait beaucoup de sel de nitre; mais aussitôt qu'il cessait toute précaution, qu'il faisait de nouveaux excès alcooliques, son mal reparaissait, et à chaque récidive il remarquait que l'émission des urines devenait de plus en plus moins facile. Déjà à Turin il avait subi un traitement qui avait consisté dans trois saignées, un régime rafraîchissant pendant le premier mois, puis ensuite l'usage de bougies en gomme élastique qu'on lui mettait tous les matins pendant dix minutes environ; ennuyé de la longueur de ce traitement, urinant mieux qu'à son entrée, il quitta l'hôpital imparfaitement guéri, reprit son genre de vie habituelle, et vit bientôt reparaître tout le cortége des symptômes d'un rétrécissement urétral. Il avait recours à sa tisane nitrée, qui le soulageait toujours, prenait du repos, restait sobre pendant quelques jours, alors le mieux se manifestait; mais malgré cette thérapeutique, l'émission des urines devenait plus pénible, et devint si difficile que plusieurs fois il fut pris de rétention d'urine. Après toutes ces alternatives de mieux, de mal, il fut obligé de recourir à des moyens plus efficaces. Le moindre excès, l'usage d'un petit verre d'eau-de-vie, par exemple, lui causait une rétention d'urine, la verge s'enflait, devenait douloureuse, les efforts qu'il faisait pour expulser quelques gouttes d'urine, provoquait la sortie des matières fécales.

A son entrée dans le service l'obstacle au cours des urines est si considérable, que depuis six jours il n'urine que goutte à goutte, et souffre toutes les angoisses d'une rétention d'urine. Une sonde exploratrice introduite dans le canal, dont la sensibilité est extrême, indique un rétrécissement à 7 pouces du méat urinaire; l'empreinte est petite, de la la grosseur d'une épingle ordinaire; on vide la vessie à l'aide d'une petite sonde en argent, les sondes de calibre ordinaire, ayant été arrêtées par l'obstacle, et on la remplace par une bougie très-fine en gomme élastique, qu'on laisse à demeure. Les jours suivans on introduit des bougies un peu plus volumineuses. M. Mayor se trouvait alors à Paris et venait de faire connaître ses sondes. M. Sanson pria ce chirurgien d'avoir la bonté de traiter ce malade par le procédé qu'il employait contre les rétrécissemens. Le 4 et le 5 mai, le chirurgien de Lausanne introduisit ses sondes n° 1 d'abord, ensuite n° 2, 3, 4, qui, après plusieurs tentatives long-temps prolongées, ne purent franchir le rétrécissement et arriver jusque dans la vessie. On prend sur-le-champ une nouvelle empreinte, qui rapporte une tige de la grosseur d'une plume de corbeau. Elle indique que l'obstacle est toujours au même endroit, à sept pouces du méat urinaire. Le 6 mai, M. Mayor essaie encore ses n° 1 et 2, sans plus de succès que les premières fois; sans désemparer il a recours alors à la sonde conique: même résultat, l'obstacle est infranchissable. Du sang s'écoule assez abondamment; le malade se refuse à de nouvelles tentatives, à cause des douleurs atroces qu'il a éprouvées à chaque introduction des sondes. Cependant il avait une ferme envie d'être promptement guéri. On insiste pour réintroduire les sondes d'étain, on emploie la persuasion; rien ne peut le convaincre, ni la force, ni la douceur: il préfère sortir sans être guéri plutôt que de souffrir une nouvelle introduction.

Obs. II. — Un autre malade couché au n. 46, où il était entré pour une plaie de tête, s'était plaint qu'il urinait moins bien qu'autrefois; on profite de la présence de M. Mayor, pour tâcher de le débarrasser promptement d'un rétrécissement peu considérable; le cathétérisme est encore infructueux. Toutes les sondes, la dernière exceptée, sont introduites les unes après les autres, sans pouvoir pénétrer dans la vessie. M. Mayor veut passer sa sonde conique, le malade s'y refuse à cause des douleurs qu'il a ressenties pendant la manœuvre des autres sondes; plutôt de se soumettre même à un autre traitement, il sort avec le malade du n° 27, accusant le chirurgien et les moyens mis en usage pour dilater son canal. Chez ces deux malades, à chaque introduction des sondes d'étain il s'écoula quelques gouttes de sang, et l'extrémité de l'instrument en était toujours colorée.

Obs. III. — James, Pierre, âgé de 29 ans, demeurant rue du Bac, n. 5, entré le 14 juillet 1835, a été couché au n. 14 de la salle Sainte-Jeanne, pour plusieurs rétrécissemens du canal de l'urètre. D'une excellente constitution, il contracta, il y a six ans, une chaude-pisse légère, qu'il a guérie promptement à l'aide de soins convenables; dix-huit mois après il en contracta une seconde, qui fut plus rebelle que la première et dont il ne s'est débarrassé que très-difficilement, et long-temps après son apparition. A la suite de celle-ci il remarqua du trouble dans l'émission des urines, le jet diminuait progressivement, il éprouvait des envies fréquentes d'uriner qu'il était plus long-temps à satisfaire, et enfin tous les symptômes d'un rétrécissement considérable. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le jet est menu, filiforme; il pisse sur ses souliers. Une bougie à empreinte introduite dans le canal, y signale un premier rétrécissement à un pouce et demi; ce premier rétrécissement est peu considérable et ralentit seulement le passage de la sonde, qui pénètre jusqu'à six pouces et demi, sept pouces du méat urinaire, où elle est arrêtée tout-à-fait par un second rétrécissement. L'empreinte que rapporte la bougie est filiforme; M. Sanson, avec toutes les précautions d'habitude, cautérise avec la pierre infernale.

Le 20 juillet, l'émission des urines est plus facile, le jet plus volumineux, et l'envie d'uriner moins fréquente; on prend une nouvelle empreinte, elle est de la grosseur d'une plume de corbeau; la bougie à empreinte est teinte de sang lorsqu'on la retire; à la suite de cette exploration, le malade est pris brusquement de rétention d'urine. 15 sangsues au périnée, bain. On fait usage des bougies de gomme élastique.

Le 31 juillet, tous les accidens inflammatoires ont disparu; le malade urine bien et presque aussi bien qu'avant sa maladie. Content de l'amélioration qu'il a obtenue, il demande à sortir; en effet, une sonde de volume ordinaire pénètre facilement dans la vessie, rencontrant seulement un léger obstacle au point où siégeait le rétrécissement, à six pouces et demi sept pouces. On persuade au malade qu'en restant encore quelques jours on pourra, à l'aide des sondes de M. Mayor, terminer promptement sa guérison. Dans la même séance les numéros 1, 2, 3, 4, sont introduits; mais l'introduction des deux derniers numéros a été douloureuse et la douleur a lieu non-seulement au point rétréci, mais encore au méat urinaire. Dans le courant de la journée, James est pris de frisson, de fièvre, en un mot de tous les symptômes d'une fièvre intermittente. Ces symptômes cèdent pendant la nuit. Le lendemain on veut réintroduire ces sondes métalliques; le malade s'y refuse obstinément, donnant pour raison qu'il avait trop souffert lors de leur première introduction. On a beau lui dire qu'il n'est pas guéri, que son mal reviendra, qu'il s'expose à une rétention d'urine, à la mort, rien ne peut l'engager à rester. Il sort le 3 août imparfaitement guéri.

Obs. IV. — Briançon, journalier, ancien militaire, âgé de 36 ans, a été reçu le 21 juillet, au n. 31 de la salle Sainte-Jeanne. Dans sa jeunesse il a eu plusieurs écoulemens qu'il n'a pas très-bien soignés. Il éprouva, il y a douze à quinze ans, pour la première fois de la difficulté à uriner. Cette difficulté fit des progrès, se renouvelant assez fréquemment à la suite des excès de vin. Briançon y remédiait militairement, en introduisant dans le canal de l'urètre l'extrémité de la baguette de son fusil. De cette façon il rétablissait le calibre du canal, et prévenait une rétention d'urine. En rentrant dans le civil, il devint plus sobre, sans perdre cependant l'habitude de s'enivrer quelquefois. L'émission des urines devint plus difficile, longue et douloureuse. Il entra à l'Hôtel-Dieu. Le canal offre deux rétrécissemens, le premier peu considérable, à un pouce du méat; l'autre, plus résistant, à six pouces. Une bougie à empreinte franchit facilement le premier obstacle et rapporte une tige presque filiforme, du volume d'une grosse épingle, qui indique que le rétrécissement est au centre du canal. M. Sanson essaie d'emblée le procédé de M. Mayor; la sonde numéro 1 est introduite assez facilement et pénètre dans la vessie après quelques mouvemens en vrille; la sonde numéro 2 ne peut pénétrer, elle est arrêtée au point où siége le rétrécissement, et détermine un écoulement de sang assez abondant, et des douleurs insupportables. Le malade est laissé tranquille, espérant que cet écoulement de sang, que des sangsues appliquées au périnée, des bains, etc., dégorgeront les parties et calmeront l'inflammation.

---

dier en Grèce, car un médecin ne parlant point grec ne jouit d'aucun crédit, même auprès de ceux qui n'entendent pas cette langue; les malades ont moins de foi aux choses qui intéressent leur santé, lorsqu'elles sont intelligibles pour eux (1).

Si, pendant plus de cinq siècles, les Romains n'ont point eu de médecins, ils s'en sont amplement dédommagés depuis, et maintenant ils en ont jusque parmi leurs esclaves; toute personne un peu riche en compte plusieurs dans sa maison (2). Après leur affranchissement, ces médecins domestiques commencent à travailler pour le public (3). Il ne leur faut aucune autorisation pour cela, la médecine étant une profession entièrement libre. Qu'un homme se dise médecin, on le croit sur parole, quoique nul autre mensonge ne puisse avoir des suites aussi funestes, mais personne n'y fait attention, tant l'espérance a de charmes. Nulle loi qui sévisse contre l'ignorance, nul exemple de punition: les médecins s'instruisent aux risques et périls de ceux qui réclament leurs soins; leur expérience coûte la vie à ces infortunés, et seuls parmi tous les citoyens, ils tuent avec impunité. Bien plus: les reproches ne tombent pas sur eux; on accuse l'intempérance du malade, et les morts ont toujours tort (4).

Sylla voulut rendre les médecins responsables de leur négligence ou de leur impéritie, et publia une loi qui punissait ces deux vices de la déportation ou même de la mort (1). Depuis long-temps on n'observe plus cette loi. Cela est d'autant plus fâcheux que la nature même des fonctions des médecins réclamerait une surveillance publique très-active, puisqu'ils préparent eux-mêmes et vendent dans les tavernes (2) tous les médicamens qu'ils ordonnent. Ils apportent quelquefois une telle ignorance dans leurs manipulations, que l'on en a vu employer pour du cinabre de l'Inde du minium, qui est un véritable poison (3)!

(1) Plin. XXIX. 1.

(2) Senec. de const, Sapient. 1. — Plut. Cæs. 45. — Digest. XXXVIII. tit. 1. leg. 24. § 2.

(3) Digest. *Id. Ibid.* leg. 26. § 1.

(4) Plin. *Id. Ibid.*

(1) Instit. IV, tit. 3, de lege Aquiliâ, § 7.

(2) Cic., pro Cluent., 63. — Plin., XXIX, 1. — Plaut., Epidic., II, 2, v. 14.

(3) Plin. *Id. Ibid.*

La loi de Sylla n'était que répressive. Dans la suite on reconnut la nécessité d'une loi préventive, comme on le voit par le fragment suivant d'Ulpien rapporté dans le digeste (L tit. 9. leg. 1.)

« Le président de la province n'a droit de rien statuer sur le nombre des médecins fixé pour chaque ville; le choix en appartient à l'ordre des Décurions et aux propriétaires de la cité, afin qu'ils puissent s'assurer de la probité et des connaissances de ceux auxquels ils doivent se confier, eux et leurs enfans, dans les maladies du corps qui peuvent les affliger. »

A propos des connaissances requises dans les médecins, disons un mot de la dissection des corps. Quoique nous trouvions dans Celse (*de Re medic.* IV. 1.) et dans Cicéron (*de Nat. deor.*) II. 54.) une description anatomique assez complète des principales parties du corps humain et de leurs fonctions, néanmoins un préjugé religieux, et même scientifique, l'interdisait presque, soit comme impie, soit comme inutile.

» La dissection des cadavres, dit Celse (*I. præf.*), qui à la vérité n'a rien de

Le 29 juillet, tous les symptômes inflammatoires sont disparus depuis quelques jours; le malade est dans les meilleures conditions, et se soumet avec répugnance au cathétérisme avec les sondes de M. Mayor; il redoute les souffrances qu'il a éprouvées la première fois. On introduit le numéro 1 qui cause de vives douleurs au malade lorsqu'il se trouve en contact avec le point affecté; il pénètre cependant dans la vessie; on propose le numéro 2, que le malade refuse de tout son pouvoir.

Cette nouvelle tentative est suivie de douleurs cuisantes surtout en urinant. Briançon est pris de rétention d'urine, qui cède assez promptement ainsi que les douleurs, aux antiphlogistiques et à l'introduction de bougies en gomme élastique de médiocre grosseur, qu'on passe de temps en temps. Une troisième et dernière fois on lui propose encore le cathétérisme forcé; il refuse avec instance, aimant mieux sortir sans être guéri.

Obs. V. — Au n° 52 de la salle Sainte-Jeanne, a été couché, le 18 août, Bélinon, Claude, journalier, âgé de 50 ans, demeurant rue de la Cerisaire, n. 4, d'une bonne constitution; il dit n'être pas ivrogne et ne s'être jamais mis en ribotte. Dans sa jeunesse il a eu plusieurs écoulemens qui n'ont jamais duré long-temps, des échauffemens comme il les appelle; il assure aussi n'avoir jamais bien uriné, et dès son bas âge il avait de la difficulté à évacuer la vessie; le jet des urines était petit; déjà même une fois, Dupuytren l'avait traité pour rétrécissement au moyen des bougies; depuis ce traitement il se portait bien, n'avait plus éprouvé de difficultés à rendre son urine, n'avait point fait d'excès ni en vin, ni en femmes; quand, il y a un mois, sans cause connue, sans s'être exposé au froid, il a été pris brusquement d'une rétention complète d'urine; depuis ce moment il a éprouvé du trouble dans l'excrétion urinaire. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, un catheter en argent, d'un volume ordinaire, passe avec facilité dans l'urètre et arrive dans la vessie; ce cas parait favorable au procédé de M. Mayor, et les quatre premiers numéros de ses sondes sont introduits successivement. Pendant cette opération le malade témoigne une grande impatience; la sensibilité de l'urètre est très considérable, en retirant chaque sonde, il s'écoule quelques gouttes de sang. Une inflammation intense s'empare du canal. Le 25 août, le malade est pris de tous les symptômes d'une fièvre intermittente; et à quelques jours de là un abcès apparait à la racine des bourses, malgré les sangsues au périnée, les bains, cataplasmes, et tous les moyens antiphlogistiques employés pour prévenir et pour arrêter l'inflammation.

Depuis ce cathétérisme avec les sondes d'étain, le malade éprouve en urinant de la cuisson qu'il n'avait jamais ressentie auparavant, quoique le canal fût douloureux et très-sensible à la pression d'un corps étranger, d'une bougie par exemple. Le numéro 4 des sondes de M. Mayor a éprouvé un premier arrêt, d'abord au méat urinaire, ensuite un autre, un peu au devant du col de la vessie; à son passage sur ces deux parties, le malade n'a pu retenir ses cris que lui arrachait une douleur intense et pénétrante. Une bougie à empreinte avait fait reconnaître un rétrécissement peu considérable à sept pouces et demi. La tige qui représentait l'ouverture du rétrécissement était cylindrique, ayant le volume d'une petite plume à écrire.

Depuis ce moment le traitement par le cathétérisme forcé a été cessé; des bougies en gomme élastique ont été successivement mises à demeure dans l'urètre; le vaste abcès survenu au-dessous des bourses, a été ouvert; sa terminaison a été des plus promptes et des plus heureuses, et Bélinon est sorti parfaitement guéri vers la fin du mois de septembre.

Obs. VI. — Un individu d'environ 50 ans, fut reçu le 20 juillet au n° 43 de la salle Sainte-Jeanne. C'était un avocat, ayant reçu de l'éducation et rendant parfaitement compte de ce qu'il avait ressenti et remarqué dans le cours de son affection. De temps en temps il était pris d'une rétention d'urine, qui se renouvelait toutes les fois qu'il prenait du froid ou buvait du vin et des liqueurs alcooliques, même en petite quantité; aussi il avait eu plusieurs urétrites, dans ses débuts avec les femmes, et avait payé son tribut avec trois gonorrhées, qu'il négligea, et qui finirent enfin par disparaître, après avoir duré long-temps. Il s'aperçut pour la première fois, il y a environ cinq ans, qu'il urinait moins bien qu'autrefois. C'était à la suite de copieuses libations; cette circonstance éveilla toute son attention, et il remarqua en effet qu'à dater de ce jour il était long temps à vider sa vessie, et que l'envie d'uriner revenait plus souvent. Cette incommodité n'était pas encore suffisante pour l'avertir du danger qui le menaçait; il continua son genre de vie qui, de temps en temps et assez fréquemment dans ces derniers temps, était interrompu par des difficultés très-grandes d'uriner, quelquefois par des rétentions complètes que le repos, la chaleur, les bains chauds, faisaient promptement disparaître, et que le moindre écart de régime produisait. Dans les dernières semaines qui précédèrent son admission à l'Hôtel Dieu, il ne pouvait plus prendre un verre de vin sans s'exposer à une rétention d'urine, tant était grande la susceptibilité de sa vessie et du canal excréteur de ce réservoir. Il est sondé à son arrivée dans le service; un cathéter d'argent de volume ordinaire s'arrête à 4 pouces et demi, où existe un rétrécissement, ainsi que le constate une bougie à empreinte; il existe encore deux autres rétrécissemens, l'un à 5 pouces, l'autre à 6 pouces et demi sept pouces. Malgré tous ces obstacles une bougie n° 6 ou 7 peut pénétrer dans la vessie. M. Sanson pense que ce cas est un de ceux où le cathétérisme forcé peut être employé avec succès; les numéros 1, 2, des sondes d'étain semblent parcourir l'urètre avec assez de facilité; le malade se plaint cependant de ressentir de vives douleurs, et refuse l'introduction du numéro 3. Sur le-champ il est renvoyé de l'hôpital, le 24 juillet 1835.

Obs. VII. — Un limonadier, Lefèvre François, âgé de 26 ans, demeurant rue de Clery, n. 95, couché au numéro 1 de la salle Sainte-Jeanne, eut à 19 ans une blennorrhagie qu'il garda plus d'une année; dix huit mois ou deux ans plus tard, il en attrapa une seconde, qu'il guérit aussi très-difficilement. A la suite de ces deux écoulemens survinrent des envies très fréquentes d'uriner, qui l'inquiétèrent peu d'abord; plus tard il reconnut qu'il avait un rétrécissement, pour lequel il se fit traiter il y a deux ans. On le cautérisa deux fois, on lui passa des bougies, et après un traitement de plusieurs mois, le cours des urines était parfaitement rétabli; tout signe de rétrécissement avait disparu. A quelque temps de là il contracte une nouvelle blennorrhagie, qu'il soigne d'abord, et néglige ensuite, ennuyé de sa durée, des remèdes et des tisanes qu'on lui ordonnait. Bientôt il vit se reproduire tous les symptômes d'un rétrécissement; instruit par le passé il vint à l'Hôtel-Dieu. L'émission des urines se fait encore passablement; le jet est aplati à sa sortie et se contourne sur lui-même; à 7 pouces de profondeur existe un obstacle, on pratique deux fois la cautérisation avec le porte-caustique de M. Lallemand. Le 27 juillet et dans les premiers jours d'août, la sortie des urines est plus facile; le jet plus nourri. On continue le traitement avec des bougies; on était parvenu à faire passer le numéro 10, lorsque le malade demanda à s'en aller; dans l'intention de le guérir tout-à-fait et plus promptement, on eut recours aux sondes métalliques. Les numéros 3, 4 passèrent facilement, mais le malade accusait toujours de la douleur lorsque le cathéter arrivait au point rétréci de l'urètre. On passa encore, séance tenante, le numéro 5; il pénétra dans la vessie, mais non sans produire de vives douleurs au malade et sans lui arracher des cris. Le lendemain 19 août, il était pris de tous les symptômes d'une fièvre intermittente: frissons, chaleur, nausées et vomissemens, cuisson très-forte pendant l'excrétion des urines; quelques gouttes de sang se sont écoulées en retirant la sonde numéro 5. Pendant quelques jours on laisse le malade tranquille; tous les accidens survenus à l'occasion du cathétérisme ont cessé. Nouvelle introduction du numéro 5; mêmes accidens. Peu encouragé par ces résultats, M. Sanson revint aux bougies et le malade sortit parfaitement guéri le 8 septembre.

Que conclure de ces observations? que le cathétérisme simple forcé est un moyen sûr, commode, prompt, et surtout innocent pour le traitement des rétrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires? Telle n'est pas assurément notre opinion ni celle de quelques autres médecins qui ont expérimenté cette méthode avant de la juger.

Malgré toute l'estime que nous professons pour M. Mayor, et le grand respect que nous avons pour ses assertions, nous ne pouvons nous ranger de son avis ni pour le mode de traitement qu'il adopte, ni pour les explications ingénieuses qu'il en donne. Le petit nombre d'observations que nous avons recueillies suffit pour nous confirmer ce que l'expérience des autres nous avait appris depuis long-temps déjà, qu'une compression même lente et graduée avec des bougies solides ou des instrumens métalliques, de manière à forcer l'obstacle ou à produire une ulcération, a souvent causé de fausses routes et d'autres accidens

---

Certains médecins commencent aujourd'hui à renoncer aux préparations pharmaceutiques, se reposant de ce soin sur ceux qui exercent l'art de la Séplasie, qui n'est que fraude et sophistication perpétuelle. Ils prennent chez eux tout ce dont ils ont besoin; mais comme ils en font toujours un objet de spéculation, ces marchands de drogues leur vendent toutes leurs marchandises détériorées (1).

La médecine a toujours été encouragée à Rome. Tu viens de voir comment y fut accueilli le premier médecin. Jules César donna le droit de cité romaine à tous ceux qui professaient cet art, afin de les fixer à Rome (2); plus récemment, l'empereur Auguste, pendant une grande famine, chassant tous les étrangers de la ville, fit une exception en faveur des médecins (1). Dans la suite, il leur donna à tous le droit de porter l'anneau d'or (2).

C'était de la part de ce prince une faveur toute gratuite, attendu que la médecine étant devenue le plus lucratif des arts (3), on n'avait plus à craindre de manquer jamais de médecins. Dans ce pays où l'on fait tout pour de l'argent, où rien ne coûte pour en acquérir, dès que l'on reconnut que la médecine était un moyen de fortune, les médecins affluèrent de toutes parts, comme une bande de vautours qui s'abat sur un champ de carnage.

Mais dans leur ardeur de parvenir, ces intrépides, au lieu d'étudier l'art tout entier, comme les anciens médecins, se bornèrent à certaines parties, et se firent, pour ainsi dire, médecins fractionnaires. Ainsi, certains ne traitent que les maladies internes, d'autres les blessures, d'autres les ophthalmies (4), d'autres les dents, d'autres les hernies (5). Quoique le nom général de *médecins* soit donné à tous (6), cependant on désigne plus particulièrement les opérateurs par le nom de *chirurgiens* (7). Les accouchemens sont abandonnés à des femmes que l'on nomme *obstétrices* (8).

---

cruel, mais répugne à la nature, n'est pas même nécessaire, puisque les parties, pour la plupart, sont très-différentes après la mort de ce qu'elles étaient pendant la vie, et que le traitement des maladies fait voir tout ce qu'il est possible de connaître dans le sujet vivant... Je pense qu'il est cruel et inutile d'ouvrir les corps vivans; mais que ceux qui se consacrent à la médecine ne peuvent se dispenser de disséquer des cadavres. »

La dernière observation de Celse, sur la dissection des corps vivans, fait allusion à un fait qu'il rapporte lui-même (*I. præf.*), et duquel il résulte que des rois barbares envoyaient à Hiérophile, célèbre médecin de Chalcédoine, et à Erasistrate, des criminels qu'ils disséquaient tout vivans. Tertullien, qui mentionne aussi ce fait (*de Anim.*, 10.), dit que Hiérophile disséqua de la sorte six cents individus!

(1) Plin. XXXIV. 11.
(2) Suet. Cæs. 42.

(1) *Id.* Aug. 42.
(2) Dion. LIII. p. 592.
(3) Plin. XXIX. 1.
(4) Cels. de Re medic. VI. 6. — Cic.
(5) Orat. III. 33. — Mart. VIII. 74. Mart. X. 55.
(6) Cic. *Id. Ibid.* — Senec. Ep. 52. 104. Juv. S. 2. v. 13.
(7) Cels. *Id.* 7, præf. — Mart. I. 31.
(8) Senec. Ep. 117. — Digest. IX. tit. 2. leg. 9. — XXV. tit. 4. leg. 1.

que j'ai déjà énoncés. Tous les avantages que le procédé de M. Mayor peut offrir en forçant un obstacle ou en l'ulcérant, sont également fournis par l'emploi sage et méthodique de la cautérisation, qui, en résumé, est d'une application moins dangereuse et cause moins de douleur et d'inflammation. Ce fait nous a été confirmé par plus de quarante observations de rétrécissemens de l'urètre que nous avons eus cette année dans le service de M. Sanson. Ce chirurgien a adopté la cautérisation, qu'il emploie de concert avec la dilatation ; et cette pratique lui a toujours donné d'excellens résultats. On a prétendu qu'il y avait fréquemment des récidives à la suite de ce traitement. Sur le nombre des malades qui ont été traités cette année par M. Sanson, un seul s'est présenté ayant déjà subi un traitement par le caustique et les bougies ; mais il est bon de noter qu'après ce traitement il avait contracté une nouvelle gonorrhée. Un autre dont nous avons aussi l'observation, avait été traité par Boyer, à l'aide des bougies seulement; son mal n'en récidiva pas moins. Du reste, on est aujourd'hui assez généralement d'accord à dire que le traitement par la dilatation n'est et ne peut être que palliatif. Ce dernier individu traité par Boyer n'avait point eu d'écoulement depuis son traitement. Ainsi, excepté ces deux malades, tous les autres étaient traités pour la première fois, d'où l'on peut déjà inférer que le nombre des récidives n'est pas aussi grand qu'on veut bien le dire, puisque, sur plus de quarante malades, deux seulement avaient été soumis à un premier traitement, l'un par la cautérisation, l'autre par la dilatation ; encore ne doivent-ils pas compter pour les raisons que je viens de donner.

Avant de réfuter quelques propositions de M. Mayor, nous manifesterons notre étonnement que cet habile chirurgien n'ait pas cherché à expliquer pourquoi, dans nos hôpitaux il a été si malheureux dans l'application de son procédé, qu'il emploie depuis si long-temps sans jamais avoir eu le plus petit accident à déplorer, ni déchirures, ni fausse route. On ne saurait alléguer que les rétrécissemens des Suisses diffèrent de ceux des Français : à Lausanne comme à Paris, à Londres comme à Berlin, les rétrécissemens organiques de l'urètre sont partout les mêmes, et le même traitement doit leur convenir. M. Mayor a d'ailleurs répondu à cette supposition par le passage suivant de son mémoire.

« Après les journées de juillet, dit ce chirurgien, et à la rentrée des trou» pes suisses dans leur patrie, j'ai eu plus d'une occasion de soigner et de » rétablir, par mon seul procédé, plusieurs individus qui avaient été » traités sans succès à Paris et dans d'autres grandes villes, et dont quel» ques-uns présentaient des affections urétrales graves contre lesquelles » avaient échoué les hommes les plus justement célèbres et les procé» dés les plus variés. » Cette explication nous prouve que c'est d'une autre cause que dépend cette différence, différence qui nous surprend et que nous ne savons à quoi attribuer. En faisant le procès aux sondes de M. Mayor, nous nous garderons bien de dire qu'elles sont inutiles et dangereuses dans tous les cas; les observations rapportées par M. Mayor dans son mémoire, et une autre publiée dernièrement par le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, prouvent le contraire ; il existe certains rétrécissemens spasmodiques de l'urètre, les *strictures* des Anglais, où les sondes métalliques et des bougies de gros calibre peuvent être employées très-avantageusement et même de préférence. Si l'urètre est libre de tout obstacle organique, ou bien si l'obstacle est peu considérable, nous pensons encore avec M. Mayor que ses sondes ou de grosses bougies sont le moyen le plus convenable, qu'elles déplissent plus facilement la membrane interne du canal, et n'ont pas l'inconvénient de s'engager dans les replis de la muqueuse, comme les petites sondes ou les bougies fines, inconvénient que l'on peut du reste éviter, si l'on a l'attention de tirer le pénis sur le cathéter. Mais s'il s'agit de rétrécissemens organiques qui obstruent complétement ou presque complétement le canal de l'urètre, oh ! alors c'est une autre affaire, et nous pensons, convaincus par des faits, que les moyens timides et méticuleux que l'on emploie ordinairement sont encore les meilleurs, et surtout de beaucoup préférables au cathétérisme forcé.

Pour mieux faire sentir les avantages de son procédé, et pour expliquer ce qui se passe dans l'urètre lorsqu'un cathéter franchit un rétrécissement considérable, M. Mayor a fait des comparaisons qui ne paraissent pas toujours ni très-justes, ni très-concluantes ; par exemple, ce médecin prétend que ce qui s'observe dans le passage de la tête du fœtus, à travers le museau de tanche, le vagin et la vulve, est absolument semblable, en sens inverse, au mécanisme d'une sonde à travers un rétrécissement; que l'intromission de la verge chez une vierge, lors même qu'elle est accompagnée de brusquerie, peut donner une idée de l'innocuité d'un écartement forcé par un corps volumineux, lorsqu'il est arrondi à son extrémité. D'après ces idées, il déclare, *que plus le rétrécissement est prononcé et opiniâtre; en d'autres termes, plus l'urètre offre de difficultés au cathétérisme et à la libre excrétion des urines, plus aussi il a soin de s'armer d'un cathéter de plus en plus volumineux.* « Voici, ajoute-t-il » plus loin, une expérience qu'on pourra répéter pour éclairer ce » point de pratique. Prenez une couche d'un tissu quelconque bien » résistant; percez-la d'un petit trou sur un point donné; dirigez vers » cet endroit le bec d'un cathéter et faites des tentatives convenables » pour l'enfiler, vous observerez constamment que vos efforts com» menceront par déprimer un peu le commencement de ce canal artifi» ciel et le transformeront en un petit entonnoir. Celui-ci sera dès lors » le point où viendront toujours se rendre l'extrémité du cathéter ; » chaque fois que vous voudrez réitérer vos efforts de perforation ; » par la pression de ce corps orbiculaire, vous finirez bien vite par » arriver à l'autre extrémité de cette ouverture artificielle, c'est-à-dire » que vous vous serez finalement frayé *un large passage* à travers » cette couche imperméable, passage que vous pourrez conserver faci» lement et à volonté en le pénétrant et en le parcourant souvent et » long-temps. Tout cela s'obtiendra d'autant plus facilement, que la » partie rétrécie de l'urètre n'est le plus souvent qu'un point ou un » anneau d'une assez petite dimension. » Cette expérience faite sur un tissu quelconque, un morceau de drap, de cuir, etc., réussira parfaitement bien, nous en sommes persuadés; mais si au milieu de ce morceau de drap ou de cuir on pratique un œillet de petite dimension, comme ceux des corsets, par exemple, qu'on rendra plus ferme, plus résistant par un ourlet bien solide, bien serré, bien dur, et comparable en quelque sorte aux anneaux fibreux des rétrécissemens, je demanderai à M. Mayor si lorsqu'on portera le bec d'un cathéter dix fois trop volumineux pour pénétrer par cette ouverture ainsi préparée, je lui demanderai, dis-je, si les parties plus molles, moins solides

---

« Toutes les fois que la nation grecque nous communiquera ses arts, elle corrompra tout, et le mal est sans remède si elle nous envoie ses médecins. Ils ont juré entre eux d'exterminer tous les barbares, c'est-à-dire tous les étrangers, par la médecine. Le salaire même qu'ils exigent est pour eux un moyen d'usurper la confiance et de tuer à leur aise. » — Ces paroles, que Caton l'ancien adressait à son fils, semblent un véritable oracle. En effet, la tourbe des médecins déshonore l'art merveilleux qui a fait placer ses inventeurs dans le ciel; leur conduite et leur infâme rapacité justifient non-seulement les paroles de Caton, mais encore cette expression d'un écrivain romain, *que la majesté romaine a dédaigné de s'abaisser à l'art de la médecine* (1). Croirait-on qu'il y en a parmi eux qui, avec intention, rendent les maladies plus graves, afin d'avoir plus de mérite à les guérir, sachant bien qu'ils n'en pourront triompher qu'à force de tourmenter les malheureux malades (2)? que d'autres marchandent avec les malades expirans, et fixent comme un tarif à chaque douleur? que d'autres, dans l'opération de la cataracte, se contentent de l'abaisser au lieu de l'arracher, pour avoir plus tard à recommencer (3).

Ces criminels subterfuges ne sont employés que par les misérables qui n'ont pas assez de talent pour se former une nombreuse clientelle, quoique des médecins pénétrés de l'importance de leur art ne devraient avoir que peu de malades pour les bien soigner (4). Cependant un reproche que je ferai à beaucoup de grands

(1) Plin. XXIX. 1.
(2) Senec, de Benef. VI. 36.
(3) Plin. XXIX. 1.
(4) Cels. de Re medic. III. 4.

médecins, c'est de mettre à leurs soins un taux extrêmement élevé, à l'instar des médecins grecs leurs prédécesseurs (1). Ce ne doit être ni la vie, ni la santé biens inestimables, que l'on achète du médecin; ses honoraires ne doivent pas être la valeur de la chose, mais uniquement le prix de la peine qu'il se donne (2). Néanmoins, fort peu semblent comprendre cela : je me contenterai de quelques exemples.

Un certain Cassius, médecin de l'empereur, reçoit de lui deux cent cinquante mille sesterces (50,000 fr.) par an. Un autre, nommé Stertinius, également appelé dans la famille impériale, a fixé ses honoraires annuels à cinq cent mille sesterces (99,399 fr.), et dit encore que l'on doit lui savoir gré de ce qu'il se contente d'une pareille somme. Il prouve, par la liste des maisons où il va donner ses soins, que Rome lui en rapporte six cent mille (119,279 fr.) (3).

Un très-jeune médecin nommé Charmis, venu de Marseille, et qui s'est mis en réputation en condamnant non-seulement tous les médecins ses prédécesseurs, mais encore jusqu'à l'usage des bains chauds, prescrivant les bains froids, même à l'époque la plus rigoureuse de l'hiver, fut appelé dernièrement pour aller traiter un malade en province, et a demandé deux cent mille sesterces (39,750 fr. 55 c.) En général, les *chirurgiens* sont ceux qui gagnent le plus, et une fois

(1) Plin. *Id. Ibid.*
(2) Senec. de Benef. VI. 15.
(3) Ce Stertinius avait un frère, médecin comme lui ; tous deux étaient de Naples où ils dépensèrent des sommes énormes pour l'embellissement de leur ville natale ; et cependant, à leur mort, ils laissèrent encore une succession de trente millions de sesterces (5,963,931 fr.) (Plin. *Id. Ibid.*)

moins serrées, qui environnent cet œillet, ne seront pas plutôt lésées, déchirées, perforées que l'œillet lui-même? Et c'est probablement ce qui se passe dans le canal de l'urètre; je dis probablement, n'ayant pas assez de faits pour appuyer cette proposition, dont je serais convaincu si d'une seule observation on pouvait conclure à quelque chose de général. J'ai eu l'occasion cette année d'examiner le canal d'un individu qui mourut d'apoplexie, après avoir eu des rétrécissemens pendant plus de 20 ans; il avait été reçu quatre jours auparavant au n° 22 de la salle Sainte-Jeanne (Hôtel-Dieu) pour une rétention complète d'urine à la suite d'excès alcooliques. Le rétrécissement était très-considérable; on passa avec peine les bougies les plus fines. A l'amphithéâtre, j'essayai pendant plus d'un quart d'heure de franchir le rétrécissement avec un cathéter plein en acier, aussi volumineux que le premier numéro des sondes de M. Mayor; malgré mes efforts et ma persévérance, je ne pus en venir à bout, bien que je crusse quelquefois sentir pénétrer le cathéter; je fis l'autopsie, et examinant scrupuleusement ce rétrécissement, sa forme, sa nature, etc., je trouvai les déchirures que je venais de produire dans mes tentatives de cathétérisme. Ce rétrécissement était fibreux, dur, résistant et sans nodosités; dans ce point la muqueuse urétrale était blanchâtre, plissée, comme gaufrée, et semblait avoir changé de nature; beaucoup moins élastique que les parties situées au-dessus et au-dessous, elle cédait peu à la traction, ou se déchirait si celle-ci était poussée trop loin. L'occasion d'examiner des urètres dans un état pathologique est si rare, que cette partie de l'anatomie pathologique est encore peu avancée.

Quant aux comparaisons de M. Mayor, nous avons dit qu'elles manquent de justesse, parce qu'il a comparé entre eux des phénomènes qui ne sont pas comparables, et que les parties sur lesquelles ils ont lieu sont dans des états différens. Dans l'accouchement, toutes les parties sont dans un état physiologique, et préparées de longue main, depuis le moment de la conception, à tout ce qui doit arriver; ces parties jouissent de toutes leurs propriétés normales, sont élastiques, ramollies, disposées en un mot à céder à la pression que le fœtus exerce sur elles; en est-il de même d'un point rétréci du canal urinaire? Ce point est dans un état pathologique; il a perdu en partie ses propriétés vitales; sans élasticité, dur, friable, ou bien résistant, fibreux, fibro-cartilagineux, il a toutes les dispositions voulues pour déchirer ou mieux résister à la pression de l'instrument, qui, selon les différens cas, produit des lésions différentes. Dans le premier cas, c'est-à-dire si l'obstacle est friable et facile à déchirer, ce qui a presque toujours lieu, la pression du cathéter agit en ulcérant l'obstacle; si l'obstacle est fibreux, résistant, le cathéter déchire encore les parties situées au-devant du rétrécissement, ces parties ne pouvant pas se prêter à un allongement plus considérable. Dans tous ces cas, il y a constamment un écoulement de sang, ce qui prouve une lésion des tissus. Pour appuyer son opinion, M. Mayor dit encore et avec raison que la pression même modérée, et plus ou moins soutenue, de l'extrémité d'une algalie élastique contre un point de la vessie, a souvent usé et perforé ce viscère; qu'un pois pressé sur une partie dénudée ne tarde pas à se nicher tout entier dans la peau pour y former un cautère, etc. Mais encore une fois, outre que la compression exercée par un pois, une sonde, contre ces parois de la vessie, ne produit son effet qu'après cinq ou six jours, et même davantage, et qu'elle s'exerce sur des tissus sains et doués de toutes leurs propriétés, on ne peut la comparer à la pression qu'exerce un cathéter sur un rétrécissement. Cette compression n'est pas si douce, si lente, si continue, et s'exerce sur un tissu morbide friable et plus disposé à déchirer qu'à céder. En résumé, il ne serait avantageux de recourir au cathétérisme forcé de M. Mayor que dans le cas où ce moyen exposerait moins les malades et guérirait plus promptement et plus radicalement; et les faits que nous avons sous les yeux sont loin de nous faire espérer de pareils résultats. Dans le cas de rétention complète d'urine, où il est quelquefois urgent de vider promptement la vessie, ce moyen ne paraît pas plus efficace que les autres. D'ailleurs, regardons un peu en arrière et examinons le passé; depuis le célèbre Desault, qui, dans son cours de dix années, n'eut qu'une fois l'occasion de pratiquer la ponction de la vessie à l'Hôtel-Dieu, où les maladies de l'urètre sont toujours extrêmement communes, cite-t-on un seul cas où cette opération ait été faite, ou un seul individu qui soit mort faute d'avoir pu évacuer ses urines? Il n'en existe pas un seul exemple, et les moyens ordinaires ont toujours suffi et doivent encore être préférés, par la raison qu'ils sont plus efficaces, et exposent le patient à moins de danger que le mode de traitement proposé par M. Mayor. Mieux vaut encore faire comme Dupuytren, laisser le bec d'une sonde ou l'extrémité d'une bougie appliquée contre l'obstacle pendant plusieurs heures, pendant vingt-quatre heures, s'il est nécessaire, se traîner lentement et prudemment de numéros inférieurs à numéros supérieurs, que de s'exposer par un moyen plus prompt, mais plus téméraire, à déterminer de fausses routes, des déchirures, des fistules urinaires et une foule d'autres accidens souvent plus graves que l'affection primitive (1).

(1) Nous avons reçu d'autres observations sur le même sujet de M. Chaumet, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux; nous les publierons dans le prochain numéro.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. RUST'S MAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Les deuxième et troisième cahiers du 44e volume contiennent : 1° *fragmens tirés de la clinique chirurgicale de Breslau*, par le professeur Benedict; 2° *observations sur plusieurs affections symptomatiques qui se rencontrent dans le cas d'irritation d'une plus ou moins grande portion de la moelle épinière*, par le docteur Ens; 3° *observation d'une rétention d'urine opiniâtre par suite de l'inflammation et de la suppuration de la prostate*, par le docteur Angenstein; 4° *observation d'un lipome volumineux situé sur le dos*, par le docteur Behr; 5° *de la transmission du charbon et des différentes formes de maladies qui en résultent*, par le docteur Carganico. Nous trouvons dans cette longue monographie la confirmation de presque toutes les assertions du docteur Wagner, dont nous avons donné l'excellent travail (Gazette médicale, n° 9, 1835); 6° *mélanges de médecine prati-*

leur réputation établie, ils font assez rapidement fortune. J'en connais un nommé Alconte, qui, en peu d'années, a amassé dix millions de sesterces (1,948,356 fr. 42 c.) Le grand nombre des médecins fait qu'il y a concurrence entre eux, et sans cette concurrence, je ne sais pas à quel prix ils mettraient leurs soins (1).

Un moyen très en usage pour se faire une réputation, consiste à inventer un système de médecine, ou simplement quelque remède nouveau (2). Cela réussit et a presque toujours réussi, surtout aux médecins proprement dits, ne traitant que les affections internes. Mais malheureusement les faiseurs de systèmes ayant pour but leur intérêt personnel bien plus que les progrès de l'art, se jouent trop souvent de la vie des malades dont ils captent la confiance, quand ils savent soutenir leurs idées par un langage facile et brillant (3). En général la confiance dans les médecins est telle, que les prescriptions de ces docteurs sont appelées *placita*, des placets (4), comme si ces prescriptions émanaient simplement de leur bon plaisir!

Pour citer un exemple célèbre, je parlerai d'Asclépiade, qui vivait dans le siècle dernier, et fut contemporain du grand Pompée. Il possédait à un degré très-éminent le talent d'une élocution séductrice (5). Né à Pruse, en Bithynie, il parvint au comble de la renommée par une nouvelle secte médicale qu'il forma. Il était d'abord maître d'éloquence; trouvant peu de profit dans cette profession, se sentant d'ailleurs du talent pour d'autres états que celui du barreau, il se tourna tout à coup vers la médecine. Ne s'en étant jamais occupé, ne possédant nullement la connaissance des remèdes, qui ne s'acquiert que par l'usage, il créa un art nouveau et s'étudia chaque jour à plaire par des phrases brillantes et des discours étudiés.

Il rappela la médecine tout entière aux causes des maladies, la rendit conjecturale, et annonça cinq moyens de guérison applicables à tous les maux : la diète, l'abstinence du vin, les frictions, l'exercice à pied et la gestation ou promenade en litière. Chacun sentait qu'il pouvait s'administrer lui-même ces secours, et tous ayant intérêt à ce que les remèdes les plus faciles fussent aussi les véritables, l'enthousiasme devint presque général; on regarda Asclépiade comme un homme envoyé du ciel. Ajoutez à cela qu'il séduisait les esprits avec une adresse admirable, promettant du vin aux malades, l'ordonnant à propos, et surtout prescrivant l'eau froide.

Deux médecins, chez les anciens, s'étaient illustrés déjà par des systèmes à peu près semblables à celui d'Asclépiade : l'un, Hiérophile, avait établi pour principe de rechercher les causes des maladies (1); l'autre, Cléophante (2), avait mis en vogue le régime du vin. Asclépiade aimant mieux être surnommé le médecin d'eau froide, imaginait en même temps d'autres moyens de plaire; tantôt les lits suspendus, dont le balancement calmait les douleurs ou invitait au sommeil; tantôt les bains chauds, pour lesquels on avait la plus forte passion, et mille autres

(1) Plin. XXIX. 1.
(2) Plin. XIV. 22.
(3) Plin. XXIX. 1.
(4) Plin., XIV, 22.
(5) Plin. XXVI. 3.—Cic. de Orat. I. 14.

(1) Plin. VII. 37.—XXVI. 3.
(2) Plin. VII. 37.—Cels. de Re med c. III. 14.

que tirés des sources scandinaves. Ces faits et observations, donnés en extraits, nous paraissent très-intéressans; nous y reviendrons plus tard, en tâchant de remonter aux sources mêmes.

OBSERVATIONS SUR PLUSIEURS AFFECTIONS SYMPTÔMATIQUES qui se rencontrent dans les cas d'irritation d'une plus ou moins grande portion de la moelle épinière; par le docteur ENS.

La GAZETTE MÉDICALE (2 mai 1835) a publié sur ce sujet un mémoire de M. Griffin de Limerick. La réalité d'affections sympathiques dépendant d'une irritation d'une portion plus ou moins étendue de la moelle épinière, est aujourd'hui constatée par les recherches auxquelles se sont livrés: en Angleterre, MM. Griffin et Teale, en France, M. le docteur Ollivier, en Allemagne, MM. Stiebel et Hinterberger. Le docteur Ens, dont nous reproduisons ici l'excellent travail, a recueilli près de soixante faits qui démontrent le rôle important que joue l'affection de la moelle épinière dans une foule de maladies où on l'avait méconnue et même niée jusqu'à ce jour.

Les idées de M. Ens sont à peu près celles du docteur Griffin; selon lui il n'est point de maladies ou de phénomènes morbides qui ne puissent résulter de l'irritation d'une portion ou de toute l'étendue de la moelle épinière; et on sera moins étonné de cette assertion, si on se rappelle les rapports multipliés que l'organe rachidien entretient avec tous les autres organes de l'économie.

M. Ens a classé les différentes formes morbides que peut revêtir l'irritation spinale de la manière suivante.

I. *Maladies qui affectent plus particulièrement le système nerveux.*

1° Manie et mélancolie; neuf observations.
2° Chorée rachidienne de Stiebel; trois observations.
3° Opisthotonos avec et sans symptômes de chorée; une fois avec spasme tonique des mâchoires; une observation.
4° Vertige continu et périodique; deux observations.
5° Vertige avec amblyopie et dysphagie; une observation.
6° Amblyopie chronique; trois observations.

II. *Maladies qui affectent les systèmes nerveux et sanguin en même temps.*

1° Fièvres nerveuses; quatre observations.
2° Fièvres intermittentes; trois observations.

III. *Maladies que l'on range plus particulièrement parmi les affections du système sanguin.*

1° Affections des organes thoraciques.
a) Toux, dyspnée, fièvre, commencement apparent de phthisie pulmonaire; quatre observations.
b) Pleurésie et pleuro-pneumonie; quatre observations.
c) Phthisie confirmée; quatre observations.
2° Affections des viscères du bas-ventre.
a) Affection simulant une colique; trois observations.
b) Affection simulant d'abord une colique, plus tard un cancer de l'estomac; deux observations.
c) Affection se présentant sous la forme de la paralysie de Pott; une observation.
d) Vomissemens chroniques; trois observations.
3° Hémorrhagies accompagnant une affection de la moelle épinière.
a) Hémorrhagies utérines; trois observations.
b) Hémorrhagies pulmonaires; deux observations.
4° Difficultés de la menstruation s'accompagnant de phénomènes chlorotiques et hystériques; deux observations.

Quelque nombreuses que soient les maladies que nous venons de parcourir, il existe encore une infinité de nuances de phénomènes morbides par lesquelles se trahit *l'irritation spinale.*

Chacune de ces formes morbides présente, outre les caractères propres à l'espèce de maladie qu'elle simule, un ordre de phénomènes communs à toutes, qui les font reconnaître comme des affections dépendant d'une irritation d'une portion plus ou moins étendue de la moelle épinière.

Le signe le plus caractéristique de ces affections est, selon M. le docteur Ens, « une plus ou moins grande sensibilité d'une portion plus ou » moins étendue de la moelle épinière à la pression extérieure, pres- » sion par laquelle on peut augmenter à volonté la douleur sympathi- » que correspondante. » Ce caractère s'est présenté dans presque tous les faits observés par l'auteur.

Dans quelques cas il n'existait point une correspondance exacte entre la portion de moelle sensible au toucher et la partie de l'organisme sympathiquement affectée. Ce défaut de correspondance a été remarqué principalement dans les affections sympathiques du cerveau.

Après la douleur locale produite par une pression sur les vertèbres, on reconnaît les maladies dépendant d'une *irritation spinale* aux symptômes suivans.

Dès le début de la maladie dont l'affection de la moelle épinière prend la forme, qu'elle ait son siége dans le cerveau, dans la poitrine ou dans l'abdomen, les malades ressentent une extrême lassitude à la moindre fatigue; il leur semble souvent que leurs genoux vont se plier; ils éprouvent à l'épigastre ou dans l'un ou l'autre hypocondre, souvent même dans toute la partie supérieure de l'abdomen, une douleur ou un sentiment de resserrement occasionant de la dyspnée, de fréquens bâillemens, des soupirs et quelquefois des éternuemens. La plupart du temps il survient du vertige avec palpitations de cœur; ces deux symptômes manquent quand la portion inférieure de la moelle est seule affectée; dans quelques cas, appétit morbidement exalté, le plus souvent régulier et naturel, même dans les dernières périodes de la maladie. Le vin et les autres excitans ne sont pas supportés; dans les commencemens, point de signes d'irritation fébrile; les malades vaquent encore à leurs occupations, mais ils sont sensibles à l'impression de l'air atmosphérique.

Dans certains cas, aux symptômes précédens s'associe déjà au bout d'un ou de deux mois une irritation inflammatoire, dont le siége apparent semble être tantôt dans le cerveau, tantôt dans tel autre appareil d'organes; cet état s'accompagne fréquemment de lipothymie, de convulsions et d'accès de frissons irréguliers.

Mais le plus souvent l'irritation inflammatoire ne survient qu'après six mois, une année, et quelquefois plus tard encore. Il peut même arriver que les forces s'épuisent d'une manière graduelle et à peine sensible, sans réaction fébrile; dans ce cas les malades peuvent encore se tenir levés jusque peu d'heures avant la mort.

---

douceurs qui flattaient les malades (1). Il jouissait d'une grande confiance, et sa renommée n'eut plus de bornes, lorsqu'ayant rencontré le convoi d'un homme qu'il ne connaissait pas, il eut fait rapporter du bûcher où on portait le prétendu mort auquel il sauva la vie (2).

Une chose qui ne contribua pas peu non plus à le mettre en vogue, fut l'imperturbable assurance qu'il montra en déclarant hautement qu'il consentait à être déshonoré dans sa profession, s'il éprouvait jamais la moindre maladie. Ses engagemens furent remplis, car il mourut extrêmement vieux d'une chute qu'il fit dans un escalier (3).

Plusieurs choses concoururent au succès d'Asclépiade: les anciens, cherchant tous les moyens de provoquer la sueur, accablaient leurs malades sous le poids des couvertures; d'autres fois ils les faisaient rôtir auprès d'un feu ardent, ou les exposaient sans cesse aux rayons brûlans du soleil, malgré ces orages si fréquens à Rome comme dans toute l'Italie. A ces méthodes gênantes et enseignées par l'ignorance, il substitua le premier les bains suspendus, qui causèrent un plaisir infini. De plus, il rendit les opérations moins cruelles dans certaines maladies, condamna les vomissemens dont l'usage était porté à l'excès (4), et réprouva presque tous les médicamens, comme ennemis de l'estomac (5). Enfin il s'étudia à employer les moyens de guérison les plus doux, les plus agréables, les plus

(1) Plin. VII. 37.
(2) Plin. XXVI. 3.—Cels. de Re medic. II. 6.
(3) Plin. VII. 37.
(4) Plin. XXVI. 3.
(5) Plin. XXVI. 3.—Cels. Id. V. præf.

voluptueux; jusque-là qu'il se servit de la musique pour traiter les frénétiques (1).

Asclépiade s'acquit une si grande réputation, que Mithridate lui députa des ambassadeurs pour l'inviter à venir dans son royaume. Il rejeta les offres qu'il lui fit faire, toutes séduisantes qu'elles étaient, et préféra rester à Rome (2); mais afin de reconnaître les avances du puissant monarque du Pont, il rédigea pour lui des ouvrages de médecine qui existent encore (3).

Parmi les médecins d'aujourd'hui, l'on compte deux célèbres disciples d'Asclépiade: Thémison et Antonius Musa. Mais le besoin de se créer un système leur a fait abandonner ou modifier la méthode de leur maître (4). Musa en a pris une diamétralement opposée (5): au lieu de bains chauds, il n'emploie que des bains froids (6). Cela lui a réussi avec l'empereur Auguste qu'il a guéri ainsi d'une maladie fort dangereuse. Quelques années plus tard, ayant employé le même remède avec le jeune Marcellus, neveu de l'empereur, il le tua (7).

Je ne pousserai pas plus loin ces recherches, voulant seulement parler des médecins, et non de la médecine, ce qui du reste serait fort ennuyeux pour toi, quand même je te décrirais les opérations les plus merveilleuses de la médecine

(1) Censor. de Die natali. 12.
(2) Plin. VII. 37.
(3) Plin. XXV. 2.
(4) Cels. Id. de Re medic. I. præf.—Plin. XXIX. 1.
(5) Plin. Id. Ibid.
(6) Hor. I. Ep. 15. v. 3.
(7) Dion. LIII. p. 592.

Mais en attendant que la fièvre se développe, la maladie, après des alteroatives de mieux et de pis-aller, continue à faire des progrès; aux symptômes présens s'en joignent de nouveaux; la faiblesse augmente et force les malades de quitter leurs occupations; les vertiges s'accroissent au point de rendre la démarche incertaine et chancelante; les douleurs à l'épigastre deviennent plus intenses; les malades accusent une sensation de tiraillement, de brûlure ou de *térébration*; il leur semble parfois aussi que leurs parois thoraciques ou abdominales sont prêtes à se rompre. Un symptôme assez fréquent, surtout quand l'irritatioo a son siége dans la portion lombaire de la moelle, se fait sentir à cette époque de la maladie; ce sont des battemens très incommodes à l'épigastre, qui semblent partir d'un vaisseau de gros calibre (l'aorte abdominale ou le tronc cœliaque?); souveot aussi les malades ressentent à la région précordiale comme un corps pesant (le cœur?) qui ne tiendrait plus qu'à un fil, et qui menace à chaque instant de tomber; les soupirs s'accompagnent de gémissemens; le besoin d'air devient tellement impérieux, que le malade fait de fréquentes et longues inspirations. Sur ces entrefaites, l'affection sympathique dont l'irritation spéciale revêt la forme, fait des progrès. La menstruation, quand elle est établie, s'arrête après quelques retours irréguliers; parfois il peut survenir une hémorrhagie utérine, surtout quand les règles ont été supprimées pendant quelques mois. Les selles, d'abord seulement lentes, n'ont plus lieu que tous les trois, quatre, six et huit jours; il est plus rare de voir s'établir la diarrhée; l'excrétion de l'urine est moins troublée. Dans les cas où les fonctions de la vessie sont altérées, on observe le plus souvent de la dysurie et de l'ischurie; dans deux cas M. Ens a rencontré une incontinence complète; il n'a jamais remarqué, comme l'ont prétendu quelques auteurs, que la quantité des urines fût ordinairement diminuée.

Il existe encore d'autres symptômes moins constans d'une irritation de la moelle épinière : ce sont de l'engourdissement, des douleurs, des spasmes dans les membres, principalement des crampes dans les mollets très-incommodes, surtout pendant la nuit; quelquefois ces crampes occupent l'un ou l'autre des doigts médius, l'annulaire ou le petit doigt, et dans quelques cas rares, l'un ou l'autre gros orteil. L'œdème des pieds appartient encore à cette catégorie de symptômes.

Un phénomène observé assez ordinairement, c'est l'interruption du sommeil; dans quelques cas il a manqué des semaines et des mois entiers. Il est plus rare de voir un état de somnolence plus prononcé que de coutume. La vue est chez la plupart des malades diminuée ou pervertie; il n'y a que quelques exceptions, lorsque la portion inférieure de la moelle est plus particulièrement ou seule affectée. Ordinairement les malades, en voulant regarder un objet, sentent leur vue se troubler; il leur est impossible de lire, car ils confondent bientôt les caractères et les lignes, qui leur apparaissent comme une ligoe bleuâtre devant les yeux. L'éblouissement, l'étincellement et la diplopie s'observent plus rarement.

Le sens de l'ouïe est moins souvent affecté que celui de la vue; quelquefois cependant il y a du bourdonnement, du tintement, et perception de sons imaginaires. Dans ces cas la mémoire est tellemeot affaiblie, que les malades ne se rappellent pas ce qu'ils ont fait ou dit un instant auparavant.

Le goût est parfois perverti ou entièrement aboli; dans quelques cas M. Ens a observé du bégaiement, et dans un seul une aphonie complète qui a duré cinq semaines.

Un grand nombre de malades éprouvent la sensation du *clou hystérique*, ou plus ordinairement encore une douleur déchirante étendue sur toute la tête, qui arrache souvent des cris de désespoir. Dans quelques-uns de ces cas l'auteur a vu tout le cuir chevelu gonflé et œdématisé.

Parfois il règne le long du trajet du nerf pneumogastrique, sur les côtés du cou, une douleur extensive que les malades rapportent à la trachée-artère; d'autres fois les personnes affectées accusent la sensation de la *boule hystérique* dans le bas-ventre. Un homme dit même avoir éprouvé en se courbant, non sans ressentir des douleurs au dos, une rétraction des muscles abdominaux telle qu'ils faisaient un creux à y placer la main. D'autres individus se plaignent d'une douleur sur le dos, comme si des gouttes d'eau froide découlaient lentement le long de la colonne vertébrale, ou qu'on leur appliquât à chaque instant un morceau de glace. Deux fois l'auteur a observé le spasme larmoyant des lèvres de M. Ollivier; une fois un trismus et un opisthotonos.

Les malades se couchent ordinairement sur le dos ou penchés sur le côté douloureux, et éprouvent de la douleur et une grande difficulté à se retourner; la peau, dans les momens ou périodes apyrétiques, est ordinairement fraîche, blafarde ou ictérique; dans quelques cas, surtout dans les cas aigus caractérisés par des accès de frissons irréguliers, on observe un phénomène très-remarquable : c'est que, pendant les paroxismes de froid, la peau est convenablement chaude et même moite, tandis qu'elle se refroidit à mesure que l'accès tire vers sa fin, jusqu'à ce qu'enfin elle devienne d'un froid glacial, au moment même où, le paroxisme terminé, les malades éprouvent une sensation de chaleur naturelle à l'intérieur.

Une fois la réaction fébrile déclarée, le pronostic devient plus grave, et le succès du traitement incertain. Les malades sont obligés de garder la chambre ou de se coucher. L'appétit et la digestion, réguliers jusqu'alors, se troublent; des douleurs pongitives ou un sentiment de brûlure parcourent et traversent la colonne vertébrale; la maigreur augmente. Si le mal a plus particulièrement retenti dans la poitrine, la toux, de sèche qu'elle était, devient humide, et il se développe peu à peu une véritable phthisie pulmonaire. A cette époque se remarque le décubitus décrit par MM. Ollivier et Hinterberger, à un degré que l'auteur n'a jamais observé dans d'autres affections.

Une dernière observation, qui complète le tableau général des affections dépendantes d'une irritation de la moelle épinière, c'est que parfois la fièvre, après avoir parcouru sa carrière, s'arrête tout à coup. S'il ne s'est pas opéré de crise par la fièvre, et que la maladie ne soit pas ramenée à son état de chronicité antérieur, il peut se faire que le désordre de l'innervation répandu d'abord sur tout le système, se concentre dans le cerveau; dans ce cas il se forme un état de délire apyrétique extrêmement grave.

Tels sont les symptômes généraux qui caractérisent les maladies qui dépendent d'une irritation de la moelle épinière; ces symptômes ont été observés dans les soixante faits que M. Ens donne à la suite de son mémoire; il serait trop long de les rapporter ici; qu'il nous suffise de dire que dans tous les cas la pression sur les vertèbres a, non seulement occasioné une douleur plus ou moins vive sur l'endroit même, mais

---

chirurgicale, telles que l'extraction de la pierre qui se forme dans la vessie; le percement et le broiement interne de cette pierre lorsqu'elle est trop volumineuse (1); le rajustement des oreilles, du nez et des lèvres, trop courts, rajustement qui s'opère au moyen de chairs voisines que l'on déplace pour les faire croître aux endroits nécessaires (2), et beaucoup d'autres opérations non moins étonnantes. Je me contenterai d'ajouter que les systèmes divers de médecine proprement dite produisent les plus malheureuses contestations quand, dans les cas graves, plusieurs médecins, ainsi que c'est l'usage, sont appelés en consultation (3). Ils commencent par tâter le pouls du malade; ils débutent toujours ainsi avec leurs patiens, et là-dessus ils sont d'accord (4). Mais quand on vient à discuter le genre de maladie et le traitement qu'il convient de suivre, aucun des consultans n'opine de même, parce qu'aucun ne veut être le second d'un autre; pendant ce temps le malade succombe. Un citoyen, mort dans la persuasioo qu'il était victime de tels dissentimens, s'en est vengé d'une manière aussi gaie que philosophique, en faisant graver sur son tombeau : *J'ai succombé sous le nombre des médecins* (5).

(1) Cels. de Re medic. VII. 26.

(2) Cels. de Re medicâ. VII. 9.

(3) Plin. XXIX. 1.

(4) Cels. Id. III. 6. — Senec. de Benef. VI. 16. Ep. 22. — Quint. Inst. Orat. XI. 3.

(5) Plin. XXIX. 1.

— *Etudes médicales méthodiques* pour la réunion volontaire des élèves. Le lundi 16 novembre, à deux heures, école pratique, amphithéâtre n° 3, M. Sanson (Alphonse) a ouvert un cours public d'anatomie. Cette science doit y être traitée dans sa plus grande extension, dans toutes ses applications et dans ses données les plus élémentaires, jusqu'aux considérations les plus transcendantes. MM. Leuret, Vimont, Dumoutier, Nathalis, Savard, Pigné, Leblond, Coste, Serres, Bell, Lisfranc, Sanson aîné, Leroy-d'Etiolles, Amussat, Thierry, Halmagrand, Is. Geoffroy St-Hilaire, Tessier, Pinel-Grandchamp, Louis, Dupuis, Jules Guérin, Malgaigne, etc., feront chacun plusieurs leçons sur la branche de la science qu'ils ont avancée, lorsque l'ordre du cours en amènera le sujet. Il y aura 260 leçons.

Les lundi 16, mardi 17 et mercredi 18 novembre, à 3 heures, même amphithéâtre, M. Sanson (Alphonse) s'occupera d'organiser les séries pour les trois catégories d'études qui forment la matière des examens. Cette organisation a pour effet de faire participer les élèves, pour les études, aux bénéfices de la communauté. Ils sont directement exercés à tout ce qui est connaissance pratique, ne perdent jamais leur temps à attendre des cadavres; et, continuellement dirigés avec méthode, ils ne font ni de fausses préparations, ni de fausses études, ni des dépenses inutiles.

— *Cours public de chirurgie théorique et pratique.* — M. Rognetta a commencé ce cours le lundi, 9 novembre 1835, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et continuera tous les jours à la même heure.

M. Rognetta continue toujours à part ses cours permanens d'ophthalmologie et lithotripsie, tous les jours, après midi, chez lui, rue St-Honoré, n° 315.

a toujours augmenté l'affection sympathique, quel que fût son siége. L'irritation de la portion de la moelle la plus fréquemment observée, a été depuis les dernières vertèbres cervicales jusqu'à la huitième et neuvième dorsales; aussi les affections sympathiques de la poitrine et de la partie supérieure de l'abdomen sont-elles de beaucoup les plus communes; il n'est pas rare même de voir la toux, la dyspnée, une douleur épigastrique et les battemens du tronc cœliaque accompagner les maladies et phénomènes morbides découlant de l'irritation des portions cervicale et lombaire.

La méthode de traitement proposée par Griffin, Hinterberger et autres, consistant dans l'emploi des sangsues, des vésicatoires et des frictions mercurielles opiacées sur l'endroit douloureux, et dans l'administration de purgatifs et du calomel uni à l'opium donné à l'intérieur, a, dans la plupart des cas, été couronnée d'un plein succès; et c'est là un des argumens qui militent le mieux en faveur de l'existence des maladies sympathiques dépendant d'une *irritation spinale.*

II. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE.

Les troisième et quatrième cahiers du 22e volume contiennent : 1° *qu'est-ce que la commotion du cerveau?* Réponse à cette question par le docteur Eggert; 2° *de l'iridérémie, de l'iridoschisma et de la corectopie, trois principaux vices de conformation de l'iris*, par le docteur Gescheidt; 3° *recherches sur la nature et le traitement de la phlegmasie blanche*, par le docteur Eisenmann; 4° *destruction des cartilages et de la cloison des narines, restaurée au moyen d'un lambeau fait aux dépens de la lèvre supérieure*, par M. le docteur Fricke. L'opération, faite en présence et d'après la méthode de M. de Græfe, a été couronnée d'un plein succès; 5° *rapport annuel de la clinique chirurgicale de St-Pétersbourg*, de 1833 à 1834, par M. le professeur Salomon. Rien de marquant; 6° *quelques notes prises pendant un voyage à Saint-Petersbourg en septembre* 1834, par le docteur Nidrée. Ce qui frappe le plus dans cette relation comme dans toutes les autres données par des médecins étrangers sur Saint-Pétersbourg, ce sont les détails sur les hôpitaux, qui paraissent surpasser en magnificence et en grandeur tous les autres de l'Europe; 7° *sur les concrétions bilieuses*, par M. le docteur Krüger-Hausen. L'auteur se livre à des considérations sur le mode de formation des calculs biliaires, sans s'arrêter à aucune conclusion; 8° *exemple d'une destruction et réparation de la plus grande partie de l'os maxillaire inférieur, suivie de la régénération de cet os*, par M. le docteur Lesser, de Berlin; 9° *plaie des parties génitales avec arrachement du scrotum, du testicule et de tout le cordon spermatique, faite par un taureau; guérison avec régénération du scrotum*, par le docteur Gadermann; 10° *observations de clinique chirurgicale*, par le professeur Balling. Article non achevé; 11° *anus contre nature, dans lequel la tunique externe a rempli les fonctions de la membrane interne pendant plusieurs années*, par le docteur Erdmann. Cette observation, qui d'après son titre paraissait devoir être très-intéressante, perd toute sa valeur en ce que l'auteur a pris pour la tunique externe la muqueuse retournée; 12° *ablation d'une mamelle indurée au moyen de la ligature*, par M. Denicke; 13° *reproduction de la maladie cancéreuse après l'extirpation d'un testicule induré*, par M. Fischer, 14° *expériences faites avec l'eau de Binelli sur les animaux*, par le professeur Vrolik. Résultats négatifs.

- DE L'IRIDÉRÉMIE, DE L'IRIDOSCHISMA ET DE LA CORECTOPIE, trois principaux vices de conformation de l'iris; par le docteur GESCHEIDT.

L'auteur de ce travail appelle iridérémie l'absence complète et congéniale de l'iris; iridoschisma la division congéniale de cette membrane, vice de conformation que le professeur Walther et d'autres auteurs ont décrit sous le nom de *coloboma iridis*; enfin corectopie le développement inégal de l'iris dans ses différentes parties. Mais avant de décrire ces vices de conformation, le docteur Gescheidt rapporte les observations qu'il a faites sur des embryons, touchant le développement de l'œil, observations très-nombreuses et très-détaillées, desquelles il résulte, entre autres, que pendant les premiers mois la rétine et la choroïde présentent à leur partie inférieure une fente assez large qui se cicatrise d'abord dans la rétine, et plus tard dans la choroïde; que ce n'est qu'après la cicatrisation de la choroïde que se forment d'abord le corps ciliaire, et puis l'iris; que cette dernière membrane se manifeste d'abord sous forme d'un liseré étroit, plus large cependant à sa partie supérieure qu'à l'inférieure. On peut déduire de ces observations que les trois vices de conformation dont il est question sont dus à un arrêt de développement.

M. Gescheidt passe ensuite à la description des trois vices de conformation. En parlant de l'absence congéniale de l'iris, il rapporte le petit nombre de cas consignés dans les annales de l'art, et il en tire la conclusion que l'iris est destiné non-seulement à modérer l'influence d'une lumière trop vive, mais aussi à favoriser la vue d'objets très-rapprochés ou très-éloignés. Cette dernière conclusion ne paraît pas fondée, car le petit garçon dont M. le docteur Stœver a publié l'observation, ramasse sans hésiter l'aiguille la plus fine qu'on jette par terre, et reconnaît les personnes à une distance très-grande.

La division congéniale de l'iris est, suivant notre auteur, un arrêt de développement qui n'a lieu que dans les cas où l'iris se forme avant que la partie antérieure de la fente choroïdienne soit cicatrisée. Cette opinion a été combattue par Arnold, qui prétend avoir vu l'iris former un cercle entier sur des fœtus dont la choroïde présentait encore la fente jusqu'à sa partie antérieure. M. Gescheidt n'a jamais vu un fait pareil, et il persiste dans son opinion. Il rapporte ensuite six cas de division congéniale de l'iris, qu'il a eu occasion d'observer.

La corectopie enfin est le vice de conformation qui consiste dans le développement inégal de l'iris, une partie de cette membrane étant arrêtée dans son développement tandis que le reste continue à s'accroître, de manière que la pupille ne se trouve plus située au centre de l'iris, et que cette dernière membrane est beaucoup plus large en une partie, ordinairement en haut, que dans la partie opposée. Ce vice de conformation se présente à différens degrés, dont le plus haut touche à la division congéniale de l'iris.

A ce mémoire de 70 pages sont jointes deux planches sur lesquelles se trouvent représentés les principaux objets dont il a été question.

- RECHERCHES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA PHLEGMASIA ALBA DOLENS; par M. le docteur EISENMANN.

Quelle est la nature de la *phlegmasie blanche douloureuse?* L'opinion des anciens nosologistes, qui la regardaient comme une métastase laiteuse, quoique défendue encore dans ces derniers temps par Dorfmüller (1), est trop généralement abandonnée pour devoir s'y arrêter. Admettra-t-on avec Caspar une inflammation, et avec White une rupture des vaisseaux lymphatiques? Consiste-t-elle dans une inflammation œdémateuse des nerfs (Dugès), ou dans une inflammation spécifique des nerfs de l'utérus qui s'étend aux nerfs obturateurs et honteux (Goldmann)? Placera-t-on son siége dans les tissus séreux (Freyberg), ou doit-on lui reconnaître pour cause une affection catarrhale (Treviranus), ou une inflammation de la symphyse sacro-iliaque (Velpeau)? Ritgen reconnaît deux degrés de la phlegmasie blanche; le premier, consistant dans une inflammation lymphatico-nerveuse, le second dans une inflammation séro-nerveuse. Wilde la regarde comme une affection rhumatismale, et Boer et Busch comme une modification de la fièvre puerpérale. Enfin, dans ces derniers temps, cette affection a été considérée comme dépendant d'une inflammation des veines, commençant le plus souvent par les veines du bassin, et se propageant de là à celles de la cuisse et de la jambe. (D. Davis, R. Lee, Arnott, Dance.)

M. le docteur Eisenmann, après avoir examiné chacune de ces opinions, n'en admet aucune d'une manière absolue, mais trouve que toutes peuvent être fondées suivant les cas. Il regarde la phlegmasie blanche douloureuse comme une affection isomorphe, c'est-à-dire identique quant à sa forme, mais différente quant à sa nature. En effet, en parcourant l'histoire et les autopsies des différens cas de phlegmasies blanches recueillis par les auteurs, on voit qu'elles peuvent être le résultat de causes morbides très-diverses.

La phlegmasie blanche douloureuse considérée dans sa forme, sans avoir égard à la cause qui l'a produite ou à sa nature intime, commence par un épaississement et une tuméfaction du tissu cellulaire sous-cutané, qui s'étend bientôt au tissu cellulaire environnant les nerfs, les muscles et les glandes lymphatiques. Dans quelques cas les aponévroses se trouvent également affectées. L'altération du tissu cellulaire inter-nerveux, si on peut s'exprimer ainsi, est la cause des douleurs et de la paralysie du membre qui accompagnent souvent cette maladie et parfois persistent encore long-temps après. Cet épaississement et ce gonflement du tissu cellulaire different essentiellement de l'inflammation, mais peuvent dans certains cas en prendre le caractère, selon le degré de la réaction locale. On connaît les différentes terminaisons de la phlegmasie blanche : résolution, extravasion d'une humeur contenant une grande quantité de sérosité, de l'albumine, de la gélatine, peu de fibrine et des sels qu'on retrouve dans le sang; œdème, suppuration,

(1) Heidelb Klin. Ann., 63, s. 613.

gangrène observée par Boer seulement, enfin induratinn et hypertrophie du tissu cellulaire.

Après ce tableau encore incomplet des altérations observées dans la phlegmasie blanche, puisqu'il n'y est fait aucune mention de l'inflammation des veines, regardée cependant par l'auteur comme accompagnant souvent cette maladie, M. Eisenmann passe à la nature même de cette affection; il admet d'abord une phlegmasie blanche primitive dé pendant toujours d'un principe rhumatismal, puis une phlegmasie blanche secondaire reconnaissant pour causes :

1° Une inflammation des veines.
2° Le principe de la fièvre intermittente.
3° Les différentes fièvres, et principalement la fièvre puerpérale.
4° La diathèse cancéreuse.
5° Peut-être des irrégularités dans le flux hémorrhoïdal.

M. Eisenmann ne cite aucune observation tirée de sa propre pratique; les observations qu'il rapporte d'après d'autres auteurs, sont trop incomplètes pour qu'on puisse y reconnaître une véritable phlegmasie blanche douloureuse, hormis celles qu'il donne comme produites par le principe rhumatismal, la phlébite et la fièvre puerpérale. Nous ne parlerons pas du traitement, qui diffère selon la cause qui a produit la maladie.

ABLATION D'UNE MAMELLE INDURÉE AU MOYEN DE LA LIGATURE, par M. DENICKE; communiquée par M. le docteur FISCHER.

Cette tumeur, qui occupait tout le sein gauche, était de la nature de celles que Sir A. Cooper appelle *hydatides*, ou tumeurs enkystées du sein. Elle avait pris naissance par un petit tubercule situé profondément au-dessus du mamelon. La femme qui la portait avait trente ans, était mariée et d'une constitution d'ailleurs robuste, et mère de deux enfans qu'elle avait allaités. Au bout de trois mois tout le sein était tuméfié et comme rempli de petits tubercules profonds et superficiels; sa dimension était celle d'une tête d'enfant; froide et pâteuse au toucher, elle était peu douloureuse même à une forte pression. Bientôt on y sentit de la fluctuation; et une ponction avec le trocart donna issue à deux livres d'une sérosité rougeâtre; en même temps la tumeur s'affaissa considérablement. On passa un séton, dans le but d'entretenir la plaie ouverte et d'irriter en même temps la tumeur, d'une nature un peu indolente. Mais au bout de quelques jours celle-ci avait repris son premier volume; un léger suintement se continua encore par l'ouverture, qui finit bientôt par se cicatriser. A sa place il se manifesta sur la tumeur, à la partie inférieure du sein, une élévation qui s'abcéda et laissa suinter une humeur séro-lymphatique. Les bords de l'abcès se garnirent d'excroissances spongieuses, frangées et facilement saignantes; il se développa encore d'autres petites élévations qu'on fut obligé de percer avec la lancette. Cependant la tumeur avait continué à augmenter, et un an après sa première apparition elle présentait le volume d'une tête d'adulte. En même temps l'état général de la malade avait empiré, et il s'était déclaré un commencement de cachexie et de fièvre lente. L'ablation seule de cette tumeur si gênante pour la malade pouvait mettre un frein aux progrès du mal. On ne put avoir recours à l'excision, crainte d'une hémorrhagie dont il aurait été difficile, pour ne pas dire impossible, de se rendre maître, à cause de la dilatation variqueuse de tous les vaisseaux serpentant à la base de la tumeur.

M. Denicke conçut donc le projet hardi, mais d'une exécution lente et douloureuse, d'enlever tout le sein induré au moyen d'une ligature. Une circonstance qui prêtait à la réussite de cette opération, c'est que les tubercules dont la tumeur était pour ainsi dire farcie, n'adhéraient point à sa base. En effet, toute la glande ainsi dégénérée ne tenait aux muscles pectoraux sur lesquels elle repose, que par un tissu cellulaire très-lâche, de manière qu'elle pouvait facilement être poussée de côté et d'autre.

Une ligature fut donc passée autour de la base de la tumeur, afin de pouvoir la serrer graduellement et jour par jour; on se servit d'un petit cylindre creux en bois, garni à son milieu d'un tourniquet, et percé de deux trous de chaque côté de ce tourniquet; les bouts de la ligature, engagés par les extrémités inférieure et supérieure du cylindre, vinrent ressortir par les deux trous, et furent fixés au bout du tourniquet. En tournant ce dernier, on espéra d'abord obtenir une constriction assez forte pour couper au moins une grande partie de la tumeur, que l'on aurait ensuite achevé d'enlever avec l'instrument tranchant. Mais ce premier résultat ne put être obtenu, et ce n'est que par une ligature graduée et augmentée jour par jour, que la tumeur, réduite par sa base à un pédoncule de la grosseur d'un tuyau de paille, tomba au bout de la dixième semaine. Il ne survint aucune hémorrhagie; et la surface de la plaie, de forme circulaire, dont les bords avaient une grande *tendance* à se coller ensemble, alla continuellement en les rétrécissant. La tumeur, en tombant, n'offrait plus que le volume du poing. La plaie, pansée avec de la charpie sèche, ne tarda pas à se cicatriser convenablement. Les glandes axillaires, qui s'étaient tuméfiées après l'opération, diminuèrent de nouveau par l'emploi des frictions mercurielles et de médicamens dissolvans à l'intérieur. La santé de la malade s'est rapidement améliorée; et ce qui semble garantir la durée de cette guérison, c'est que la menstruation, qui s'était supprimée, a de nouveau reparu.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

SUR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ COMME CONTRE-POISON DE L'ARSENIC, par le docteur BUZORINI.

Il y a, dans la discussion engagée à propos de l'utilité de l'hydrate d'oxide de fer comme contre-poison de l'arsenic, des questions de fait qui ne peut être décidée que par de nouvelles expériences; c'est celle de savoir quel est le meilleur mode de préparation, quelles sont les quantités de contrepoison à administrer; jusqu'à quel point l'addition de l'ammoniaque peut être avantageuse, et dans quelles limites cette addition doit se faire. La GAZETTE MÉDICALE (n°s 42, 45 et 50; 1834) a déjà fait connaître les expériences tentées sur des animaux par MM. Bunsen et Berthold, en Allemagne; par MM. Lesueur, Boulet, Miquel, Nonat et Soubeiran à Paris. Aujourd'hui, nous avons occasion de rapporter deux observations où ce moyen a été mis en usage chez l'homme.

OBS. I. — Laurent H..., âgé de 24 ans, éprouva, le 23 mai 1835 et les jours suivans, du malaise, des vomissemens, de la diarrhée, des douleurs dans le bas-ventre, sans qu'il pût en soupçonner la cause. Le 26 mai, vers neuf heures du matin, sa femme, mariée depuis huit mois et enceinte de la même époque, lui prépara du café au lait sucré. Il en avala 3 ou 4 onces, sans pain, et trouva un précipité blanc sablonneux au fond du vase. Cette circonstance, rapprochée du malaise des jours précédens, lui donna des soupçons; le refus de sa femme de boire de ce même café les confirma; il mit immédiatement de côté le restant du café et le vase dans lequel on l'avait versé pour le remettre à la justice. L'analyse chimique y fit reconnaître 18 à 20 grains d'arsenic blanc.

Pendant qu'il courait chez les différentes autorités, il fut pris d'un malaise, de vomiturítions et de douleurs abdominales; dans l'intention de se soulager, il but de l'eau de cerise; les phénomènes de l'empoisonnement allèrent en augmentant; les vomiturítions devinrent plus pénibles, ainsi que les coliques, qui revinrent d'une manière périodique; ce ne fut qu'après trois heures qu'il put rendre, après de grands efforts, de l'eau et des glaires. A midi, il survint de la somnolence, une grande faiblesse, des angoisses terribles dans la région précordiale; le malade, ordinairement sujet à la constipation, n'eut pas de selles. Vers la nuit, les douleurs augmentèrent; les souffrances, qui étaient extrêmement fortes, revenaient d'une manière périodique; dans l'intervalle il était plongé dans un état d'assoupissement. Cet état dura jusqu'à l'arrivée de M. Buzorini, à six heures du matin, le 27 mai.

Le malade était alors dans l'état suivant. Douleurs du bas-ventre de temps en temps, si fortes que le malade s'agite dans son lit en jetant des cris lamentables; dans l'intervalle, il se plaint d'une ardeur dans le ventre et l'estomac, et rarement il a des vomiturítions, sans résultat; ventre mou, un peu tendu; le visage ardent, rouge, boursouflé; regard brillant; langue sale, rouge, humide et chaude; peau chaude; pouls plein, non fréquent; pression sur le ventre et l'estomac peu douloureuse, mais provoquant des douleurs semblables à des coliques; soif très-forte; l'eau produit de violens efforts de vomir suivis de vomissemens, et s'accompagnant de telles douleurs, que le malade préfère souffrir de la soif; point de selles depuis quelques jours.

En admettant même, contre le dire du malade, qu'une grande partie du poison eût déjà été vomie, les symptômes actuellement existant faisaient voir que l'estomac et les intestins en contenaient encore une certaine dose. L'inefficacité généralement reconnue de tous les autres antidotes de l'arsenic engagea M. Buzorini à recourir tout de suite au tritoxide de fer hydraté; comme on ne put trouver cet antidote sur-le-champ, il s'écoula vingt-quatre heures entre le moment de l'empoisonnement et l'administration du remède. On prescrivit une once et demie de tritoxide de fer hydraté fraîchement obtenu par la précipitation, dans 12 onces d'eau distillée, avec addition de 3 gros d'ammoniaque.

Le malade prit successivement 3 à 4 onces de ce mélange, et plus tard une cuillerée à bouche toutes les demi heures; en même temps, lavemens d'une infusion concentrée de moutarde. Les nausées ne se manifestèrent plus qu'une fois après la première dose de l'oxide de fer; deux heures après, les douleurs intolérables de l'estomac et du bas-ventre avaient diminué de fréquence et d'intensité, et quelques heures plus tard, le malade pouvait déjà être interrogé par le juge d'instruction; néanmoins, comme tous les symptômes n'avaient pas disparu, et qu'il n'y avait pas encore eu de selles, le protoxide de fer et les lavemens furent continués; au sixième lavement, auquel on avait mêlé du savon, il survint une selle d'abord dure, puis pultacée, enfin de matière d'un aspect ferrugineux, qui fut suivie d'une amélioration très-sensible. Le malade eut encore quelques nuits agitées, mais les coliques se perdirent peu à peu. Le protoxide de fer hydraté fut continué jusqu'à la fin de mai; il en a pris en tout 3 onces. Au commencement d'août, la santé de Laurent H... était parfaitement rétablie, sans qu'il restât de traces de l'empoisonnement.

OBS. II. — Justine B..., mère du précédent, âgée de 50 ans, après avoir éprouvé les jours précédens les mêmes accidens, avait pris en même temps que

son fils, 7 à 8 onces du café empoisonné; sans pain (environ 35 grains d'arsenic blanc). Peu de temps après, nausées, vomissemens violens de la plus grande quantité du café; plus tard, coliques, douleurs abdominales, anxiété, chaleur, sentiment de brûlure dans les intestins, diarrhée. Le lendemain, M. Buzorini trouve la malade avec tous les symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic; il est à remarquer que dans ce cas, où la dose du poison avait été plus forte, les vomissemens et les déjections avaient été plus intenses, tandis que les symptômes nerveux l'avaient été moins que dans le cas précédent.

On administra à la malade une quantité assez forte de peroxide de fer hydraté à la fois; plus tard, toutes les demi-heures, deux cuillerées; ces dernières sans addition d'ammoniaque. Dans l'intervalle, elle prit une émulsion huileuse. Après la première dose du contre-poison, les nausées disparurent; les selles et les douleurs abdominales diminuèrent. Après cinq à six heures, les selles apparurent teintes par l'hydrate de fer; en même temps, la douleur abdominale et le tenesme devinrent plus rares et moins intenses. Les jours suivans, le tritoxide de fer fut continué. La malade en a pris en tout une once et demie. Le 30 mai, à l'exception d'un sentiment de faiblesse, plus aucune plainte. Le 1er août, elle était complétement guérie.

L'auteur tire de ces deux observations les conclusions suivantes: le peroxide de fer hydraté, fraîchement précipité, agit comme un véritable contre-poison dans les empoisonnemens par l'arsenic chez l'homme. En effet, lors même qu'on admettrait que dans le second cas la guérison eût pu être obtenue par d'autres moyens, parce que la plus grande partie du poison avait été rejetée par les vomissemens et les selles, on ne peut méconnaître dans le premier cas l'effet anti-toxique qui a suivi immédiatement l'administration de la préparation ferrugineuse.

L'efficacité du peroxide de fer hydraté, même après que l'arsenic a été pris depuis long-temps, ressort également de l'histoire de ces deux faits, où cet antidote n'a été administré qu'après 24 heures d'intervalle. Ce dernier paraît donc encore être indiqué même dans un temps où, d'après l'opinion généralement admise, il doit déjà s'être manifesté de l'inflammation; car dans les deux observations que nous avons sous les yeux, nous ne pouvons méconnaître un commencement d'inflammation, et l'on a vu cependant les effets promptement salutaires du peroxide de fer hydraté. Dans le second cas où les symptômes de l'empoisonnement ont persisté même après le rejet de toutes les matières empoisonnées, le peroxide de fer, en amendant sur-le-champ ces mêmes symptômes, a montré qu'il possédait encore un effet dynamique à côté de son action chimique, qui ressort davantage de l'histoire de la première observation. Enfin c'est aux effets dynamiques de cet antidote que M. Bazorini croit pouvoir attribuer le manque total des phénomènes qui sont ordinairement consécutifs à l'empoisonnement par l'arsenic. Ces observations ont donné lieu à un article de M. Rampold, et à une lettre de M. Bunsen de Gottingue, insérés dans le même journal, qui viennent à l'appui des conclusions que l'auteur en déduit.

Il nous est impossible d'adopter une opinion aussi tranchée. Dans la première observation, qui est certainement la plus concluante, il paraît que les accidens éprouvés quelques jours auparavant étaient aussi l'effet de l'arsenic; mais administré à petites doses; ainsi l'estomac a pu s'y habituer en quelque sorte; puis le malade a vomi trois heures après la dernière ingestion. Ne serait-il donc pas possible qu'il eût rendu tout l'arsenic par les vomissemens dont les matières n'ont pas été analysées; car si l'estomac avait conservé une aussi forte quantité d'arsenic, le malade aurait-il pu survivre? Les symptômes de l'empoisonnement ont persisté, il est vrai, après les vomissemens; mais une très-petite quantité du poison a pu être absorbée et donner lieu à ces mêmes symptômes, qui ont cédé, d'après l'opinion de l'auteur, à l'action dynamique du peroxide de fer. Dès lors, cette première observation serait à assimiler à la seconde. Il nous semble donc que la cause principale du succès du docteur Buzorini ne doit pas être attribuée à l'oxide de fer donné 24 heures après l'ingestion du poison.

Nous ajouterons à ces considérations une remarque très-importante, qui nous a été communiquée par M. le professeur Coze de Strasbourg; le résultat des empoisonnemens par l'arsenic est moins fâcheux lorsque l'arsenic blanc est donné étendu dans du bouillon ou dans d'autres liquides. Dans ce cas, il occasione presque immédiatement le vomissement, et toute la matière vénéneuse est rejetée; lorsqu'au contraire il est *mêlé* aux alimens solides ou pultacés, les particules sont retenues dans les plis de la muqueuse de l'estomac, y agissent localement, s'y dissolvent lentement, sont absorbées en partie et occasionent des empoisonnemens presque toujours mortels. Cette manière de voir, relative à l'action de l'arsenic, a reçu une confirmation bien frappante lors de l'empoisonnement de tous les sous-officiers d'un régiment de ligne à Strasbourg, il y a environ dix-huit mois.

Le 1er mai 1834, une énorme quantité d'arsenic avait été jetée dans la terrine qui renfermait le bouillon destiné à tremper la soupe de ces militaires. Le bouillon fut versé dans un plat de fer avec la plus grande quantité de l'arsenic; on le porta à l'ébullition. Plus de vingt sous-officiers en mangèrent; ils furent tous successivement pris de vomissemens abondans et violens, et cela presque immédiatement après l'ingestion de l'aliment. Aucun ne succomba; presque tous purent continuer leur service; trois d'entre eux seulement entrèrent à l'hôpital, où ils ne restèrent que peu de jours.

IV. TIEDEMANN ZEITSCHRIFT FUR PHYSIOLOGIE. (T. V, l. I.)

§ I. LE COEUR N'EST PAS L'AGENT MOTEUR DE LA CIRCULATION DU SANG; expériences de M. HERING, professeur à Heidelberg.

L'opinion la plus généralement accréditée a été et est encore aujourd'hui que *les pulsations du cœur et des artères sont isochrones à la circulation du sang*. La plupart des physiologistes regardent le cœur comme l'agent et l'unique ressort du mouvement circulatoire. Le cœur, disent-ils, agit à l'égard du sang à peu près comme une pompe foulante.

Cette opinion sur la circulation du sang sera singulièrement modifiée par le récit des expériences suivantes, qui ont été faites en Allemagne en 1828 — 1833, par le docteur Hering, professeur à Heidelberg.

Voici le procédé de ces expériences faites la plupart sur des chevaux sains. Le cheval destiné à l'expérience, était conduit sur une place libre. Là, on lui ouvrait la veine jugulaire gauche pour y introduire des substances propres à exciter la respiration et à accélérer le pouls. Ensuite, l'accélération s'était élevée à un certain point constaté, on introduisait aussitôt dans la veine jugulaire opposée une solution de bleu d'alcali, et en même temps on avait soin de recueillir, toutes les cinq secondes, dans un vase transparent, des échantillons de sang. Le nombre de secondes employé par cette solution pour arriver d'une jugulaire à l'autre, exprimait donc la vitesse de la circulation.

Nous allons ici donner le tableau de ces expériences au nombre de 40:

NOMBRE des expér.	ÉTAT DE L'ANIMAL.	ACCÉLÉRATION du pouls par	NOMBRE de pulsat.	VITESSE de la circulat.
1	Sain.	Inf. de linct. vératr.	64	25—30
2	*Id.*	*Id.*	120	30—35
3	Extrémement faible.		80	35—40
4	Sain.	Infusion d'ammoniaq.	120— 72	50—55
5	*Id.*	Inf. d'esp. de-camphr.	64	30—35
5	*Id.*	Saignée (10 livres).	80— 88	20—25
7	Section de la moelle épinière.		Pouls convulsif	45—50
8	Sain.	Inf. d'eau dist. tiède.	32	25—30
9	Très-faible.	Saignée (15 livres).	80	45—50
10	Sain.	Inf. d'esprit-de-vin.	64	35—40
11	Très-faible.	Inf. d'eau distillée.	92— 96	20—25
12	Maigre.		56— 68	35—40
13	Sain.	Saignée (20 livres).	72	40—45
14	Très-faible.		96	20—25
15	Sain.	Inf. d'ammoniaq.	96	25—30
16	*Id.*	Inf. ordinaire.	36— 40	30—35
17	Pleurétique.		72	25—30
18	Sain.		48— 52	15—20
19	*Id.*		48	25—30
20	*Id.*		28— 36	40—45
21	Asthmatique.		36— 40	15—20
22	Tétanos.		60	30—35
23	Inflamm. cérébrale.		104—112	30—35
24	Faible.		60	15—20
25	*Id.*	Inf. d'ammoniaq.	120	20—25
26	Coliq. depuis 2 jours.		80	30—35
27	Sain.		40	25—30
28	*Id.*	Saignée (14 livres).	80	25—30
29	Faible.	Inf. ordinaire.	64	20—25
30	Très-faible.		32— 36	20—25
31	*Id.*		68— 72	40—45
32	Faible.		56	30—35
33	Torpeur.		56	30—35
34	Mort à la suite d'une infus. d'eau tiède.		0	0
35	Abattu.		40	35—40
36	*Id.*		40	35—40
37	Le même, plus faible.	Inf. de morphine.	38	35—40
38	Très-faible.	Inf. d'esprit-de-vin.	36— 40	50—55
39	Asthmatique.		40	20—25
40	*Id.*		40	25—30

En jetant un regard sur le tableau précédent, on sera étonné de la disproportion qu'il y a entre la vitesse des pulsations et la vitesse de la circulation.

La circulation à son état normal est, chez les chevaux sains, de 20 à 25 secondes. Mais, si l'on veut avoir égard aux circonstances de l'âge, du sexe et de la taille de l'individu, on pourra poser en règle générale que la circulation, s'accomplit dans un espace de temps de 20 à 30 secondes.

Résumons maintenant l'ensemble des cas où la circulation s'est trouvée ou accélérée ou ralentie. Parmi les quarante expériences, il y en a trois où la vitesse de la circulation dépasse le temps ordinaire; quinze où elle en tient à peu près le terme moyen. Dans les vingt-deux autres expériences, la vitesse du mouvement circulatoire s'est trouvée diminuée : elle a été de 30—35 secondes dans six expériences; de 40—45 secondes dans trois expériences; de 40—50 secondes dans deux expériences; de 50—55 secondes dans la quatrième et la trente-huitième expériences. Dans la trente-quatrième expérience elle était de 90 secondes et au-delà; ou, pour mieux dire, la circulation avait presque cessé.

Voici le résultat général que M. Hering tire de ses expériences : *la vitesse du mouvement circulatoire n'est dans aucun rapport avec la vitesse des pulsations.* En effet,

1° Dans *un même nombre constant* de pulsations, le mouvement circulatoire a varié : il a été trois fois de 35—40 et une fois de 50—55. (Voyez exp. 35, 36, 37, 38.)

2° Dans les expériences suivantes : 27 et 28, 29 et 30, 35 et 3; 19 et 5, 8 et 1, 39 et 6, 32 et 23, 16 et 26, 20 et 13, la circulation s'est constamment tenue au même niveau, pendant que le pouls était accéléré du double. Bien plus, dans les expériences 8 et 15, 16 et 2, 30 et 14, 39 et 25, le pouls avait augmenté du triple, tandis que le mouvement circulatoire avait été invariable. Ainsi en comptant 30—40 pulsations par minutes (exp. 21), le sang peut parcourir le système circulatoire dans 50 à 55 secondes, tout comme il pourra n'y mettre que 15 à 20 secondes (exp. 38). De même, en comptant 100—120 pulsations, la circulation peut s'effectuer dans un intervalle de 20 à 25 (exp. 25), mais aussi (exp. 4) de 50—55 secondes.

§ II. LE COEUR EST L'ORGANE DESTINÉ A RÈGLER LE MOUVEMENT CIRCULATOIRE DU SANG.

Le jeu alternatif de la systole et de la diastole peut être comparé aux oscillations d'une pendule ou d'un balancier, lequel est, non pas la cause motrice, mais l'agent régulier de l'horloge.

Le mouvement circulatoire obéit à une impulsion primitive, à une force innée et inconnue qui l'entraîne, de la même manière que le mécanisme d'une horloge est mis en jeu par des ressorts cachés ou par quelque poids proportionné.

Evidemment il faut chercher le principe moteur du sang dans la circulation elle-même. C'est là du moins l'idée que nous suggèrent les observations antérieurement établies par MM. Doellinger, Oesterreicher, Kaltenbrunner, Baumgærtner, Burckhart et autres.

L'accélération et le ralentissement du mouvement circulatoire dépendent donc de la *vis insita* du sang, qui semble perdre plutôt que gagner en intensité, de telle façon que la vitesse avec laquelle les contractions du cœur se succèdent quelquefois, peut être en quelque sorte considérée comme un effort fait par la nature pour ramener la circulation qui tend à se ralentir à sa condition normale.

La respiration et la circulation, ces deux fonctions importantes de l'organisme vital, la nature cherche à les maintenir jusqu'au terme de la vie. Dans les animaux affaiblis et dont le pouls est très-lent, la circulation a peu diminué de sa vitesse ordinaire, et la respiration est en apparence paisible et calme. Quelques momens avant la mort, l'une et l'autre sont extraordinairement accélérées; mais elles deviennent de plus en plus incomplètes, jusqu'à ce qu'enfin elles s'éteignent entièrement. Dans la section de la moelle épinière la circulation continue encore lorsque la respiration a déjà cessé. (exp. 7.)

Ce que M. Hering nous vient de démontrer, un médecin anglais l'avait déjà soupçonné. C'est John Bell qui a dit en 1819 : « The heart is rather the regulator, than the prime and efficient cause of the circulation. » (V. Essay on the circulation of the blood, etc. London, 1819.) Treviranus a avancé de son côté une opinion qui n'est appuyée sur aucune expérience, à savoir que : « le cœur (pour contrebalancer uniformément les deux moitiés de la circulation) ralentit la circulation artérielle, tandis qu'elle accélère la circulation veineuse. » (V. Untersuchung über wichtige Gegenstænde der Naturwissenschaft. Gœttingen, 1803.)

D'après les expériences qui précèdent, M. le professeur Hering établit les proportions suivantes :

1° Le sang met, dans un cheval sain, 20—30 secondes de temps pour parcourir le système circulatoire, depuis la veine jugulaire gauche jusqu'à la veine jugulaire droite correspondante.

2° Il est impossible de conclure du nombre variable des pulsations à la vitesse réelle du mouvement circulatoire.

3° La circulation n'étant dans aucune proportion avec le nombre des pulsations du cœur et des artères, subit des variations peu sensibles.

4° L'accélération que peut, dans des cas extrêmement rares, subir le mouvement circulatoire, est bien minime.

5° Dans la plupart des cas la *circulation se ralentit*, au contraire, presque du double du terme moyen (25—50 secondes).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE.

STATISTIQUE. — MÉTHODE POUR APPRÉCIER LE DEGRÉ PROBABLE D'EXACTITUDE DES DOCUMENS ET DES RÉSULTATS AUXQUELS ILS ONT SERVI DE BASE.

M. Demonferrand adresse une lettre à ce sujet.

Dans les trois mémoires sur la population en France, présentés récemment à l'Académie, M. Demonferrand signalait l'inexactitude d'une partie notable des documens envoyés chaque année au ministère de l'intérieur. A la dernière séance, plusieurs personnes ont annoncé que l'on avait trouvé d'autres causes d'erreur qui jettent du doute sur un bien plus grand nombre de ces documens. Il est certain, dit l'auteur de la lettre, que la négligence des rédacteurs de l'état civil, la manière variable dont on opère pour les enfans mort-nés, la double transcription d'un assez grand nombre de décès dans les communes où ils ont été constatés, et au domicile du décédé, sont des causes d'erreur dont on ne peut nier l'existence, et dont il serait impossible d'assigner l'influence numérique.

Dans cet état de choses, peut-on faire avec quelque succès des recherches statistiques et accorder quelque confiance aux résultats qui en sont déduits? Telle est la question qui se présente naturellement et sur laquelle on pourrait discuter sans fin si l'on voulait y répondre d'une manière absolue et par le seul raisonnement. Il existe un moyen simple d'apprécier le degré de probabilité des documens et des résultats auxquels ils ont servi de base. Ce moyen est emprunté à l'astronomie; il consiste à se servir des valeurs approximatives fournies par des observations imparfaites pour prédire des faits futurs, et à comparer ensuite les résultats du calcul à de nouvelles observations pour obtenir des approximations de plus en plus rigoureuses.

Pour appliquer cette méthode à mon travail, dit M. Demonferrand, voici la marche que j'ai suivie. Il est évident que si l'on diminue le nombre des naissances de garçons d'une année quelconque des pertes éprouvées par cette génération, en passant successivement de 0 à 1 an, de 1 à 2, etc., le reste donné par la vingtième année sera égal au nombre des conscrits de cette époque. Cette méthode étant applicable aux départemens pour lesquels on possède une série non interrompue de feuilles depuis 1814 (ils sont au nombre de 61), j'ai calculé pour chacun d'eux le nombre des conscrits de la classe de 1834. En comparant les résultats avec les listes du recrutement qui parviendront bientôt au ministère de la guerre, on aura une base fixe pour apprécier les limites d'erreur des feuilles, leur influence dans les calculs, ou le degré de la probabilité des lois que j'ai énoncées.

Une table, jointe à la lettre de M. Demonferrand, donne pour chaque département le nombre de conscrits qui devait figurer sur la liste de recrutement, si les naissances et les morts avaient été exactement enregistrées.

CIRE FOSSILE.

M. de Paravey, à l'occasion des communications faites à l'Académie sur la cire fossile, adresse le résultat des recherches qu'il a faites dans les auteurs chinois pour y trouver l'indication de quelque chose de semblable. « Quelques personnes en Valachie, dit-il, voient dans cette substance du succin en formation; je vais, moi, faire connaître la manière dont cette formation a été envisagée dans l'Asie antique et hiéroglyphique.

« Le *Pen-Tsao*, liv. 37, section des pierres, pag. 7 et 8, dit que le *hou-pe*, nom chinois du succin, se nomme aussi *kiang-tchu*, c'est-à-dire perles, larmes du kiang (kiang signifiant bras de grand fleuve ou bras de mer), c'est ce que les anciens ont traduit par produits de l'Eridan; l'autre nom, *hou-pe* ou *khou-pe*, offrant les caractères de tigre qui enlève et de paille blanche, et étant comme la traduction de son nom persan *karabe* ou *kah-rubah*, qui enlève la paille. »

Quant à la formation, le *Pen-Tsao* la développe ainsi : « La résine ou la graisse (*tchy*) du pin sauvage ou du melèze (*song*) étant laissée en terre mille ans, donne le *fou ling*, sorte d'excroissance des racines profondes du melèze ou des vieux pins, dont la présence dans la terre se décèle par une vapeur lumineuse qui voltige au-dessus du lieu où se conservent les racines de ces arbres quand on a coupé leur tronc à fleur de terre.

» Le *fou-ling*, substance rare et très-chère, décrite par le P. Duhalde, et qui s'emploie comme médicament, avec les racines plus précieuses encore du *ginseng*, étant laissé mille ans ou très-long-temps en terre, donne le *hou-pe*, l'ambre jaune; enfin ce *hou-pe* étant laissé à son tour en terre, donne la pierre noire dite *to* ou *to-pe*, laquelle évidemment, d'après ce qu'on en rapporte, ne peut être que le *jayet*.

» J'appelle l'attention des minéralogistes sur cet ordre de formation, poursuit M. Paravey, et spécialement sur le *fou-ling*, substance résineuse qui ne me paraît pas leur être bien connue, et qu'on pourrait peut-être trouver dans les Pyrénées, les Alpes, etc., aux endroits élevés et escarpés, où des troncs de pin ou de melèze ont été coupés depuis long temps.

» Il est dit dans la minéralogie de M. Brongniart, que l'on trouve souvent avec le succin de la Prusse et de la Baltique des fruits de *pinus abies*; et précisement l'arbre *song*, dont la résine laissée deux mille ans en terre donne le *hou-pe* ou succin, est le *pinus abies*. Je dois remarquer en outre que la résine d'une

autre espèce d'arbre nommé *fong*, et qui doit être un ganitre donnant la gomme copal ou le *sandarous* des Arabes, est aussi indiqué par le *Pen-Tsao* comme donnant une espèce de sucein, peut-être le *sandarek* fossile des Persans. »

— M. Malgaigne adresse sous forme de lettre quelques considérations sur les hernies et les bandages herniaires. (Nous reproduisons cette lettre à la *Correspondance*.)

LÉZARDS VIVIPARES.

M. le docteur Cocteau adresse une notice sur un genre peu connu de *lézards vivipares* (*zootoca*, Wagler), et sur une nouvelle espèce de ce genre.

Jacquin, le fils du célèbre botaniste, est le premier qui ait parlé d'un lézard vivipare, encore son observation n'était-elle pas assez précise pour ne laisser lieu à aucun doute; ce qui fit qu'elle fut négligée par la plupart des erpétologues. Jacquin ne trouvant point dans Linnée la description du lézard qui lui avait fourni l'occasion de cette remarque, le désigna par un nom spécial.

Leuckart de Halle envoya à Nitsch, sous le nom de *lacerta crocea*, des lézards qu'il surnomma *lacerta vivipara*, parce que plusieurs individus conservés par lui avaient, assurait-il, fait des petits vivans. Lichtenstein s'éleva contre cette détermination, ayant reconnu, disait-il, que le vrai *lacerta crocea* était bien positivement ovipare; et comme il ne mettait pas en question si une même espèce pouvait, suivant les circonstances, être tantôt ovipare et tantôt vivipare, comme on a dit que cela avait lieu pour la couleuvre commune, il pensa que le lézard de Leuckart devait appartenir à une autre espèce. Il crut pouvoir le rapporter, ainsi que celui de Jacquin, au *lacerta muralis* de Linnée, lézard gris des murailles. M. Cocteau n'admet pas cette détermination.

J. Wagler, dans son arrangement naturel des amphibies publié en 1830, fit du *lacerta vivipara* de Jacquin une espèce à part, et il créa pour lui un genre particulier, qu'il désigna, d'après le mode de génération, sous le nom de *zootoca*, mais il ne paraît pas qu'il ait rien fait à ce sujet d'après ses propres observations; et plusieurs des passages des erpétologistes précédens qu'il croit pouvoir rapporter à son nouveau genre, pourraient bien avoir trait à des espèces différentes de celles observées par Jacquin, et nullement vivipares.

L'histoire de ce saurien était donc encore fort obscure, lorsque le hasard a fourni à M. Guérin une observation plus précise que toutes celles qui avaient été jusque-là publiées sur ce sujet.

Le 10 juillet 1835, dans le cours d'une excursion entomologique à la forêt d'Eu, M. E. Guérin aperçut au milieu des clairières d'un plateau bas et argileux une douzaine de lézards, qui à son approche s'enfuirent sous les herbes voisines. M. Guérin parvint à en prendre un, et le lendemain, lorsqu'il voulut l'examiner, il s'aperçut que l'animal mettait bas un petit, lequel se dégageant aussitôt des débris de membranes fœtales qu'il avait entraînées avec lui, se mit à courir avec rapidité. Plusieurs personnes furent aussitôt appelées et virent en moins d'une heure la même femelle produire six autres petits vivans; son ventre, qui était très-gonflé lorsqu'on la prit, avait après cette parturition repris les dimensions ordinaires. La mère et les petits vécurent un petit nombre de jours.

C'est, autant qu'on peut le juger d'après le vague des expressions de Jacquin et Leuckart, la première fois qu'on a assisté à l'émission de petits vivans par une femelle de lézard. L'individu qui fait le sujet de l'observation de M. Guérin est décrit exactement par M. Cocteau, qui compare avec soin les caractères de cet individu avec ceux des autres lézards donnés comme vivipares. Il est conduit par là à l'opinion qu'on doit considérer le lézard vivipare de M. Guérin comme une espèce distincte de celles qui ont été décrites jusqu'ici, et voisines du *lacerta stirpium* de Dandin pour les caractères généraux, mais distincte d'elle par le système de coloration et le mode de parturition; voisine aussi du *lacerta vivipara* de Jacquin, dont elle se rapproche par le mode de parturition, mais dont elle se distingue par la disposition de ses couleurs; et que le lézard vivipare de Guérin doit par conséquent constituer une seconde espèce dans le genre *zootoca*, établi avec raison par Wagler dans la famille des lézards privés de dents palatines et à écailles dorsales sub-granulées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 novembre.—*Présidence de M. Lisfranc.*

CORRESPONDANCE.

— Le ministre de l'instruction publique invite l'Académie à envoyer une députation aux obsèques de M. le comte de Rigny, grand'croix de la Légion-d'Honneur, vice-amiral, etc.

— M. Alexis Bompard, quittant Paris pour aller habiter Doulens, sollicite le titre de correspondant. — Renvoyé au comité des élections.

— M. Malgaigne adresse une lettre sur quelques points de l'histoire des hernies. (Voir cette lettre à la *Correspondance*.)

LITHOTRITIE. — RÉCLAMATION DE M. HEURTELOUP.

M. Heurteloup réclame contre quelques assertions avancées par M. Velpeau dans la discussion sur la lithotritie, et il explique le retard de cette réponse par son séjour à Londres et ses nombreuses occupations, qui ne lui ont pas permis de se tenir au courant de ces discussions.

M. Velpeau, contrôlant les résultats annoncés par M. Heurteloup, avait déclaré qu'il possédait des lettres de plusieurs chirurgiens distingués de Londres assez peu favorables à la pratique de ce chirurgien; il en résultait que cinq ou six malades, donnés comme guéris par M. Heurteloup, s'étaient représentés dans les hôpitaux de Londres avec la pierre; et que chez l'un d'eux entre autres, on avait trouvé des fragmens de calculs anciens formant le noyau de nouveaux calculs. De ces pièces, « j'en ai une, disait M. Velpeau, qui m'est particulièrement adressée; une autre a été publiée dans la *Lancette* anglaise; elles sont appuyées des noms les plus recommandables, sir A. Cooper, M. Key et M. Liston. »

M. Heurteloup déclare que ces faits sont matériellement faux. Le numéro cité de la *Lancette* anglaise où se trouve la leçon de M. Liston ne contient aucun passage qui ait le moindre rapport avec ce qu'avance M. Velpeau, et M. Velpeau n'a entre les mains aucune lettre des chirurgiens qu'il a cités. M. Heurteloup termine en priant l'Académie d'inviter M. Velpeau à montrer ses lettres.

M. Velpeau demande la parole. Quand j'ai avancé, dit-il, que je possédais ces documens, je les avais, et la preuve, c'est que je les ai encore dans ma poche. Je les ai montrés hier à M. Heurteloup; il est vrai qu'il ne leur a pas trouvé une suffisante valeur. Quant à leur valeur, c'est une question qui ne pourrait être bien décidée qu'à Londres. Si l'Académie le désire, je suis prêt à les lire. (Non! non! — Oui! oui! — L'ordre du jour!) La lettre qui m'a été personnellement adressée, et où l'on cite comme autorités sir A. Cooper et M. Key, est de M. Tarral, jeune médecin anglais qui a écrit quelques articles dans nos journaux de médecine; pour M. Liston, dans sa leçon clinique rapportée par la *Lancette* anglaise, il n'accorde qu'une guérison sur six opérations à la lithotritie; enfin M. Baumès a publié dans la Gazette médicale de Paris le fait de ces fragmens de calculs trouvés dans la vessie d'un malade qui avait été précédemment lithotritié, et il dit avoir oui mentionner ce fait par M. Liston et par M. Brodie. (L'ordre du jour!)

M. Amussat. On ne peut vouloir étouffer une discussion semblable; l'honneur de M. Heurteloup a été compromis; je demande que la lettre de M. Tarral soit lue. Il y a ici, dans les mains d'un de nos collègues, une lettre de sir A. Cooper lui-même qui dément formellement les assertions qu'on lui prête, et qui montre quelle confiance méritent les *on dit* présentés comme renseignemens par M. Tarral.

M. Marc. L'ordre du jour doit être maintenu, par cette raison que M. Heurteloup, n'étant pas membre de l'Académie, ne pourrait pas répondre.

M. Londe. Voici la lettre de sir A. Cooper; je n'en extrairai que deux lignes. « Je n'ai jamais connu d'exemple d'aucun malade, ayant été opéré de la pierre par le baron Heurteloup, qui fût admis à un hôpital avec un calcul ou une portion de calcul dans sa vessie. » Signé: A. Cooper.

M. Velpeau. Voici la lettre de M. Tarral. (De toutes parts: Assez! assez!) Qu'on me permette cependant de dire que M. Heurteloup a cru son honneur compromis parce qu'on révoquait ses observations en doute; mais on ne révoque point en doute; on a dit seulement que quelques-uns de ses opérés étaient revenus plus tard avec la pierre, ce qui n'a certes rien d'injurieux.

M. Double. Mais si c'est faux?

M. Londe. Il ne saurait rester à personne le moindre doute sur la loyauté de M. Velpeau. Il a été trompé par de faux renseignemens, et moi-même je déclare que je m'étais aussi laissé prévenir par les prétendus documens de M. Tarral; mais après la dénégation formelle de sir A. Cooper, il n'y a rien à ajouter. (L'ordre du jour est adopté.)

— M. le président annonce que M. Evrat, membre de l'Académie, est mort dans la nuit de vendredi à samedi; on n'a pu envoyer de députation à son convoi, l'inhumation s'étant faite à huit lieues de Paris.

— M. J. Guérin demande un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire pour lequel il est inscrit depuis long-temps. L'Académie consultée lui donne la parole.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRER LE REDRESSEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE, lu à la séance de l'Académie royale du 10 novembre 1835, par M. Jules Guérin, D.-M. P.

Le mémoire de M. Jules Guérin se compose de trois parties. Dans la première, l'auteur rappelle les différens moyens mécaniques qu'on a proposés jusqu'ici pour combattre les déviations latérales de l'épine: tous ont en pour objet de pratiquer l'extension de l'épine suivant sa longueur, en associant à cette action principale des pressions latérales au niveau de la convexité des courbures. Cette méthode, que l'auteur appelle l'*extension parallèle*, offre beaucoup d'inconvéniens. Le premier, d'où résultent tous les autres, c'est qu'elle emploie les forces de la manière la plus défavorable, en ce sens, que la plus grande partie est perdue suivant la longueur de l'épine, et la partie la plus faible seulement employée à redresser les courbures. Dans la majorité des cas qui sont du ressort de l'orthopédie, d'après les calculs auxquels M. Guérin s'est livré, les forces perpendiculaires ou actives sont aux forces parallèles ou perdues, environ comme 1 est à 6. Cette proportion décroît sans cesse à mesure que les courbures diminuent, de manière que plus l'épine se redresse, plus la somme des forces perdues est considérable, et par conséquent plus il faut employer d'efforts pour vaincre les derniers degrés des difformités. M. Jules Guérin fait remarquer que les forces produits suivant la longueur de l'épine ne sont pas sans action; qu'elles sont au contraire employées à distendre les moyens d'union des vertèbres. Il conclut de ce premier fait que l'extension parallèle de l'épine, quand elle n'est pas combinée à d'autres agens capables d'en détruire plus ou moins les inconvéniens, relâche outre mesure les ligamens, les fibro-cartilages, les muscles appartenant aux articulations de la colonne; prédispose cette dernière aux rechutes; efface les courbures antéro-postérieures, et, ce qui est plus grave, n'exerce aucune action sur le côté convexe des courbures pour diminuer le surcroît de développement qui se remarque dans les fibro-cartilages et même dans les os des vertèbres de ce côté. Ce dernier inconvénient de l'extension parallèle est, aux yeux de M. J. Guérin, la cause la plus fréquente du retour des difformités après un long traitement. La gymnastique bien dirigée peut jusqu'à un certain point, prévenir les rechutes; mais elle est généralement employée avec trop peu de discernement pour produire cette compensation.

Quelques auteurs avaient déjà essayé d'une autre direction, Bamphield en Angleterre, Delpech en France, et M. Mayor de Lausanne avaient proposé quelques moyens dont les principes d'action différaient sous quelques rapports des principes de l'extension parallèle; mais l'expérience n'a rien conservé de leurs essais, si ce n'est quelques applications secondaires. Cependant M. J. Guérin rapporte à ces auteurs et à M. Mayor de Lausanne en particulier les premières idées de la méthode qu'il vient proposer.

L'exposition de cette méthode fait l'objet de la seconde partie du mémoire de M. Guérin.

« Que s'agit-il dans le traitement des déviations latérales de l'épine considéré sous le rapport mécanique? de redresser une tige courbe en un ou plusieurs points. Si l'on donne ce problème à résoudre dégagé de toutes les circonstances organi-

ques qui en cachent la simplicité, et qu'on le réduise au simple fait d'une tige courbée à rendre droite, il n'est pas d'homme si peu éclairé, qui avec le secours d'une expérience vulgaire ne présente une solution plus satisfaisante que toutes celles qu'on a proposées jusqu'ici. Que fera cet homme en effet? à la place de l'épine, mettez-lui entre les mains un bâton courbe, mais flexible. Il ne s'y prendra pas à coup sûr en tirant sur les deux extrémités et suivant sa longueur; il fixera les deux bouts du bâton de chaque main, et l'appliquant sur le genou du côté convexe, il tirera perpendiculairement sur chacun de ses extrémités, de manière à produire une courbe directement opposée à celle qu'il veut redresser. Il ne se bornera pas d'ailleurs à ramener le bâton aux limites de la ligne droite, parce que l'expérience lui a appris que pour obtenir un redressement complet et permanent, il faut produire une courbe en sens contraire de la courbe existante, afin de vaincre la force qui tend à se reproduire quand on se borne à n'opérer le redressement que jusqu'aux limites de la ligne droite. »

Voilà, dit M. J. Guérin, ce qu'on ferait vulgairement pour redresser toute espèce de courbe flexible et incomplétement élastique; et voilà ce que j'ai cherché à rendre praticable pour le traitement des courbures de l'épine. La méthode que je vais proposer et que j'appellerai *l'extension sigmoïde*, consiste donc à substituer des courbures artificielles aux courbures pathologiques, de manière à donner à la colonne la forme d'un S dans un sens directement opposé à l'S que représente ordinairement la déviation pathologique.

M. J. Guérin donne ensuite la description de l'appareil au moyen duquel il a réalisé sa méthode. Cet appareil consiste en un châssis principal en fer long de 6 pieds, large de 18 pouces, supporté par quatre montans en bois; sur ce châssis fixe sont placés deux autres châssis mobiles de hauteur différente, et recouverts par trois coussins, dont le moyen, fixe, s'appuie sur deux barres parallèles dans l'étendue de 5 pouces, et empiète d'autant sur les extrémités correspondantes des châssis supérieur et inférieur. Ceux-ci, horizontalement mobiles en sens inverse, ont leur centre de mouvement sur une même ligne transversale: le premier, au sommet de son angle inférieur gauche; le second, au sommet de son angle supérieur droit. Ils décrivent des arcs de cercle: le supérieur, de gauche à droite, et l'inférieur de droite à gauche, en laissant chacun, entre le coussin moyen et leur bord correspondant, un angle dont le sommet est à droite pour le coussin supérieur, et à gauche pour le coussin inférieur. Au niveau à peu près du sommet de ces deux angles sont deux points d'appui sous forme de plaques rembourrées, lesquelles, mobiles de haut en bas et sur leur axe de support, présentent du côté de l'appareil une double courbure à concavité dans le sens vertical et à convexité dans le sens horizontal; elles peuvent être avancées vers le milieu de l'appareil, rapprochées de ses bords et relevées d'arrière en avant. Les châssis supérieur et inférieur sont mis en mouvement au moyen de deux crémaillères horizontales placées à leur extrémité libre, et formant des arcs appartenant aux cercles décrits par les châssis eux-mêmes.

Cet appareil est construit pour une déviation latérale double à droite en haut, et à gauche en bas. On couche le sujet sur l'appareil de manière à loger la moitié de la tête dans le casque qui termine le châssis supérieur; on fait correspondre le côté convexe des deux courbures aux deux plaques d'appui; on fixe le sujet par la tête, au moyen d'un collier à lanières reçues dans des boucles placées au pourtour de la demi-circonférence antérieure du casque; une ceinture rembourrée, embrassant les hanches, donne naissance de chaque côté à deux courroies qui viennent se fixer à un ressort transversal placé au bas du châssis inférieur, et font la contre-extension. Le sujet étant ainsi maintenu, on tourne la manivelle correspondant à la crémaillère inférieure; le châssis inférieur de l'appareil décrit un arc de cercle de droite à gauche, entraînant avec lui les membres inférieurs, le bassin et la portion lombaire de l'épine. Le flanc gauche étant appliqué contre la plaque d'appui inférieure, la colonne vertébrale se courbe dans le sens de cette plaque et en s'appuyant sur elle, c'est-à-dire dans le sens opposé à la courbure qu'elle présentait.

On produit un résultat analogue, mais en sens inverse en tournant la manivelle correspondante à la crémaillère supérieure. La tête et la partie supérieure du thorax devient obliquement de gauche à droite; les côtes arrêtées par la plaque d'appui supérieure sont refoulées de droite à gauche, et forcent l'épine à se courber de gauche à droite. Pour que ce résultat s'opère complétement, il est nécessaire qu'une courroie rembourrée partant du sommet du coussin supérieur et de sa partie moyenne, passe derrière l'épaule gauche du sujet et vienne, en se réfléchissant obliquement sur le côté du thorax, se fixer à une tige qui descend au niveau de la base du sternum. Cette courroie a pour but de maintenir le thorax dans des rapports invariables avec le coussin supérieur et de le forcer ainsi à suivre son mouvement de déviation latéral. Sans cet auxiliaire la traction se porterait principalement sur la tête, et l'épine ne se courberait qu'au niveau de la région cervicale.

La troisième partie du mémoire de M. J. Guérin est consacrée à l'examen des avantages qu'il croit pouvoir assigner à sa méthode, laquelle a précisément pour objet d'éviter les inconvéniens qu'il a reprochés à l'extension parallèle. Il traite ensuite des indications et contr'indications à l'emploi de l'extension sigmoïde par rapport à la méthode précédente, et signale quelques-uns des cas où l'extension parallèle conservera en tout ou en partie son intervention. Il termine par quelques considérations générales sur l'esprit d'analyse qui doit présider à la thérapeutique des difformités de l'épine.

Sont nommés commissaires pour rendre compte de ce mémoire, et suivre les expériences de l'auteur, MM. Double, Guersent, Ribes, Amussat, Pariset, Réveillé-Parise et Lisfranc.

— M. Pinel-Grandchamp montre un malade opéré de rhinoplastie par un jeune chirurgien russe, M. Doubowitshki.

— M. Thomson lit une réclamation au sujet de la lettre de M. Malgaigne. Nous reviendrons sur cette réclamation étrange, en même temps que sur la réponse, dans notre prochain numéro.

Séance levée à cinq heures.

— Nous recevons, au sujet du dernier compte-rendu de l'Académie de médecine, la réclamation suivante, à laquelle nous nous empressons de faire droit.

Mon cher et honoré confrère,

Vous m'obligerez en voulant bien réparer une légère inexactitude qui s'est glissée dans votre véridique journal (samedi 31 octobre dernier). Vous me prêtez d'avoir dit que beaucoup de médicamens agissaient par la voie intestinale comme s'ils avaient été portés dans l'estomac. J'ai seulement dit qu'il existait des médicamens qui, comme l'opium et le sulfate de quinine, avaient dans l'un et l'autre cas la même action. Ce que j'ai avancé je le maintiens, me fondant sur une longue expérience. J'ajoute que je n'ai pas trouvé parmi mes confrères autant d'incrédules que votre article le porte à penser.

LOUYER-WILLERMAY.

Paris, 10 novembre 1835.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR DIVERS POINTS DE L'HISTOIRE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DES HERNIES, adressée à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, par M. MALGAIGNE.

Messieurs,

Chargé, depuis le 1er octobre 1835, du service des hernies au bureau central des hôpitaux de Paris, j'ai songé à tirer parti de cette position favorable pour jeter quelque jour sur les points les plus obscurs de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement des hernies. Peu satisfait du bandage ordinaire tel qu'il s'applique dans nos hôpitaux, je me suis adressé aux bandagistes herniaires les plus renommés, qui ont bien voulu concourir à ces expériences, et je poursuis en ce moment une série d'essais sur la valeur comparative des divers bandages, simples ou compliqués, qui ont été imaginés jusqu'à ce jour. Déjà j'ai recueilli près de *trois cents* observations, rédigées en tableaux synoptiques de manière à faire saillir au premier coup d'œil les résultats, et j'aurai l'honneur, quand je croirai en avoir amassé un nombre suffisant, de soumettre ce travail à l'Académie. Qu'il me soit permis cependant de prendre date dès aujourd'hui pour quelques idées principales auxquelles mes recherches m'ont déjà conduit.

1° La présence d'une hernie inguinale directe ou oblique est une prédisposition manifeste au développement d'une seconde; en sorte qu'après un espace de temps variable, et dont je m'occupe de déterminer les limites, tout individu atteint d'une hernie mal contenue doit s'attendre à en avoir deux.

2° Tous les bandages imaginés jusqu'à ce jour pour contenir la hernie inguinale oblique, soit congéniale, soit accidentelle, sont fondés sur un principe vicieux et qui demande une réforme complète. Tous exercent la compression principale sur l'anneau externe, et à peine sur une petite portion du canal; le principe nouveau que je veux établir, et que j'ai déjà appliqué au bureau central et en ville dans un assez grand nombre de cas, consiste à exercer la compression sur tout le canal, mais principalement sur l'anneau interne.

Les principaux inconvéniens de l'ancienne méthode sont: 1° qu'en bouchant seulement l'anneau externe, elle laisse la hernie séjourner dans le canal, et ne fait que transformer une hernie complète en hernie interstitielle; 2° elle ne procure une guérison radicale que par hasard; et même chez les enfans la proportion des insuccès est énorme; 3° la hernie est évidemment moins bien contenue, et la plupart des malades sur qui on compare les deux méthodes en rendent témoignage à l'instant même; 4° lorsque la hernie exige une grande force de compression, tous les bandages actuels, s'appuyant sur le pubis, compriment le cordon spermatique, et de là une proportion effrayante d'engorgemens du cordon et du testicule; ce qui n'a pas lieu avec la nouvelle méthode.

3° Dans les hernies inguinales directes, surtout lorsqu'elles sont anciennes et que la partie inférieure de l'anneau est constituée par l'os pubis même, il faut une force de compression énorme et qui doit nécessairement porter sur le pubis. J'ai essayé alors si l'on ne pourrait pas éviter la compression du cordon en relevant le scrotum et plaçant la pelote compressive par-dessous; j'ai déjà appliqué deux bandages de cette manière, mais depuis trop peu de temps pour être sûr du résultat.

4° Parmi les affections confondues sous le nom de chute de l'utérus ou du vagin, il en est une toute spéciale, dont je n'ai vu ni description ni même la moindre mention nulle part, et qui paraît cependant assez commune, puisque j'en ai déjà recueilli *huit* observations. C'est une hernie de la partie inférieure du rectum à travers la vulve, hernie que j'ai constatée à divers degrés, depuis la grosseur d'une noix jus-

qu'à celle d'un gros œuf de poule, tantôt compliquée de cystocèle ou de chute de matrice, le plus souvent à l'état simple, et offrant des caractères et des inconvéniens particuliers. J'aurais pu dès aujourd'hui en faire l'histoire pathologique, mais j'ai préféré attendre les résultats des essais que je tente en ce moment pour y porter remède.

Mon dessein était d'abord d'attendre que toutes ces recherches fussent complètes, avant d'en entretenir l'Académie; mais comme elles demandent beaucoup de temps et le concours de plusieurs personnes, j'ai pensé qu'il valait mieux prendre date dès aujourd'hui, pour éviter à l'avenir des débats sur la priorité. Déjà même, il y a deux jours, j'ai appris de M. Thompson, qui travaille à un traité complet sur les hernies, que ses dissections l'avaient amené presque en même temps que moi à une idée fort rapprochée de la mienne touchant le point sur lequel la compression doit être exercée dans les hernies inguinales obliques; mais M. Thompson, avec une loyauté que je me plais à reconnaître, a bien voulu ajouter que son idée était encore à l'état d'induction théorique, et n'avait point été essayée sur le vivant.

J'ai l'honneur, etc.

MALGAIGNE,
Professeur-agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central.

Paris, 7 novembre 1835.

DANS QUEL CAS LE MÉDECIN PEUT-IL EMPLOYER LA VIOLENCE POUR EMPÊCHER LE SUICIDE? par M. MALHERBES, D.-M. à Nantes.

Monsieur,

Vous avez imprimé dans le n° 43 de votre journal, à la date du 24 octobre 1835, un article sur la mort par abstinence volontaire. Après avoir apprécié la valeur des descriptions ordinaires de ce genre de mort, et avoir établi d'une manière positive les phénomènes qui accompagnent la faim et la soif, l'auteur de l'article pose la question suivante, sur laquelle il appelle l'attention des médecins: Dans quel cas le médecin a-t-il le droit d'employer la violence pour empêcher un homme de se suicider?

« La réponse, dit-il, est loin d'être facile; et la diversité des moyens » de suicide peut influer beaucoup sur la réponse. Qu'un individu, de » propos délibéré, se coupe une artère, le chirurgien appelé n'hésitera » pas à arrêter le sang en faisant tenir le blessé s'il le faut; ici l'hésitation ne serait pas même permise. Qu'au lieu de l'instrument tranchant le même homme ait eu recours au poison: si c'est dans la pratique civile, si une famille éplorée conjure le médecin d'agir, il est » incontestable encore que la force serait permise pour faire avaler le » contrepoison ou faire les applications nécessaires. Mais la question » change déjà de face si l'homme est seul et s'il se refuse opiniâtrément » à tout secours propre à le sauver. Maintenant, supposez un homme » isolé, par quelque grand attentat, du reste du monde; répudié par » ses proches, séquestré déjà dans un cachot, et réservé par la société » pour les vengeances: cet homme, qui aura vu se refermer sur lui ces » portes de l'enfer du Dante sur lesquelles il est écrit: Laissez toute » espérance; la mort lui devient un bienfait s'il peut se la procurer; » n'y a-t-il pas une sorte de cruauté à l'en préserver, surtout s'il résiste et s'il faut employer la violence? La médecine, dont le but est » de sauver, ne compromettrait-elle pas sa haute moralité par une interprétation judaïque des termes, en se faisant la pourvoyeuse de l'échafaud? Mais l'intérêt de la société qui réclame, mais la justice qui » a besoin de révélations, mais les victimes dont le sang crie vengeance! » sans doute ces considérations sont puissantes; ce sont elles qui soutiennent le médecin légiste dans les rigueurs de son ministère, lors» que chacune de ses recherches met sur la trace du coupable, lorsque » sa décision redoutable peut sauver ou donner la mort. On ne voit pas » bien non plus quelle différence il y a à lier une artère qui vomit le » sang, ou à injecter des contrepoisons dans l'estomac, ou à y pousser » des alimens pour prévenir l'effet de l'inanition; le résultat est le même; la violence peut être nécessaire dans tous ces cas. La conduite du » chirurgien nous semble toute tracée dans le premier; celle du médecin ne l'est pas aussi clairement dans les deux derniers. Il y a là une » question très délicate et très-importante, sur laquelle nous appelons » l'attention des médecins. »

Il me semble qu'un examen un peu attentif de cette question en rend la solution assez facile. Laissons d'abord entièrement de côté les intérêts de la société qu'il ne m'appartient point de mettre ici en cause, et occupons-nous uniquement de ceux de l'individu qui cherche à se suicider.

Je conviendrai d'abord avec l'auteur de l'article que l'homme qui cherche à se suicider sans raisons au moins connues, l'homme dont l'honneur ne court aucun risque, est dans une position tout-à-fait différente de celui qui, abandonné de ses proches, condamné à mort, gémit dans un cachot pour servir les vengeances de la société. Celui-ci, sans contredit, est le plus malheureux, surtout au premier coup d'œil. Mais allons un peu dans une maison de fous; examinons un certain nombre de monomaniaques, il ne faudra pas une trop grande patience ni une longue observation pour en rencontrer qui s'imaginent être condamnés à mort et réservés aux supplices les plus affreux et les plus ignominieux. L'idée du déshonneur, la crainte des souffrances, sont pour ces malades aussi cruelles que pour l'homme réellement condamné. Il y a même une circonstance à l'avantage du dernier, c'est que ses tourmens doivent avoir un terme prochain, tandis que ceux du monomaniaque dureront peut-être des années; et pourtant balancerez-vous à recourir à la violence pour lui faire prendre des alimens, si l'excès de son désespoir le portait à se détruire par la faim? Feriez-vous dans ce cas la distinction des moyens employés par le malade, et seriez-vous moins obligé de le garantir de lui-même s'il cherchait à mourir de faim, que s'il employait une corde ou un instrument tranchant? Je ne vois de différence que la difficulté de nourrir certains malades malgré eux, puisque souvent on parvient à introduire des alimens dans l'estomac; mais la force de la volonté suffit pour les faire rejeter.

L'homme qui cherche à se détruire sans cause connue, est pour moi dans un état de monomanie; quand même cela ne pourrait être prouvé, doit-on dire qu'il faudra le laisser mourir s'il n'a point de famille, point d'amis, s'il est seul? L'homme est-il jamais seul sur la terre? ne trouve-t-il pas toujours assez de frères malheureux auxquels il peut faire du bien? Celui qui veut se tuer pour se soustraire au supplice, ne jouit pas le plus souvent de l'exercice libre de ses facultés. Si vous l'empêchez d'exécuter son dessein, il commencera par vous accabler d'injures? mais si les secours de la religion parviennent à ébranler ses dispositions morales, alors il vous bénira de l'avoir sauvé de sa propre fureur; et tant qu'il reste une heure à vivre à un homme, il peut espérer des consolations spirituelles qui dissimuleront à ses yeux au moins une partie de l'horreur de sa situation. Il ne semblera pas à celui qui les aura recherchées (ces consolations), que les portes de l'enfer du Dante se soient refermées sur lui; moins accablé par la crainte de l'opinion publique, son esprit ira puiser du courage à une source plus élevée, et il aura du moins la force d'attendre la mort.

Mais quelle est cette source de pensées consolantes qui peuvent soulager l'homme le plus malheureux, sinon la haute destinée du genre humain, destinée dont la persuasion élève l'âme bien au-dessus des intérêts de ce monde, et qui non-seulement fait au médecin religieux un devoir de s'efforcer de sauver son malade dans tous les cas, mais impose la même obligation au sceptique le plus absolu, puisqu'il ne peut rien préjuger.

Je n'ajouterai plus qu'un mot. La vie d'un homme doit-elle donc nécessairement finir parce que les hommes l'ont condamné? et la plupart de ceux qui cherchent en pareil cas à se suicider, ne renonceraient-ils pas à leur projet si la fuite leur était permise?

Les considérations précédentes me semblent juger la question. Le but du médecin doit être, à mon avis, dans tous les cas le même; c'est toujours un malade auquel il sauve la vie. Nulle autre interprétation possible; nulle difficulté consciencieuse.

Veuillez, Monsieur, insérer cette lettre dans le plus prochain numéro de votre journal. Je pense, comme l'auteur de l'article auquel je réponds, qu'on ne saurait trop se presser de publier son opinion, quand on croit qu'elle peut éclairer une question aussi importante.

J'ai l'honneur, etc.

MALHERBES,
D.-M. à Nantes.

Nantes, 30 octobre 1835.

LETTRE SUR L'ALLONGEMENT DU BRAS DANS LA LUXATION SOUS-SCAPULAIRE DE L'HUMÉRUS; par M. MURET, D.-M. à Morges, en Suisse.

Monsieur et très-honoré confrère,

La discussion soulevée par l'intéressant travail de M. Malgaigne sur les luxations scapulo-humérales, est trop importante pour que tous les faits qui peuvent tendre à l'éclairer ne soient pas accueillis avec empressement. Il y a trois jours j'achevais à peine de lire le numéro de la GAZETTE MÉDICALE du 10 octobre, lorsque je fus appelé auprès du nommé Egly, âgé de 70 ans et qui, la veille au soir, étant ivre, avait

fait une chute, sur laquelle il ne put donner aucun renseignement. Je reconnus immédiatement une luxation de l'humérus *en devant* (luxation sous-scapulaire de M. Malgaigne, ou luxation sous-claviculaire de quelques auteurs). Les symptômes étaient les suivans : impossibilité de mouvoir le bras, qui se trouve écarté du tronc, de manière à former avec lui un angle de 45° environ; déformation du moignon de l'épaule; on sent un vide sous l'acromion, le deltoïde est aplati, on peut même sentir à travers la peau, les faisceaux musculaires dont il est composé, dans un état de tension bien manifeste, ce qui annonçait déjà que les points d'attache de ce muscle étaient plus éloignés que dans l'état normal. Le creux de l'aisselle était vide, mais en suivant l'humérus on trouvait la tête de cet os engagée à moitié derrière la clavicule, contre laquelle elle était appuyée. Cette tête faisait d'ailleurs une saillie que l'on apercevait à l'œil immédiatement au-dessous de la clavicule. Il ne pouvait y avoir aucune espèce de doute sur la nature et l'espèce de l'accident. Alors je procédai, suivant les principes posés par M. Malgaigne, à la mensuration du bras dans sa position actuelle, et je trouvai un raccourcissement de 5 lignes; puis je rapprochai le coude du tronc, ce qui, pour le dire en passant, fut très-douloureux. A mesure que ce rapprochement s'opérait, on sentait les fibres du deltoïde se tendre de plus en plus; alors une nouvelle mensuration de l'espace compris entre l'angle inférieur de l'acromion et l'épicondyle donnait un allongement de 5 lig. de plus que sur le bras du côté sain, ce qui faisait une différence de 8 lig. sur la mesure du bras luxé, selon qu'il était rapproché ou éloigné du corps. Il est, au reste, facile de se rendre compte de cette différence; en effet, la tête de l'humérus ne peut se porter en dedans, c'est-à-dire du côté du tronc, sans que l'os tout entier n'exécute un mouvement de bascule qui porte son extrémité inférieure en dehors, en la rapprochant par conséquent de l'acromion. C'est là, je le pense, la circonstance qui aura fait dire aux auteurs que dans cette luxation il y avait raccourcissement; mais en rapprochant le bras du tronc, on anéantit l'effet du mouvement de bascule, et on doit nécessairement trouver un allongement, puisque la tête de l'humérus luxé se trouve placée plus bas que dans l'état naturel.

Cette circonstance, h en précieuse dans le diagnostic des luxations scapulo-humérales, me paraît pouvoir expliquer les divergences d'opinions qui existent entre les auteurs distingués qui ont traité cette question.

Agréez, etc.,

H. Muret, D.-M. P.

LETTRE SUR LA STATISTIQUE DES OPÉRATIONS DE TAILLE FAITES A NAPLES EN 1835; par M. Martinengo.

Monsieur le rédacteur,

Persuadé que l'intérêt de la science et celui de la vérité sont les guides qui vous dirigent dans le choix des matériaux de votre excellent journal, je ne doute pas que vous accueillerez avec empressement la note suivante, relative à un article du dernier numéro.

La Gazette médicale du 31 octobre contient, dans un extrait du journal de *Filiatre Sebezio*, la statistique des opérations de taille pratiquées à Naples par la méthode latérale, etc., au printemps 1835, à l'hôpital des Incurables et à celui de Sainte-Marie-de-Lorette.

Au sujet de l'hôpital des Incurables, l'article dit : Dix opérations de taille y ont été faites; un seul malade est mort; il avait une pierre moyenne qu'on ne put extraire; à l'autopsie, on trouva la vessie presque gangrenée; la muqueuse réduite en une sorte de putrilage. Je puis, monsieur le rédacteur, vous attester que ce résultat n'est pas l'expression de la vérité. J'étais à Naples à l'époque susdite; j'ai assisté à ces dix opérations et j'ai suivi les malades pendant le traitement consécutif. J'ai fourni opérés le 9 mai 1835 à l'hôpital des Incurables par cinq opérateurs différens, et les cinq autres ont été opérés le 12 du même mois par autant de chirurgiens différens à la clinique qui en est une annexe, et dont le chef est M. le docteur de Horatiis. Des cinq premiers, un est mort le lendemain; c'était un enfant de 4 ans à peu près. Des derniers, trois sont morts quelques jours après l'opération, et c'est parmi eux que se trouve celui dont l'autopsie cadavérique est mentionnée.

Ainsi, quatre des dix opérés sont morts et non pas un seul; j'affirme ce fait. D'après cette erreur, que doit-on penser de la statistique qui suit et qui présente le tableau des tailles faites à Naples dans ces mêmes hôpitaux, depuis 1821 jusqu'à ce jour, et la proportion de la mortalité, etc.?

En vérité, à la manière dont on voit faire de la statistique, on ne saurait trop se méfier des prétendus résultats de cette science, dont l'application à la médecine offre déjà assez de difficultés pour que de bons esprits en nient l'utilité ou même la possibilité; car trop souvent des erreurs volontaires viennent se joindre aux erreurs presque inséparables des recherches de cette nature. La statistique des tailles de Naples, rédigée par M. de Renzi, m'a involontairement rappelé la statistique des litbotrities de Paris, rédigée par M. Civiale, et dans laquelle, si on en croyait l'auteur, la mortalité pour la totalité des malades ne serait pas la moitié de celle que lui attribuent MM. Larrey et Double pour une faible fraction du chiffre total (1).

Agréez, etc.,

Docteur Martinengo,
Chevalier, conseiller d'état de S. M. l'empereur de Russie.

Paris, le 5 novembre 1835.

BIBLIOGRAPHIE.

PROCÈS-VERBAL DE LA DISTRIBUTION DES PRIX AUX ÉLÈVES SAGES-FEMMES DE LA MAISON D'ACCOUCHEMENT DE PARIS, LE 25 JUIN 1835; PUBLIÉ PAR L'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX.

S'il ne s'agissait ici que du récit officiel d'une cérémonie scholastique, à laquelle le public, n'étant point appelé, prend conséquemment fort peu d'intérêt, tout au plus nous fournirait-il matière à quelques lignes de feuilleton ou de variété; ou bien même sans beaucoup d'inconvénient nous pourrions le passer sous silence. Mais ces réunions annuelles de la Maternité offrent en général un caractère scientifique qui les distingue; c'est là que Chaussier exposait chaque année les résultats de ses profondes réflexions et de sa vaste expérience; et ses successeurs ont pris soin de ne pas laisser perdre cet exemple.

Cette année, après un discours de M. Orfila aux sages-femmes reçues sur l'importance des devoirs qu'elles auront à remplir, madame Legrand, sage-femme en chef, M. Gérardin, médecin de la maison, et M. Deschamps, élève interne, ont pris tour à tour la parole.

Madame Legrand a pris pour texte ces paroles de M. A. Dubois : « Laissez agir la nature; suivez-la pas à pas, ne la violentez jamais; moins vous ferez, plus vous aurez de succès. » On s'est rigoureusement conformé à ce précepte; ainsi l'enfant présentant l'extrémité pelvienne est expulsé du sein de la mère et n'en est plus extrait; et cette expulsion naturelle a été trouvée plus prompte, moins douloureuse pour la mère, innocente pour l'enfant. Tous les accouchemens dans lesquels l'enfant a présenté la face se sont terminés naturellement. La procidence du cordon ombilical n'est plus qu'un accident très-simple, et la rétropulsion en a été faite avec succès par le plus grand nombre des élèves.

Aussi les accouchemens contre nature sont-ils devenus très-rares. En 1809, Baudelocque comptait dans cet établissement, un accouchement contre nature sur 108 naturels. Madame Lachapelle, sur 15,652 accouchemens on trouvait 212 contre nature, 1 sur 58 environ. D'après le résumé de madame Legrand, depuis le 15 juin 1830 jusqu'au 15 juin 1835 inclusivement (cinq années), sur 11,765 accouchemens, 50 seulement ont été contre nature, 1 sur 235. Sur ce nombre de 50, 49 étaient rendus essentiellement contre nature par la présence d'une épaule sur l'entrée du bassin.

Les accouchemens laborieux sont aussi devenus plus rares; sur le nombre de 11,765, 104 seulement ont été terminés par le forceps.

Quand la faiblesse ou la cessation totale des contractions utérines oblige d'agir, si le bassin est bien conformé, on emploie souvent avec le plus grand succès le seigle ergoté; l'expérience a montré que ce médicament donné à propos ne pouvait nuire ici à la mère ni à l'enfant. On l'a employé encore avec succès dans les hémorrhagies utérines.

Dans les hémorrhagies foudroyantes qui ont pour cause l'attache d'une portion du placenta sur l'orifice de l'utérus, il faut hâter l'accouchement. Le 21 mars dernier, une femme, entrée dans la maison depuis quelque temps, fut prise à une heure du matin d'une hémorrhagie considérable; plusieurs syncopes s'étaient succédées, et l'orifice utérin n'était dilaté que de 18 lignes. Malgré cette petite étendue, la main fut introduite, glissa sur les membranes, les rompit, et amena

(1) Nous devons faire remarquer que M. Civiale n'a cessé de réclamer contre les conclusions, et que le dernier rapport fait à l'Institut sur ses travaux a laissé la question tout au moins indécise. (*N. du R.*)

un enfant du poids de 7 livres et demie; la mère sortit le douzième jour dans l'état le plus satisfaisant.

M. Gérardin a donné des conclusions importantes, fondées sur des documens statistiques d'un grand intérêt.

Toute femme enceinte malade, indigente ou arrivant de la province, est admise dès qu'elle se présente; hors ces cas d'urgence, on ne reçoit ordinairement les femmes qu'à huit mois de grossesse, et le nombre journalier des admissions ne s'élève pas à moins de 180 à 200. Depuis le 1er janvier 1814 jusqu'au commencement de 1835, le chiffre des admissions s'est élevé à 59,747; sur ce nombre, 49 seulement ont succombé, 1 sur 1,119. En 1832, année du choléra-morbus, aucun décès n'a eu lieu. Ce résultat extrêmement remarquable confirme cette idée, prouvée déjà par l'expérience individuelle des praticiens, que, pendant la grossesse, la marche des maladies soit constitutionnelles, soit acquises, est toujours heureusement modifiée, et, dans un grand nombre de cas, paraît même enrayée et suspendue. Mais on sait aussi que souvent après l'accouchement ces maladies reprennent leur intensité première, et arrivent quelquefois avec une effrayante rapidité à une terminaison funeste.

Si l'on prend une période de 20 ans comprise entre 1812 et 1832, on trouve un total de 50,951 accouchemens répartis dans les différens mois de la manière suivante :

Mars	4,992	Mai	4,472
Janvier	4,954	Octobre	4,044
Février	4,584	Juin	3,821
Avril	4,482	Août	3,794
Décembre	4,439	Septembre	3,764
Novembre	4,282	Juillet	3,626

Ce tableau confirme la règle générale que, dans nos climats, l'hiver est la saison des naissances les plus nombreuses, et l'été celle où il y en a le moins. Par conséquent le maximum des conceptions se trouve compris dans les mois de mars, avril, mai, juin, juillet et août; et leur minimum dans les six autres mois.

Pendant la même période de 20 ans, les décès des femmes en couche qu'il ne faut pas confondre avec ceux des femmes enceintes, ont été répartis ainsi qu'il suit :

Mars.	325.	proportion 1 sur 15		Novemb.	187.	proportion 1 sur 23	
Février.	316.	—	1 — 14	Octobre.	185.	—	1 — 22
Avril.	320.	—	1 — 14	Août.	156.	—	1 — 24
Janvier.	302.	—	1 — 16	Septembr.	123.	—	1 — 30
Décemb.	237.	—	1 — 18	Juillet.	118.	—	1 — 31
Mai.	225.	—	1 — 16	Juin.	108.	—	1 — 35

Les mois les plus redoutables sont donc ceux de février, mars et avril. Est-il possible de remonter aux causes de cette mortalité, si constante dans ses retours périodiques? Comme élémens de solution on possède déjà les données suivantes : 1° nombre d'accouchemens plus considérable à cette époque; 2° température variable, offrant surtout de brusques alternatives de froid et d'humidité; 3° caractère des maladies plus graves en général dans cette saison et par suite mortalité plus forte. M. Gérardin fait remarquer en outre que les femmes qui accouchent dans ces trois mois, devenues enceintes sur la fin du printemps, passent dans la belle saison le temps le plus favorable de leur grossesse; mais à mesure que celle-ci avance, l'hiver survient avec ses nécessités, ses souffrances physiques et morales pour la classe pauvre; et c'est après deux ou trois mois de privations, de douleurs, d'inquiétudes de tout genre qu'elles viennent enfin faire leurs couches à la Maternité. Qui s'étonnerait alors de les voir décimer plus violemment que les autres? Aussi remarque-t-on une différence notable pour la gravité des suites de couches entre les femmes qui ont long-temps séjourné à la Maternité, où elles ne manquent de rien, et celles qui n'y sont entrées que peu de jours avant leur délivrance.

M. Deschamps a fixé l'attention de l'auditoire sur l'épidémie puerpérale qui a régné à la Maternité, et les lésions anatomiques qu'on a trouvées dans les vaisseaux lymphatiques. Ces lésions peuvent se ranger en quatre classes bien distinctes :

1° Dilatations anévrismales multiples,
2° Dilatations anévrismales circonscrites, } Des parois par un fluide puriforme.
3° Anévrisme mixte interne lymphatique,
4° Dilacération des vaisseaux avec épanchement de lymphe morbide.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit très-souvent les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses annexes gorgés de fluide puriforme, et, par une série de dilatations successives, se prolonger sous forme de chapelets agglomérés et accolés jusqu'aux ganglions lombaires, ramollis et faciles à réduire par la pression en détritus organique. Ces nodosités sont les *dilatations anévrismales multiples*.

Les vastes ampliations des vaisseaux, désignées sous le nom de *dilatations anévrismales circonscrites*, sont en général bien décrites par les médecins habiles; plusieurs même conseillent de disséquer avec grand soin les tumeurs purulentes de la surface de l'utérus, pour ne pas confondre ces dilatations partielles dans un point d'un vaisseau lymphatique avec la membrane pyogénique d'un abcès.

Les dilatations partielles, complètes et incomplètes, s'observent principalement au canal thoracique et vers les gros vaisseaux lymphatiques de l'abdomen, sous forme de poches anévrismales qui envahissent un côté ou la circonférence entière de ces conduits. Les rugosités de la caverne indiquent toujours la rupture de la membrane interne seule, ou des membranes interne et moyenne. Dans le petit nombre de faits que possède M. Deschamps, le fluide puriforme était à peine concrété dans ces tumeurs, qu'il appelle *anévrismes mixtes externes lymphatiques*.

Deux fois le canal thoracique était dilaté dans toute sa longueur et gorgé de fluide puriforme, ce qui prouve sans réplique la résorption purulente par les vaisseaux lymphatiques. M. Deschamps pense que des dilatations pareilles de ce canal auront pu induire en erreur les anatomistes qui, avec Pecquet, ont regardé comme constant chez l'homme le réservoir du chyle qui est au contraire une anomalie rare, tandis qu'il ne manque jamais dans l'ordre des carnassiers, ainsi que M. Flourens l'a démontré au Muséum. Cette poche anormale n'expose d'ailleurs à aucun danger immédiat, pas plus que la dilatation du sinus aortique si fréquente chez les vieillards.

Enfin les lymphatiques peuvent se rompre; mais la petitesse des vaisseaux, la transparence du liquide, rendent le diagnostic très-difficile, même à l'autopsie; toutefois M. Deschamps dit avoir constaté ces ruptures au microscope. Il leur attribue cette infiltration puriforme de l'abdomen qui survient constamment lorsque, dans la fièvre puerpérale, la période sur-aiguë est tout à coup remplacée par une rémission subite; et les rémissions qui alternent avec des douleurs, indiquent, selon lui, des épanchemens successifs.

Les collections lymphatiques offrent des caractères spéciaux. La matière extravasée a constamment la même couleur que le fluide contenu dans les vaisseaux; le clapier, plus ou moins vaste et irrégulier, se constitue par un nombre très-variable de couches puriformes stratifiées; celles qui sont profondes, près des muscles, paraissent déjà concrètes et dures, tandis que celles qui avoisinent la rupture sont encore molles et diffluentes. Les mailles et les lames celluaires sous-péritonéale, intermusculaire et sous-cutanée, sont agrandies pour encaisser le liquide puriforme. Tel est l'aspect d'un épanchement graduel. Quand il se fait d'une manière rapide et que la mort suit de près, le foyer est diffus ou circonscrit, et toujours la lymphe morbide est molle et fluide, à peine concrétée dans quelques points. Ces collections purulentes liquides, assez fréquentes, uniques ou multiples, sous la peau, dans l'épaisseur des membres thoraciques et pelviens, se trouvent plus souvent encore dans la cavité abdominale; elles se prolongent en vastes fusées puriformes et peuvent facilement en imposer pour des abcès dont elles offrent tous les caractères. La rupture du vaisseau seul les en distingue. On peut quelquefois la constater en imprimant au fluide un mouvement suivant le cours naturel de la lymphe, et bientôt on aperçoit une ou plusieurs ouvertures irrégulières, affaissées, qui s'ouvrent et s'agrandissent pour livrer passage au fluide puriforme; cette matière vient former sous les yeux une nouvelle couche sur le clapier. Une injection mercurielle ressort par la rupture; mais on pourrait objecter qu'elle l'a produite; des injections moins denses valent donc bien mieux, et encore exigent-elles quelques précautions. C'est au voisinage des gros troncs artériels qu'il faut chercher les ruptures dans l'abdomen.

Quant au tissu même des lymphatiques, M. Deschamps a trouvé leurs parois molles, friables, rompues, colorées en jaune fauve ou d'un blanc terne et mat, jamais en rouge, par un réseau capillaire sanguin spécial et même par une simple imbibition sanguine.

Nous appelons l'attention des anatomistes sur ces observations curieuses, pour lesquels nous avons dû nous borner au rôle d'historien.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 47. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 21 NOVEMBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ASPHYXIES.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR L'ASPHYXIE PAR LA VAPEUR DU CHARBON; par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central.

On lit dans la *Gazette des Tribunaux* du 12 novembre :

Le nommé Charité, bijoutier, à peine âgé de 20 ans, vivait auprès de sa vieille mère, qu'il aidait par son travail. Mais par malheur il n'était pas toujours occupé, et l'idée de ne pouvoir constamment adoucir le sort de sa mère infirme l'inquiétait et le tourmentait en même temps. Lui-même ne jouissait pas d'une santé parfaite, et dans plus d'une circonstance il avait annoncé qu'il se donnerait la mort si la Providence ne venait à son aide. Avant-hier, vers sept heures du soir, la mère est sortie pour aller visiter une parente. Peu d'instans après, son fils est descendu chez la portière, où il a déposé une chandelle; puis il a fait semblant de sortir, et il est remonté vers sa chambre.

Là l'infortuné jeune homme a écrit plusieurs lettres à ses parens et amis, notamment à une cousine et à ses deux sœurs : l'une demeurant en Angleterre, et l'autre marchande de modes à Brest. Il a ensuite calfeutré soigneusement toutes les issues de son logement, et comme s'il eût voulu se rendre maître des derniers instans de sa vie, il a placé une table près d'une cloison en planches garnie de vitres qu'il pouvait aisement briser d'un coup de coude, s'il eût voulu arrêter les progrès de l'asphyxie. La table ainsi dressée, il traça ces mots, que nous transcrivons littéralement.

« J'ai vingt ans et je vais mourir.

» A mes concitoyens et aux amis de la science.

» Voici les effets de la mort par le charbon. D'abord une vapeur épaisse qui pique les yeux; un petit mal de tête; puis la vapeur empêche la chandelle de brûler; la lumière baisse; tout cela cinq minutes après que le charbon est allumé; la mèche de la chandelle se carbonise; le mal de tête n'est pas plus grand; le mal d'yeux augmente; le mal de tête augmente; les pleurs alors viennent en abondance. En ce moment une femme accouche au-dessus. (Ici son délire commence.) On ne sait ce que l'on fait; on... (Ici encore trois mots illisibles et une écriture mal assurée.) Et enfin la lumière s'éteint presque, et moi je... »

Il est probable qu'alors aussi ce malheureux expirait en même temps.

Vers onze heures et demie, la mère de Charité est rentrée chez elle, rue St-Sauveur, 39; elle prit d'abord la chandelle qui avait été laissée chez la portière, et arrivée dans la chambre, elle poussa des cris en voyant à terre le cadavre de son fils, glacé du froid de la mort. Un énorme fourneau de charbon tout-à-fait éteint était placé près de la chaise d'où cet infortuné s'était laissé tomber en rendant le dernier soupir.

Le journal cite ensuite le médecin et le commissaire de police qui ont constaté ces faits.

Si tous les détails de ce récit étaient exacts, ce serait là une de ces observations exceptionnelles qui viennent contredire les descriptions générales et indiquer ou un progrès ou une réforme nécessaire dans les idées reçues. A consulter tous les auteurs qui ont écrit depuis Portal,

---

Feuilleton.

DISTRIBUTION SOLENNELLE DES PRIX AUX CHIRURGIENS MILITAIRES DU VAL-DE-GRACE. — DISCOURS DE M. GAMA. — HISTOIRE DES HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION.

La distribution solennelle des prix du Val-de-Grâce a eu lieu le 7 novembre, dans l'amphithéâtre de cet hôpital, en présence des professeurs, des membres du conseil de santé, et d'un nombreux concours d'élèves et de chirurgiens de la garnison de Paris. On remarquait avec regret la place vide de M. Desgenettes, retenu par une douloureuse maladie, dont heureusement on nous assure que le danger est passé. Nous nous sommes souvenus aussi qu'en d'autres temps le ministre de la guerre ne dédaignait pas de venir lui-même décerner aux lauréats leurs couronnes; faveur qui coûte peu, et qui est un motif d'émulation de plus. En l'absence du ministre, la présidence était dévolue à l'intendant militaire de la division de Paris.

Du reste, après le discours de l'un des professeurs, la proclamation des vainqueurs, les applaudissemens et les fanfares, tout serait dit sur cette cérémonie; mais le discours, prononcé cette année par M. Gama, chirurgien en chef, lui a donné un intérêt tout nouveau. C'est un rare spectacle que celui du chef d'une institution publique, dénonçant lui-même les vices et les abus de l'établissement qu'il dirige, indiquant et appellant de tous ses vœux les réformes nécessaires; et la faveur marquée avec laquelle il a été écouté par tout l'auditoire et notamment par les membres présens du conseil de santé, semble être un sûr garant que ses paroles auront de la portée, et que les améliorations ne se feront pas attendre. En attendant que nous donnions une analyse substantielle de la partie critique de ce travail, on nous saura gré de reproduire la partie historique tout entière; c'est un chapitre qui manquait à l'histoire de nos institutions médicales.

« Déjà depuis long temps, dit M. Gama, des hommes d'une grande célébrit avaient répandu de l'éclat sur la chirurgie militaire, qui était non moins honorée par ceux qu'elle comptait encore dans ses rangs, lorsque l'on décida que des écoles, sous le nom d'amphithéâtres, seraient établies dans les grands hôpitaux militaires de Metz, Lille et Strasbourg. Il paraît que ce fut Delamartinère qui en suggéra l'idée, ou du moins qui la mit à exécution. Des ordonnances de 1775, 1777 et 1781, réglèrent les cours que suivraient dans ces écoles les jeunes chirurgiens destinés à l'armée de terre et même à la marine, car Toulon et Brest, comme ports de mer, eurent plus tard part à cette organisation. Quelques créations secondaires s'élevèrent comme rivales des amphithéâtres et soutinrent avec

l'un des effets les plus constans de l'asphyxie par le charbon est de laisser au cadavre une chaleur assez intense pour se conserver vingt-quatre et trente-six heures après la mort. Je crois que dans cette asphyxie on a confondu des choses très-différentes, qu'il importe beaucoup de distinguer si l'on veut se faire une idée bien précise des objets.

La première asphyxie de ce genre dont j'ai été témoin différait également de la description générale. Une servante allumant un réchaud rempli de charbon dans une cuisine vaste et froide, fut prise subitement de défaillance et de mouvemens convulsifs; le charbon était à peine allumé, et ceux qui entrèrent dans la cuisine et relevèrent la malade ne se trouvèrent nullement incommodés. On la transporta dans son lit; un médecin appelé prescrivit l'eau de Seltz, et une saignée que je fus chargé de faire. La malade était pâle, la peau plutôt froide que chaude; la respiration continuait. Le sang tiré n'offrit rien de particulier. La connaissance revint promptement; la servante raconta alors qu'en se baissant pour souffler sur son charbon, elle avait senti comme une vapeur qui l'avait suffoquée; ce n'était pas une de ces exhalaisons fétides qui s'échappent quelquefois du charbon. Elle était tombée aussitôt et depuis lors ne se rappelait rien. Elle fut quelques jours à se remettre du mal de tête qu'elle avait conservé.

Ce qui me frappa surtout alors, ce fut la prescription d'eau de Seltz, qui, comme on sait, est fortement chargé d'acide carbonique, pour combattre une asphyxie qu'on attribue en grande partie à ce même gaz. Quelques mois auparavant, mon ami M. Collard de Martigny, avait lu à l'Académie des sciences un mémoire tendant à prouver que l'acide carbonique était éminemment délétère et non pas simplement irrespirable; et l'homœopathie, confinée alors en Allemagne, ne nous avait pas encore appris à combattre le poison par le poison. Je ne prétends pas dire assurément que ce moyen avait opéré des merveilles; mais ce qui est évident, c'est qu'il n'avait fait aucun mal. Une autre observation, que je recueillis l'année suivante, me présenta la question sous un nouveau point de vue.

Obs. — M. B..., jeune homme plein de santé et de vigueur, d'un caractère très-irritable, était au moment de se marier avec une jeune personne qu'il aimait avec passion, lorsqu'une légère imprudence lui fit perdre une place qui était toute sa fortune, et rompit le mariage projeté. Sa tête s'exaspéra. Le 10 juin 1827, à huit heures et demie du matin, il s'enferme dans une chambre étroite, ferme les fenêtres et la porte, bouche avec des linges les moindres fentes par où l'air extérieur aurait pu pénétrer, et allume du charbon dans un grand fourneau en terre. Il se coucha ensuite et se mit à lire. Mais après quelque temps, n'éprouvant rien de particulier, il crut que la quantité de charbon n'était point suffisante, et en mit de nouveau. Peu à peu il sentit une légère oppression à la poitrine; puis ses idées se troublèrent; il posa son livre; son cœur battait avec une force telle qu'il le voyait soulever la couverture. Depuis ce moment il ne se rappelle rien.

Tout à coup de sourdes plaintes parties de sa chambre sont entendues d'une voisine; elle appelle; plusieurs personnes montent; j'étais de ce nombre, la porte est enfoncée à coups de marteau. Une fumée épaisse remplissait la chambre, cependant l'air était respiré assez facilement. Ce fourneau était rempli de charbons ardens. Le malheureux était dans son lit; tous les muscles en état complet de relâchement; la peau rouge et très chaude; les yeux fermés; la conjonctive très-injectée; les pupilles ne semblaient ni dilatées, ni rétrécies. Le cou et la face sont rouges et extrêmement gonflés; l'écume sort par la bouche; respiration stertoreuse, non accélérée. Le pouls bat très-rapidement; il donnait, à mon évaluation, plus de 120 pulsations par minute. Enfin la chemise était mouillée d'une sueur abondante.

Je fis transporter le malade dans une autre chambre, près d'une fenêtre ouverte; on le mit assis, et un aide soutint la tête qui se laissait aller. Je fis quelques aspersions d'eau fraîche sur la face et sur les jambes; le résultat étant nul, je lui jetai un verre d'eau entier à la face et sur le cou; il poussa un soupir et rendit quelques glaires. Je blanchis un verre d'eau avec de l'eau de Cologne, et j'en frottai la partie interne des jambes et des cuisses, l'épigastre et la région spinale. J'envoyai chercher de l'eau gazeuse; et cependant, pour éviter le refroidissement de la sueur qui le recouvrait, il fut transporté doucement dans un lit frais, la tête élevée et exposée à la fenêtre, recouvert seulement d'un drap. On lui mit une autre chemise, et on permit à un courant d'air de traverser la chambre.

On continua les frictions sur les jambes, et je tentai de lui faire avaler quelques cuillerées d'eau gazeuse. Il les gardait dans la bouche, sans faire aucun mouvement. J'imaginai d'en verser une cuillerée dans le nez; la déglutition se fit en effet, mais bientôt il rendit le liquide mêlé de mucus filant. Les yeux s'ouvrirent, les dents se serrèrent. Je réitérai l'introduction du liquide; il le prit et rendit encore quelques glaires; enfin il le conserva. Les paupières se levaient et se baissaient alternativement; les dents se desserrèrent. Après un quart d'heure environ, le malade entendit et répondit même aux questions qu'on lui faisait sans regarder, sans remuer la tête. « Qui êtes-vous, dit-il? — Des amis. » Il murmura: « Des amis! ces amis! que voulez-vous? — Essayez de prendre cette boisson. — Je n'ai pas soif, dit-il; laissez moi; je n'ai besoin de rien, puisque je suis mort. » Il avala cependant; mais ensuite il secoua fortement la tête, et il dit: « Que j'ai chaud! » On le découvrit un peu. Puis, dans un état mixte entre le sommeil et la veille, il répétait sourdement: « Virginie! Virginie! Je t'aimais! sois heureuse; c'est mon dernier vœu... Tu m'as cru coupable, coupable d'avoir dérobé 27 fr.; non, j'en suis incapable... »

Il se tut; puis un instant après il secoua tous les membres. « Est-ce que je ne suis pas encore mort? dit-il; ô mon Dieu! juge-moi. » On le fit boire de nouveau; mais après quelques instans de calme, il reprit: « Virginie, tu ne m'aimes plus! non, tu me méprises, tu ne dois plus m'aimer; le mépris! le mépris! oh! vivre dans le mépris, vivre sans honneur, sans considération, non! il vaut mieux mourir. » Et il se souleva sur son séant avec une telle force, qu'à peine deux hommes purent le retenir. De temps en temps il ouvrait des yeux égarés, et les refermait aussitôt. « Oh! dit-il, si je tenais, si je tenais le misérable qui m'a calomnié, je ne suis pas méchant, mais sa vie ne paierait pas tout le mal qu'il m'a fait. Oh! comme je la lui arracherais! comme je le déchirerais! » Et il retomba dans des mouvemens convulsifs; sa physionomie exprimait la fureur la plus effrayante, quoiqu'il n'eût pas les yeux ouverts.

Un peu après il dit: J'ai froid. Je le fis recouvrir; il grelottait de tous ses membres; cependant à la main la chaleur était encore très-forte. Il entendait toujours; il répondait même directement aux questions qu'on lui faisait; mais ses idées reprenant leur cours, les mouvemens violens recommençaient. Vers dix heures environ, il était un peu plus calme; la chaleur avait diminué un peu; il ne grelottait plus; il respirait facilement et buvait assez bien. Je laissai une garde pour veiller sur lui et je sortis. A onze heures, je revins. Ses mains s'étaient refroidies, me dit-on; il avait dormi une demi-heure. Je montai chez lui; il était couché, la face encore un peu rouge, mais beaucoup moins tuméfiée; la connaissance était entière; il me serra la main et me remercia; et nous donna, à un de mes amis et à moi, tous les détails que nous voulûmes. Il raisonne très-bien et parle avec une élégance peu commune. Il ne sent, dit-il, aucune douleur; seulement la tête est un peu embarrassée. La langue est belle, le pouls assez vif encore; il n'a ni faim ni soif.

Prescription. Diète; eau sucrée mêlée à l'eau gazeuse.

Il ne se rappelle rien de ce qu'il a dit; il n'a point ouï le bruit de sa porte enfoncée et n'a rien senti de ses deux transports dans deux chambres différentes. La tête est lourde seulement dans la région du front.

Le soir, il se lève, se couche à neuf heures, dort jusqu'à trois, et se réveille la tête absolument libre et toutes les fonctions en bon état.

Dans ce jour, il sent quelques douleurs vagues dans les membres; elles cessent absolument le lendemain.

J'ai rapporté tout au long cette curieuse observation comme je la recueillis alors, et comme je la communiquai à la Société anatomique, qui doit l'avoir publiée dans ses bulletins. Les phénomènes étaient tout

---

avantage la concurrence; ainsi le régiment du roi, en garnison à Nancy et à Lunéville, avait son enseignement particulier, où se formèrent des professeurs distingués qui se signalèrent plus tard par leurs talens dans les Facultés de médecine où ils furent appelés. Ces écoles subirent, à la révolution française, le sort de tous les établissemens consacrés aux sciences: elles furent détruites.

» Il ne faut pas croire cependant qu'on put y puiser une instruction bien grande, et malgré la faveur dont elles jouirent, malgré la réputation méritée des professeurs, les élèves ne pouvaient apprendre plus qu'on ne leur enseignait. Ceux d'entre eux qui ambitionnaient de se distinguer dans leur carrière se rendaient au collège de Saint-Côme et dans les grands hôpitaux de la capitale, où des maîtres habiles étaient suivis par une foule d'étrangers et de nationaux que leur immense réputation y attirait. Toutefois, les études élémentaires étaient partout à peu près les mêmes, très-incomplètes, et on gagnait peu à entendre la répétition des mêmes cours dans un lieu ou dans un autre. L'anatomie de Verdier rajeunie par Sabatier, ou plutôt le traité même de ce dernier; celui de Winslow; la pathologie d'Hévin, les opérations de Garengeot ou celles de Dionis annotées par Lafaye, étaient presque les seuls guides que l'on pût mettre entre les mains des étudians. De vagues hypothèses sur le mécanisme des fonctions, les résumés de discussions interminables sur les esprits animaux et la psychologie, puis des idées plus variées empruntées à Haller et à Bordeu composaient ce qu'on appelait la physiologie.

» A cette époque, les chirurgiens militaires étaient pour la plupart décorés du titre de correspondans de l'Académie, et contribuaient, par l'entremise de Louis, aux travaux de cette société. Jamais accord plus parfait ne régna entre les membres d'une corporation, tous prenant part à sa gloire, tous animés du désir d'augmenter son illustration qui n'a pas encore eu d'égale. Le savoir alors, il faut le reconnaître, était plutôt en dehors du collège de chirurgie que parmi ses membres; mais l'Académie avait conservé un droit de surveillance dans l'enseignement, et ses efforts tendaient à le rendre de plus en plus parfait. L'art était entré dans une ère nouvelle; les immenses richesses de Lapeyronie, consacrées à réaliser de magnifiques conceptions, les libéralités de Louis XV, avaient donné à la chirurgie une apparence de grandeur qui se reflétait sur ceux qui exerçaient cette profession. Le corps savant qui s'était placé à la tête d'un mouvement aussi général des esprits allait chercher les talens, se les associait, et regardait comme une conquête de compter une renommée de plus dans son sein. Les temps sont bien changés!

» L'instruction si remarquable des chirurgiens militaires leur était donc presque propre, ou résultait de leurs relations entre eux et avec les célébrités constituées juges du tribut que chaque membre apportait au grand concours des travaux de l'association. Mais le mérite ne procurait pas seulement une satisfaction personnelle; il servait aussi, surtout dans les régimens, à rendre la position des chirurgiens assez digne d'envie pour que ces emplois fussent ordinairement disputés par de notables rivalités. On sait que chaque corps, comme par imitation des usages de la cour, aimait à entourer son chirurgien-major de considération et des faveurs de la fortune. Celui-ci, à son tour, prenait le ton et les manières de ceux avec qui il vivait; son abord était gracieux, son urbanité parfaite, sa mise toujours un peu recherchée; il n'employait que des expressions choisies, et son langage était à la fois obligeant et affable. Nous ne verrions peut-être aujourd'hui que de l'affectation et des airs étudiés dans cette politesse simple et naturelle de nos anciens confrères, nous qui avons malheureusement conservé quel-

différens de ceux qu'avait offerts la première malade. Au lieu de cette perte brusque de connaissance, le charbon tarde si long-temps à agir que le sujet s'impatiente et en redouble la dose. Il peut d'ailleurs analyser ses sensations; il se sent endormir pour ainsi dire; et toutefois, au moment de céder à ce sommeil qui devait amener la mort, il eut encore assez de présence d'esprit pour jeter son livre d'un côté de la chambre opposé au réchaud, de peur d'occasionner un incendie par imprudence. Le sommeil fut très-doux d'ailleurs; il ne souffrit quelque quand il fut complétement réveillé. La peau rouge, gonflée, brûlante, couverte de sueur; rien de tout cela ne s'était vu dans la première observation.

J'avais aussi administré l'eau gazeuse, qui fut tout au moins très-innocente. Mes premiers doutes me revinrent avec plus de force; car dans une asphyxie par tout autre gaz délétère, serait-il aussi sûr d'administrer le même gaz en solution aqueuse? De plus, si l'acide carbonique était ici l'unique agent, d'où venaient des effets si dissemblables? Pour jeter quelque jour sur ces incertitudes, je ne trouvai rien de mieux que d'étudier l'action du charbon sur moi-même. M. Collard, à qui je proposai de m'aider dans cette expérience, ne voulut y consentir toutefois qu'à condition que je mettrais mes poumons en communication avec l'air extérieur. Il pensait, d'après les essais qu'il avait faits sur les animaux, et aussi sur lui-même, qu'il suffisait, pour produire des phénomènes asphyxiques, de l'action du gaz sur toute la surface de la peau. Sa condition étant forcément acceptée, il consentit à se tenir en sentinelle à la porte du cabinet où je ferait l'expérience, et pour prévenir tout danger, il devait m'interpeller toutes les cinq minutes.

Le 12 juin 1827 je me plaçai dans un cabinet sans cheminée ni fenêtre, et deux fois plus étroit que celui de B..., et où j'avais préalablement porté du charbon près de s'allumer dans le fourneau même qui lui avait servi. La porte était fermée et les fentes houchées avec des linges; la lucarne, également houchée, laissait seulement passer un tuyau en zinc de 2 pouces et demi environ de diamètre, de 3 pieds de long, qui communiquait avec l'air extérieur. Je m'étais muni d'une montre et d'une chandelle allumée. Je m'assis, le nez bouché, la bouche exactement appliquée à l'ouverture du tuyau, vêtu seulement d'une chemise, afin que le gaz pût agir sur toute la peau.

L'expérience commença à 11 heures 24 minutes. J'éprouvai peu à peu de la chaleur, une sueur forte, quelques pesanteurs de tête, tantôt vers l'occiput, tantôt vers les tempes, mais très-légères et disparaissant par intervalles. Ma respiration était accélérée; mais il faut l'attribuer, comme on va le voir, à la gêne de ma position. La chambre s'était par degrés très-échauffée, et une montre en or, placée à une plus grande distance que moi du foyer, était devenue brûlante au contact, quoique mes mains fussent extrêmement chaudes.

A midi dix minutes (après trois quarts d'heure environ), las de ma position et ennuyé de ne rien ressentir, je quittai le tuyau, que je bouchai soigneusement avec un mouchoir. A l'instant même la respiration se fait plus facilement; libre de mes mouvemens, je pose à terre le chandelier; la flamme est toujours aussi vive, mais le contact du cuivre échauffé faisait fondre de toutes parts la chandelle. Le pouls est très-accéléré.

A midi trente-cinq minutes le charbon est converti en braise, et se couvre de cendres; je le remue. A 42 minutes je mets ma chaise à trois pieds du fourneau, et je me place la figure vis-à-vis, les pieds au-dessus. Je remue de nouveau les charbons à 47 minutes. A 54 minutes, je compte les pulsations de mon pouls; durant 5 minutes de suite, il m'en offre 115. A 58 minutes je pose le charbon sous ma figure même, en sorte que la chaleur me monte directement à la face. La sueur reparaît plus abondante que jamais; le pouls s'accélère: à une heure 7 minutes, je comptai 180 pulsations durant 5 minutes de suite. En même temps une inspiration et une expiration répondaient à 8 pulsations; ce qui faisait environ 16 inspirations et 16 expirations par minute. Du reste nul autre symptôme; la voix est claire et forte; je me meus à merveille; je suis gai; seulement la sueur qui coule sur mes paupières me fait trouver quelque plaisir à les fermer.

Enfin à une heure 24 minutes, après deux heures entières de séjour, le charbon est presque tout consumé; j'emplis trois flacons d'air recueilli au-dessus du fourneau et je sors en sueur, avec une légère pesanteur de tête. Je m'habillai et j'allai au Luxembourg pour la dissiper. Loin de là elle augmenta. Je dînai avec appétit, mais très-légèrement à 5 heures du soir, je me couchai à 6, et je lus jusqu'à 10, ne pouvant dormir. Le pouls donnait 85 pulsations. J'avais la tête enveloppée de linges mouillés; enfin à dix heures et demie environ je m'endormis et me réveillai guéri le lendemain matin.

Je dois dire un mot de ce mal de tête. Il consistait en des battemens violens de toutes les artères du crâne; les yeux s'ouvraient et regardaient la lumière sans douleur. Il était absolument semblable à un mal de tête que j'avais eu un mois auparavant, pour m'être livré à une étude opiniâtre et très-applicante immédiatement après avoir dîné. J'ajouterai enfin qu'il revint encore le soir du lendemain, mais plus faible, et le surlendemain il ne me restait de mon expérience que quelques boutons et une ecchymose légère à la conjonctive droite.

Nous fûmes d'abord singulièrement surpris de ce résultat négatif, surtout M. Collard, quand il apprit que j'avais bouché le tuyau protecteur. Mais à force d'en chercher la raison, nous découvrîmes quelques fentes entre les ardoises de ce cabinet construit sous le toit, et par lesquelles, en vérité, un peu d'air extérieur avait pu pénétrer. Je voulais recommencer l'expérience; mais ma sentinelle ne voulut plus s'y prêter.

Telle qu'elle est, toutefois, elle peut donner lieu à d'utiles réflexions. En effet, cette introduction de l'air à travers de petites fissures, si peu considérable que malgré l'énorme chaleur du cabinet je ne la sentais pas, privée d'ailleurs d'une autre issue pour entretenir un courant, peut-on lui attribuer plus d'importance qu'à cette condition des expériences de M. Collard, où la tête entière et les poumons de l'individu étaient en communication avec l'air extérieur, sans communication avec le gaz asphyxiant? Or, trois moineaux francs ayant ainsi le corps seulement plongé dans le gaz acide carbonique, succombèrent l'un en une heure et demie, l'autre en une heure trois quarts, le troisième en deux heures. L'ingénieux auteur de ces expériences se plaça lui-même sous le drap qui recouvrait une cuve profonde à moitié pleine de raisins en fermentation; seulement, les fosses nasales étant fermées, la bouche communiquait avec une atmosphère libre et agitée à l'aide d'un tuyau de cinq pieds de long et d'un pouce de circonférence (sans doute il faut lire *de diamètre*). Au bout de cinq minutes il ressentit de la pesanteur

---

que chose de la rusticité d'une génération élevée au milieu des tumultes populaires.

» Soyons vrais cependant : nous n'avons pas à regretter ces avantages; ils ne sont plus dans nos mœurs. Aucun chirurgien de régiment n'accepterait aujourd'hui, comme alors, le produit d'une imposition qui serait levée à son profit parmi des hommes devenus ses égaux. Ne dirait-il pas, avec une fierté à laquelle on ne pourrait qu'applaudir : Je reçois comme vous du gouvernement, pour mes services, une solde qui ne me rend pas riche, mais qui suffit à mes besoins. Je refuse vos offres.

» Le changement total que Desault opéra dans l'enseignement de l'anatomie pénétra dans nos anciens amphithéâtres; il paraît même que plusieurs années avant la révolution, aucune autre école n'avait une égale supériorité pour l'exactitude des démonstrations. Ce progrès, dans des temps ordinaires, aurait sans doute été suivi du développement des élémens d'une physiologie nouvelle, basée sur les lois vitales dont la connaissance, révélée plus tard à Bichat, était toute dans la dépendance mutuelle des parties organiques. Nous ne pouvons savoir quels torts fit à la science la suspension des études; mais, après l'effervescence révolutionnaire, le gouvernement ayant reporté ses regards en arrière, n'avait vu que des ruines; il sentit le besoin de réorganiser et y procéda avec ordre. L'état de guerre rendait pressans les secours que l'on attendait du service de santé, dont l'insuffisance pouvait à chaque instant jeter des inquiétudes sur un point ou sur un autre des armées de la république. Commencer la réhabilitation des sciences par une institution médicale qui devait frapper par son éclat et concourir aux succès des armes françaises, était à la fois atteindre un but politique et flatter la nation, pour qui rien d'assez beau, d'assez grand, d'assez sublime, ne pouvait être imaginé en honneur des *enfans de la patrie* qu'une fortune adverse forçait de se retirer des combats. Il fut donc décrété qu'une grande école de santé serait établie à Strasbourg, où chaque district enverrait un élève de son choix, qu'il ne désignerait qu'après avoir fait constater par un examen son aptitude et sa capacité pour un service immédiat, s'il devenait nécessaire.

» Mais d'autres questions préoccupèrent les législateurs. La mémoire des dissensions dont les médecins et les chirurgiens avaient offert le spectacle était encore récente, et il était prudent d'ôter tout prétexte à des prétentions qui pouvaient renaître. D'ailleurs, l'esprit du moment était pour la concorde; puis les pièces du procès elles-mêmes, empreintes de causticité, mais laissant jaillir la raison à côté de l'artifice du langage que chaque parti employait pour soutenir ses droits, avaient prouvé que la médecine et la chirurgie reposaient sur les mêmes principes. Fourcroy, Chaussier et Hallé, chargés de faire sur ce sujet un rapport dont les conclusions devaient servir de base à l'enseignement médical dans la nouvelle école, se prononcèrent pour l'unité de l'art, et, par une conséquence toute naturelle, reconnurent que la pharmacie en était la partie diététique ou hygiénique, comme procurant, par le secours de la chimie, de l'histoire naturelle et des préparations, les objets de la thérapeutique. Cette décision, dont je n'ai voulu ici que rappeler l'origine, reparut plus tard dans l'organisation de l'université.

» Ce fut au milieu de ces circonstances que le conseil de santé, en l'an V, proposa au ministre de la guerre Pétiet l'établissement des hôpitaux militaires d'instruction. Rappelant dans son projet les services qu'avaient rendus les anciens amphithéâtres, il se promet des résultats plus heureux des écoles qui doivent les remplacer, et se fonde principalement sur ce que les cliniques interne et externe,

de tête; à dix minutes, affaissement général; à douze minutes, effroi vague, indéfinissable; à dix-neuf minutes, la torpeur était si prooncée, que le tube lui échappa et qu'il put à peine sortir du cuvier où il se trouvait.

J'avoue que cette expérience n'est pas pour moi entièrement irréprochable; avec mon tube de trois pieds de long seulement et de trente lignes de diamètre, j'ai éprouvé une telle angoisse, que je suis convaincu que l'asphyxie arriverait infailliblement d'elle-même chez un homme condamné à respirer par le tube de M. Collard. Mais le gros des phénomènes appartient bien à l'action du milieu ambiant; et dans une expérience plus dangereuse encore, Pilâtre des Rosiers, descendu tout entier dans une atmosphère d'acide carbonique exhalé de la fomentation de la bierre, fut bien plus tôt encore obligé d'en sortir.

Si donc les oiseaux qui respirent librement l'air extérieur meurent cependant dans une atmosphère limitée d'acide carbonique; si M. Collard a ressenti d'aussi graves symptômes en aspirant aussi par les poumons un air pur, comment se fait-il que je n'aie presque rien éprouvé?

D'abord il n'échappera à personne que nulle comparaison exacte ne saurait s'établir entre la vapeur du charbon et les gaz exhalés par la fermentation alcoolique. J'ai souvent essayé de respirer les gaz qui s'exhalent des grands houges où l'on met le raisin fermenter en Lorraine; je suis resté la tête au-dessus durant plus d'un quart d'heure pour en étudier les effets; ce qui frappe d'abord, c'est une odeur vineuse qui enivre; et les vapeurs alcooliques qui se dégagent en même temps que l'acide carbonique, réclament une large part dans les phénomènes produits. Il arrive quelque chose d'analogue lorsqu'on transvase ou qu'on met en bouteilles le vin encore nouveau; mais surtout s'il s'agit de liqueurs plus spiritueuses. C'est ainsi que j'ai vu sortir complétement ivres des ouvriers occupés durant un certain temps à mettre en bouteilles du kirch-wasser, dans un cellier où l'on en vidait plusieurs tonneaux à la fois.

J'ai trouvé d'ailleurs des expériences bien concluantes à cet égard dans un mémoire fort peu connu, publié à Nancy en 1777, par M. Sage. Il a reconnu en effet que l'action destructive de *l'air fixe* sur les animaux était plus ou moins rapide, selon l'état plus ou moins avancé de la fermentation vineuse qui le produisait, quoique cet acide éteigne les lumières tout aussi bien au début de la fermentation qu'à la fin.

« J'ai versé, dit-il, dans un grand bocal où j'avais mis deux moineaux, de l'acide volatil ou *air fixe* pris dans une cuve de bierre où la fermentation vineuse commençait à s'établir et où la bougie s'éteignait sur-le-champ; les oiseaux s'agitèrent et tombèrent sur le côté sans pouvoir se relever; leurs yeux se fermèrent; leur respiration devint lente et difficile, quoiqu'ils ouvrissent de larges becs. Après les avoir laissés sept minutes dans cet état de crise, je les mis dans un bocal où se trouvait véritablement de l'air; ces oiseaux ouvrirent les yeux, se redressèrent, respirèrent librement, et reprirent toute leur activité; je les reportai dans l'atmosphère acide de la cuve; en deux minutes ils perdirent la vie. »

Deux autres oiseaux ayant été mis dans un bocal, M. Sage y versa des gaz puisés dans la même cuve, mais deux heures plus tard que pour l'expérience précédente, c'est-à-dire vers le temps où la fermentation vineuse était accomplie; en trois secondes ils furent renversés, et six secondes après asphyxiés; l'un fut sauvé par l'alcali volatil, l'autre, sorti du bocal et traité par le vinaigre, ne put être rappelé à la vie.

Enfin, et cette objection est tout aussi capitale, la chandelle s'éteint dans l'atmosphère d'une cuve en fermentation, et l'absence de gaz respirables s'ajoute aux autres causes auxquelles on attribue plus volontiers l'asphyxie, tandis qu'une bougie continue à brûler et que le charbon se consume jusqu'au bout dans la chambre où meurt un malheureux asphyxié.

L'asphyxie par les gaz de la fermentation étant donc mise à part, il reste les expériences faites avec l'acide carbonique pur. Or, en comparant les essais de M. Collard sur les animaux avec les phénomènes produits par la vapeur du charbon chez l'homme, il faut bien avouer, ou que l'acide carbonique a une action plus délétère sur les premiers, et alors il n'y a pas de comparaison possible; ou bien qu'il produit des effets différens de la vapeur de charbon.

Je l'avouerai tout d'abord : l'acide carbonique ne me paraît pas avoir sur l'homme toute l'énergie d'action qu'on lui suppose. Certaines personnes, habituées à l'eau de Seltz, en absorbent d'énormes quantités; les vins mousseux, en général, se supportent mieux que les autres; et les innocentes limonades gazeuses qu'on prépare depuis peu n'ont jamais produit sur le cerveau l'effet d'une asphyxie. J'ai essayé, dans l'officine de M. Vallet, l'un de nos pharmaciens les plus distingués, de respirer différens gaz pour en apprécier l'action; nous fîmes dégager de l'acide carbonique du carbonate de magnésie; tout le gaz, reçu dans un entonnoir, aboutissait à un tuyau dont je me servais comme d'un tuyau de pipe, mais en ayant soin d'aspirer jusque dans les poumons et de vider ensuite largement la poitrine; je pus continuer ainsi plusieurs minutes sans rien ressentir qu'une saveur douceâtre au gosier, et je ne cessai l'expérience que parce qu'enfin j'avais besoin d'air. En accordant à l'acide carbonique une légère action narcotique, que les gastronomes ont cru démêler au vin de Champagne ou en grande quantité, que les médecins ont attribuée aussi à l'eau gazeuse, c'est, je pense, élever assez haut sa vertu; et lorsqu'il se trouvera mêlé à une grande quantité d'air, comme dans les asphyxies par la vapeur du charbon, il ne saurait être assez puissant pour tuer un homme.

Quel est donc l'agent inconnu de cette mort mystérieuse? Question trop ardue pour que j'espère pouvoir la résoudre d'une manière définitive; toutefois je vais dire ce qui me paraît résulter des faits.

D'après les analyses des chimistes, le charbon qui se consume ne dégage pas les mêmes gaz au début et à la fin de la combustion. Je prends pour exemple celle qu'a citée M. Collard, et je trouve les résultats suivans.

1° Au commencement de la combustion :

Acide carbonique,	26
Air atmosphérique,	38
Azote,	98
Hydrogène carburé,	26

2° Le charbon étant parfaitement enflammé :

Acide carbonique,	20
Air atmosphérique,	81
Azote,	75

Sans doute, chaque variété de charbon donnerait des résultats quel-

ignorées jusqu'alors, seront ajoutées à l'enseignement, dont il voit les professeurs ardens à remplir tous les devoirs. Ces promesses entraînèrent le ministre, et les hôpitaux de Paris (au Val-de-Grace), de Metz, Lille et Strasbourg furent ouverts à des élèves qui avaient déjà paru à l'armée, où la paix, récemment conclue, rendait leur présence inutile

» Mais il est rare, dans les temps de révolution, que les hommes portent leurs vues dans l'avenir; les esprits sont trop émus, trop agités par les événemens qui se succèdent, pour s'attacher à des intérêts permanens Le conseil de santé, malgré tous ses efforts, malgré ceux surtout du vénérable M. Coste qui était comme le créateur des hôpitaux d'instruction, ne put obtenir qu'on les conservât; ils durèrent six ans et furent tout à coup supprimés.

» La guerre menaçait tous les points du continent; les armées françaises étaient ou cantonnées dans des contrées étrangères dont elles avaient pris possession, ou stationnées sur le territoire de l'empire; elles s'ébranlèrent toutes ensemble et se répandirent avec une rapidité extraordinaire dans une immense étendue de pays. Comment former un service de santé régulier pour tant de besoins urgens qui se présentaient à la fois? Des mesures efficaces n'auraient pu être prises que si on eût réorganisé les écoles, que si, prévoyant les nécessités, on y eût doublé, triplé le nombre des élèves, exerçant les plus habiles aux fonctions de chefs, plaçant tout ce personnel dans les conditions administratives indispensables à son utilité Sans doute, dans ces grandes collisions des peuples, il est des malheurs au-dessus de toute prévoyance humaine; mais si, en général, les secours ne manquèrent pas sur le champ de bataille, il est vrai de dire aussi que trop souvent, à peu de distance, les traces du carnage restèrent sans réparateurs.

» Pendant huit années de guerres continuelles, les officiers de santé, chirurgiens ou pharmaciens, que l'on envoya aux armées, furent tirés de tous les lieux. Il n'y avait pas d'hôpital où les plus faibles élémens de l'art sont à peine enseignés, qui ne présentât ses élèves pour être commissionnés; pas de praticien soi-disant professeur, qui ne donnât des certificats d'aptitude à ceux qui suivaient ses visites depuis quelques mois et quelquefois moins Ces jeunes gens, il faut leur rendre cette justice, ne faillirent point à leurs devoirs; mais de quoi étaient-ils capables? Heureusement que des hommes déjà expérimentés, sortis pour la plupart des hôpitaux d'instruction supprimés, avaient été promus à des grades supérieurs qui les firent désigner pour diriger ces adeptes. Dans les derniers temps des désastres de l'empire, les ressources manquèrent même totalement. En 1813 et 1814 la nécessité devint impérieuse, et l'on sait quels souvenirs ont laissés dans les familles ces adolescens improvisés sous-aides, qui ne connaissaient des fonctions qu'ils allaient remplir autre chose que le devoir de succéder le lendemain à leurs aînés d'un jour, pour être comme eux jetés dans la masse des victimes du typhus.

» A peine la paix avait-elle été rendue à la France; à peine l'ennemi s'était-il retiré de la capitale, que le conseil de santé revint sur les démarches qu'il avait faites précédemment avec trop peu de succès en faveur des hôpitaux d'instruction, et dès le 31 décembre 1814, fut rendue une ordonnance du roi portant leur rétablissement Nous sommes encore sous l'empire de cette décision; les dispositions qu'elle renferme n'ont été que faiblement modifiées; les lacunes que dès lors on y remarqua n'ont point été remplies, et si le temps a déjà consacré l'institution, en a cimenté les bases, il est vrai aussi que les perfectionnemens dont elle est susceptible n'ont pu jusqu'à présent qu'être aperçus et désirés. »

que peu différens; mais du moins on peut croire qu'en masse les gaz seraient les mêmes. Or, voyez ce qui a lieu. Au commencement de la combustion, les quatre cinquièmes des gaz échappés sont irrespirables; à la fin, seulement la moitié. L'acide carbonique, qu'on regarde comme l'agent principal, ne fait pas le neuvième de tous ces gaz; et il faut considérer encore que tous ces gaz se trouvent perdus dans la masse d'air que renferme le lieu de la scène. A ces élémens donnés par la chimie, nous ajouterons une fumée plus ou moins épaisse, et enfin une énorme chaleur, dans un air qui n'est pas renouvelé.

Appliquons ces données aux faits que nous avons mentionnés. La servante souffle son charbon; elle aspire une bouffée de gaz irrespirables; elle se trouve à l'instant suffoquée, comme un oiseau plongé dans l'azote, comme ce malade cité par M. Lacretelle, à qui une saugsue tomba dans le larynx et qui fut suffoqué à l'instant même, comme un homme à qui on mettrait un masque de poix. Il y a défaillance; et les symptômes qui se succèdent ne diffèrent pas de ceux de la syncope ordinaire; la respiration se fait bien, et cependant la connaissance ne revient pas à l'instant même. On conçoit que la suffocation puisse être si subite, si complète, qu'au lieu d'une syncope une mort subite en soit l'effet; mais à part ce danger du premier moment, l'asphyxie abandonnée à elle-même aurait toujours une issue heureuse. Jugera-t-on nécessaire, pour expliquer la céphalalgie consécutive, d'admettre une action spéciale de quelque gaz? On a véritablement le choix, acide carbonique, azote, hydrogène carburé; pour moi, sans la nier ni l'affirmer, j'attendrai que les faits la prouvent. On sait d'ailleurs que l'azote, le plus innocent des gaz irrespirables, a donné des maux de tête et même des vertiges à Nysten et à Coutanceau, dès la quatrième ou cinquième inspiration.

Lorsqu'au contraire l'asphyxie ne vient que peu à peu comme dans le cas cas de ma seconde observation, comme chez le malheureux dont la *Gazette des Tribunaux* a raconté l'histoire, les symptômes offrent une marche bien remarquable. En général c'est par une légère oppression qu'ils débutent, quelquefois un léger mal de tête. M. Collard a noté *une frayeur vague, indéfinissable*; mais il faut faire état de la condition des personnes qu'il a observées; frappées à l'improviste d'une sensation désagréable, et la rapportant, par la pensée, à un danger d'autant plus terrible pour l'imagination que l'asphyxie par le charbon ou les gaz de la fermentation est celle qui fait le plus de victimes, quoi d'étonnant qu'elles aient été frappées d'un effroi aussi vague que l'idée du danger? Aucun de ceux qui ont tenté de s'asphyxier de propos délibéré n'a parlé de cette crainte, qui ne tient vraiment pas à la marche propre de l'asphyxie. Après ces premiers symptômes, survient un engourdissement, une propension invincible au sommeil, mais sans douleur, et comme si le besoin de dormir avait été préparé par une longue fatigue. En même temps la peau rougit, les veines se gonflent, le sang bat avec violence le cœur et les artères; enfin l'assoupissement suit; et si nul secours étranger ne réveille le malade, il passe de ce sommeil terrible à la mort.

J'ai dit déjà que je ne voudrais pas nier au gaz acide carbonique une légère action engourdissante, bien qu'en vérité je désirerais qu'elle fût mieux prouvée. Mais s'il est quelque agent, à part les narcotiques reconnus, qui porte particulièrement au sommeil, c'est sans contredit cette chaleur sèche qui vous environne, qui pompe l'air autour de vous, qui exerce sur tout le corps l'effet d'une ventouse, dilate les liquides, gonfle les veines, et donne à toute la peau cette teinte rouge qu'elle affecte sous l'influence d'une ventouse ordinaire. Qui ne s'est senti opprimé par le sommeil, l'hiver, dans une chambre bien close, et chauffée par un poêle que la force du feu rougit à l'extérieur. Or, il faut considérer que dans la chambre la mieux close, dans la vie ordinaire, l'air s'infiltre cependant par quelque coin pour alimenter la consommation d'oxigène que le fourneau exige; le départ de la fumée et des gaz par le tuyau est en même temps une cause d'agitation et de renouvellement pour l'air de la chambre. Dans le cabinet d'un asphyxié, rien de pareil; pas de tuyau ni de cheminée; les moindres passages de la porte ou de la fenêtre ont été bouchés avec un soin minutieux; les gaz produits par la combustion, au lieu de s'échapper, séjournent dans l'appartement, dont ils accroissent énormément la température. On se souvient qu'une montre était brûlante, dans mon expérience, à la plus grande distance possible du foyer. Le sommeil vient donc enfin; et les idées ne se troublent pas autrement que dans l'approche du sommeil ordinaire; pas de délire; seulement l'entendement s'en va par degrés. Ce sommeil décidé, la résistance vitale diminue; cependant la chaleur extérieure augmente; et enfin il faut bien aussi tenir un peu compte de ces gaz irrespirables, de cet azote abondamment produit qui n'offre plus au poumon un aliment suffisant; d'autant plus que le besoin d'air n'est jamais si grand que quand l'organisme tout entier est tuméfié et comme ballonné par l'excessive chaleur. Dans cet engorgement de tous les viscères, le cerveau, comme le plus impressionnable, réagit davantage sur les organes extérieurs; de là l'insensibilité et la résolution des membres; si l'asphyxie est interrompue, c'est lui qui en garde les plus cuisans vestiges; de là la céphalalgie; si elle continue, c'est probablement par lui que la mort envahit l'économie; du moins l'anatomie pathologique ne nous dit rien des autres viscères.

L'élévation de la température est donc, à mon sens, l'agent principal de cette asphyxie; les gaz irrespirables, mêlés à l'air, y jouent un rôle secondaire; et la vertu délétère de l'acide carbonique, toute faible que je l'admette ici, est encore une concession dont je ne saurais démontrer la légitimité. Il y a contre ce gaz un fait assez grave et qui demanderait une réfutation spéciale; déjà plusieurs fois les journaux ont signalé que, dans l'asphyxie par les gaz de la fermentation, si l'individu se trouvait sur le pavé de la cave ou du cellier, le froid du sol qu'il mesurait dans sa chute aidait à lui rendre sa connaissance; et souvent la chandelle posée par terre brûlait encore. Dans mon expérience la chandelle a toujours brûlé à l'ordinaire. Dans le cas cité par la *Gazette des Tribunaux*, la lumière a paru diminuer. J'ai trouvé encore dans le mémoire de Sage une expérience bien curieuse sur ce point; il a constaté que dans un lieu où il y avait eu des charbons embrasés, la bougie qui brûlait très-bien lorsqu'elle était à un pied du sol, languissait dans le milieu et s'éteignait à un demi-pied du plafond. Le gaz acide carbonique ne devrait-il pas au contraire, par son propre poids, décliner vers le sol, tandis que la fumée, l'hydrogène carboné et l'azote gagnent naturellement les régions supérieures?

Je ne me dissimule pas toutefois que cette manière d'envisager l'asphyxie par le charbon peut rencontrer de préventions contraires et même d'objections sérieuses; mais toutes les autres théories m'ont offert bien d'autres sujets d'objections. Celle-ci a du moins en sa faveur d'indiquer logiquement un traitement complet, satisfaisant, déjà révélé par l'expérience. Diminuer la chaleur excessive par l'exposition à l'air froid et les aspersions d'eau froide; combattre la congestion cérébrale qui en est l'effet par la saignée, tels sont depuis long-temps les moyens auxquels je me borne, et dont je me suis aussi bien trouvé que de tous ceux qu'on a voulu y surajouter ou y substituer. On n'a rien à craindre du refroidissement subit quand la chaleur est portée à un degré extrême; les Russes sortant de leurs étuves, se roulent impunément dans la neige; et l'on se souvient de ce jongleur espagnol, qui supportait dans des fours clos une température énorme, et qui avait pour habitude de se plonger en en sortant dans un tonneau d'eau très-froide. Sur la fin du siècle dernier, Harmand, chirurgien de Metz, se contentait de faire des aspersions d'eau à la glace; mais le plus souvent le lendemain il était obligé de combattre les accidens consécutifs par une saignée. Aujourd'hui, la saignée est la base des traitemens recommandés, et je dirai plus, est l'unique moyen qui ait une valeur réelle; je crois qu'il faut dans tous les cas l'unir aux affusions. Voici l'un des premiers succès que j'ai obtenus par ces deux moyens combinés, et c'est par cette observation que je terminerai ce mémoire.

OBS. (*Recueillie par M.* J. Benoît, *alors chirurgien élève au Val-de-Grâce.*) — Le 19 janvier 1831, à huit heures du matin, M. Malgaigne et moi nous fûmes appelés pour administrer des soins à un malheureux qui avait voulu s'asphyxier par le charbon. C'était un jeune homme de 27 ans, nommé Morin, ex-sergent dans la garde royale, d'une taille ordinaire et d'une belle constitution; il présentait les symptômes suivans: La face était un peu tuméfiée, la bouche écumeuse, les paupières closes, la peau extrêmement rouge, le pouls fort et plein, le cœur battait avec violence, et tout le corps était dans une chaleur excessive.

M. Malgaigne, après une inspection rigoureuse de l'état du malade, le fit d'abord transporter au grand air, dépouiller de tous ses vêtemens, et lui jeta sur toute la surface du corps une assez grande quantité d'eau froide; après quoi, la chaleur étant un peu tombée, il le fit remettre dans son lit. Nous eûmes de la peine à l'y porter; ses membres n'étaient point raidis, mais un relâchement dans les muscles les laissaient aller à toute leur pesanteur. Une saignée de 12 onces fut alors pratiquée. A mesure que le sang coulait, le malade paraissait être soulagé; le pouls diminuait sensiblement de vigueur; le cœur battait moins vite, et le corps reprenait sa couleur et sa chaleur naturelles. Cependant la connaissance ne revenait point encore. Une heure après, il parut se réveiller et prononça quelques mots sans suite, qui paraissaient sortir avec peine de sa bouche.

A deux heures de l'après-midi je le revis, plongé encore dans son assoupissement; en le secouant nous parvînmes seulement à le faire changer de position; du reste sa respiration se faisait fortement entendre, et il avait l'air d'un homme profondément endormi. Quoique sans éprouver la plus légère convulsion, il paraissait tourmenté par des rêves, et jetait de temps à autre quelques mots mal articulés parmi lesquels revenaient plus fréquemment les trois suivans: *le point! passe! noire!* En ce moment sa mère arriva: elle se jeta sur lui fondant en larmes et sanglottant. Le bruit qu'elle fit et les secousses que ses embrassemens donnaient au malade, parurent le réveiller. Ce fut alors de la part de ses proches un déluge de questions et de reproches auxquels il demeurait insensible. Constamment ses yeux restaient fermés; mais il reconnut la voix de sa mère. Alors il se

cacha dans sa couverture comme pour se dérober à nos regards. On le découvrit : il tomba alors dans un désespoir affreux, demandant à grands cris un couteau, et appelant la mort avec un sourire d'un effrayant sardonisme. Son frère eut à peine la force de se rendre maître de ses mains, qu'il employait à se meurtrir la poitrine et à s'arracher les cheveux. A cette agitation succéda un moment de calme. Il demanda pardon à sa mère. Il expliquait la cause de son suicide par quelques légères blessures d'amour-propre ; mais comme les paroles qu'il avait prononcées dans sa léthargie indiquaient une autre cause, on lui demanda s'il avait joué, et son frère s'engagea à payer tout ce qu'il aurait perdu. Ces témoignages d'affection ne firent que l'exaspérer ; il s'emporta en dénégations accompagnées d'horribles imprécations, et de tentatives pour s'étouffer en s'enfonçant la tête dans son oreiller. Durant toute cette scène, il est à remarquer que les yeux demeurèrent toujours fermés. Ses parens ne pouvant prendre soin de lui, le firent transporter à l'hôpital Cochin, d'où il sortit après quelques jours de convalescence.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Les observations qui suivent sont extraites de divers journaux allemands, et complètent les précédentes revues, dont l'abondance des matières nous a forcés de les séparer.

MANQUE TOTAL DE SANG A LA SUITE D'UNE AFFECTION CÉRÉBRALE ; par le docteur HARLIN.

Obs. — V..., âgée de 46 ans, régulièrement menstruée depuis sa dix-septième année, souffrait depuis son enfance d'une difficulté de l'ouïe qui s'est changée en une surdité complète. Depuis dix ans, elle se plaignait journellement d'une céphalalgie à laquelle elle était sujette déjà pendant sa jeunesse.

Le 28 janvier 1833, M. Harlin la vit pour la première fois, et nota les symptômes suivans. Céphalalgie sur le vertex ; faiblesse générale ; grande irritabilité nerveuse ; pouls régulier, un peu lent ; selles difficiles. Des sangsues et une menstruation régulière de trois jours n'améliorèrent pas l'état de la malade ; les forces diminuèrent, et le 9 mars au soir, quinze jours avant la mort, M. Harlin la croyait près de sa fin ; pouls nul à l'artère radiale, faible et intermittent aux carotides. Cet état dura huit jours ; les battemens des carotides disparurent aussi ; ceux du cœur étaient très-irréguliers, mais à peine sensibles. La malade était dans un état de somnolence continuelle, se réveillant par momens et prenant tous les alimens qu'on lui offrait. Cet état dura cinq jours. Deux jours avant sa mort (24 mars), battemens du cœur complètement nuls ; la malade était tranquille, froide ; la respiration seule se faisait encore sentir ; le stéthoscope fit entendre un bruit semblable au frottement des doigts contre une couverture ; la respiration disparut, et quelques taches cadavériques qui survinrent quelques heures après marquèrent la cessation complète de la vie.

AUTOPSIE FAITE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

Tout le corps privé de sang ; seulement dans le ventricule gauche du cœur, qui était très-flasque, il s'en trouvait à peu près une once et demie ; les vaisseaux des membranes du cerveau, qui contenaient la quantité ordinaire de sang, pouvaient être regardés comme dans un état de pléthore relative. Deux hydatides de la grosseur d'une noisette, de la forme d'une figue, étaient divisées en beaucoup de cellules dans les ventricules latéraux. Rien d'anormal dans le reste du corps.

L'auteur se rappelle avoir encore observé deux cas d'affections organiques du cerveau avec diminution de la quantité de sang.

Un grand nombre d'observations de ce genre seraient d'un haut intérêt sous le rapport physiologique et pathologique.

DISPARITION COMPLÈTE DES BATTEMENS DU CŒUR, par le docteur RAMPOLD.

Obs. — L. Engelfried, âgé à peu près de 55 ans, entra à l'hôpital avec les symptômes suivans. Grande faiblesse ; douleur s'étendant de la partie gauche du dos jusqu'à la cuisse ; râle muqueux ; langue sèche ; constipation ; les palpitations du cœur même, au moyen du stéthoscope, étaient complètement nulles pour l'oreille du médecin, qui était pourtant très-exercée dans l'emploi de cet instrument ; le pouls était à l'état normal. Au moyen d'un médicament apéritif, les symptômes diminuèrent un peu ; l'oreille appliquée sur la poitrine percevait les pulsations du cœur, mais seulement dans la profondeur. Le soir suivant, disparition complète des pulsations du cœur, quoique le pouls et le bruit respiratoire soient assez forts ; les autres symptômes qui auraient pu faire soupçonner un polype du cœur ou une hydropisie du péricarde, manquaient ; mais ceux qui se déclarèrent plus tard firent voir qu'on avait affaire à une fièvre muqueuse.

Huit jours après la première apparition de la suppression apparente des mouvemens du cœur, les palpitations revinrent pour quelques jours, avec un pouls lent, un bruit respiratoire sourd, sans toux ni expectoration ; langue sèche, fendillée, selles aqueuses ; il était impossible de découvrir les pulsations du cœur ni par la main, ni par le stéthoscope. Après quelques semaines, le malade était rétabli, mais encore alors les battemens du cœur étaient faibles.

Cette observation est plus remarquable que la précédente, et le phénomène de l'absence complète des pulsations du cœur est bien plus difficile à expliquer ; car certes ici on ne peut l'attribuer à un état exsangue ; mais doit-on admettre avec l'auteur une innervation affaiblie chez un cœur mou et flasque ? ce serait se payer de mots. Existait-il aussi quelques connexions avec une affection cérébrale ? L'auteur semble le croire ; car l'individu qui fait le sujet de cette observation, quoique d'une constitution très-forte, était dans un état de demi-idiotisme.

CINQUIÈME RAPPORT ANNUEL DE LA DIVISION DES MALADIES INTERNES ET CHRONIQUES A L'HÔPITAL SAINTE-CATHERINE DE STUTTGARD, DU 1er JUILLET 1831 AU 30 JUIN 1832 ; par M. le docteur CLESS, médecin en chef.

Dans ce travail fort étendu et fait avec méthode et une scrupuleuse exactitude, M. le docteur Cless commence par établir mois par mois le nombre des entrans qu'il classe par âge et par sexe ; il parle ensuite du rapport des guérisons qu'il fixe à 87,37 sur 100, et de celui de la mortalité qui est de 3,61 sur cent ; puis passant à une partie très-intéressante de son travail, il analyse mois par mois l'état de l'atmosphère, et le met en regard avec la constitution médicale dominante de chaque mois.

Cette manière de tenir compte de l'état et de la température de l'atmosphère, et d'y rattacher les modifications que peut subir, mois par mois, le caractère des maladies, nous paraît être une méthode utile et indispensable pour compléter l'étude des maladies que l'on a à observer. En effet ne voyons-nous pas par un temps humide, froid ou modérément chaud, régner de préférence les affections catarrhales, par un temps chaud et sec les affections gastriques ; par un temps humide et chaud les affections bilieuses ; enfin les inflammations par un temps sec et froid ? Ou bien telle maladie ne revêt-elle pas un caractère catarrhal, gastrique, nerveux, inflammatoire, selon l'état de la constitution atmosphérique ? L'observation de ces causes générales doit donc toujours marcher de pair avec celle des phénomènes particulières à chaque individu.

Dans un tableau synoptique M. le docteur Cless classe en genres et et en espèces toutes les maladies qu'il a eu à traiter, puis il entre dans les détails de quelques-unes des plus remarquables. Il traite d'abord de la grippe qui avait régné épidémiquement pendant le mois de juillet et qui présenta encore quelques malades dans le courant du mois d'août. L'auteur se livre ensuite à quelques considérations sur la fièvre nerveuse dont il distingue deux variétés : 1° le typhus cérébral ; 2° le typhus pleurétique ; il rapporte plusieurs observations de l'un et de l'autre : nous en donnerons plus loin deux qui nous ont paru offrir quelque intérêt.

Nous croyons encore dignes d'être cités :

1° Une observation curieuse de fièvre bilieuse grave qui a présenté tous les caractères de la fièvre jaune.

2° Deux cas de vomissemens nerveux dont le premier durait depuis quatre ans ; après avoir résisté à tous les moyens imaginables, il finit par céder à l'emploi de la glace à l'intérieur : une pilule d'abord toutes les demi-heures, puis toutes les heures. Le second vomissement fut guéri par la teinture de rhubarbe de Dareli, trois à quatre cuillerées à café par jour.

3° Un cas de diabètes guéri par le phosphate de fer, d'après Venables, 5 grains à 1 gros par jour. On avait eu soin d'appliquer préalablement un vésicatoire sur la région lombaire.

4° Une paralysie successive des extrémités inférieures, de la vessie, des membres thoraciques, enfin des organes pulmonaires. La colonne vertébrale ayant été explorée, d'après la méthode de Copeland, au moyen d'une éponge imbibée d'eau chaude, que l'on promena le long du dos, on découvrit aux environs des quatre dernières vertèbres cervicales une place très-sensible. Lors de l'autopsie cadavérique on trouva derrière le pharynx une masse tuberculeuse qui appuyait sur les cinq dernières vertèbres cervicales et sur la première dorsale ; le périoste était enlevé et la paroi antérieure cariée ; cette carie pénétrait même jusque dans la cavité des deuxième et troisième vertèbres cervicales. Cependant les membranes rachidiennes étaient intactes, et leur couleur naturelle ; la substance pulpeuse de la moelle un peu plus molle qu'à l'ordinaire.

5° Une observation de délire furieux à la suite d'ivresse.

OBSERVATION D'UNE FIÈVRE NERVEUSE SE JUGEANT PAR DES ACCÈS, UNE EXPECTORATION ABONDANTE DE CRACHATS PURULENS, DES SELLES ET DES URINES DE MÊME NATURE.

Obs. — N., servante, vingt ans, constitution scrophuleuse, très-irritable, entra à l'hôpital avec tous les symptômes d'un typhus cérébral. Trois semaines se passent à peu près dans le même état : délire furieux ; diarrhée opiniâtre avec

selles involontaires. Le vingt-unième jour il se montre aux deux bras deux tumeurs brûlantes au toucher, et s'accompagnant d'une exaspération fébrile très-forte. Le vingt septième jour, fluctuation. Le vingt-huitième, suppuration avec laquelle se détachent des parcelles de muscles et de tissu cellulaire sphacelé. Aussitôt la suppuration établie, tous les symptômes nerveux ont disparu comme par enchantement. Il se développe successivement douze autres abcès à différentes parties du corps, surtout à la poitrine; un d'eux fournit plus d'un demi-litre de pus, et on voit des trajets fistuleux jusque sous le creux de l'aisselle. Le pus, d'abord de mauvaise nature, s'est peu à peu amélioré; de plus, la malade crache le pus à pleines gorgées, et en rend par les selles et les urines. Emaciation complète et épuisement tel qu'à plusieurs reprises on la croit morte. Cependant, au douzième abcès, la suppuration s'arrête, la vie se ranime peu à peu; les forces et la santé reviennent, très-lentement, il est vrai; pendant la convalescence qui est de quatre mois, la malade perd tous ses cheveux, et tout son épiderme s'exfolie; enfin elle sort entièrement guérie.

RAMOLLISSEMENT DE TOUT L'HÉMISPHÈRE DROIT DU CERVEAU, JUSQU'A LA BASE DU VENTRICULE, SANS SIGNES APPRÉCIABLES PENDANT LA VIE.

OBS. — M., danseur de ballet, 49 ans, habitus cachectique, avait depuis trois semaines tous les caractères d'une fièvre muqueuse à un très-haut degré; affaissement extrême; enduit épais et brunâtre de la langue; expectoration abondante de crachats muqueux; diarrhée, mais facultés intellectuelles intactes; point de douleurs à la tête. C'est dans cet état que le malade fut reçu à l'hospice. Au bout de huit jours, hémorrhagies très-fortes par le rectum, le même jour, épistaxis; le sang rendu par l'anus est mêlé aux matières fécales, et répand une odeur cadavéreuse; haleine et perspiration cutanée d'une odeur également fétide. Dès la première hémorrhagie, délire et agitation extrêmes; peau de la face sale, semblable à de la cire vieille; langue sèche et fuligineuse, de même que les dents; yeux abattus; urine d'un brun foncé; peau sèche et chaude; abdomen très-sensible au toucher; pouls fréquent et mou. Six heures avant sa mort, qui arrive le dixième jour de son entrée à l'hôpital, le malade ne cesse de pousser un cri sifflant; ses yeux sont constamment fermés, et il ne répond plus à aucune question.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Quantité d'ulcérations semblables à des chancres, et végétations verruqueuses sur l'iléon et le cœcum. Mais les désordres les plus remarquables furent trouvés dans le cerveau. Epanchement de sang sur ses deux hémisphères, mais surtout sur le gauche, entre l'arachnoïde et la pie-mère, s'étendant jusqu'au corps calleux sur lequel on trouva un gros caillot de ce liquide coagulé.

La pulpe cérébrale de tout l'hémisphère droit, jusqu'à la base du ventricule, était réduite en bouillie; et dans tous les ventricules, sans excepter le quatrième, on découvrit des caillots de sang coagulé. L'hémisphère gauche et le cervelet étaient d'une consistance plus ferme que de coutume. Base du cerveau et origine des nerfs intacts.

Ces désordres dans la cavité crânienne doivent d'autant plus surprendre, que le *ramollissement du cerveau* ne s'était fait connaître par aucun signe appréciable pendant la vie; le malade avait, les deux derniers jours exceptés, conservé toute sa connaissance, ne s'était jamais plaint de maux de tête, signe pathologique le plus constant d'après M. Rostan du ramollissement de la substance cérébrale; il n'avait pas non plus offert de paralysie.

FIÈVRE BILIEUSE GRAVE PRÉSENTANT TOUS LES CARACTÈRES DE LA FIÈVRE JAUNE

OBS. — N., garçon serrurier, 22 ans, ayant toujours beaucoup souffert de maux de tête, ressentit, le 18 mars 1831, un fort frisson, une grande fatigue, la tête prise et une absence complète de l'appétit, avec amertume de la bouche.

Le 22, aggravation des symptômes; anxiété et sentiment du mal profondément empreints sur la figure du malade; langue et sclérotiques jaunâtres; nausées et vomissemens d'une matière verdâtre; sentiment d'oppression au foie et à la région de l'estomac; abdomen tendu; constipation; urine presque noire, d'un reflet jaune verdâtre. (Lavement de savon. Une selle grisâtre. A l'intérieur, vinaigre de vin saturé par le sel de tartre; pulpe de tamarins; sirop de manne, de chaque une once; eau d'anis quatre onces, à prendre une cuillerée à bouche par heure.)

Du 23 au 25, vomissemens augmentant de jour en jour d'un liquide vert noirâtre; toute la surface cutanée d'un jaune citron; anxiété et sentiment du mal plus prononcés; nuits agitées, sans sommeil; selles à l'aide de lavemens seulement; urine rare, d'un jaune plus clair; pouls tranquille; point de soif.

Le 25, vers midi, accès de délire ressemblant à l'ivresse; étourdissemens; parole balbutiante; yeux hagards; la tête ne paraît pas chaude au toucher; peau sèche, d'un jaune foncé; pouls lent (54 puls.). (Toutes les deux heures, 1 grain de calomel.) Vers le soir, le malade pousse des cris, des hurlemens, repousse tout médicament. (Frictions d'onguent napolitain sur la région hépatique.) Constipation, malgré l'administration de lavemens.

Le 26 au matin, aux cris qui ont continué toute la nuit succède un état de stupeur; yeux tournés en haut, à moitié fermés; pupilles dilatées; pouls pour la première fois fréquent (90 puls.), mais respiration tranquille et lente. (12 sangsues aux tempes, frictions irritantes sur le cuir chevelu.) Le soir, pupilles un peu moins dilatées; bouche serrée, respiration lente (12 inspirations par minute), stertoreuse; pouls, 80 puls.

Le 27, nuit inquiète; plusieurs selles involontaires; vers cinq heures du soir, un peu de calme, mais paralysie des extrémités inférieures; trismus; pouls plus élevé, plus fréquent (108 pulsations); odeur cadavérique. (Petite saignée du bras.) Gâteau sanguin d'une consistance pultacée, sérum jaunâtre se séparant difficilement et incomplètement du cruor. A midi, plus de pouls; respiration stertoreuse; sueur froide, gluante, sur tout le corps; région de l'estomac encore douloureuse à la pression. A cinq heures et demie, mort; après dix jours de maladie et six de traitement à l'hôpital.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

Teinte jaunâtre encore prononcée comme pendant la vie; quelques raies violettes sur la poitrine et le bas-ventre; putréfaction avancée.

Cavité crânienne. Dure-mère jaunâtre; sinus et veines du cerveau gorgés de sang; substance cérébrale injectée et ramollie, les deux ventricules latéraux contenant peu de sérosité; le troisième ventricule entièrement vide; plexus choroïdes regorgeant d'un sang veineux.

Cavité pectorale. Muscles thoraciques d'un rouge blafard; tissu cellulaire, périoste des côtes et périchondre des cartilages de couleur jaune; poumons gorgés de sang; cavité pleurétique gauche contenant 3 à 4 onces d'un sang dissous, noirâtre, fétide; la cavité droite en contenait 2 onces; péricarde rempli d'une grande quantité de sérosité sanguinolente; cœur flasque et présentant à sa surface un tissu graisseux jaunâtre; ventricule gauche d'un rouge foncé.

Cavité abdominale. Foie flasque, bleuâtre, plein de sang; vésicule contenant une bile onctueuse épaissie; conduits cholédoques libres. Estomac renfermant un demi-litre d'un liquide vert noirâtre, analogue à celui que le malade vomissait pendant la vie; membrane muqueuse boursoufflée dans certains endroits, manquant dans d'autres, de telle manière que la surface interne de l'estomac présente comme un aspect ulcéré; vers le pylore, la muqueuse avait une teinte verte bleuâtre. Reins d'une couleur blafarde, gorgés de sang. Urine en grande quantité et noire brunâtre dans la vessie; muqueuse urinaire jaune; face postérieure externe de cet organe présentant une large ecchymose.

Ce cas de fièvre bilieuse grave rappelle tout-à-fait par ses symptômes, sa marche et les désordres cadavériques, la fièvre jaune. En effet, d'après les meilleures descriptions, la période d'irritation de cette dernière est marquée par un frisson un, sentiment profond du mal, par une grande lassitude, de l'obnubitation, de l'anxiété, une pression à l'épigastre, un sommeil inquiet et un pouls irrité sans être fréquent, tous symptômes que nous avons pu observer dans les débuts de la fièvre présente. La coloration jaune de la peau, les vomissemens noirs, la sensibilité constante de la région épigastrique, le délire, l'état de prostration avec un pouls plus tranquille, l'excrétion rare d'une urine noire brunâtre, observée vers la fin, sont aussi les symptômes de la période de colliquation de la fièvre jaune; dans les deux cas on vit le stade de la paralysie être annoncé par une respiration râlante et une odeur cadavéreuse. On retrouve de même une ressemblance frappante dans l'autopsie cadavérique: putréfaction rapide, coloration en jaune de la peau entremêlée de raies violettes; couleur jaune du périoste; rougeur blafarde des muscles; cavité et organes cérébraux regorgeant de sang; reste d'une matière noirâtre dans l'estomac; bile épaisse, onctueuse, muqueuse gastrique en partie boursoufflée, en partie érodée.

DES SEMENCES ET FLEURS DE L'ORTIE DIOÏQUE ET DE L'ORTIE BRULANTE (*racemi urticæ dioicæ et urticæ urentis*) CONTRE LA DIARRHÉE ET LA DYSENTÉRIE; par le docteur FABER.

Les fleurs et les semences des différentes espèces d'orties brûlantes, recommandées long-temps contre certaines maladies urinaires et flux diarrhéiques, surtout par Linnée, Vogel et Richter, mais tombées depuis dans l'oubli, jouissent en effet, d'après le docteur Faber, d'une très-grande efficacité contre la diarrhée et la dysentérie. Ayant employé ce médicament pendant une double épidémie qui régna dans le bailliage de Sebndorf, dans l'hiver de 1832 et l'automne de 1833, ce médecin en a obtenu les effets les plus avantageux et les plus prompts. Il l'administrait à tout âge et dans des cas pour la plupart assez graves; chez quelques malades, on avait déjà auparavant essayé inutilement d'autres médicamens; chez d'autres, l'infusion d'ortie avait été administrée tout d'abord. Chez quelques-uns, les douleurs abdominales se dissipaient immédiatement après la première tasse; mais chez le plus grand nombre, seulement après la deuxième, troisième ou quatrième; les selles ne tardaient point non plus à diminuer, puis à cesser entièrement. Le traitement durait en général moins de quarante-huit heures.

Les cas où ce médicament réussit le mieux sont ceux de diarrhée et de dysentérie rhumatismales, accompagnées de vives douleurs, mais sans état saburral des premières voies ni écoulement de sang. Cependant dans quelques cas, le docteur Faber a vu aussi des diarrhées sanguinolentes s'arrêter.

Ce médecin prescrit ce médicament, sous le nom de *racemi urticæ urentis*, à la dose d'une demi-once en infusion dans 2 livres d'eau bouillante, et en fait prendre une tasse toutes les deux heures.

DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LES AFFECTIONS DE FORME INTERMITTENTE, par le docteur HAUFF.

Les effets des sels de quinine dans les différentes maladies intermittentes ont été diversement appréciés. Tous ne leur accordent pas, dans

ces cas, le même degré d'efficacité; on a été même, dans ces derniers temps, jusqu'à vouloir restreindre leur action aux seules affections du système nerveux ganglionaire. C'est à combattre cette assertion que tendent les observations suivantes. Toutes, à l'exception d'une seule, sont des névroses appartenant au système nerveux cérébro-spinal, et toutes ont cédé avec promptitude à l'emploi du sulfate de quinine. Il est à remarquer que ce sel a été donné à doses élevées et très-rapprochées : toutes les une ou deux heures, 2 à 3 grains en poudre ou en pilules, sans que jamais il se soit développé d'accidens ni de suites fâcheuses, à l'exception d'un peu de pesanteur de tête ou de gêne dans la respiration; une seule fois il survint de la diarrhée; dans aucun cas, il n'y eut récidive, et le docteur Hauff croit avoir observé qu'elles sont moins à craindre dans les névroses du système nerveux encéphalique que dans celles du système ganglionaire. Toutes ces névroses étaient d'un caractère d'intermittence régulière; et plus cette intermittence était marquée d'une manière déterminée, plus l'action de la quinine était sûre et prompte. Toutes étaient quotidiennes, caractérisées par de la douleur et des spasmes, sans signes fébriles, si ce n'est quelques légères horripilations, un peu de sueur, et une certaine irritation du pouls provoquée par la douleur pendant les accès. Il n'est pas non plus sans importance de remarquer que ces névroses ont été observées dans un pays et à une époque où les fièvres intermittentes sont extrêmement rares.

1° La première observation est une *manie périodique avec convulsions; névrose cérébro-spinale intermittente, quotidienne double*. Elle a déjà été publiée par l'auteur dans les *Annales cliniques d'Heidelberg*, (t. I, cah. 2), et se trouve rapportée dans le n° 31 de la GAZETTE MÉDICALE, année 1834.

Qu'il nous suffise de dire que la malade prit 2 à 3 grains de sulfate de quinine par heure, et ainsi jusqu'à une demi-once. Il ne survint aucun accident; les accès retardèrent d'abord, puis diminuèrent de durée et d'intensité, et finirent par cesser entièrement.

Le mois d'août dernier, sept mois après la guérison, la santé était parfaite.

2° *Névralgie frontale intermittente d'un seul côté. Névrose sus-orbitaire.*

La douleur s'était déclarée à la suite d'une frayeur; elle revenait tous les jours à deux heures, commençait à la sortie du nerf du trou sus-orbitaire, et se propageait dans tout le trajet parcouru par ce dernier. L'accès durait d'une demi-heure à une heure. Deux grains de sulfate de quinine donnés toutes les deux heures pendant trois jours, produisirent dans un si court espace de temps une guérison complète. Les mêmes effets prompts et favorables se remarquèrent dans un autre cas de névralgie frontale venue sans cause connue.

3° *Pleuro-pneumonie intermittente. Névrose du nerf pneumo-gastrique.*

Cette affection, extrêmement rare, était caractérisée par les symptômes suivans : respiration difficile; toux sèche ou avec crachats entremêlés de stries sanguinolentes; pouls plein. Le mal avait débuté par un violent frisson suivi de chaleur et d'une toux intense. Tous les jours à midi exacerbation de tous les symptômes s'annonçant par un fort frisson; toux et douleur de poitrine intolérables; accès de suffocation, enfin sueur; et au bout d'une heure terminaison du paroxisme. D'abord mixture ammoniacale; puis, toutes les deux heures, deux grains de quinine. Déjà le lendemain accès à peine sensible; le surlendemain plus d'accès du tout. Une observation remarquable, c'est que les symptômes de la pleuro-pneumonie, qui persistaient quoiqu'à un degré très-affaibli, il est vrai, dans les intervalles des paroxismes, disparurent entièrement et en très-peu de temps par le seul effet du sulfate de quinine.

4° *Otalgie périodique. Névrose du nerf acoustique.*

Conduit auditif externe ni rouge ni gonflé; douleurs violentes s'annonçant par de légères horripilations tous les soirs à cinq, sept heures, et durant jusqu'à dix, onze heures. Toutes les deux heures un grain de sulfate de quinine, l'accès suivant est déjà plus faible; il manque entièrement le second jour, pour ne plus revenir.

Les mêmes effets rapides et remarquables se reproduisent dans trois cas de névralgie d'un côté de la face, et dans plusieurs cas d'odontalgie.

5° *Névralgie du plexus splénique.*

OBS. — N..., 48 ans, mariée, mère de plusieurs enfans, habituellement constipée, et souffrant des désordres dans la menstruation, ressentit un matin une douleur dans l'hypocondre gauche, comme à la suite d'un effort. Cette douleur s'étendait sous les fausses côtes, depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne blanche, et se faisait sentir dans tout son trajet dans une étendue de quatre travers de doigt; elle revenait par intervalles, était très-forte, térébrante et brûlante; l'hypocondre gauche et toute la partie supérieure de l'abdomen étaient tuméfiés et gonflés par des gaz. Plus tard, la douleur sembla se fixer plus particulièrement dans la région rénale, s'accompagnant de vomissemens et d'une émission douloureuse d'une urine rouge foncée. Mais elle revint bientôt à son ancienne place; puis se déplaçant de nouveau, elle finit par se localiser dans la région de la rate; elle prit dès lors un type plus franchement intermittent. Les accès se reproduisaient toutes les nuits, depuis une heure jusqu'à six et sept heures du matin; la malade éprouvait à l'hypocondre un resserrement qui s'accompagnait d'un sentiment d'anxiété, mais n'augmentait point par la pression; la région en dolorie, légèrement tuméfiée, était plus chaude que les autres parties du corps; face jaune, terreuse; parfois quelques vomissements d'une matière aqueuse et muqueuse, sans aucun soulagement, pendant les accès; point de fièvre ni de signes d'embarras gastrique; apyrexies entièrement franches, à l'exception d'un peu de sensibilité à la région affectée. Dans ce cas-ci encore, le sulfate de quinine produisit les meilleurs résultats : administré à la dose de 2 grains toutes les deux heures, dès que le caractère intermittent se fut nettement dessiné, il enraya l'accès dès le premier jour. La seconde nuit, la douleur s'étant de nouveau fait légèrement sentir, on donna le lendemain, depuis une jusqu'à huit heures du soir, 2 grains toutes les heures, et le paroxysme ne revint plus; la santé et les forces de la malade, qui avaient été notablement altérées, ne tardèrent pas à se rétablir.

DISSOLUTION COMPLÈTE DE LA MASSE DU SANG PAR L'ABUS LONGTEMPS PROLONGÉ DE LIQUEURS ALCOOLIQUES, par le docteur ROESCH.

OBS. — J. O., aubergiste, tempérament vif, sanguin, constitution forte, robuste, se livrait depuis quelques années à des excès d'eau-de-vie. Son appétit s'était peu à peu perdu; son corps s'était affaibli et amaigri. Aspect blême et jaunâtre de la face; peau comme ratatinée; sommeil agité; plus d'activité ni de corps ni d'esprit, qu'après avoir bu une certaine quantité de sa boisson favorite. A plusieurs reprises, atteintes de fièvre catarrhale; points pleurétiques s'accompagnant parfois de crachats sanguinolens. Dans une de ces attaques on eut recours à la saignée, qui produisit dans l'état du malade une amélioration qui dura trois mois. Mais après ce temps, de nouveau sentiment de faiblesse extrême; inappétence; difficulté de marcher; pouls fréquent; soif; langue jaune, chargée; face blême; urine trouble; çà et là de la toux; oppression à la poitrine; plusieurs selles liquides dans la journée. Dans la vue de combattre une atonie générale des viscères et fonctions du bas-ventre, s'accompagnant cependant d'un état subinflammatoire de ces organes et surtout du foie, le docteur Roesch prescrivit le calomel avec le soufre doré d'antimoine, un grain de chaque toutes les quatre heures.

Le troisième jour, plus de diarrhée; langue moins chargée; du reste, même état. (Tartre tartar.; kerm. minér.; extrait de chiendent; manne.)

Le sixième jour, oppression; crachats sanguinolens; point de fièvre; faiblesse; toux; point de soif. Huit jours après l'administration du calomel, gonflement des gencives; commencement de salivation; dents recouvertes de mucosités. Tous les jours deux selles liquides et sanguinolentes : gencives et lèvres plus gonflées; langue sèche, rouge, sanglante; crachement d'un sang noir qui s'écoule en même temps de la bouche comme de la salive; douleurs tensives dans la cavité buccale et les parties adjacentes; pouls fréquent, grand, mais vide. Enfin, le dix-septième jour, éruption pétéchiale d'abord aux pieds, puis sur tout le corps; hémorrhagies d'un sang noir et dissous par la bouche et l'anus, toujours plus fréquentes.

Le dix huitième jour, délire; le dix-neuvième, mort dans un état d'épuisement complet et même d'hémiplégie qui était survenue six heures auparavant.

Dans cette observation, deux choses sont à remarquer. D'une part, l'action du calomel; de l'autre, les désordres fonctionnels que produit successivement l'abus de l'eau-de-vie, qui agit à la longue comme un véritable poison sur l'organisme. C'est d'abord la nutrition qui se trouve atteinte; les buveurs d'eau-de-vie perdent l'appétit et ne sentent même plus le besoin de se nourrir. L'assimilation ne se fait plus en raison des pertes que le corps éprouve; d'où faiblesse surtout du système musculaire, tremblement et amaigrissement général; les fibres perdent de leur turgescence vitale et deviennent plus raides; plus tard la peau qui se trouve dans un rapport si intime avec la muqueuse intestinale s'ulcère; sa fonction se trouble, d'où l'aspect particulier et la physionomie caractéristique des malheureux qui abusent des liqueurs alcooliques. Par suite du défaut de nutrition l'hématose est viciée à son tour; le sang ne se renouvelant pas assez souvent perd de ses propriétés stimulantes, d'où l'engourdissement et l'affaiblissement de toutes les fonctions organiques. Le cerveau surtout perd de son activité, l'intelligence s'émousse, et toutes les facultés, mais principalement la mémoire, s'éteignent peu à peu; en même temps les sens deviennent lourds et obtus. De plus le sang est altéré dans sa composition : il reçoit une plus grande quantité de parties combustibles qui diminuent sa plasticité et la propriété qu'il a de se coaguler. De là une tendance continuelle chez les buveurs d'eau-de-vie aux inflammations, sans qu'il s'en développe réellement. Le sang ainsi altéré, décomposé, privé en grande partie de sa

force de cohésion, en même temps que les vaisseaux ont perdu de leur contractilité, on s'explique facilement les hémorrhagies, les écoulemens de sang et l'apparition des pétéchies dans les derniers jours du malade; le ptyalisme peut également être considéré comme un effet de cette altération et décomposition du fluide sanguin.

Et n'observe-t-on pas, dans les phlegmasies contee lesquelles on a employé le calomel, que la salivation ne survient que quand la force de l'inflammation est baissée; et qu'elle se produit plutôt chez les individus délicats et d'une constitution phlegmatique que chez ceux qui se trouvent dans des conditions opposées? Dans le cas qui nous occupe, le ptyalisme est survenu après l'administration d'une dose très-faible de calomel; et il ne s'est pas montré tout d'abord, mais seulement au bout de huit jours, lorsque la faiblesse de l'organisme était devenue extrême. L'emploi du calomel est donc d'autant moins indiqué et la salivation qu'il produit d'autant plus à craindre, que les personnes jouissent d'une constitution moins forte, que leur nutrition est moins active, et leur sang moins riche et moins artériel.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 novembre.

OSCILLATIONS OBSERVÉES DANS L'INTÉRIEUR DES PATTES DE CERTAINS INSECTES HÉMIPTÈRES.

Le rapport fait récemment à l'Académie sor les phénomènes observés par M. Behn chez les hydrocorises, a engage M. Léon Dufour à répéter ces observations; et malgré l'époque avancée de la saison, il a pu se procurer des corises vivantes, insectes qui étaient de ceux examinés par M. Behn. Comme le naturaliste allemand, il a constaté l'existence d'un mouvement dans les pattes, mouvement très-apparent dans les postérieures, moindre dans les antérieures, et à peine sensible dans les intermédiaires. Pour les courans et contre-courans signalés par M. Behn, et sur la réalité desquels le rapporteur émettait des doutes, M. Dufour n'a rien vu qui y ressemblât. Le mouvement même n'a point lieu dans le sens de la longueur de la patte, mais perpendiculairement à cette direction. Il paraît à M. Dufour que ce mouvement n'a point lieu dans un liquide, et que c'est seulement une oscillation des fibres musculaires destinées à mouvoir soit la patte en totalité, soit les appendices piliformes qui transforment en nageoires les pattes postérieures. Ces pattes, purement natatoires, doivent, chez un animal essentiellement nageur, être douées d'un appareil musculaire plus actif. Celles qui doivent être ensuite le plus favorisées sous ce rapport, ce sont les antérieures, qui ont pour office de saisir, déchirer et retenir la proie, et elles devraient l'être même autant que les autres, si leur emploi était de même de tous les momens. Des pattes intermédiaires, espèces d'ancres au moyen desquelles se fixe l'insecte quand il est immobile au fond de l'eau, sont rarement employées, ont besoin de peu de forces, et chez elles, comme il a été dit, l'appareil musculaire est à peine perceptible.

M. Dufour n'admet donc pas que le mouvement observé dans les pattes de quelques hémiptères ait rien de commun avec un acte circulatoire. Il tient même pour impossible l'existence d'une vraie circulation chez les insectes hexapodes. Chez ces animaux, où l'air va par des canaux infiniment ramifiés chercher les fluides dans toutes les parties du corps, on ne voit pas quel serait le but d'un mouvement qui transporterait les fluides, mouvement dont l'utilité, au contraire, se conçoit très-bien chez les êtres dont la respiration se fait en un lieu circonscrit, où le fluide nourricier doit venir de toutes les parties du corps pour y être modifié.

TEMPÉRATURE DES COUCHES PROFONDES ET ACTION ÉLECTRIQUE DES FILONS.

M. Cordier lit l'extrait d'une lettre qui lui a été adressée à ce sujet par M. W. Henwood. Les observations faites par ce savant dans les mines très-profondes de Cornouailles, l'ont conduit à reconnaître qu'il existe une différence de température de 2 à 3 degrés Farenheit entre les couches schisteuses et celles de granit aux mêmes profondeurs. C'est le schiste qui offre la plus haute température.

La quantité d'électricité est très-grande dans les filons de ces mines; mais la tension est très-faible, ce qui porte M. Henwood à ne voir là qu'un résultat purement thermo-électrique. En effet, dit-il, cela répondrait directement à ce qu'on obtiendrait en chauffant inégalement les extrémités des masses de minerai de cuivre. Il est évident qu'une telle inégalité doit exercer de l'influence là où il n'y a qu'une seule roche, et que l'action doit être plus grande là où il y a une jonction de granit et de schiste, sous les conditions rapportées ci-dessus. De plus, dans ces filons, les masses de minerai ont constamment une inclinaison qui s'éloigne du granit, et cette circonstance évidemment favorise encore la production de courans thermo-électriques. M. de Stombeck croit que ces courans sont dus à des décompositions chimiques souterraines. M. Henwood pense que, s'il en était ainsi, la tension de l'électricité serait plus forte et sa quantité moindre.

M. Arago rappelle que M. Fox a publié des observations importantes sur le même sujet.

M. Becquerel fait remarquer que les roches n'étant point conductrices de l'électricité, il ne peut point y avoir dans les roches de courans thermo-électriques.

ORIGINE DES BELEMNITES.

M. de Férussac, dans sa monographie des céphalopodes, s'était exprimé ainsi à ce sujet: Il semble hors de doute que ces productions étaient réellement des coquilles intérieures dont l'animal était infiniment plus long que le test qu'il renfermait. Rien alors n'empêche de considérer ces fossiles comme ayant eu un animal analogue à celui de la spirale, un acétabulifère enfin; cependant, dans l'incertitude où l'on est à ce sujet, et pour ne point déroger sans des motifs formels aux idées admises, nous continuerons à classer les belemnites dans l'ordre des siphonifères.

Les incertitudes à cet égard viennent de cesser par une observation de M. Agassis. Ce savant naturaliste a vu sur un très bel échantillon de miss E. Philpot, un os ou *sepiostaire* très-analogue à celui de la seiche, avec le sac à encre très-bien conservé, cet os se terminant en arrière sans solution de continuité par une belle belemnite (B. ovalis).

Pendant la lecture de cette lettre, M. Agassis lui-même était présent, et il est probable que dans quelques unes des prochaines séances il exposera lui-même quelques-unes des curieuses découvertes qu'il a faites en étudiant les restes fossiles provenant d'animaux marins.

SUR LES RHIZOPODES ET LES INFUSOIRES.

M. Dujardin annonce qu'il est parvenu à transporter à Paris et à conserver vivans dans des flacons d'eau de mer les espèces sur lesquelles il avait fait les observations qui ont été récemment l'objet d'un rapport à l'Académie. Il donne quelques remarques nouvelles qu'il a eu l'occasion de faire, et qui le conduisent à admettre pour les infusoires une structure et un mode de composition très-différens de ce qu'on a récemment admis. L'auteur, au reste, doit développer ses idées dans un prochain mémoire. Nous attendrons pour en parler la présentation de ce travail.

MÉMOIRE SUR LES TERRAINS VOLCANIQUES DES ENVIRONS DE NAPLES, par M. Dufrenoy.

Les terrains ignés, quelle que soit l'époque de leur apparition au jour, se présentent fréquemment sous la forme de montagnes coniques, plus ou moins surbaissées; cette disposition remarquable a constamment attiré l'attention des géologues, et aussitôt qu'il a été reconnu que ces terrains avaient été produits à la manière des roches volcaniques, on a cherché à expliquer leur disposition conique par l'accumulation de leurs produits sous la forme de talus. Lorsqu'on examine ces différens terrains avec soin, on remarque bientôt que si les formes extérieures de ces montagnes ont de l'analogie, leur structure présente souvent des différences essentielles qui ne permettent pas de supposer qu'elles doivent leur élévation à la même cause. C'est l'étude de ces différences qui a conduit M. Léopold de Buch à son ingénieuse théorie des cratères de soulèvement, dont le principe, d'abord contesté, est aujourd'hui adopté généralement, mais sur l'application duquel on est loin d'être d'accord. En effet, quelques géologues, tout en reconnaissant qu'il est naturel que des soulèvemens coniques se soient manifestés à différentes époques, comme un cas particulier de l'élévation des couches de la surface de la terre, ne croient pas que cette disposition existe dans les terrains volcaniques.

MM. de Beaumont et Dufrenoy ont démontré que les différentes montagnes trachytiques de la France doivent leur forme actuelle à cet ordre de phénomènes. Sans doute, dit ce dernier, nous n'avons pas été assez heureux pour ramener à notre opinion tous les adversaires qu'avait rencontrés la théorie de M. de Buch, mais nous pouvons affirmer avec assurance que la plupart des géologues qui ont visité le Cantal et le Mont-d'Or, depuis la publication de notre travail sur ces deux groupes de montagnes, ont été frappés, comme nous, de l'uniformité des nappes de trachyte et de basalte sur toute leur circonférence, ainsi que de la régularité de pente de ces mêmes nappes. Ces circonstances, opposées à celles qui accompagnent la disposition des coulées de laves dans les volcans à cratères de l'Auvergne, sont au contraire conformes à l'idée que l'on doit se former d'un cratère de soulèvement qui est le résultat de l'élévation regulière, autour d'un point, de terrains préexistans, quels que soient leur nature et leur âge. J'étais convaincu, ajoute-t-il, d'après les descriptions que M. de Buch a données des terrains trachytiques, ainsi que d'après mes propres observations, que les cônes nombreux que présentent ces terrains sont dus à une cause postérieure à celle qui a accompagné l'épanchement de ces roches ignées; mais j'étais au contraire persuadé que les cônes des volcans brûlans de l'Etna et du Vésuve devaient leur forme à l'accumulation constante de la lave qui s'épanche sur leur surface à chaque éruption. C'est dans le désir d'étudier la différence entre ces deux ordres de phénomènes que j'ai visité les environs de Naples; j'ai par conséquent parcouru le Vésuve, sans avoir l'esprit préoccupé d'idées systématiques, idées qui souvent réagissent sans qu'on s'en aperçoive sur les observations.

A peine eus-je foulé le sol du Vésuve, qu'il me parut évident que l'accumulation des laves ne pouvait avoir joué qu'un bien faible rôle sur la formation du cône qui en occupe le centre. En effet, l'inclinaison que présente sa surface extérieure depuis son sommet jusqu'à peu de distance, ne permet qu'à une très-faible quantité de matière de s'y attacher. Les coulées les plus larges forment des bandes étroites qui occupent au plus la quatre-vingtième partie de la circonférence du cône, et leur épaisseur atteint rarement deux mètres, si ce n'est au pied de l'escarpement, où la lave s'étendant sur une surface presque horizontale, acquiert une certaine puissance et prend alors une texture plus homogène. En supposant qu'il y ait trois éruptions par an, ce qui est un maximum, il faudrait un grand nombre de siècles (plus de 300) pour que le cône du Vésuve eût atteint sa hauteur actuelle (1,198 mètres), et cette hauteur aurait bien peu changé depuis les temps historiques. Tout nous porte au contraire à penser que la formation de ce cône remonte seulement à la catastrophe de Pompéi et d'Herculanum. Nous avons en outre quelques raisons de supposer que depuis une époque assez moderne (1), la hauteur du Vésuve s'est augmentée dans une proportion qui surpasse

(1) Deux peintures conservées au musée de Naples, et représentant l'une l'in-

de beaucoup celle qui résulterait de l'addition successive des laves qui doivent s'être épanchées depuis l'événement que nous venons de citer. Du reste, il n'est pas besoin de ces spéculations de l'esprit pour se convaincre qu'une cause bien plus puissante que la superposition des coulées de lave, a participé à donner au Vésuve sa forme imposante; les phénomènes qui accompagnent presque chaque éruption, nous prouvent en effet que plusieurs des petits cratères par lesquels la lave s'est fait jour, sont le produit d'un véritable soulèvement.

Les gaz, qui se sont échappés au commencement de ces éruptions, ont occasioné d'abord une espèce d'ampoule, en soulevant les coulées antérieures; cette ampoule s'est ensuite affaissée, puis s'est crevée à son sommet, et la lave s'est déversée presque toujours par un seul côté; le cône présente alors une gouttière presque naturelle par laquelle sort toute la masse en fusion. Les parois de ces petits cônes ont donc été formes aux dépens de coulées plus anciennes, et quoiqu'il existe une identité complète entre la roche qui les constitue et celle qui s'est écoulée par leur bouche, néanmoins le phénomène est le même que lorsque des nappes trachytiques ou même des couches calcaires ont été élevées circulairement par l'apparition au jour des phonolithes ou des porphyres. Cette formation de petits cônes par exhaussement parait avoir également présidé à l'élévation du cône principal. Cette cause, peu apparente pour les personnes qui n'ont fait qu'une simple excursion au Vésuve, est mise en tout son jour dans les escarpemens de la Somma, qui entourent circulairement le cratère. Cette enceinte de montagnes, regardée par beaucoup de géologues comme l'ancien cratère du Vesuve, est la suite d'un soulèvement d'époques assez reculées, et plusieurs révolutions importantes paraissent avoir eu lieu depuis l'époque où les laves porphyriques qui composent la Somma se sont épanchées en nappes horizontales.

Ces modifications aux opinions généralement admises sur la constitution du Vésuve m'ont engagé, dit l'auteur, à réunir dans ce mémoire les différentes observations que j'ai faites aux environs de Naples, quoique le pays ait souvent été visité par les géologues. Le défaut d'espace ne nous permet pas de suivre M. Dufrenoy dans la description qu'il fait de ces différens terrains, et des inductions qu'il en tire relativement aux diverses causes qui les ont produits, et aux époques successives auxquelles ces causes ont agi. C'est dans le travail original qu'il faudra aller chercher les preuves, nous ne pouvons donner ici que les résultats.

Les faits exposés dans le mémoire, quoique se rapportant seulement aux terrains volcaniques des environs de Naples, embrassent cependant des phénomènes d'un ordre très-différent. En suivant l'ordre dans lequel l'auteur les a présentés, ils peuvent se résumer ainsi.

Époques différentes des phénomènes volcaniques. — On en doit reconnaître trois différentes pour les environs de Naples, époques séparées par de longs intervalles, et pour chacune desquelles les phénomènes présentent des caractères très-distincts.

La première période, dont l'époque géologique est inconnue, est marquée par l'épanchement des trachytes, qui ont fourni les élémens du tuf ponceux des laves de la Somma en nappes horizontales, ainsi que des roches amphigéniques des environs de Rome. La sortie des trachytes des champs phlégréens et d'Ischia a eu lieu dans la seconde période.

La troisième comprend les éruptions des laves d'Ischia, du Vésuve et du Monte-Nuovo.

Le sol de la campagne de Naples et des îles qui en dépendent, abstraction faite des montagnes volcaniques, est formé d'un tuf composé de débris des trachytes de la première période. Ses élémens sont presque uniquement des fragmens de ponces de grosseurs différentes, mais qui sont le plus souvent tellement triturés que la masse est argileuse et parait assez homogène. Les caractères du tuf, partout les mêmes, attestent que son origine est due à la même cause.

Ce tuf est disposé en couches minces, régulières, même lorsqu'elles sont contournées (cap Mysène, île de Procida, etc.). Il contient des coquilles fossiles (mont Epomeo, le Pausilippe, la Somma) et des ossemens de grands animaux (environs de Rome, côte de Tarente, Amalfi); ce qui prouve que, malgré la hauteur à laquelle on l'observe au mont Epomeo et à la Somma, ce tuf s'est déposé sous une certaine hauteur d'eau de la même manière que tous les terrains de sédiment.

La direction générale des accidens que présente la stratification du tuf, ainsi que l'alignement des différentes collines qu'il compose (E. 20°, N.-O 20° S.), correspond au soulèvement de la chaîne principale des Alpes, ce qui fait supposer que le tuf ponceux est contemporain ou peu postérieur aux terrains sub-apennins. La nature des fossiles trouvés dans ce tuf, soit au mont Epomeo, soit au Pausilippe, confirme ce rapprochement, qui résulte de l'étude des directions.

La plupart des minéraux que l'on recueille sur les pentes du Vésuve, et que l'on suppose généralement avoir été rejetés par ce volcan, appartiennent au tuf ponceux. Ils sont disséminés dans les cavités de blocs de calcaire saccharoïde ou de roches micacées d'apparence primitive, qui forment de véritables galets au milieu de ce terrain. La surface de quelques-uns de ces blocs est couverte de *serpules*, ce qui prouve qu'ils ont séjourné un certain temps dans la mer avant de faire partie du tuf ponceux. Du reste, ces blocs ne se trouvent pas exclusivement au Vésuve, M. Dufrenoy en a recueilli dans le tuf du mont Pausilippe, et il parait en exister également dans le tuf des îles Ponces.

Les collines des champs phlégréens sont composées de couches de tuf ponceux; mais au centre de quelques-unes (Camaldoli, Astroni, la Solfatare), il existe des mamelons de trachyte autour desquels les couches de tuf sont ordonnées. D'après la position relative du tuf ponceux et du trachyte dans ces collines, il parait certain que cette dernière roche est plus moderne que la première, et que le relief des champs phlégréens est dû à son arrivée au jour. La direction des couches du tuf conduit en outre à penser que ces trachytes ont été produits en même temps que l'élévation des granits de la chaîne principale des Alpes.

Le mont Epomeo, dans l'île d'Ischia, doit également son élévation au trachyte de la seconde période.

---

surrection de Masaniello, l'autre une scène de la même époque, montrent toutes deux le cône du Vésuve moins élevé que la crête de la Somma. Dans tous les dessins actuels du Vésuve, on voit au contraire que le sommet du cratère domine assez fortement l'escarpement qui l'entoure. Il est très-probable que les deux tableaux en question représentaient fidèlement l'aspect des lieux à cette époque.

Du Vésuve. — Le groupe du Vésuve se compose de deux massifs distincts: la Somma et le Vésuve. Ces deux parties ont été produites par des causes d'un ordre différent. La Somma forme autour du Vésuve une ceinture d'escarpemens abruptes dont les nappes se relèvent de tous côtés vers le centre; elle est le résultat d'un soulèvement général qui a élevé circulairement ses nappes d'abord horizontales.

Le Vésuve est le produit d'éruptions et de soulèvemens partiels; la position du cône du Vésuve au centre du cratère de soulèvement de la Somma, pourrait faire présumer qu'il existe une connexion intime entre ces deux montagnes; mais elles appartiennent à des périodes séparées l'une de l'autre par plusieurs grands phénomènes qui se sont succédé dans l'ordre suivant:

Épanchement des laves de la Somma en nappes horizontales.

Dépôt sous-marin des couches du tuf ponceux, également en couches horizontales.

Soulèvement de la Somma, à l'époque de la formation des champs phlégréens.

Formation du cône du Vésuve dans l'année 79.

La différence qui existe entre la nature et l'état cristallin des roches de la Somma et du Vésuve, confirme les conclusions qui résultent de l'étude de leur position relative. Les nappes de la Somma sont composées principalement d'amphigène et de pyroxène noir (augite), tandis que celles du Vésuve le sont presque exclusivement d'anorthite et de pyroxène vert. Les laves du Vésuve forment toujours des coulées étroites et peu épaisses, dont la texture est en rapport avec la pente du sol sur lequel elles se solidifient. Elles sont bulleuses et scoriacées lorsqu'elles se refroidissent sur une surface présentant un angle supérieur à deux degrés, et elles conservent constamment les traces du mouvement. Elles sont au contraire cristallines et compactes, lorsque s'étant accumulées avec une certaine épaisseur sur un terrain presque horizontal, elles se sont refroidies lentement.

Mouvement oscillatoire du sol de la Campanie. — Le sol des environs de Naples a éprouvé des abaissemens et des élévations successives. Le temple de Serapis est un exemple célèbre de ces oscillations; la côte de Pouzzoles fournit de nombreuses preuves de ces mouvemens oscillatoires. On voit, sur une grande partie de sa longueur, des constructions romaines recouvertes d'une falaise de 20 à 22 pieds de couches de sédiment.

Ensevelissement de Pompéi et d'Herculanum. — La destruction de ces deux villes ne parait pas due exclusivement à une pluie de cendres; la masse terreuse qui les recouvre est composée en grande partie des mêmes élémens que le tuf ponceux qui forme les pentes de la Somma; on y trouve, outre les pierres ponces, les mêmes blocs de roches d'apparence primitive qui contiennent les minéraux dits du Vésuve. Il est donc probable que l'éruption de 79, qui a rejeté une prodigieuse quantité de cendres, a en outre produit l'éboulement d'une partie des contreforts de la Somma, et qu'il en est résulté des alluvions considérables, sous lesquels les deux villes d'Herculanum et de Pompéi ont été ensevelies.

L'érection du Vésuve date très-probablement de cette époque; aucune tradition, aucun monument historique antérieur à cette célèbre catastrophe n'en rappelant le souvenir.

RELATION TRÈS-SIMPLE EXISTANT DANS LES SOLUTIONS D'ACIDE TARTRIQUE ENTRE LEURS PROPORTIONS CONSTITUANTES ET LEUR DENSITÉ, par M. Biot.

On mesure généralement les densités des solutions en prenant leur poids et celui de l'eau dans l'air à la même température, dans un même flacon totalement rempli. Le rapport du premier de ces poids au second exprime ce qu'on peut appeler la densité apparente. Elle diffère de la densité vraie en ce que, pour obtenir celle-ci, il faut d'abord ajouter à chacun des poids observés le poids d'un égal volume d'air, puis réduire le poids absolu de l'eau à ce qu'il devrait être si la température de ce liquide eût été celle du maximum de sa condensation, où chaque centimètre cube d'eau pèse un gramme.

En pesant ainsi un grand nombre de solutions tartriques à des températures diverses, depuis + 13° cent. jusqu'à 27°, M. Biot a vu que leur densité apparente restait presque exactement constante, de sorte qu'entre ces limites de température elles se dilatent sensiblement comme l'eau. D'après cela, leur densité apparente et leur dosage étant observés pour un grand nombre de cas, on pouvait, par interpolation, en déduire la relation continue de ces deux élémens entre les températures assignées. C'est ce qu'a fait M. Biot, après avoir construit d'abord graphiquement, sur une échelle fort exacte, les observations pour rectifier leurs petites anomalies accidentelles, et il a ainsi formé une table qui donne les densités apparentes des solutions dans l'air, pour chaque centième d'acide, depuis 1 jusqu'à 60. Réciproquement ces densités étant données, on peut conclure les proportions d'acide d'après la table, tout aussi exactement que par la balance.

En examinant la courbe graphique tracée pour la construction de cette table, M. Biot a reconnu qu'elle coïncide exactement avec une branche d'hyperbole équilatère, ayant des asymptotes parallèles aux axes rectangulaires des coordonnées, lesquelles étaient ici la proportion ponderable d'acide en centièmes et l'excès de la densité apparente sur l'unité. Connaissant cette relation, deux observations suffisent pour retrouver tous les nombres de la table aussi exactement au moins que par le moyen de la construction graphique. Une troisième donnée est fournie par la nature de la question même, qui veut que la densité apparente égale l'unité quand il n'y a pas du tout d'acide dans la solution.

La constance de ces densités apparentes n'est pas toutefois complétement rigoureuse, même pour l'intervalle de température spécifié plus haut. Les solutions tartriques se contractent réellement un peu plus que l'eau quand la température baisse; d'où il suit que la relation hyperbolique entre leurs proportions d'acide et leurs densités apparentes ne peut être tout-à-fait exacte que pour une même température; mais dans ce cas elle le devient rigoureusement.

En passant d'une température à une autre, l'hyperbole change de position et de puissance; mais si peu qu'entre 18° et 27° de température, par exemple, il faudrait avoir besoin d'une exactitude plus qu'ordinaire pour qu'il fût nécessaire d'y avoir égard. Il est facile de voir, ajoute M. Biot, que cette relation existant entre les densités apparentes, existe aussi entre les mêmes densités réduites au vide; seulement l'hyperbole est tant soit peu différente de puissance et de position.

L'existence de cette relation une fois reconnue, on peut en tirer parti pour résoudre diverses questions de physique moléculaire. On sait par exemple que l'acide tartrique cristallisé ne contient pas d'eau. Ainsi, en cristallisant les groupes moléculaires qui par la polarité de leur aggrégation constituent le cristal, on peut concevoir ces groupes désagrégés livrés à l'arrangement confus qui a lieu dans l'acide liquéfié par la chaleur, et demander quelle serait la densité du système soustrait ainsi à leur mutuelle polarité. La relation hyperbolique conduit à le connaître; car, puisqu'elle reproduit si exactement toutes les densités, quand on donne les proportions d'acide correspondantes, il n'y a qu'à y faire cette proportion égale à l'unité, ce qui suppose l'absence d'eau dans la solution; et la densité qui en résultera sera celle du système liquide, mais exempt d'eau, dont l'aggrégation régularisée forme le cristal d'acide.

Ce calcul ayant été fait pour la température de + 6°,8, relativement à laquelle M. Biot avait déterminé spécialement l'hyperbole par un grand nombre d'observations, la densité apparente dans l'air s'est trouvée 1,68124, ce qui donne pour la vraie 1,68244; maintenant la densité des cristaux d'acide ayant été déterminée en les pesant dans l'essence de térébenthine limpide, qui ne les dissout point, cette densité (ramenée au vide) a été trouvée égale à 1.74144, par conséquent plus forte que celle de l'acide désagrégé, comme on devait s'y attendre, mais de bien peu supérieure, puisque les deux sont entre elles dans le rapport de 59 à 57.

Ainsi, lorsque les groupes moléculaires de l'acide tartrique se sont rapprochés au point de se séparer entièrement de l'eau sans s'être encore agrégés régulièrement, la cristallisation qui succède à cet état confus condense seulement leur système dans le rapport qui vient d'être assigné, et cette faible contraction suffit pour imprimer au corps solide qui en résulte sa forme extérieure, sa structure interne, la double réfraction à deux axes, et toutes les autres propriétés spéciales qu'on observe dans l'acide tartrique cristallisé. La relation hyperbolique fait connaître quelle est pour chaque température la limite de moindre distance où les groupes acides peuvent se maintenir dans l'eau à l'état liquide; en sorte que, rapprochés un peu davantage, leur attraction mutuelle suffira pour les rappeler les uns vers les autres, et les ramener finalement à l'état solide en excluant toute l'eau interposée entre eux. M. Biot en donne un exemple que le défaut d'espace nous oblige d'omettre. Il annonce, en terminant, que bientôt il aura occasion de faire connaître d'autres propriétés spéciales de l'acide tartrique, propriétés non moins remarquables par la nouveauté des phénomènes que par la régularité et la simplicité de leurs lois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 novembre.—*Présidence de M. Lisfranc.*

M. Bouvier demande que l'Académie nomme une commission spéciale ou invite la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Guérin, à examiner les appareils orthopédiques employés à Chaillot depuis quatorze ans; il assure que ces appareils exercent un double effet latéral sur l'épine déviée en S, et rapporte la première idée de cette méthode à Levacher de la Feutrie. Il demande un tour de faveur dans la plus prochaine séance, pour lire une note plus détaillée à ce sujet (1).

— M. Malgaigne adresse, en réponse à la réclamation de M. Thomson, une lettre dans laquelle il réfute toutes les prétentions de M. Thomson à la priorité pour le nouveau principe d'application des bandages herniaires. A cette lettre sont jointes deux attestations soigneusement encadrées, écrites et signées de la main de M. Thomson, par lesquelles il déclare que M. Malgaigne lui a communiqué ses vues nouvelles sur les bandages herniaires, et que les siennes propres, fondées seulement sur des notions anatomiques, n'ont point encore été essayées sur le vivant. Ces deux pièces sont datées du 5 novembre (2).

Histoire d'une opération césarienne pratiquée avec succès pour l'enfant et pour la mère, par M. le professeur Stoltz, de Strasbourg. — M. Murat, rapporteur.

Obs. — Jeannette Lialf, âgée de 26 ans, née de parens bien portans, a été affectée de rachitis pendant son enfance. A dix ans, elle fit une maladie grave, à la suite de laquelle elle eut des convulsions et une paralysie de la langue qui a duré près d'un mois. Depuis cette époque, sa croissance a été complètement arrêtée; elle n'a que 44 pouces. Du sommet de la tête au coccyx, on compte 26 pouces, et du coccyx aux talons 18. Sa tête est très-volumineuse, et en disproportion avec le reste du corps. La colonne vertébrale est parfaitement droite, et le torse bien conformé, mais petit. Le bassin présente peu de développement dans sa totalité; il est d'ailleurs bien configuré; les membres sont courts, déviés, surtout près des articulations.

La fille Lialf a été réglée à 17 ans; la menstruation n'a pas cessé de se faire régulièrement depuis cette époque. Enceinte de huit mois, elle s'est présentée le 12 novembre 1834 à l'hôpital de Strasbourg. Peu après son arrivée, elle a été examinée avec soin, et on a constaté que le vagin était resserré et court, et son orifice assez étroit. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, mesuré d'abord avec le doigt indicateur et puis avec l'intro-pelvimètre de Wissemberg a donné 2 pouces 4 lignes d'étendue. Le fond de la matrice atteignait l'épigastre; toutefois la respiration était assez libre, et les fonctions digestives s'exécutaient avec facilité. Les mouvemens de l'enfant annonçaient qu'il était fort et bien portant. Le segment inférieur de l'utérus était peu proéminent dans le bassin, et la tête du fœtus élevée et mobile.

Le résultat de cette exploration fut que cette fille ne pouvait pas accoucher à terme sans le secours de l'art, et qu'une opération grave deviendrait nécessaire pour la délivrer.

Dans la nuit du 19 au 20 décembre, Jeannette Lialf ressentit des douleurs de reins et des envies fréquentes d'uriner; bientôt après, elle eut des douleurs intermittentes régulières; des glaires sanguinolentes s'écoulaient par la vulve. Le toucher fit reconnaître que le col était effacé; son orifice, à peine marqué, se dirigeait en arrière et à gauche. Derrière et au-dessus des pubis on rencontrait la tête, qui était volumineuse et assez résistante. On prescrivit la situation horizontale et le plus grand repos. A trois heures de l'après-midi, les contractions utérines étaient très-rapprochées; l'orifice de ce viscère occupait le centre du bassin, et avait acquis une assez grande dilatation; les membranes se tendaient pendant les douleurs; la tête occupait la même position; le fœtus était plein de vie.

Avant de se décider sur le parti à prendre, MM. Ehrmann et Stoltz voulurent introduire la main entière dans le vagin, afin de mieux explorer le bassin. L'étroitesse de l'orifice vaginal, ou plutôt de la vulve entière et du vagin, et probablement aussi le peu de développement du détroit inférieur du bassin, ne leur permirent pas de faire pénétrer plus de quatre doigts, ce qui était à la vérité bien suffisant pour constater la disposition déjà décrite des parties molles et dures.

L'impossibilité de l'accouchement spontané étant reconnue, et les autres moyens jugés insuffisans, il fut arrêté que l'opération césarienne seule pouvait sauver l'enfant et la mère en même temps; qu'on y aurait recours lors que le travail serait un peu plus avancé, et que l'orifice utérin présenterait une dilatation d'un pouce et demi au moins. La femme n'ayant mis aucune opposition à cette résolution, fut placée sur un lit convenablement disposé. Quoiqu'elle eût uriné fréquemment, une algalie fut portée dans la vessie pour la vider complétement. Avant d'aller plus loin, M. Stoltz crut devoir faire une dernière exploration, au moyen de laquelle il s'assura que l'orifice utérin, toujours au centre du bassin, était dilaté de la largeur d'une pièce de 5 fr. Les membranes étaient intactes; la tête du fœtus, appuyée auparavant sur les pubis, avait glissé sur le détroit supérieur et le coupait; une bien petite portion du crâne faisait saillie dans le petit bassin. On constata de nouveau la vie de l'enfant.

La femme couchée horizontalement, la tête un peu élevée et les extrémités légèrement fléchies, un aide placé à droite fut chargé de faire saillir le fond de la matrice sur la ligne médiane du ventre au moyen des deux mains appliquées sur les côtés de la partie supérieure de l'abdomen. Un second aide placé au bas du lit, entre les cuisses de la femme, devait faire saillir la partie inférieure de l'utérus, et tendre en même temps la peau du ventre avec ses deux mains appliquées latéralement. M. Stoltz, après s'être assuré qu'aucune anse intestinale n'était engagée entre l'utérus et la paroi abdominale, fit une incision avec un bistouri convexe, partant de 2 pouces et demi de la symphyse pubienne, et s'étendant le long de la ligne blanche jusqu'à 2 pouces et demi au-dessus de l'ombilic, en contournant celui-ci à gauche. L'aponévrose et le péritoine étant mis à découvert, il les saisit et les souleva vers le milieu de la plaie avec des pinces à dissection. Coupant ensuite en dédolant, il pratiqua une petite ouverture par laquelle il s'écoula quelques gouttes de sérosité. Quittant alors le bistouri convexe pour en prendre un concave et boutonné, il l'introduisit dans l'ouverture qu'il venait de pratiquer, et fendit l'aponévrose et le péritoine, d'abord en bas, puis en haut dans toute la longueur de l'incision extérieure.

Malgré l'attention qu'on avait eue d'appliquer exactement la paroi abdominale sur la matrice, une anse intestinale contourna néanmoins la partie inférieure gauche de l'utérus et fit hernie; on la réduisit facilement.

Pour s'assurer si la matrice avait éprouvé un mouvement de rotation sur son axe, M. Stoltz glissa sa main sur la lèvre droite, près de l'angle supérieur de la plaie; ayant acquis la certitude qu'il n'y avait aucun déplacement, il reprit le bistouri convexe pour inciser avec lenteur et couche par couche les fibres utérines. L'utérus avait en ce point environ cinq lignes d'épaisseur.

La dernière couche se déchira plutôt qu'elle ne fut divisée, et laissa à nu les membranes de l'œuf. Cette ouverture fut agrandie en glissant le doigt indicateur entre l'œuf et l'utérus, et en conduisant sur le doigt le bistouri boutonné.

Avant de rompre les membranes, on redoubla de soins pour appliquer la paroi abdominale sur l'utérus, afin d'éviter l'épanchement des eaux de l'amnios dans le ventre.

L'œuf ouvert, il s'écoula 3 ou 4 onces d'eau. Le côté droit du fœtus s'étant présenté, on alla chercher les pieds et on les amena au dehors avec assez de facilité. On fit ensuite l'extraction du tronc et de la tête sans rencontrer d'obstacle.

L'enfant, du sexe féminin, jeta aussitôt des cris; il était fort et bien portant; il avait 18 pouces de longueur et pesait 6 livres moins un quart.

Le vide survenu par suite des contractions de l'utérus rendit la hernie des intestins imminente; on parvint à l'empêcher, ainsi que l'épanchement du reste des eaux de l'amnios et du sang qui suivirent la sortie du fœtus. On attendit quelques minutes avant d'extraire le placenta et les membranes. Après la délivrance, la matrice fuit en se contractant, et alla se cacher dans le bassin. Une portion d'intestin grêle parut aussitôt dans l'angle inférieur de la plaie abdominale; on parvint facilement à la faire rentrer; mais alors l'épiploon s'engagea dans l'angle supérieur, malgré la précaution que l'on avait eue de recouvrir cette partie de la plaie avec une éponge. Ayant refoulé cette membrane un peu rudement avec les doigts, il en résulta immédiatement des secousses violentes du diaphragme, qui faillirent de faire sortir tout le paquet intestinal par la plaie.

Le hoquet cessa dès qu'on procéda avec plus de douceur. Enfin la plaie étant rétrécie, on put en rapprocher les lèvres exactement et les maintenir en contact au moyen de quatre points de suture. Des bandelettes agglutinatives larges de deux travers de doigt et de trois pieds de long, furent passées sous les reins et les

(1) Je regrette que M. Bouvier n'ait pas pris une connaissance plus exacte du mémoire et de l'appareil que j'ai présentés à l'Académie; il se serait convaincu que mon appareil diffère complétement de ceux qu'il emploie, et, de plus, que j'ai cité Levacher de la Feutrie pour ce qu'il a fait d'utile en orthopédie.

N. du R.

(2) Nous nous dispensons de reproduire ces deux lettres, qui auraient jugé parfaitement la question, si une priorité plus redoutable n'était intervenue dans cette lutte. M. Mott, si naïvement appelé en témoignage par M. Thomson, à l'appui de ses prétentions, nous a dit qu'il mettait depuis plus de vingt ans cette méthode en usage, et qu'il la tenait de sir A. Cooper. On la trouve en effet parfaitement décrite dans son grand ouvrage sur les hernies, 2e édition, 1827, pages 21 et 22. Ce qui est bien remarquable, c'est que ni Samuel Cooper, ni les *Leçons cliniques* d'A. Cooper, publiées à Londres, n'en font aucune mention.

chefs croisés sur la plaie. On mit par dessus de la charpie, des compresses, et le tout fut maintenu par d'autres bandes agglutinatives.

Cette opération, qui dura en tout 25 à 30 minutes, fut pratiquée en présence de plusieurs professeurs de l'école et de l'hôpital militaire de Strasbourg, et d'un grand nombre d'élèves en médecine et sages-femmes.

Les suites furent longues et orageuses. Des accidens graves dépendant spécialement de la division du tissu utérin. de la double lésion du péritoine et de l'irritation des organes digestifs, se manifestèrent bientôt et donnèrent pendant longtemps de vives inquiétudes.

Ces accidens sont décrits en quelque sorte heure par heure, jour par jour avec le plus grand soin, et avec cette précision que l'Académie a dû remarquer dans l'observation qui en a provoqué le développement.

Le traitement a des droits à des éloges non moins mérités. L'histoire de ces accidens et des moyens mis en usage pour les combattre étant un peu longs, nous les passons sous silence, et nous bornons à dire que la fille Liaff a pu, le trente-deuxième jour de l'opération, quitter son lit pour la première fois, et pendant une heure seulement. La santé s'est successivement améliorée depuis cette époque. Le trente-cinquième jour la plaie du ventre était complètement cicatrisée; les règles reparurent le soixante-dixième jour. Cette évacuation s'est faite les mois suivans d'une manière régulière; seulement une ou deux fois l'irruption s'est accompagnée de douleurs hypogastriques.

L'enfant ne pouvant pas être allaité par sa mère, a été confié à une nourrice.

La commission propose le renvoi au comité de publication.

M. Bouillaud objecte que l'observation a déjà été insérée dans les *Archives médicales de Strasbourg*.

M. Moreau pense qu'il serait encore alors important de la reproduire dans les mémoires de l'Académie; aucune autre observation de ce genre n'offrant à la fois autant de détails et autant d'authenticité.

Les conclusions sont adoptées, toutefois avec cette condition que le comité de publication devra s'assurer si réellement ce travail a déjà été publié.

RAPPORTS DE LA COMMISSION DU CHOLÉRA.

M. Pariset, au nom de cette commission, lit successivement une douzaine de rapports sur des remèdes infaillibles proposés au gouvernement contre le choléra. Les uns sont tout-à-fait insignifians, les autres absurdes. L'un de ces faiseurs de découvertes recommande d'administrer au malade de l'huile camphrée *jusqu'à plénitude du canal intestinal!* La plupart de ces rapports, où quelques mots suffisent pour mettre en relief le ridicule ou la stupidité des traitemens proposés, excitent dans l'Académie une hilarité qui monte peu à peu jusqu'à un rire inextinguible. La commission rejette toutes ces panacées l'une après l'autre; mais M. Nacquart trouve encore pour quelques-uns le jugement trop peu sévère; et l'Académie adopte en effet des conclusions empreintes d'un blâme plus rigoureux.

— M. Maisonabe demande un tour de faveur; mais M. Bouillaud réclame la parole.

RHUMATISME ET ENDOCARDITE.

M. Bouillaud lit une note extraite d'un ouvrage qu'il va publier, sur le traitement, par les évacuations sanguines, de la péricardite et de l'endocardite, et les rapports de cette maladie avec le rhumatisme.

M. Itard confirme les idées de M. Bouillaud sur la coïncidence de ces maladies; mais il il pense que l'émétique à haute dose produit de bons effets.

M. Bouillaud répond que ce moyen a échoué entre les mains de Danee, et qu'il l'a essayé lui-même sans avantage, même combiné aux émissions sanguines. Il ajoute que, quiconque a pendant soixante jours un rhumatisme aigu, aura certainement une maladie de cœur; son expérience à ce sujet est si positive, que, lorsqu'il arrive à l'hôpital un malade avec des signes d'ossification du cœur, il assure d'avance qu'il a eu un rhumatisme.

M. Dupuis a observé à Toulouse de très-bons effets des saignées dans des maladies pareilles sur les chevaux; la perte du sang était portée jusqu'à 30 à 36 livres. Par les méthodes ordinaires les animaux périssaient, et à l'ouverture on trouvait la membrane interne du cœur rouge, non d'imbibition, mais avec une espèce d'hydropisie du péricarde. M. Andral fils a observé ces lésions avec lui à Montfaucon.

M. Capuron dit qu'il y a huit ans M. Breschet a cité un cas de rhumatisme articulaire aigu guéri avec 8 grains d'émétique.

M. Bouillaud. Je ne voudrais cependant pas effrayer les rhumatisans: il faut observer qu'il existe un rhumatisme nerveux dans lequel on éprouve les mêmes accidens du côté du cœur, palpitations, irrégularités du pouls, syncopes, sans que pour cela il y ait autre chose qu'une lésion nerveuse.

VÉGÉTATIONS NOMBREUSES DANS L'URÈTRE.

M. Amussat présente une pièce d'anatomie pathologique remarquable et peut-être unique; ce sont des végétations d'une à trois lignes de longueur, occupant en grand nombre l'urètre d'un homme; il y avait en même temps rétrécissement vers la prostate.

Séance levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE RHINOPLASTIE pratiquée par M. DOUBOWITSKY, médecin russe (1).

François Barrois, ouvrier teinturier, âgé de 42 ans, d'une constitution robuste, domicilié à l'hospice de Bicêtre, avait, depuis dix-huit ans, le nez rongé par suite de la maladie syphilitique, et probablement aussi du traitement mercuriel; toutefois les os du nez étaient restés intacts, et je le trouvai dans de très-bonnes conditions pour lui pratiquer la rhinoplastie, m'étant assuré qu'il était entièrement guéri de la maladie syphilitique, et le malade lui même ayant un vif désir d'être debarrassé de sa difformité.

Avant tout, je le préparai pendant trois semaines par une diète convenable, une saignée et des laxatifs; et le 30 juin 1835, je lui pratiquai l'opération en présence de MM. les docteurs Valentine, Mott, Amussat, Pinel-Grandchamp, Kappeler, Faure, Fabré-Palaprat, Schmidt, Crispo-Manunta et plusieurs autres chirurgiens et médecins. Voici le procédé que j'employai.

La veille de l'opération, je fis raser les cheveux de la tête du malade. Je pris une tête d'albâtre qui se rapprochait le plus par la forme de la sienne; et ayant moulé sur cette tête un nez de cire, je l'ajustai sur le visage du malade; puis, après l'avoir trouvé bien approprié à sa figure, je taillai le patron du nez sur un morceau de papier, en ayant la précaution de le faire au moins d'un quart plus grand. Enfin je le posai sur le front, et j'en dessinai le contour avec de la solution de nitrate d'argent.

La forme que je donnai au patron était celle d'un ovale terminé par un angle dans la partie supérieure, et dans la partie inférieure par un pédicule oblique large de 5 à 6 lignes. La longueur de l'ovale était d'environ 2 pouces trois quarts, et la largeur de 2 pouces. Le pédicule correspondait au sourcil droit; son bord supérieur se terminait en angle aigu avec le lambeau; son bord inférieur décrivait un cercle, venait atteindre le bord opposé de l'ovale. Dans la partie supérieure du patron correspondant à la partie du lambeau qui devait servir pour former la sous-cloison et les ailes du nez, je fis deux incisions qui le partageaient en trois parties, la moyenne destinée à faire une sous-cloison redoublée sur elle-même et les parties latérales de forme triangulaire; devant aussi se redoubler et constituer les ailes du nez. Ce procédé de redoubler la sous-cloison et les ailes du nez, a pour but de donner au bout du nez plus d'appui, et de faire que les narines, tapissées par l'épiderme, n'aient aucune tendance à s'oblitérer. Il a été proposé par M. Labat. Je dessinai aussi ces incisions sur le front du malade avec la solution de nitrate d'argent.

Ces préparations faites la veille, le jour de l'opération rien ne pouvait la prolonger inutilement et augmenter encore les souffrances du malade. Je procédai donc sur-le-champ à la dissection du lambeau: trois incisions suffirent pour le séparer des parties environnantes. Dans la première je plongeai la pointe d'un bistouri droit dans l'angle inférieur du côté droit, près du sourcil et là où se terminait le bord supérieur du pédicule, et je fis une seule section semi-lunaire qui atteignit l'angle supérieur du lambeau. De là j'en fis partir une seconde qui alla se terminer au dessous du sourcil droit circonscrivant la partie latérale gauche du lambeau et le bord inférieur du pédicule. Une troisième section droite de 5 à 6 lignes fut nécessaire pour le bord supérieur du pédicule.

Le lambeau ainsi circonscrit de tous les côtés, je soulevai son angle supérieur, et je le séparai en quelques secondes du tissu cellulaire qui recouvrait le périoste.

Ce premier temps de l'opération ne dura pas plus de deux minutes, et fut très-facile à cause de la forme du lambeau. La dissection terminée, je fis deux incisions sur les côtés du nez, je disséquai la peau qui recouvrait les os nasaux. Les deux incisions commençaient sur les os au-dessous des sourcils, et se terminaient là où devaient s'insérer plus tard les ailes du nez.

Je tordis toutes les artères coupées dans ces sections. Ici je ferai remarquer que le succès de la rhinoplastie, et en général de toutes les opérations d'autoplastie, ou bien de celles dans lesquelles on veut obtenir la réunion par première intention, peut être quelquefois compromis par la ligature des artères, et que leur torsion, proposée par M. Amussat, offre alors un grand avantage.

Après cela, je pris le lambeau et lui fis exécuter un mouvement de demi-rotation sur son pédicule, sans tordre celui-ci sur lui-même, modification importante, dont la première idée vint à M. Lisfranc; puis je fis les deux incisions déjà indiquées, qui séparèrent en trois la partie du lambeau destiné à former la sous-cloison et les ailes du nez; je repliai la portion moyenne sur elle-même, et j'en fis autant pour les parties latérales; il fallut faire éprouver une petite déperdition de substance à la surface saignante du lambeau, afin de faciliter le ploiement. J'eus beaucoup de difficulté à maintenir ces parties repliées, car par l'élasticité des tissus qui formaient le lambeau, elles se dédoublaient. Pour les ailes du nez, je n'employai que des sutures de fil,

(1) C'est l'histoire de cet opéré qui a été montré à l'Académie de médecine dans l'avant dernière séance.

mais pour redoubler la sous-cloison, je passai trois épingles, dont je pliai les bouts sur eux-mêmes.

Pour implanter la sous-cloison, je fis une incision qui traversait les deux tiers de la lèvre supérieure, et je l'y fixai à l'aide d'un fil armé de deux aiguilles qui traversa d'abord la sous-cloison, puis fut passé à travers les deux côtés de la lèvre supérieure; en sorte que le nœud fut serré dans la bouche. Cinq ou six points de suture entrecoupée fixèrent de chaque côté les parties latérales du nez, et je réunis par des sutures entortillées (circonflexes) la partie supérieure et inférieure de la plaie du front, laissant béante la partie moyenne, afin de ne pas opérer trop de tiraillemens.

L'opération terminée, je remarquai qu'à cause de la grande élasticité du lambeau la cloison descendait en bas et formait un arc, et que les ailes du nez remontaient. M. Pinel-Grandchamp me proposa de traverser les ailes et la cloison par une épingle, afin de les maintenir au niveau, ce qui fut exécuté, et cette épingle les a très-bien maintenus. Sur la plaie du front, on a mis de la charpie recouverte de cérat, et par-dessus de la charpie imbibée d'eau froide; le nez fut laissé tout-à-fait à découvert.

L'opération avait duré une heure et quart; le malade l'avait très-bien supportée. A peine eut-il un peu de fièvre. J'avais prescrit une diète absolue; on administrait deux lavemens par jour; on appliquait des cataplasmes légèrement sinapisés aux pieds; pour boisson, il avait de la limonade, et dès que je remarquais tant soit peu de disposition à l'érysipèle, je le saignais ou je faisais appliquer des sangsues. Pendant les quatre premières semaines, le malade fut deux fois saigné, et trois fois 20 sangsues lui furent appliquées derrière les oreilles. Au bout de dix jours, j'ôtai toutes les aiguilles et les points des sutures; la réunion par première intention était presque complète; seulement, j'étais un peu contrarié de ce que les parties du lambeau redoublées dans la narine gauche ne voulaient pas bien prendre; je tâchai d'y remédier en la tamponnant légèrement avec de la charpie.

Lors de mon départ de Paris, le 27 août, j'ai laissé mon malade dans l'état le plus satisfaisant; le nez avait bien pris, la plaie du front était en très-grande partie cicatrisée et les cheveux qui étaient sur le bout du nez commençaient à tomber; car le front du malade étant trop petit, j'avais dû prendre une partie du lambeau sur le cuir chevelu.

Le pédicule n'étant point tordu sur lui-même, il n'a pas été besoin d'en faire la section, qui est quelquefois si dangereuse en produisant soit la gangrène du lambeau, soit l'atrophie du nez nouveau privé de sa principale nutrition; en sorte qu'on a vu des nez qui après l'opération étaient d'une grandeur nécessaire, s'atrophier au point de ne laisser à peine que quelques traces. Ici, au contraire, le pédicule étant large de 5 à 6 lignes et court, le lambeau avait une nutrition suffisante, et il a toujours conservé après l'opération la couleur, la chaleur et la sensibilité normales; seulement, comme cela a été déjà remarqué, la sensation par le lambeau se transmettait au front. Le nez s'est un peu atrophié, mais sans laisser rien à regretter, attendu que je l'ai fait d'un quart plus grand. L'opération a été pratiquée en une seule fois et je n'y suis pas revenu. C'est pour la première fois que se trouve exécuté sur le vivant le procédé de M. Labat; je le considère comme le plus satisfaisant de tous ceux qu'on a employés jusqu'ici; seulement je dois dire que le repli de la narine gauche n'a pas bien pris, et les moyens employés pendant l'opération n'ont pas été suffisans pour le retenir comme il faut: à l'avenir je tâcherai d'y remédier par quelque modification, par exemple en employant le fil de plomb, et le tordant sur des lames métalliques qui empêcheraient le fil de couper le lambeau et en même temps maintiendraient bien les doublures ensemble, condition indispensable pour la réunion par première intension.

J'ai fait cette rhinoplastie pour la première fois, ne l'ayant jamais vu pratiquer, et guidé seulement par les principes posés pour son exécution. Je termine en manifestant mon regret de n'avoir pas pu suivre moi-même mon malade plus long-temps (1).

OBSERVATION RELATIVE A UN CAS DE GROSSESSE PRÉCÉDÉE DE SYMPTÔMES INSOLITES; communiquée par M. le docteur RIDARD, à Corné près d'Angers.

OBS. — Tourloud Renée, âgée de 22 ans, tempérament nerveux, douée d'une sensibilité extrême, s'est toujours bien portée; elle est réglée depuis l'âge de 15 ans. A 19 ans elle s'est mariée à un cultivateur. Sa mère a eu deux couches et n'a pas cessé d'être réglée avant le cinquième mois de sa grossesse. Vingt mois environ après son mariage, vers sa 21e année, elle s'aperçut que son ventre prenait un peu d'accroissement et que ses règles diminuaient de quantité.

Les choses continuèrent ainsi pendant un an; le ventre prenant de jour en jour plus de volume, et les menstrues revenant toujours régulièrement. A la fin de juillet 1834 (elle avait près de 22 ans), à la suite d'un chagrin violent elle éprouve des accidens nerveux très-graves; perte de connaissance; mouvemens convulsifs, puis douleurs dans les lombes, dans le ventre, accompagnées de tranchées avec envies fréquentes d'uriner et difficulté de se tenir debout. Elle dit sentir les mouvemens d'un enfant depuis plus d'un mois. Le ventre est régulièrement tendu comme au septième mois d'une grossesse. (Saignée du bras, sinapismes, potion calmante.) Les accidens se calment après douze heures de durée et la santé reprend son cours habituel.

Vers le milieu d'août, Tourlond fit une chute de quelques pieds de hauteur sur les mains et n'en ressentit que de la peur sans aucune espèce de mal.

Un mois après, suppression totale des règles, digestion difficile et bientôt impossible, l'estomac refusant toute espèce d'alimens solides ou liquides.

A la fin d'octobre la faiblesse devint extrême, les accidens nerveux recommencent. Obligée de garder le lit, elle s'évanouit souvent après avoir éprouvé une constriction douloureuse à l'estomac et à la poitrine; douleurs dans le ventre, mais vagues; mouvemens comme convulsifs dans l'intérieur de l'abdomen qui sont rapportés par la malade à l'agitation d'un enfant.

Le 5 novembre, sans cause connue, les accidens augmentent d'intensité; douleurs semblables à celles qui précèdent l'accouchement pendant deux nuits et un jour. (Saignée de bras, sinapismes, vésicatoires aux jambes, potion calmante, trois bains dans lesquels la malade retrouve du calme.) Pendant les tranchées qui furent atroces et arrachaient des cris aigus à la patiente, l'estomac tolérait toutes les boissons qui lui étaient confiées. La constipation persistait depuis trois semaines et la vessie ne s'était point vidée depuis deux jours. Le ventre est tendu, douloureux à la pression et résonne comme dans la tympanite; il n'offre pas cette dureté qui existe quand la matrice est distendue par un fœtus; d'ailleurs le toucher, pas plus qu'à la première attaque, ne fait reconnaître aucun indice de travail; le col de la matrice placé haut est long et nullement entre-ouvert; l'oreille appliquée sur le ventre ne perçoit pas le bruit du cœur d'un enfant. (Le cathétérisme retire de la vessie plus d'une pinte et demie d'urine; suppositoires de miel dans le rectum. Plusieurs selles, liniment excitant sur l'abdomen.) Le mal apaisé, les vomissemens revinrent.

Le 17, nouvelles tranchées précédées cette fois d'un afflux de sang à la tête et d'une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine. La malade, qui semblait épuisée, a retrouvé toute son énergie et pousse avec une force incroyable, croyant se débarrasser du produit de la conception. Vomissemens, envies fréquentes d'uriner; crampes dans les cuisses, douleurs dans les lombes et dans le passage; sentiment d'ardeur dans la vulve. Du reste, même état de la matrice.

Le doute sur l'existence d'un fœtus s'était déjà plus d'une fois présenté à mon esprit, et je crus devoir proposer un confrère. M. Ouvrard, professeur à l'école de médecine d'Angers, vint m'aider de ses conseils. Comme à moi, il lui fut impossible, soit par l'auscultation, soit par le toucher pratiqué sur la malade couchée ou debout, de reconnaître la présence d'un enfant.

A quoi donc avions-nous affaire? D'un côté la malade affirme sentir les mouvemens d'un enfant; mais elle n'a jamais été enceinte et peut aisément se tromper. La diminution des règles remonte trop haut pour qu'on puisse la rapporter à l'origine d'une grossesse; l'aménorrhée, complète depuis deux mois, n'a pas plus de valeur, puisque si peu de temps n'eût pas suffi au développement du ventre, et que d'ailleurs, avant cette époque, il y a eu des symptômes qui d'ordinaire indiquent la parturition. Nous avons vu qu'aucun signe physique ne démontrait la grossesse. Y avait-il grossesse extra-utérine? Mais dans ce cas l'utérus et son col surtout subissent, vers le terme ordinaire, des modifications qui n'existent point ici, et puis alors le ventre n'a point la régularité que nous voyons chez cette malade.

S'agissait-il d'un fœtus mort? mais le travail n'en aurait pas moins lieu, et les mouvemens que sent la Tourloud avaient cessé. Y a-t-il un corps étranger dans la matrice, mole, polype? il est difficile de le croire. M. Ouvrard pensa à une névralgie de la moelle; mais pourquoi cette cessation absolue des règles, après que pendant long-temps elles ont été moins abondantes? Pourquoi cette absence totale de douleurs à une époque où le ventre se développait si extraordinairement?

Quoi qu'il en soit, l'indication actuelle était de calmer les souffrances. (Bain tiède d'une heure; cataplasme laudanisé sur le ventre: demi grain d'opium de trois en trois heures.) Sommeil pendant la nuit.

Le 19, la malade ayant voulu prendre du bouillon, il y a eu plusieurs vomissemens. (Sous-nitrate de bismuth, 1 gros; magnésie, 1 gros; extr. gom. d'opium, 12 gr., p. 36 pilules à prendre 3 par jour. Lavemens, bain tiède.)

Le 24, M. Ouvrard revient. Il y a eu encore des vomissemens dans la nuit; peu d'urine; constipation. Le toucher trouve le segment antérieur de l'utérus développé et formant dans le vagin comme un corps étranger; ventre tendu, douloureux à la pression; intestins remplis de gaz. Un peu d'eau épanchée dans le péritoine. N'y a-t-il pas eu inflammation lente de la matrice, compliquée de celle du péritoine qui l'environne? (Huit sangsues à la vulve, cataplasmes.)

Le 25, Les sangsues ont saigné beaucoup; évanouissemens; étourdissemens continuels; vomissemens; urine facile. (Vésicatoires aux jambes, tisane de riz et de coing, toutes les nuits un grain d'opium en pilules.)

Le 26, nuit calme; les vésicatoires ont beaucoup donné.

Le 29, vomissemens moins fréquents; constipation. (Eau de gomme nitrée; lavement purgatif à prendre par quarts.)

Le 3 décembre, vomissemens la nuit et le matin; céphalalgie; douleur à l'épigastre. (Frictions avec pomm. stibiée; un bain.)

(1) Nous devons dire ici que M. Doubowitski est un des élèves de M. Amussat, qui éprouvait la plus grande répugnance pour les opérations sanglantes, et que cet habile professeur a aguerri par des expériences sur les animaux vivans.

Le 6, il y a du mieux ; la malade mange du potage maigre ; peu de sommeil ; urines épaisses, rougeâtres ; constipation ; le ventre a diminué de volume ; éruption de nombreuses pustules à l'épigastre.

Le 12, la malade se lève, dort la nuit, mange, va à la selle.

Le 18, elle a repris ses occupations habituelles ; cependant le ventre est toujours volumineux, mais sans douleur. Il y encore quelques vomissemens ; les règles n'ont pas reparu. (Huit sangsues à la vulve. Pilules avec bismuth, digitale, extrait d'opium.).

Le 5 janvier 1835, les vomissemens continuent, surtout le matin, excités particulièrement par la vue des alimens gras ; du reste, nulles douleurs ; sommeil, urines, selles régulières (Frictions avec l'onguent mercuriel sur l'abdomen.)

Le 8, même état. (Emplâtre de ciguë à l'estomac ; pilules *ut suprà*.

Le même état persiste jusqu'à la fin de mai, époque à laquelle la malade a acquis un volume énorme, de telle sorte que son ventre est tout-à-fait projeté en avant, tandis que sa tête et ses épaules se projettent en arrière. Elle ne peut rester assise ni couchée ; elle vomit presque constamment, et persiste à dire qu'elle sent les mouvemens d'un enfant.

Le 15 juin, R. Toulond. assistée de mon père et de M. Ouvrard, accouche, au moyen du forceps, d'un enfant mâle à terme.

Les suites de couche n'ont rien offert de particulier.

T. Ribard, D.-M.

Corné, près d'Angers. (Maine-et-Loire.)

OBSERVATION RELATIVE A UN CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE ABDOMINALE ; communiquée par M. Putégnat, docteur-médecin à Lunéville.

Obs. — Dans le mois de décembre dernier, M. Gueury fut appelé par une femme de 30 ans, dans les douleurs de l'enfantement et qui, dix huit mois auparavant, avait été délivrée par le forceps par le même accoucheur. Peu avant son arrivée, la sage-femme avait déchiré la poche des eaux. Ce docteur toucha avec soin la malade, reconnut le cas difficile, et rare et fit venir son confrère M. Castara. Ces deux accoucheurs, d'un commun accord, voyant que l'opération césarienne abdominale était la seule planche de salut qui restât à la malade, me firent appeler, non-seulement pour avoir mon avis, mais encore très-probablement, pour me rendre témoin d'une opération très-rare. Ces deux confrères me laissèrent examiner la malade, sans m'indiquer ce qu'ils avaient remarqué, persuadés qu'ils étaient et avec raison, que c'est là la meilleure marche à suivre pour connaître un jeune accoucheur et avoir son avis non basé sur des préjugés. Je procédai donc à l'examen de la patiente, sans notion aucune sur son bassin. Et d'abord j'examinai les parties externes de la génération Ce faisant, je trouvai le périnée tellement bombé que, tout d'abord, je crus qu'une tête d'enfant allait passer entre la vulve et le rectum. L'erreur ne dura qu'un instant. En effet, en pratiquant le toucher vaginal, mon doigt fut dejeté à droite de la malade par une tumeur énorme, dont la surface parcourue était celle d'un solide elliptique. Cette tumeur était dure, indolente, legèrement renitente ; elle siégeait sur la face concave du sacrum, occupait ainsi la petite excavation pelvienne, et s'étendait au détroit supérieur, de telle sorte qu'il n'y avait à gauche que trois à quatre lignes, et à droite cinq à six entre la branche descendante du pubis et la tumeur. Au-dessus du détroit superieur, le bout de l'index parcourait une surface d'un pouce au plus de diamètre, et que l'on reconnaissait, au cuir chevelu, être une tête d'enfant ; mais on ne pouvait dire quelle position elle affectait. Alors seulement je reconnus que ce n'était point une tête d'enfant, mais bien la tumeur qui faisait bomber le périnée. De fortes contractions se succédaient chaque cinq minutes, et la malade demandait qu'on lui *ouvrît le ventre*. La symphysiotomie était contre-indiquée ; l'embryotomie n'était point proposable, car l'application des instrumens était impossible, et à plus forte raison l'extraction de la base du crâne ; d'un autre côté, le céphalotribe ne pouvait être employé. La section des parois abdominales et utérines était donc la seule opération qui offrît à l'enfant des chances de vie, à la mère une lueur d'espoir. L'opération fut à l'instant exécutée par M. Gueury, M. Castara et moi lui aidant. Elle n'offrit rien de remarquable, sinon que, sur l'avis du docteur Castara, contrairement aux livres, l'incision de la ligne blanche ne s'éleva que jusqu'à un pouce au-dessus de l'ombilic, ce qui ne gêna en rien l'opérateur pour extraire vivant un gros enfant qui était en première position de la tête. Les parois de la matrice avaient une épaisseur de deux pouces environ.)

Après avoir enlevé le placenta, et le plus possible des caillots sanguins qui se trouvaient dans la cavité péritonéale, le chirurgien mit quatre points de suture enchevillée et fit le pansement. Le régime ordonné fut le suivant : fomentations narcotico-émollientes sur le ventre, injection par le vagin ; succion des seins avec un instrument *ad hoc* ; émulsion d'amandes, un looch. L'opérée avait une bronchite intense. Sept heures environ après l'opération, la malade avait de fréquens vomissemens ; face point grippée ; pouls dur, à 100 pulsations par minute ; douleur dans les hypocondres, surtout dans le droit, augmentant par la pression et la toux. On diagnostiqua une péritonite. Même traitement. Le lendemain pouls à 115 environ, faible ; sueur sur la figure ; vomissemens ; ventre balloné ; douleur abdominale disparue. Toux très fréquente ; l'expectoration est impossible ; on devine pourquoi. Dans le looch on ajoute : kermès minéral, un grain. Le deuxième jour, le docteur Gueury voulut lever l'appareil craignant qu'une anse intestinale ne fût pincée entre les bords de la plaie. La prévision fut juste. Mais ce n'était point là la cause de vomissemens. Quoique la malade se trouvât bien, cependant notre pronostic fût fâcheux ; parce que les bronches s'embarrassaient de plus en plus ; et, en effet, 48 heures après l'opération, M. Gueury et moi la quittâmes expirante.

La nécropsie, faite 8 à 9 heures après la mort, en présence de huit docteurs et de plusieurs sages-femmes, révéla les phénomènes suivans :

La partie supérieure de la plaie abdominale était cicatrisée dans l'étendue d'un pouce ; les intestins étaient énormément distendus par des gaz ; tout le péritoine, fortement enflammé, offrait de nombreuses escarres surtout dans le flanc droit, sur le colon ascendant et transverse. Le volume de la matrice dépassait celui de la tête d'un fœtus à terme ; on voyait des plaques gangréneuses sur les lèvres de la section.

En disséquant le bassin, on trouva une tumeur fibro-celluleuse, ovoïde, occupant l'excavation du petit bassin et le détroit supérieur, dont le pédicule, d'une circonférence de deux pouces au moins, prenait naissance sur le ligament obturateur et grand sacro-sciatique, et sur la branche horizontale gauche du pubis. Cette tumeur, dont le volume n'était pas moindre que celui de la tête d'un fœtus de neuf mois, avait dévié le rectum et l'avait fortement jeté à droite.

Les poumons étaient gorgés d'écume.

La tête du fœtus reposant sur la tumeur et la poussant au-devant d'elle, on comprend très-bien la cause de la grande saillie du périnée pendant les contractions utérines. A l'aide de cette notion, on aurait pu annoncer que la tumeur n'était point osseuse. Le docteur Castara le crut, contrairement à ses deux confrères, qui la soupçonnaient être formée par une exostose, quoiqu'ils lui eussent reconnu un certain degré de rénitence.

La putréfaction de quelques caillots sanguins dans la cavité péritonéale me paraît être la cause première des escarres qu'offrit cette séreuse et la matrice, et auxquelles quatre chirurgiens (un aide-major était venu voir la malade) ne pensèrent point, et que cependant l'on aurait pu soupçonner dès le lendemain de l'opération, en voyant les symptômes suivans : Sueur froide ; pouls faible et fréquent ; assez promptement prostration et insensibilité du ventre.

Putegnat,
D.-M. P. à Lunéville. (Meurthe.)

Lausanne, le 12 septembre 1835.

Monsieur ;

Au milieu des grandes discussions que soulève en ce moment à Paris le congrès des disciples de Hahnemann, le fait suivant pourra paraître bien pâle et glissera probablement inaperçu. N'importe. Il faut toujours le consigner dans la Gazette médicale, ou du moins, en faire part à son savant rédacteur.

Il y a quelques semaines qu'un père de famille de Chatel-Saint-Denis, au canton de Fribourg, sentit sa hernie s'étrangler, et arriver au point qu'une opération seule pouvait le sauver. Un chirurgien de Vevey est en conséquence appelé pour la faire ; mais plein de confiance dans une certaine substance homœopathique, il se contenta d'en remettre quelques atômes, en recommandant, par dessus tout, d'éviter tels et tels alimens et boissons, les odeurs, etc. Toutefois, comme il n'était pas tout-à-fait convaincu de l'infaillibilité de ses prescriptions, notre docteur insista pour qu'on vînt lui dire, le lendemain matin, dans quel état se trouverait le malade, afin qu'il pût aller le voir et l'opérer au besoin. Tout fut ponctuellement exécuté, et on fit en effet rapport que, peu d'heures après l'administration de l'admirable petit globule, les douleurs atroces avaient presque subitement disparu, et qu'elles avaient été enlevées comme par enchantement.

La jubilation du confrère Vevaisan fut égale à l'empressement qu'il mit à proclamer un triomphe aussi éclatant. « Voyez, disait-il com» plaisamment à un médecin de mes amis, que de merveilles l'on » opère lorsqu'on sait bien choisir l'agent homœopathique, rien ne » saurait résister à sa judicieuse application. » Cependant on apprit dans la même journée, que le malheureux patient rendait les derniers soupirs tandis que son chirurgien se pavanait ; et mes lecteurs ont déjà deviné, sans doute, que c'était sous l'influence de la gangrène, dont le développement avait mis un terme aux souffrances du malade, et fait naître de cruelles illusions à ses alentours et à son médecin. Il eût été, sans doute, plus adroit et en même temps plus humain de la part de ce dernier, en allant vite opérer, de donner ensuite son médicament homœopathique, et de déclarer que c'était bien à celui-ci seul qu'était dû l'heureux résultat. C'est au moins ce que fait un autre homœopathe de ma connaissance, lorsqu'il ajoute *une goutte de teinture d'arnica* à quelques pintes d'eau simple ou d'eau-de-vie pour en arroser des membres contus. Peut-être finira-t-il, et il fera bien, par jeter cette précieuse goutte dans un très-grand vase rempli de liquide, et arrangé convenablement pour des irrigations continues (1) !

(1) Ces irrigations commencent à se répandre chez nous, grâce aux ficelles, attaches ou petites cordes que j'ai recommandées, et qui mettent ce précieux moyen

Puisque je tiens la plume, permettez, monsieur, que j'en profite pour dire deux mots encore sur la ligature de la langue.

On peut lier et emporter le tiers, la moitié et la totalité de l'organe avec la plus grande facilité, si on a recours à un constricteur métallique au lieu du serre-nœud de Desault et de la constriction simple *avec les doigts*. On ferait même tomber très-rapidement de cette manière la cuisse d'un éléphant, attendu que la puissance du cabestan n'a de bornes que dans la résistance matérielle des objets divers dont on peut le composer, c'est-à-dire, qu'elle est presque infinie *à côté d'un point d'appui*. Aussi Archimède ne demandait, dit-on, que ce dernier pour soulever la terre. — Je persiste toujours à croire que, si en incisant le frein de la langue et en rasant cette dernière, pour bien placer le lien constricteur, on ouvrait cependant l'artère linguale, on pourrait parvenir à comprendre cette dernière dans la ligature en masse, placée audessus ou en arrière de l'incision. Toutefois, si par inadvertance ou maladresse du chirurgien, le vaisseau fournissait encore du sang après la constriction de l'organe, on aurait, je pense, la ligature immédiate, la torsion, la cautérisation, la compression même de l'artère avec un instrument semblable au compas d'épaisseur, dont une des branches appuierait derrière le menton, tandis que l'autre fermerait le vaisseau. Et puis, enfin, n'aurions-nous pas pour *pis-aller* la ligature du tronc même? C'est, en effet, dans cette seule circonstance qu'on pourrait peut-être penser à cette dernière opération. Aussi, est-il bien probable qu'on n'aura jamais l'occasion de la pratiquer, malgré qu'elle ait été préconisée de nos jours, et qu'elle ait même fait assez de bruit!

Agréez, etc.

M. Mayor.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur le cystocèle vaginal et sur les meilleurs moyens d'y remédier, suivi de quelques observations relatives à quelques autres déplacemens des organes génitaux de la femme; par Mme Rondet, sage-femme.

Nous avons promis de revenir avec quelques détails sur ce travail, presque tout entier composé d'observations originales sur une affection à peine traitée dans les auteurs, et à peine connue des praticiens. Madame Rondet a rencontré dans sa pratique *vingt-sept* cas de cystocèle vaginal; chose étonnante, quand on songe que de grands chirurgiens ne l'ont vu qu'une ou deux fois dans une pratique immense, et au sein de Paris et de Londres. A quoi tient cette rareté apparente d'une part, et cette fréquence inattendue de l'autre? Madame Rondet pense que les femmes qui en sont affectées n'osent se confier aux médecins, et préfèrent recourir aux sages-femmes. Mais les médecins sont accoucheurs, les chirurgiens traitent par centaines les affections du vagin et de l'utérus; et enfin, jusqu'à madame Rondet, on ne voit pas qu'aucune sage-femme ait cité beaucoup d'exemples de ces cystocèles. Peut-être faut-il dire que les chirurgiens, habitués à toucher sans voir, et préoccupés de l'idée de l'extrême rareté du cystocèle, l'ont souvent confondu avec le simple prolapsus du vagin; sans doute aussi, il est arrivé pour cette affection ce qui a eu lieu pour bien d'autres qu'on croyait également rares, et qui se sont révélées bien plus communes dès qu'on s'est occupé avec succès de leur traitement. Pour nous, placés depuis quelque temps dans la position la plus favorable peut-être pour bien observer les hernies vaginales comme toutes les autres, nous nous sommes convaincus que le cystocèle est en effet une des plus fréquentes; et c'est à madame Rondet que revient l'honneur de l'avoir établi la première. Nous n'en avions jamais vu qu'un seul cas dans la pratique civile, tandis qu'au bureau central, en moins de deux mois, nous en avons recueilli une douzaine d'observations.

Madame Rondet en expose successivement les causes, les symptômes, le diagnostic et le traitement. Elle l'a observé depuis l'âge de 24 ans jusque passé l'âge de 70; Sandifort en a vu un cas sur une jeune fille. Les blanchisseuses et les femmes de peine en sont plus souvent affectées que d'autres. L'accouchement est une cause déterminante très-puissante. Après cela, l'auteur ajoute aux causes prédisposantes la grande capacité du bassin, la leucorrhée, l'abus du coït, l'abus des bains chauds, des chaufferettes, le tempérament lymphatique, etc.; toutes choses plutôt admises par induction, à notre avis, que démontrées par l'expérience. La prédisposition au cystocèle vaginal est aussi obscure que celle à toute autre espèce de hernies; les causes efficientes sont exactement les mêmes.

Les phénomènes pathologiques qui accompagnent la formation de la tumeur sont : la difficulté d'uriner, un sentiment de cuisson dans le canal de l'urètre, et quelquefois la rétention complète des urines; il s'y joint dans quelques cas de la tension, de la douleur et une augmentation de volume du ventre; il survient quelquefois de l'agitation, de l'insomnie, des tiraillemens d'estomac, et enfin divers troubles sympathiques du système nerveux et de l'appareil circulatoire. Tel est le tableau tracé par madame Rondet. Nous aurions désiré ici un peu plus de détails. Le symptôme principal du cystocèle vaginal, autant que nous avons pu voir, est un besoin extrêmement fréquent d'uriner; dans quelques cas peu nombreux, l'excrétion des urines est douloureuse; nous ne l'avons pas encore vue difficile; toutefois l'observation VII de madame Rondet en offre un exemple. Quant à la rétention complète, elle-même ne paraît pas l'avoir rencontrée.

Le diagnostic n'offre pas de difficulté. Tout au plus dans le doute serait-il besoin d'introduire une sonde dans la vessie. Madame Rondet conseille aussi le cathétérisme pour opérer la réduction; c'est une opération parfaitement inutile, et dont elle se dispense elle-même avec raison. Mais les moyens de réduction qu'elle emploie méritent une toute autre attention. Elle a imaginé des pessaires en gomme élastique pure, soit simplement remplis d'air, ou bien soutenus à l'intérieur par un ressort d'acier entouré de crin. MM. Moreau, Désormeaux et Deneux, dans un rapport fait à l'Académie de médecine en 1830, les avaient déjà jugés supérieurs à tous les autres.

Une planche jointe à ce mémoire représente huit formes de pessaires. Mais à en juger par les observations rapportées, l'auteur n'en emploie guère que deux contre le cystocèle; encore le premier, qui offre à peu près la forme d'un bilboquet à trois branches, n'est que d'une utilité provisoire; et c'est l'autre qui obtient la préférence définitive. Voici comment on le construit et comment on l'applique. On fait, avec un ressort de pendule très-flexible et de trois lignes de largeur, deux cerceaux dont un de deux pouces de diamètre, et l'autre de deux pouces et demi, et on les enveloppe tous deux d'une lame de caoutchouc. On commence par introduire le cerceau le plus grand, en le comprimant transversalement de manière à le réduire au diamètre d'un pouce, et on le place parallèlement à l'axe du vagin, c'est-à-dire de manière à mettre la circonférence du cerceau en rapport avec cet organe. On fait passer le second cerceau au travers du premier, perpendiculairement à l'axe vaginal, et de manière à en former quatre angles arrondis, un postérieur dirigé vers le sacrum, un antérieur et deux latéraux. Nous transcrivons exactement, sans méconnaître que cette description pourrait avoir un peu plus de clarté. Si ce pessaire ne suffit pas encore, on a recours à un pessaire sphérique.

Quoi qu'il en soit, ce pessaire a jusqu'ici parfaitement réussi à madame Rondet. Elle lui a dû même la guérison radicale de plusieurs cystocèles, tandis que pour d'autres la cure a été seulement palliative. D'où vient cette différence? il serait difficile de le dire. Mais deux des plus beaux succès palliatifs qu'elle ait obtenus, et qu'elle raconte avec une sorte de complaisance, concernent les deux malades dont notre honorable confrère M. Rognetta a donné l'histoire dans son mémoire sur le cystocèle vaginal. Aucune des deux ne put supporter les pessaires de M. Rognetta; elles se trouvent très-bien des autres.

Les trois dernières observations ont trait à une antéversion de l'utérus, à une hernie périnéale et à une hernie urétrale combattues avec succès par des pessaires de diverses formes. Le titre de la dernière a excité notre curiosité, et nous aurions désiré avoir plus de détails sur une affection dont la dénomination est au moins toute nouvelle. « Je trouvai, dit madame Rondet, à peu près à un pouce du méat urinaire, l'urètre formant une hernie du volume d'un œuf de pigeon. » Plus tard la tumeur doubla de volume, et il fallut la vider du pus qu'elle contenait, à l'aide du cathétérisme. Il est probable qu'il s'agit ici d'une hernie du bas fond de la vessie. Ce n'est pas que l'urètre de la femme ne puisse faire saillie dans le vagin et même à travers la vulve; mais alors la tumeur ne saurait être si éloignée du méat urinaire, et elle n'acquiert pas le double du volume d'un œuf de pigeon.

à la portée de tout le monde. Quelques étrangers, après l'avoir vu en action, n'hésiteront pas, ont-ils dit, de l'introduire dans leur pratique et chez eux. Vous comprenez, Monsieur, qu'il est *seul* portatif et applicable à un tonneau placé sur une voiture. Un médecin des états romains, en l'examinant, m'a dit que la corde était en grand usage dans son pays pour conduire de l'eau, mais qu'on s'en servait en sens inverse de mon procédé, c'est-à-dire pour *élever* le liquide du fond d'un puits aux étages supérieurs. Pour cet effet, la corde est mise en mouvement au moyen de deux poulies dont l'une est plongée dans l'eau du puits, et l'autre fixée à la hauteur désirée. En tournant celle-ci avec une manivelle, on fait avancer un des côtés de la corde, et avec elle une grande quantité d'eau vers le point culminant.

En résumé, cet opuscule contient des observations très-remarquables, et ne peut qu'ajouter à la réputation scientifique de l'auteur.

DE LA DOCTRINE DES CRISES; par H. GOURAUD, D.-M., professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Thèse soutenue au concours de l'agrégation de 1835, devant la Faculté de médecine de Paris. Brochure in-8°.

La doctrine des crises a déjà été tant de fois examinée, et sons l'influence de systèmes si opposés, que l'on ne devait pas s'attendre à voir jaillir de nouvelles lumières d'une discussion que l'on pourrait dire improvisée. Aussi la question posée ici par les juges du concours n'était qu'un moyen d'apprécier exactement le degré d'érudition et de savoir du candidat, et de connaître à laquelle des deux opinions qui se partagent le monde médical sur ce point il donnait la préférence. Croyait-il, avec les anciens et avec un petit nombre de modernes, que la maladie n'est qu'une lutte de la nature contre la cause morbide; que cette lutte finit quelquefois subitement par l'expulsion hors de l'économie ou de la cause elle-même, ou des matières qu'elle avait engendrées et qui tendaient à l'entretenir, en un mot, adoptait-il l'action de la force médicatrice telle que l'entendaient les anciens, ou bien croyait-il avec les modernes que toute maladie n'est qu'une succession de phénomènes anormaux désordonnés, qu'il faut à tout prix combattre et chercher à enrayer? M. Gouraud n'admet ni l'une ni l'autre de ces deux opinions; il s'en est créé une intermédiaire que nous allons faire connaître ici, parce qu'elle est exposée avec talent et qu'elle nous semble s'approcher davantage de la vérité que les deux autres.

Il y a eu, pense l'auteur, un malentendu au sujet des crises; on a confondu le phénomène morbide lui-même avec les hypothèses et les explications sur lesquelles on s'efforçait de les fonder, et conséquemment elles ont subi le sort de ces dernières. Ainsi, de ce que Stahl avait supposé dans l'économie une nature intelligente, animant nos organes et toujours prête à repousser les causes morbides extérieures, on avait nié complétement l'existence des crises; et parce que les humoristes admettaient dans toute maladie l'action d'une matière morbide qui ne devait être évacuée qu'après avoir passé par les périodes de crudité et de coction, on crut devoir rejeter à la fois et le fait lui-même et l'explication sur laquelle on avait voulu l'élever.

M. Gouraud, après avoir signalé cette erreur qui se présente si fréquemment dans l'histoire de l'esprit humain, expose l'opinion à laquelle il donne la préférence. Il admet avec les anciens que la maladie est la réaction d'un organe ou de l'organisme contre une cause de trouble, et que sa marche et sa durée ne sont point nécessairement déterminées, mais varient suivant une foule de circonstances différentes, telles que l'âge, le tempérament, etc. Il pense qu'on peut tempérer la violence d'une maladie, mais qu'elle peut être rarement jugulée. Il remplace les trois périodes des anciens, *crudité*, *coction* et *élimination*, par celles d'*augment*, d'*état* et de *déclin*. Cette dernière peut passer insensiblement ou se faire par quelque phénomène remarquable. Ce second mode de terminaison peut seul avoir quelque rapport avec les crises des anciens. Dans ce cas, dit l'auteur, au moment de la plus grande intensité des symptômes, il survient des évacuations notables, telles que sueurs, hémorrhagies, écoulemens muqueux, vomissemens, diarrhées, etc., qui sont suivies d'une diminution considérable et décisive des symptômes; et la maladie est jugée.

Mais une question importante se présente ici à l'occasion de ces phénomènes critiques. Doit-on les regarder comme la cause du rétablissement de la santé, ou simplement comme l'effet du retour des organes à l'équilibre physiologique? M. Gouraud ne balance pas à prononcer que la crise n'est que l'effet, l'un des phénomènes de la maladie. Ici l'auteur s'éloigne entièrement de l'opinion des humoristes pour lesquels la crise n'étant que l'élimination de la matière qui produisait la maladie, agissait nécessairement comme cause de l'amélioration, et il définit les crises, des phénomènes saillans de la maladie, différens des autres symptômes, qui indiquent le mieux être de l'économie, et sont l'expression d'un travail intérieur, d'une tendance qu'il faut respecter.

Quelques faits empruntés à Hippocrate et à plusieurs auteurs modernes viennent à l'appui de l'opinion de l'auteur, et ne permettent pas de douter que, dans un certain nombre de cas, une amélioration subite ne coïncide avec quelques évacuations abondantes.

La doctrine des crises telles que l'entend M. Gouraud n'entraîne pas nécessairement l'admission des jours critiques. Bien plus même, il pense que cette question jusqu'ici indécise est tout-à-fait insoluble; car pour que les expériences qui ont été faites ou celles qui pourraient être entreprises sur ce sujet, eussent quelque valeur, il faudrait que l'on connût exactement le jour où a commencé la maladie, la durée de l'incubation et différentes autres circonstances qu'il est le plus souvent complétement impossible d'apprécier.

On a accusé les partisans de la doctrine des crises d'être obligés de rester dans une inactivité funeste pendant tout le temps durant lequel les secours de l'art pourraient être administrés avec le plus de succès; l'auteur repousse cette accusation; car, bien que dans quelques cas la simple expectation suffise, il en est un grand nombre d'autres où il ne faut pas attendre les crises; il est possible de *juguler* et de résoudre sur-le-champ une maladie par une active et courageuse médication; c'est même quelquefois un moyen d'amener la crise.

Nous terminons ici l'exposé de la doctrine de M. Gouraud sur les crises; doctrine qui, si elle refuse à l'économie cette intelligence que les anciens lui avaient accordée, ne la prive pas au moins de cette force de réaction qui seule lui donne le pouvoir de combattre les causes morbides qui nous entourent, et que les modernes ont été trop portés à lui contester; elle est pour nous la preuve que son auteur se tient également éloigné des préjugés du passé et des préoccupations du moment actuel.

COMPAGNIE D'EXPLOITATION ET DE COLONISATION DES LANDES DE BORDEAUX; deuxième rapport à la commission de surveillance par l'inspecteur général de la compagnie. 17 mai 1835. — In-8° de 44 pag.

Peut-être éprouvera-t-on quelque surprise de trouver ce titre dans un recueil de médecine; en effet, tout ce qui a rapport à des spéculations simplement mercantiles est étranger à nos travaux; mais pour ceux qui connaissent le triste état sanitaire du pays compris généralement sous le nom de landes de Bordeaux, l'aspect morbide et la pauvreté des habitans, les maladies endémiques qui en enlèvent chaque année un grand nombre, et même exercent une influence si fâcheuse sur la santé des étrangers qui veulent s'y fixer, il est certainement de quelque intérêt de connaître les résultats obtenus par la compagnie d'exploitation et de colonisation, qui ne peut faire prospérer les fonds de ses actionnaires qu'en modifiant complétement le pays, en procurant l'écoulement des eaux qui y entretiennent continuellement des fièvres intermittentes pernicieuses et d'autres maladies non moins graves; en livrant à une culture réglée des terrains jusqu'ici incultes et insalubres; en répandant l'aisance dans une population jusqu'ici indigente, et conséquemment mal portante; enfin, en appelant du dehors des colons robustes et industrieux capables de se livrer aux travaux les plus rudes et de fournir une postérité vigoureuse.

Qu'on ne s'attende pas pourtant que nous suivions ici l'habile rapporteur dans l'énumération de tous les travaux entrepris par la société, tels que canalisations et défrichemens, construction de navires appartenant à la société et établissemens de forges et d'autres usines qui promettent les résultats les plus avantageux, ni dans l'exposé de l'état financier de l'entreprise; il nous suffit de constater d'après ce rapport que les affaires de la société paraissent être dans l'état le plus satisfaisant, et que l'espoir qu'avaient conçu les amis de l'humanité du résultat de ces travaux ne sera point trompé.

Erratum. Une faute de typographie qui pourrait changer notablement le sens s'est glissée dans le n° 45, p. 712, où l'on nous fait dire en parlant de l'opinion de M. le docteur Gintrac sur la cause de l'angine de poitrine: « bien qu'elle ait déjà été émise ailleurs, » au lieu de « bien qu'il l'eût déjà émise ailleurs. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

HISTOIRE D'UNE OPÉRATION D'ANUS ARTIFICIEL PRATIQUÉ AVEC SUCCÈS PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ, dans un cas d'absence congéniale de l'anus; suivie de quelques réflexions sur les obturations du rectum; lue à l'Académie des sciences, le 2 novembre 1835.

Le 8 septembre dernier, je fus réveillé au milieu de la nuit par une dame anglaise que m'avait adressée le docteur Dubreuil, mon ami. Elle me remit une lettre de M. Déneux, adressée à M. Blandin, qui ne s'était pas trouvé chez lui. Dans cette lettre M. Déneux dit « qu'il s'agit d'un enfant nouveau-né qui a une occlusion des gros intestins; l'anus est bien conformé; l'intestin rectum communique avec le vagin, et l'obstacle paraît très-élevé. »

A une ou deux heures du matin j'arrive chez M. B..., Anglais, demeurant au Rond-Point des Champs-Élysées. J'y trouve M. Déneux qui avait accouché madame B... Il me dit que l'enfant était né du 6 septembre, à quatre heures du soir, et qu'il avait par conséquent trente-trois ou trente-quatre heures d'existence; que cependant il n'avait pas encore rendu de méconium.

La nourrice nous dit que l'eau tiède injectée par l'anus ressortait par la vulve. Cette femme nous assura qu'elle avait trouvé les langes imbibés d'urine. Le fait nous parut douteux.

Ce premier enfant d'un second mariage, quoique né à sept mois, me parut bien constitué et plein de vie; cependant le ventre était dur et rebondi; l'anus et la vulve étaient bien conformés. Une canule flexible introduite par l'anus, pénétrait facilement jusqu'à 2 pouces environ. Une injection poussée par cette voie ressortait immédiatement par la vulve. Une sonde introduite dans le vagin, par la vulve, rencontrait facilement la canule introduite par l'anus.

Nous pensâmes que le rectum était obturé à deux pouces environ, et qu'il communiquait avec le vagin; c'est-à-dire que nous crûmes reconnaître l'existence d'une fistule *recto-vaginale*, en d'autres termes; *que la cloison mitoyenne n'existait pas dans une assez grande étendue*.

Pendant l'exploration, qui fut assez longue, la nourrice trempait son petit doigt dans de l'eau sucrée, et le donnait à sucer à l'enfant. Après avoir de nouveau soigneusement constaté ce que je viens de dire, notre premier soin fut d'en prévenir les parens de l'enfant. Notre déclaration leur fit connaître qu'il n'y avait que deux moyens pour donner issue au méconium, savoir :

1° Par l'anus ou la voie naturelle;
2° Par l'abdomen.

Feuilleton.

DES RÉFORMES A ÉTABLIR DANS LES HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — EXTRAIT DU DISCOURS PRONONCÉ PAR M. GAMA DANS LA DISTRIBUTION SOLENNELLE DES PRIX DU VAL-DE-GRACE.

La première réflexion qui se présente en entrant dans cet examen, est relative à la dénomination sous laquelle on désigne les personnes chargées de l'enseignement. Les mots ont trop de puissance sur les idées pour qu'il ne soit pas toujours à craindre qu'on n'y attache un sens différent de celui qu'ils doivent avoir. Ainsi, la qualification de premiers professeurs, donnée aux officiers de santé en chef, fera assez facilement croire qu'elle appartient autant à une supériorité de talent qu'on leur supposerait, qu'au rang qu'ils prennent parmi leurs collaborateurs. Cette interprétation ne saurait être admise, j'en conviens; mais y a-t-il implicitement dans leur titre le moindre indice des fonctions qu'ils doivent remplir? S'il est assez généralement convenu, si même il entre dans l'esprit du réglement que les officiers de santé en chef se chargeront de la partie de l'enseignement qui exige le plus d'expérience, rien cependant ne leur en fait une loi. Des éclaircissemens ayant été demandés sur le vague des déterminations que l'on remarquait dans le réglement, où l'on espérait voir l'oubli de l'ordonnance d'organisation réparé, on répondit que l'on s'était contenté d'indications générales pour laisser plus de latitude aux chefs. Certainement il ne faut pas que les prescriptions soient trop nombreuses, il ne faut pas qu'un chef soit embarrassé dans des liens qui gênent tous ses mouvemens; mais il est de l'intérêt de l'instruction, il est même de son propre intérêt, de préciser davantage la part qu'il doit directement y prendre, afin de le couvrir du reproche possible de n'y pas satisfaire.

Dans tout établissement bien réglé, il existe une hiérarchie d'autorités dont la plus élevée dirige et surveille; ce qui suppose que, dans une juste répartition des devoirs, elle a moins à exécuter; mais nous ne pensons pas pour cela que la tâche des officiers de santé en chef doive être légère. En remplaçant le titre de premier professeur, qui reste sans signification, par celui de professeur de clinique interne pour le médecin, de clinique externe pour le chirurgien, et de chimie pour le pharmacien, ce serait pourvoir à des fonctions importantes, et attacher aux premiers emplois des attributions qu'on ne leur assigne pas dans les dispositions réglementaires.

La clinique, introduite chez nous par Desault et Corvisart, a ses difficultés; elle embrasse toutes les connaissances médicales, dont elle présente le résumé dans chaque cas morbide un peu grave. L'anatomie, l'ordre naturel des fonctions, la régularité des formes, servent à faire découvrir les altérations organiques; à cette première donnée se joignent les signes qui constituent le positif du

Il nous fut facile de leur faire comprendre le danger de l'une et de l'autre opération, ainsi que leurs inconvéniens respectifs. Et nous ajoutâmes que, dans le cas où nous réussirions à trouver le rectum par le vagin, il y aurait nécessairement une communication entre l'intestin et le conduit vaginal. Malgré notre déclaration, les parens rejetèrent aussitôt l'idée de l'opération de Littre, et pensèrent avec nous qu'il valait mieux chercher à rétablir les voies naturelles, même avec les inconvéniens d'une fistule, que d'en établir une nouvelle à l'abdomen.

Il fut donc convenu que nous irions à la recherche du rectum interrompu.

Je proposai dans ce but de dilater l'anus avec une éponge préparée.

A quatre heures du matin, un morceau de ce corps spongieux, long de 18 lignes, moins gros que le petit doigt, et attaché à l'une de ses extrémités par un fil, fut introduit dans l'anus et soutenu par une compresse carrée et un bandage en T. Il fut convenu que je reviendrais à huit heures du matin pour placer une autre éponge plus longue et plus grosse, et que nous nous réunirions de nouveau à midi, pour faire une opération s'il y avait lieu.

A huit heures je retirai l'éponge humide et gonflée; elle avait fortement dilaté l'anus. Je pus y introduire le petit doigt, que je fis paraître facilement à la vulve; mais je fus arrêté plus haut par un cul-de-sac. Comme il était douteux que l'enfant eût uriné, j'allai à la recherche de l'urètre avec une petite sonde droite d'argent, sans néanmoins reconnaître à la vue ce conduit excréteur. La petite fille urina cependant avec assez d'abondance, pendant mes recherches, sans doute parce que j'avais titillé le méat urinaire avec ma sonde. Une nouvelle éponge un peu plus forte que la première et un peu plus longue, fut introduite dans l'anus, où elle demeura soutenue comme je l'ai déjà dit.

A midi, suivant nos conventions, M. Déneux revint avec moi pour délibérer sur le parti à prendre. Je fis admettre à la consultation M. Lebaudy, qui m'avait témoigné le désir d'y assister.

Après avoir ôté l'éponge qui avait de nouveau fortement dilaté l'anus, j'introduisis profondément mon petit doigt par cette ouverture, sans pouvoir reconnaître autre chose que le cul-de-sac dont j'ai déjà parlé. Je fis encore avec facilité paraître le bout de mon petit doigt à la vulve. MM. Déneux et Lebaudy en firent autant.

Nous cherchâmes alors à reconnaître si nous ne découvririons pas le rectum distendu par le méconium, afin de le perforer.

Les parens furent avertis que, dans ce dernier cas, il y aurait nécessairement une fistule recto-vaginale. Peu satisfait de notre exploration, et quoique l'enfant fût déjà bien fatiguée, je me décidai à introduire encore le doigt indicateur dans l'anus. Cette nouvelle recherche ne me fit trouver en haut et en arrière qu'une poche molle que je soupçonnai devoir être formée par le rectum. Cependant, en haut et en avant du cul-de-sac qui arrêtait mon doigt, je découvris une espèce de rétrécissement fongueux que je pris d'abord pour le point rétréci ou obturé de l'intestin.

Pour rendre raison à MM. Déneux et Lebaudy de ce que je venais de découvrir, je leur dis que le corps que je touchais me produisait la même sensation qu'un col de matrice effacé, ramolli, et dont l'ouverture serait fort étroite. Chacun de ces messieurs reconnut ce que j'avais constaté, et M. Déneux nous dit qu'il pensait que ce pourrait bien être le col de la matrice de la petite fille. Une nouvelle exploration fut faite, et confirma ce qu'avait pensé M. Déneux. Il fut dès-lors établi qu'il existait un vagin dans lequel s'ouvrait l'anus *sans rectum*, et que la vulve et l'anus communiquaient dans le vagin; il y avait ainsi, par une étrange anomalie, deux ouvertures au périnée au lieu d'une, et toutes les deux aboutissaient au vagin (1).

Après avoir bien constaté que nous avions affaire à un vice de conformation extraordinaire et qui consistait dans une absence du rectum ou d'une partie du rectum, je résolus d'explorer attentivement tout le bassin, à travers les parois du vagin, toujours en introduisant le doigt indicateur par l'anus ou la deuxième ouverture du vagin, et dans le but d'aller à la recherche de l'intestin manquant. Après avoir bien exploré les parois osseuses du bassin en avant, en arrière et sur les côtés, je reconnus, non sans difficulté, en avant la vessie, en arrière le sacrum et l'angle sacro-vertébral que j'explorai soigneusement. Je cherchai la poche que devait former le rectum distendu par le méconium; en palpant à gauche de l'angle sacro-vertébral avec le bout du doigt, au travers de la paroi postérieure du vagin, je sentis un corps aplati qui fuyait sous mon doigt lorsque je parcourais une certaine étendue. Je répétai plusieurs fois de suite la même manœuvre, et j'éprouvais toujours la même sensation. En réfléchissant sur ce fait, je pensai que l'objet que je touchais ne pouvait être que le rectum. Je fis part de ma découverte à mes confrères, qui, après avoir fait les mêmes recherches que moi, se rangèrent de mon avis.

A l'instant le diagnostic, si difficile jusque-là, devint plus clair et plus certain relativement aux faits déjà établis, savoir, que le vagin, plus ample que d'ordinaire, paraissait occuper seul la cavité du bassin, et qu'en haut et en arrière, à gauche de l'angle sacro-vertébral, se trouvait l'extrémité du rectum imperforé.

Je me sentis dès lors soulagé, et comme débarrassé de la difficulté que présentait la manœuvre opératoire dans une occurrence aussi délicate, et je pensai aussitôt à mettre en pratique l'opération que dès long-temps je méditais pour de semblables cas (l'absence du rectum).

Pour faciliter l'intelligence des détails qu'on vient de lire et de ceux qui vont suivre, j'ai représenté les parties comme je suppose qu'elles devaient être avant de pratiquer mon opération. Afin d'établir une analogie aussi complète que possible entre le sujet de mon observation et la figure ci-jointe, j'ai fait représenter la moitié gauche d'un bassin, prise sur le cadavre d'une petite fille morte peu de jours après sa naissance.

Tous les organes contenus dans le bassin ont été coupés par la moitié. J'ai retranché une partie du rectum pour simuler l'absence de cet organe, et j'ai fait communiquer l'anus avec le vagin.

Les lettres A et B indiquent l'anus et la vulve, qui étaient parfaitement conformés. Ces deux ouvertures communiquaient *seulement* avec le vagin. La lettre C indique l'extrémité du gros intestin, qui se terminait en cul-de-sac au-dessous de l'angle sacro-vertébral, et qui n'avait *aucune communication* avec l'anus et le vagin. En résumé, l'objet essentiel à retenir, c'est que l'anus *communiquait* directement de bas en haut *avec le vagin*, et n'avait *aucun rapport* avec le gros intestin, dont il était séparé par 2 pouces d'intervalle, c'est-à-dire que le rectum *manquait* dans toute cette étendue.

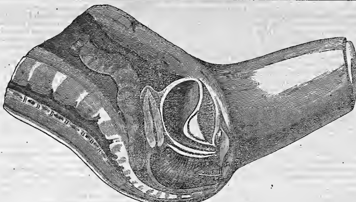
(1) C'est la première fois que ce vice de conformation est constaté : je n'en ai du moins trouvé aucun exemple dans les auteurs.

diagnostic. On a recours ensuite à l'art de guérir ou thérapeutique, qui se compose des opérations chirurgicales et des modificateurs de l'économie, dont on fait l'application, directement ou indirectement, aux organes atteints; puis on en observe les effets jusqu'à la convalescence ou la guérison : voilà la clinique. Dans un sens plus général, elle remplit les indications que présente l'état morbide sur lequel on est supposé avoir porté un jugement.

Si nous considérons le titre de second professeur, il nous paraîtra également peu significatif. Faut-il donc absolument que les fonctions de ce confrère dépendent de la volonté du chef, et la loi ne doit-elle pas lui en assigner? Il est assez raisonnable que le médecin et le chirurgien seconds professeurs soient chargés de la pathologie interne et externe, le pharmacien de l'histoire naturelle médicale; cependant rien encore n'est prescrit à cet égard. Mais voyons dans quel esprit doivent être faits, selon nous, les cours de pathologie.

Les hôpitaux d'instruction ont un système d'enseignement spécialement applicable à l'homme de guerre, et par conséquent moins étendu que celui qui embrasse, dans les autres écoles, l'universalité des connaissances médicales. L'instruction destinée aux officiers de santé de l'armée sera donc d'autant plus parfaite qu'elle s'approchera davantage du but que l'on s'est proposé en instituant ces hôpitaux. Ainsi, il faut que les cours de pathologie soient débarrassés des longueurs qui les rendent presque interminables, que les sujets en soient choisis, que le professeur s'attache moins à faire des descriptions avec tous leurs détails qu'à présenter des tableaux de maladies ordinaires aux soldats, assez complets cependant pour que des explications utiles n'y soient point omises, pour que tout soit dit avec le moins de mots possible, frappans, vrais, exprimant les idées des théories les plus exactes. De cette manière, il sera possible de terminer chaque année les cours de pathologie, et on ne verra plus les professeurs forcés de diviser leur sujet en des portions de cours dont ils ne parviennent jamais à présenter l'ensemble. Les plaies d'armes à feu pour ce qu'elles ont de particulier, et les affections vénériennes pour leurs caractères généraux, feront la matière de quelques leçons. C'est une vérité qu'il ne faut pas perdre de vue, que notre enseignement devant être essentiellement pratique, les discussions trop vagues, les hypothèses même ingénieuses sur ce qui attend encore une interprétation naturelle, ne peuvent qu'accessoirement mériter notre attention.

En continuant l'examen de notre personnel, nous arrivons aux adjoints aux professeurs, et aux démonstrateurs. Ces dénominations indiquent-elles quelles seront les fonctions des officiers de santé auxquels on les donne? Le chirurgien démonstrateur fait seul exception, parce qu'il est entendu qu'il démontrera l'anatomie, ce qui dépend cependant encore de la volonté du chef. Mais le pharmacien, s'il est chargé du cours de pharmacie, ne démontre rien; il exécute des procédés, combine des médicamens, les prépare, les conserve : tout cela n'est point une démonstration, et pourquoi n'aurait-il pas plutôt le titre d'adjoint aux professeurs? L'hôpital de Paris a d'ailleurs deux chirurgiens démonstrateurs, pour ne pas parler des médecins adjoints; a-t-on assigné des fonctions au premier ou au dernier promu? Mais quelle que soit la partie de l'enseignement que le chef confiera aux adjoints ou aux démonstrateurs, ils seront en réalité professeurs. Dès lors la dénomination blesse la vérité, et il n'y a plus d'accord entre ce que l'on dit et ce qui est. Toutes les écoles de médecine, de droit, des lettres, des sciences, reçoivent des professeurs dont les diplômes portent l'indication de la chaire qu'ils doivent occuper; peut-être le ministère de la guerre voudra-t-il mettre des conditions aux nominations qu'il fera à l'avenir, et éviter l'arbitraire



Avant de procéder à l'opération, nous nous assurâmes de nnuveau que le corps membraneux que nous sentions sous le dnigt était bien la terminaison du rectum. L'élévation de l'extrémité de cet intestin nous parut être de 2 pouces environ au-dessus de la peau du périnée.

Le procédé á employer m'avait été suggéré par deux insuccès que j'avais éprnuvés dans des cas analogues, en opérant, conjointement avec mnn ami le docteur Roussel, deux enfans nouvean-nés, dont le rectum imperforé se terminait aussi à 18 lignes ou 2 pouces de la peau du périnée. Daus ces deux cas, j'avais incisé cette partie à l'endroit nú l'anus aurait dû se rencontrer; j'avais dilaté la plaie avec de l'éponge préparée, et enfin j'avais perforé le rectum distendu par le méconium. Les enfans devinrent jaunes et moururent an bout de quelques jours.

J'attribuai lenr mort à la résorption de la bile et du méconium sur un assez long trajet de tissu cellulaire saignant.

Peu disposé à faire l'opération de Littré, je persistai á penser qu'en pareil cas il valait mieux rétablir la vnie naturelle, mais en cherchant a éviter les inconvéniens de la résorption.

Je pensai alors à attirer l'intestin jusqu'à l'ouverture faite à la pean, et à l'y fixer par des pnints de suture. De nombreuses expérieuces sur la manière d'établir le plus sûrement possible des anus artificiels chez les animaux vivans me confirmérent dans mes craintes sur les dangers de la résorption et sur la nécessité d'amener l'intestin suffisamment au dehors, pour empêcher l'infiltration et les abcès stercoraux.

L'opération proposée parnt d'abord fort extraordinaire, et ne reçut pas au premier moment un bon accueil.

On me fit force nbjectinns; on insista particulièrement sur la crainte des hémorrhagies, des abcés, etc.; enfin, nn me dit que si l'intestin était rubané dans une étendue plus ou moins grande, il faudrait le dévider, etc.

Cependant, aprés avoir discuté la valenr de chaque objection, je décrivis de nouveau le procédé que je me proposais de suivre, et qui consistait « à faire une ouverture devant le coceyx, derriére l'anus vaginal, à détacher avec le doigt et le bistouri la parni postérieure du » vagin, du coccyx et du sacrum; remonter jusqu'au cul-de-sac du » gros intestin, le reconnaître par le vagin, et, par la voie nouvelle, » l'acerocher avec des érignes; le dégager tout autour, plus avec le » doigt qu'avec le bistouri; l'attirer jusqu'à l'nuverture de la peau; » l'ouvrir assez largement, laisser écouler le méconium, et fixer con» venablement, par la suture entrecoupée, l'onverture de l'intestin à » celle de la peau. »

L'opération fut mieux appréciée et mieux accueillie cette fois. On explora de nouveau; le diagnostic et les indications parurent si claires alors, qu'nn pensa que tout, depuis le dernier examen, semblait s'être disposé à merveille pour l'opération hardie que je proposais. Dés ce moment, nous trouvant parfaitement d'accord, l'opération fut décidée, et les chances en furent exposées aux parens, qui, connaissant la fâcheuse position de leur enfant, étaient résignés à nous laisser faire tout ce que nous jugerinns convenable. On ne leur laissa dnnc point ignorer les dangers de cette opération. Toutefois, je leur fis observer, contrairement à ce que nous avions dit jusqu'alors, que si nous parvenions à rétablir une issue au méconium, non-seulement nous sauverions l'enfant, mais qu'il n'y aurait pas de fistule recto-vaginale.

Pendant tnut ce temps, l'enfant avait été placé dans un bain émollient pour calmer l'irritation déterminée par cette longue et dou-

---

en désignant lni-même, sur la proposition du conseil de santé, les attribntions de chaque emploi

Entre les fonctions qne remplissent les démonstrateurs, je m'arrêterai nn moment à celles des chirurgiens. L'anatomie, étude vaste, base de toute instruction, arrivée peut-être au dernier terme de sa perfection quant aux découvertes, mais non quant au mode d'enseignement qui subira des changemens que tout fait croire prochains, est limitée par le temps prescrit pour les démonstrations. A cette partie importante, le réglement reunit la physiologie; qui n'a pas moins d'étendue. Sans donte, quelqnes notions sur les usages des organes doivent être données en même temps qu'on en fait la description; elles entrent même dans celle-ci et servent à faire mieux connaitre les structures. Mais de simples aperçns ne constituent pas la science des fonctions, et il faut, dans la double étude, ou que l'anatomie reste incomplète, ou que la physiologie ne soit pas enseignée. Avouons franchement que, dans nos hôpitaux, la physiologie est presque partout sacrifiee à l'anatomie. Espérons qne cette imperfection, forcément laissee dans nos études, ne tardera pas à disparaitre.

Mais nn antre sujet se présente. Les recherches anxquelles on s'est livré pour connaitre les ravages que l'etat morbide opère dans les tissus ont répandu, surtout dans ces derniers temps, un bien grand intérêt sur l'histoire des maladies. Si de grandes obscurités enveloppent encore les théories que l'on a émises sur le principe et la nature de certaines prodnctions pathologiques observées, on ne doit pas moins les comprendre dans nne analyse commune, Sous le rapport du début et des progrès des altérations, la science attend des lumières qu'elle ne peut obtenir que de la physiologie et de l'anatomie réunies. Nous avons vu que l'anatomie et la physiologie normales exigent un enseignement separé; lenr réunion, si elle était possible, ne présenterait même ancnn avantage, puisque ce sont toujonrs des organes à l'état sain que l'on considere, dont on examine la composition, l'ordre constant de leurs phenomènes, et les lois de leurs mouvemens. L'état pathologique, an contraire, est variable. Les actions morbides sont tellement liees aux alterations organiques qu'il est impossible de les en séparer. Nous demandons à l'anatomie pathologique, non point nne théorie des maladies, mais des signes qui nous avertissent que maintenant des changemens s'opèrent dans les organes; que les textures s'altèrent ou que leur destruction est consommée. En se bornant à nous montrer des résultats, comme il lui est souvent arrivé de le faire jusqu'aujourd'hui, elle nous engagerait dans une etude stérile et cesserait de mériter l'importance qu'on lui accorde dans tontes les écoles. Le moment est venu d'introduire cet enseignement, mieux réglé et plus rationnel, dans les hôpitaux d'instruction, de céder à la réclamation qu'en fait depuis nombre d'années la medecine naturelle qui y a pris naissance. Considérée dans sa véritable utilite, l'anatomie pathologique démontre, à toutes les époques des maladies, en quoi consistent les altérations matérielles qui les constitnent : elle est ainsi l'auxiliaire de la pathologie qui rappelle, dans ses descriptions, le mode et le degré des altérations; et qui conclut de ces connaissances à ce qu'il faut faire pour arrêter les progrès du désordre.

On pourra remarquer que je néglige de faire mention de quelques branches de nos études sur lesquelles aucune réflexion ne me paraît nécessaire, entre autres la médecine opératoire, qui figure au premier rang dans le nombre des connaissances que doivent posséder les officiers de santé militaires. Voici maintenant les textes des différens cours qui seraient professés à l'avenir dans chaque hôpital :

Clinique externe.

heureuse exploration, ayant pour but d'arriver à une détermination.

Tout étant préparé, une nouvelle exploration relative à l'exécution de l'opération ayant été faite, et l'enfant étant placé sur une table, comme pour être taillé, je fis avec un historri à lame très-courte, et convexe sur le tranchant, une incision transversale, de 6 ou 8 lignes d'étendue, derrière l'anus vaginal; une autre incision, dirigée vers le coccyx, donna la forme d'un T à l'ouverture par laquelle j'introduisis mon doigt pour me frayer un passage entre le vagin, et le coccyx et le sacrum. Je coupai et déchirai le tissu cellulaire qui unit ces parties; une sonde placée dans l'anus vaginal me mit en garde contre la perforation de la paroi postérieure du vagin; c'est ainsi que je pénétrai à 2 pouces au moins, et que je trouvai l'extrémité de l'intestin. Dès ce moment, l'enfant poussa instinctivement et me donna le moyen de reconnaître beaucoup mieux que par le vagin la terminaison du rectum, qui formait une espèce de poche. Mes confrères furent heureux comme moi de reconnaître cette disposition.

Je me décidai dès lors à accrocher cette poche avec une double érigne; en tirant à moi, je dégageai l'intestin des adhérences faibles qui l'environnaient, excepté du côté du vagin, où je fus forcé de me servir du historri avec beaucoup de circonspection. Cette manœuvre facilita tellement les mouvemens de traction, que bientôt nous aperçûmes au fond de la plaie la poche intestinale, et à notre grande satisfaction nous reconnûmes que le méconium se faisait jour sur les côtés des crochets de l'érigne. Alors je transperçai le cul-de-sac de l'intestin avec une aiguille garnie d'un fil double, et à l'aide de ce moyen et de l'érigne, l'intestin fut amené au niveau de la peau. Une ouverture assez large ayant été pratiquée entre le fil et l'érigne, il en sortit aussitôt une grande quantité de méconium et de gaz. Ce temps de l'opération fut si rapide et si satisfaisant pour nous et les assistans, que l'un d'eux s'empressa de prévenir la mère de cet heureux résultat. Après avoir nettoyé l'enfant, qui se trouva fort soulagé par cette excrétion, je terminai l'opération de la manière suivante.

Ayant acquis la certitude que l'ouverture intestinale était suffisante, je saisis avec des pinces à torsion les bords de cette ouverture. Je confiai ces pinces à des aides qui devaient exercer sur cet intestin des tractions prolongées jusqu'à ce que la partie saisie dépassât l'ouverture faite à la peau.

Je pratiquai d'abord trois points de suture à chacun des angles de la plaie; mais je remarquai que la traction exercée sur l'intestin le faisait rentrer en dedans, et que dès lors il n'était plus au niveau de la peau.

Mes expériences sur les animaux vivans m'ont en effet appris que la condition essentielle pour l'établissement des anus artificiels est de faire dépasser le niveau de la peau par la membrane muqueuse de l'intestin, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux tégumens. Je fis donc avec plus de soin six ou huit points de suture dans la circonférence de l'intestin, dont je fis épanouir la muqueuse au dehors en forme de pavillon.

Pendant toute l'opération, il coula peu de sang. Immédiatement après on fit des injections dans le nouveau rectum, et l'enfant fut placé dans un bain de siége.

Dans l'espace de deux ou trois heures après l'opération, la petite malade fut changée de linge cinq à six fois, et l'on trouva constamment du méconium mêlé à une quantité assez notable de sang qui paraissait sourdre de l'angle gauche de la plaie. Plusieurs injections furent faites et dans l'anus artificiel et dans l'anus vaginal. Des cataplasmes de farine de graine de lin furent appliqués sur la plaie. Pendant tout ce temps, la petite opérée sembla perdre beaucoup de ses forces; elle pâlit, et ses extrémités se refroidirent. Jusqu'alors on l'avait laissée dans son berceau. On la mit près de sa mère, qui la réchauffa et lui rendit en peu de temps toute sa vigueur.

De 7 à 11 heures du soir, elle fut pansée plusieurs fois, et elle prit un bain de dix minutes. A chaque pansement la quantité de méconium et de sang diminuait. Plusieurs fois on lui présenta le sein, qu'elle prit mal d'abord; mais bientôt elle put exercer des succions assez fortes, et finit par s'endormir. Il n'y eut aucune apparence de fièvre, et douze heures après l'opération, il n'y avait aucun dérangement dans les points de suture. Les parties lésées conservèrent de la rougeur, mais l'inflammation n'y fit pas de progrès remarquables.

Le 9 septembre, à 11 heures, il y eut une consultation dans laquelle on constata :

1° Que la santé générale de l'enfant était satisfaisante;

2° Que l'excrétion des matières fécales s'était parfaitement opérée;

3° Qu'il n'y avait pas de fièvre;

4° Que le boursoufflement qui occupait le pourtour de l'anus vaginal avait considérablement diminué;

5° Que la rougeur inflammatoire qui environnait cette partie, ainsi que l'anus chirurgical, avait perdu beaucoup de son intensité;

6° Que les points de suture s'étant bien soutenus, tout portait à croire que l'opération aurait un plein succès.

Le lendemain, on remarqua que l'enfant n'avait point sali ses couches, et qu'il n'y avait point eu d'excrétion d'urine. La petite malade a bien dormi, elle a continué de prendre le sein toutes les fois qu'on le lui a présenté, et elle ne semble d'ailleurs pas souffrir du tout.

Le 11 septembre, la plaie et les parties environnantes ont été trouvées dans un état satisfaisant. Les fonctions nutritives et excrétoires s'accomplissent parfaitement; en un mot, l'enfant paraît être aussi bien que si elle était née sans aucun vice de conformation.

Les fils ont coupé les tissus du cinquième au dixième jour; ils sont tombés d'eux-mêmes, on ont été coupés.

L'anus vaginal était dégonflé et très-rétréci; l'anus artificiel représentait une large ouverture à bords fendillés, et le rectum artificiel s'était un peu rétracté. Tout autour de l'ouverture, on sentait que le tissu cellulaire ambiant formait un anneau circulaire induré; c'est une espèce de virole inflammatoire qui s'oppose aux infiltrations, à l'imbibition même.

Les matières fécales sortaient avec la plus grande facilité. Aucun accident ne s'est développé.

Au bout de douze jours, l'anus artificiel a commencé à se rétrécir. Les fissures se sont cicatrisées et ont donné à l'anus artificiel l'apparence froncée d'un anus naturel.

Le rétrécissement augmentant, j'y ai fait introduire des mèches suiffées, puis des bougies de cire; enfin des bougies de gomme élastique qui étaient moins douloureuses.

En faisant cette opération, j'ai eu pour but de remplir la lacune laissée par le vice de conformation, c'est-à-dire d'abaisser l'extrémité du gros intestin au niveau de la peau. Ce procédé est basé sur la possibi-

---

Clinique interne.
Anatomie normale.
Physiologie normale.
Anatomie et physiologie pathologiques réunies.
Pathologie externe.
Pathologie interne.
Médecine opératoire.
Chimie.
Histoire naturelle médicale.
Hygiène et matière médicale réunies; histoire des poisons.
Pharmacie.

Total, douze.

Quelles seront les garanties que l'on exigera pour nommer les professeurs? A quelle profession appartiendront de préférence les cours qui tiennent autant à la médecine qu'à la chirurgie? Comment faire passer d'une partie de l'enseignement à une autre sans effort et sans nuire à l'instruction? Les grades imposent-ils obligation de changer d'emploi, ou permettent-ils de rester dans le même si l'on y est plus spécialement propre? Quel est le moyen de mettre toutes ces fonctions en harmonie avec un système d'économie bien ordonné, et même sans entraîner de nouvelles dépenses? Je n'oserais aborder ici ces questions; je dirai seulement que, pour certaines nominations, la voie du concours paraît la plus sûre.

Mais ma tâche serait imparfaitement remplie si je ne m'occupais un moment de ceux qui reçoivent cette instruction, je veux dire les élèves.

Quand on réfléchit aux circonstances diverses dans lesquelles les chirurgiens militaires peuvent se trouver, aux armées, livrés à eux-mêmes, à l'intérieur, dans de petites garnisons, dans des forts détachés; quand seulement, sans porter si loin les prévisions, on pense à leur service journalier dans les corps, il est impossible qu'on ne sente pas de quel avantage seraient pour eux des notions sur la préparation et les combinaisons chimiques des médicamens, plus exactes que celles qu'ils possèdent d'ordinaire. Les examens que les candidats subissent dans les Facultés pour y obtenir leurs grades exigent sur ce sujet des connaissances théoriques conformes aux prescriptions universitaires. Mais celles-ci, considérant l'exercice de l'art dans ses divisions, supposent que des pharmaciens prêteront dans tous les lieux leur ministère aux médecins et aux chirurgiens, et ne s'arrêtent point au service militaire qui a des nécessités vraiment imprévues. Cependant il ne faudrait pas que, dans nos écoles, une chose négligée portât préjudice à une autre non moins essentielle. Or, si l'on admet qu'il soit nécessaire de donner aux chirurgiens une instruction plus spécialement pratique en pharmacie, il me semble qu'elle doit être le début de leurs études. Les élémens des sciences ne s'apprennent pas en bloc, et il ne se peut que l'on fasse marcher de pair avec un égal succès des exercices différens.

On s'aperçoit que j'appelle déjà les chirurgiens élèves à des travaux qui ont pour but la connaissance de cette fabrique du corps humain (*humani corporis fabrica*), dont l'admirable composition doit leur être dévoilée. Cette épreuve est décisive pour leur vocation : rien n'est à espérer de celui qui, après quelque contrainte modérée et persuasive, ne se sent pas animé du courage de s'armer d'un scalpel et d'étudier les débris de son espèce. Voyez le jeune homme entrant pour la première fois dans un amphithéâtre; retenu par des impressions qui nous sont naturelles, il n'ose s'approcher; l'image de la destruction l'effraie, et s'il cédait à ses répugnances, il sortirait précipitamment d'un lieu qui lui offre un pareil spec-

lité d'allonger l'extrémité du gros intestin d'un ou de deux pouces. L'artère mésentérique inférieure seule s'oppose directement à un plus grand allongement; car, par cette manœuvre, l'S du colon pourrait aisément fournir un plus grand prolongement à ce défaut de rectum. En agissant ainsi, j'ai justement fait à la région anale ce que l'on pratique à la région abdominale lorsqu'on établit un anus artificiel, c'est-à-dire lorsqu'on va chercher l'intestin colon pour l'amener au niveau de la peau, avec cette différence seulement que, dans un cas, c'est une anse d'intestin qu'on amène au dehors, tandis que, dans l'autre, on attire l'extrémité ou l'espèce de cul-de-sac formé par la poche qui termine le gros intestin.

Par cette manœuvre, j'ai eu surtout en vue d'empêcher la bile et le méconium de passer sur les surfaces dépourvues de membrane muqueuse, et par conséquent de m'opposer aux effets destructeurs de la résorption, qui sont aussi funestes que ceux de l'urine dans des conditions pareilles, et surtout lorsque ces fluides peuvent séjourner, comme dans l'excavation du bassin.

Aujourd'hui 2 novembre, c'est-à-dire cinquante-cinq jours après l'opération, la petite fille est dans un état parfait de santé; on ne supposerait pas, en la voyant, qu'elle a subi une opération aussi grave. Il est vrai qu'elle n'a pas eu de fièvre, même dans les premiers jours. Elle est évidemment aussi bien développée que tout autre enfant de son âge; elle est même plus avancée que sa sœur aînée ne l'était à deux mois. Elle est fraîche, gaie, vive, sensible à la musique; elle agite ses petits bras lorsqu'elle entend le son du piano. Sa peau est parfaitement blanche, ce qui prouve qu'il n'y a pas eu la moindre résorption de bile.

Cette petite fille fait très-bien toutes ses fonctions, ne pleure pas la nuit, et elle va d'elle-même trouver le sein lorsque sa mère dort (1).

La défécation a lieu comme chez les autres enfans; elle a seulement en permanence, dans l'anus artificiel, une bougie élastique un peu moins grosse que le petit doigt, qui s'oppose au rétrécissement de cette ouverture. Elle retient les matières fécales 24 et même 36 heures. Sa sœur aînée avait une constipation analogue. Lorsqu'elle crie, on ôte la bougie, et l'intestin se vide souvent immédiatement. On lui donne un lavement toutes les 48 ou 72 heures, et alors elle évacue pour deux ou trois jours, suivant les expressions de sa garde. La mère, qui est elle-même habituellement constipée, attribue cet état à une disposition de famille plutôt qu'au resserrement de l'anus artificiel; car sa première fille, qu'elle n'a pas nourrie, était absolument de même (2).

Tout me fait donc croire à une guérison aussi parfaite que possible. Il me semble que je puis espérer les mêmes chances que j'aurais attendues d'un anus établi dans la fosse iliaque; et je crois même que cette petite fille n'éprouvera pas les inconvéniens auxquels sont exposés ceux qui sont affligés de cette infirmité dégoûtante.

Dans tous les cas, lors même qu'elle ne pourrait pas retenir volontairement les matières fécales, ce que je ne suppose pas, on pourrait remédier beaucoup plus facilement à cet inconvénient que lorsque l'anus artificiel a été établi dans la région abdominale. Quoiqu'il n'y ait pas encore, je crois, d'exemple d'enfans qui aient vécu avec un anus artificiel à la région anale dans des cas analogues à celui que je viens de citer, j'espère que ma petite opérée est maintenant dans des conditions tout aussi et même plus favorables que si l'anus avait été établi dans la région abdominale. Sans doute l'ouverture artificielle que j'ai pratiquée est dépourvue de sphincter; mais le même inconvénient a lieu par le procédé de Littre; et les exemples d'extirpation du rectum dans lesquels les opérés ont pu retenir les matières fécales, me donnent l'espoir que la nature fera pour cette petite créature ce qu'elle a fait pour les grandes; je pense même qu'elle fera davantage. Dans tous les cas, il me semble que l'extrémité inférieure du tronc est disposée, même sans appareil musculaire, à obéir à la volonté pour retenir les matières, tandis que, dans la région abdominale, rien n'est établi pour cette fin.

L'anus vaginal est une ouverture superflue qui ne paraît avoir aucun inconvénient. Je ne pense pas qu'on doive essayer de fermer cette ouverture; je dirai seulement que, si la petite fille atteint l'âge où elle pourra devenir mère, l'accouchement exigera quelque attention de la part de l'accoucheur, au moment où le périnée sera distendu.

Examinons maintenant si on n'aurait pas pu agir autrement que je ne l'ai fait. D'abord, on aurait pu attendre que la distension du rectum permît de faire une ponction par le vagin. Ce fut la première idée qui nous vint, et qui serait venue à tout chirurgien; mais il aurait peut-être fallu attendre quelques jours; et lors même qu'on aurait réussi, il y aurait eu une fistule recto-vaginale. D'ailleurs, l'enfant serait mort très-probablement par l'impossibilité de dilater une ouverture aussi étroite et à une si grande profondeur. On aurait pu faire encore l'opération de Littre, etc.; mais j'ai réussi par un procédé bien préférable. Voyons si on n'aurait pas pu mieux faire encore.

En pensant tout d'abord à faire mieux, on se demande si je n'aurais pas dû profiter de l'anus bien configuré qui conduit au vagin, et qui est pourvu de son appareil musculaire.

J'ai eu cette idée; mais la crainte de faire une fistule recto-vaginale m'a fait négliger l'avantage que j'aurais pu retirer du sphincter en l'utilisant. Il est vrai qu'il existe maintenant une ouverture de plus, un ânus vaginal; mais je crois qu'il vaut mieux avoir une ouverture superflue que de courir le risque de n'avoir que le nombre juste, parce que je n'aurais peut-être pas réussi, et dans ce cas le doute me justifie encore.

Dans un cas pareil, peut-être une autre fois tenterai-je ce perfectionnement, qui me paraît chanceux, et pour le présent, et pour l'avenir... Du reste, voici ce que je ferais.

Fendre l'anus vaginal en arrière et sur le côté, ainsi qu'une partie de la paroi postérieure du vagin; réséquer la muqueuse autour du sphincter, et y amener l'intestin pour l'y fixer.

Examinons maintenant ce que font les praticiens dans les cas analo-

(1) Quelques jours après l'opération, j'ai trouvé la petite opérée dans un berceau éloigné du lit de sa mère; elle était froide et presque inanimée : je conseillai à la mère de la coucher à côté d'elle afin de la réchauffer. L'enfant serait morte assurément si je n'avais pas donné à temps cet avis, et *je crois avoir sauvé plusieurs enfans de cette manière*, en les faisant en quelque sorte couver par leurs mères; car la nature n'a pas fait d'exclusion de cette fonction, même pour l'espèce humaine. Ces petits êtres n'ont pas assez de chaleur par eux-mêmes pour lutter contre le froid extérieur, surtout dans un climat comme le nôtre.

(2) M. Amussat nous a fait voir cette petite fille le 17 novembre; nous avons constaté tous les détails qu'on vient de lire sur les traces laissées par l'opération, et surtout sur le parfait état de santé de l'opérée.

(*N. du R.*)

---

tacle. Peu à peu cependant sa vue est moins outragée; il saisit à travers beaucoup d'obscurités quelques-unes des idées de la création; ses sensations ne sont plus les mêmes, les objets qui lui causaient de l'horreur changent d'aspect, l'attirent, le captivent, et le voilà les yeux fixés sur eux pendant des journées entières, écartant, démêlant les tissus qu'il veut connaître, les poursuivant jusqu'à leurs dernières divisions, les reprenant encore et toujours avec une curiosité qui n'est jamais satisfaite, qui est toujours avide de découvertes. Voudrez-vous que celui-là reporte son attention sur des sciences qui sont pour lui accessoires, et ne devons-nous pas imiter les Facultés qui ne rendent la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie obligatoires que la première année?

Disons cependant que la fréquentation d'un cours pendant un temps déterminé n'est pas la règle à laquelle nous ayons à astreindre les élèves dans nos hôpitaux; le degré de leur instruction et la nature des sujets enseignés sont un guide bien plus sûr. Le temps ne me permet pas d'exposer l'ordre dans lequel il paraît convenable que les sous-aides et les élèves suivent les différentes parties de l'enseignement; rien n'est bien déterminé à cet égard par le réglement qui, pris à la lettre, semblerait exiger pour tous et sans tenir compte du temps déjà employé aux études, une répétition indéfinie des mêmes exercices, disposition qui serait contredite par quelques articles qui laissent aux chefs la faculté de désigner non-seulement les cours que les élèves de diverses classes devront suivre, mais les fonctions particulières relatives à l'instruction qu'ils auront à remplir. Evidemment il y a dans le texte du réglement un mal-entendu qu'il importe d'éclaircir. Si j'ai cru remarquer que les chefs ont souvent trop de latitude, je dois dire ici qu'ils sont gênés dans les mesures qu'ils ont à prendre pour rendre les études profitables.

Mais ceux-là ne seraient pas dignes d'occuper des emplois supérieurs, s'il leur fallait toujours des ordres, s'ils ne savaient rien prévoir, rien ajouter à des dispositions réglementaires peu explicites et qui demandent à être sagement interprétées, si enfin ils se croyaient délivrés du fardeau d'une grave responsabilité parce qu'ils font ce qu'ils devaient rigoureusement faire. Aucun article du réglement ne prescrit la distinction que nous avons établie au Val-de-Grâce entre les chirurgiens sous-aides dont les uns sont chefs de clinique et les autres sous-aides de service. Montrons-en l'utilité.

Les chefs de clinique, désignés à tour de rôle, sont les adjoints des professeurs chargés du traitement des malades; ils ont une autorité morale sur les élèves et même sur leurs collègues, surveillent les pansemens, l'exécution des prescriptions chirurgicales faites aux visites, et ne sortent des salles qu'après s'être assurés que rien de ce qui devait être fait n'a été oublié. Voilà pour le service.

Sous le rapport de l'instruction, ils sont placés de la manière la plus favorable pour se la rendre facile. Devant particulièrement seconder le professeur dans l'exploration des affections les plus graves, ils en prennent une plus parfaite connaissance; consultés même sur le résultat de leurs remarques, ils font part de leurs vues, indiquent les moyens qu'ils croient devoir être employés, et leurs propositions sont approuvées ou rectifiées immédiatement. Certaines opérations de chirurgie leur sont confiées sous les yeux du chef, dont ils sont, quand il agit lui-même, toujours les principaux aides. La mission qu'ils ont de préparer le travail qui doit servir à l'exposé des faits pathologiques assez intéressans pour être recueillis, les exerce à ce genre de rédaction qui demande de l'habitude et un talent qu'il est assez rare de rencontrer. Nous croyons remplir ainsi d'autant mieux les intentions du gouvernement, que ces soins ont pour résultat de tenir toujours à sa disposition des élèves formés à la pratique la plus régulière, familiarisés avec les détails du service, et déjà initiés aux fonctions des grades supérieurs.

gues, c'est-à-dire lorsque le rectum manque dans une étendue plus ou moins considérable. Faire une ponction dans cet intestin, ou aller chercher le colon dans le flanc, tels sont les moyens que la chirurgie a employés jusqu'à présent, et presque toujours sans succès.

En général, la répugnance bien motivée pour l'opération de Littre est si grande, que, bien qu'on ait conservé la vie à quelques individus par cette méthode, presque tous les praticiens préfèrent cependant la région anale pour y établir la voie artificielle; mais les moyens employés sont jusqu'à présent insuffisans. Ce n'est qu'un demi-secours qu'on apporte à la nature, qui a besoin d'être largement secondée. Aussi presque tous les enfans meurent-ils quelques jours après les opérations incomplètes que l'on pratique journellement dans cette région.

Les uns se contentent de plonger un trois-quart, une lancette ou un histouri dans la plaie, où ils espèrent rencontrer le rectum, distendu par le méconium.

Les autres, plus méthodiques, font d'abord une incision exploratrice, et ne pratiquent la ponction qu'après avoir reconnu la fluctuation de l'intestin distendu par le méconium.

Dans l'un et l'autre cas, lors même qu'on réussit à ouvrir l'intestin, outre les inconvéniens d'un trajet plus ou moins long, les matières doivent passer sur une surface non muqueuse, et donner lieu à tous les accidens de la résorption.

Aussi remarquons que, quoi qu'on ait fait un grand nombre de ces opérations d'anus artificiel à la région anale, dans des cas analogues à celui que je viens de citer, on ne compte, à ma connaissance, pas un seul succès avéré.

Au contraire, sur un très-petit nombre d'opérations d'anus artificiels pratiqués à la région abdominale, on compte deux ou trois succès au moins.

Au premier abord on serait donc porté à croire que les chances sont plus favorables par l'opération de Littre que par celle qu'on pratique à la région anale; mais en réfléchissant que cette dernière opération n'est pas du tout analogue à la première, on concevra facilement la différence des résultats.

Le procédé que j'emploie a seul de l'analogie avec celui de Littre, et il peut lui être comparé, puisque, dans l'un et l'autre cas, on va chercher l'intestin pour l'amener à l'ouverture de la peau. Remarquons cependant que, dans mon procédé, on n'intéresse pas nécessairement le péritoine, tandis que dans l'opération de Littre on l'ouvre deux fois; mais dans mon procédé qui est, à la vérité, plus difficile, l'intestin ainsi que les parties voisines souffrent une traction bien plus considérable.

Quoique les vices de conformation du rectum soient nombreux, on peut cependant les classer sous cinq divisions principales :

Dans la première, l'anus est rétréci.

Dans la seconde, l'anus est bouché par une membrane.

Dans la troisième, le rectum est intercepté plus ou moins haut par une simple cloison.

Dans la quatrième, l'anus est imperforé, et le rectum manque dans une plus ou moins grande étendue. D'après les observations rapportées par les auteurs, ces cas sont les plus nombreux, et le mien doit être rangé dans cette classe; car l'anus vaginal anormal n'est qu'une ouverture superflue.

Dans la cinquième, le rectum s'ouvre dans un autre organe, la vessie, l'urètre ou le vagin, ou sur un autre point du bassin, le sacrum, par exemple.

Disons maintenant ce qu'on doit faire dans ces différens cas.

Dans le premier, on doit inciser l'anus, et le dilater comme chez l'adulte, à la suite d'une fissure à l'anus.

Dans le second cas, on doit d'abord faire une ouverture dans le centre de la membrane, qu'on excisera tout autour, au niveau du sphincter, puis tenir cette ouverture dilatée au moyen d'une tente de charpie assez forte.

Dans le troisième cas, je pense qu'après avoir dilaté ou fendu l'anus en arrière et sur le côté, on doit disséquer la muqueuse, attirer le rectum, exciser le bout inférieur qui forme une espèce de doigt de gant, et fixer cette extrémité au sphincter ou plutôt à la peau. Je me crois fondé à proposer cette opération, parce que dans les cas où on s'est contenté de faire une ponction à la cloison, les enfans sont morts.

Dans le quatrième cas, on doit suivre mon procédé.

Dans le cinquième cas, après y avoir beaucoup réfléchi, j'ai été conduit à penser qu'on doit encore employer mon procédé, à moins que l'anus anormal ne fasse bien ses fonctions. Mais dans le cas d'ouverture à la vessie ou dans l'urètre, on ne devrait amener au dehors que la paroi postérieure de l'intestin, sans quoi l'on courrait le risque de produire un épanchement d'urine, à moins qu'on ne pût fermer l'ouverture.

L'expérimentation directe sur le cadavre et sur les animaux vivans m'a conduit à mettre en pratique le procédé que je viens de décrire et qui m'a réussi. Je pense que par ce procédé l'on obtiendra d'autres succès, non-seulement dans des cas analogues au mien, mais dans tous ceux d'obturation du rectum, excepté lorsque l'interruption se présente au-dessus de l'excavation du bassin, et ces cas sont extrêmement rares; je n'en connais qu'un ou deux cités par les auteurs.

D'un fait unique, il ne faut pas se presser de tirer des conclusions générales, je le sais; mais ici il ne s'agit pas seulement d'un fait de plus en faveur de la puissance de la chirurgie; car c'est moins le succès qu'il faut considérer que la possibilité de faire dans presque tous les cas ce qu'on n'avait pas soupçonné ou osé faire avant cette opération; en un mot, il s'agissait de démontrer qu'on peut faire par la voie ordinaire ce que Littre a proposé de faire par l'abdomen, et ce que A. Dubois, Descaux, Duret et d'autres ont exécuté. L'hémorrhagie pourrait peut-être inquiéter ceux qui n'ont point encore pratiqué cette opération; mais les détails de celle que je viens de rapporter doivent suffire pour les rassurer. D'ailleurs, en faisant des essais sur des cadavres d'enfans et sur les animaux vivans, on peut se convaincre de la possibilité d'exécuter cette opération, qui est moins difficile et moins dangereuse qu'on ne pourrait le penser au premier abord.

ÉPIDÉMIES.

QUELQUES REMARQUES SUR LA SCARLATINE ANGINEUSE QUI A RÉGNÉ ÉPIDÉMIQUEMENT A LOCHES ET SES ENVIRONS VERS LA FIN DE 1834 ET LE COMMENCEMENT DE 1835; communiquées par M. Camille RENAUD, docteur-médecin à Loches (Indre-et-Loire).

Dans presque toutes les maladies aiguës, principalement dans les fièvres éruptives, il existe des influences soit locales, soit générales, en vertu desquelles les maladies se montrent avec des caractères particuliers, accidentels, dépendans des constitutions médicales, et étrangers absolument à la nature de la maladie qui a toujours ses symptômes essentiels et qu'on peut appeler ses signes caractéristiques. Parmi ces affections nombreuses qui paraissent constamment se masquer sous une foule de symptômes différens, dus évidemment aux constitutions des différentes années, nous compterons la scarlatine; les variations de sa marche, l'absence quelquefois de ses symptômes principaux, les divers moyens thérapeutiques qu'on emploie sont sans doute la cause de la controverse qui existe encore aujourd'hui sur cet exanthème. Je crois devoir publier le résultat des observations que j'ai faites sur un grand nombre d'individus de tout âge et de tout sexe, pendant l'épidémie de scarlatine qui vient de régner dans l'arrondissement que j'habite. Ces observations jetteront peut-être quelque jour sur les questions suivantes.

La scarlatine peut-elle exister sans exanthème? Est-elle contagieuse? Le même traitement lui convient-il dans tous les cas? Avant d'aborder toutes ces questions, je dirai succinctement la marche, les symptômes, etc., de la scarlatine que j'ai observée, et si je n'avais craint d'être trop long, j'aurais décrit aussi la topographie de la ville de Loches et de ses environs, convaincu que je suis de l'influence des localités, des saisons, des vents, etc., sur les maladies. Je jetterai seulement un coup-d'œil rapide sur les circonstances météorologiques qui ont précédé et accompagné l'épidémie de scarlatine que nous avons observée.

Vers la fin de l'année 1834, les vents de nord-ouest et sud-ouest régnèrent constamment; nous eûmes un automne presque constamment froid et nébuleux. L'hiver fut très-humide et alternativement chaud et froid. Le printemps fut aussi variable pour sa température, qui fut tantôt froide, tantôt chaude; presque toujours les variations étaient subites; la chaleur fut extrême durant l'été; elle disparut subitement et fit place à un refroidissement occasioné par des pluies qui durèrent assez long-temps. En résumé la constitution habituelle des trois derniers mois de 1834 fut presque constamment humide et alternativement chaude et froide.

Quelle que soit la cause qui l'ait occasionée, cette épidémie attaqua d'abord les enfans, puis les adultes et quelques vieillards; elle a été remarquable par quelques variétés, soit relativement aux âges, soit relativement aux différentes espèces de complications. Par exemple, j'ai souvent eu à observer des scarlatines sans exanthème, d'autres avec des angines diphtéritiques; le plus grand nombre a suivi la marche

la plus ordinaire, et relativement au grand nombre d'individus qui ont été atteints, le nombre des victimes a été peu considérable. Dans les cas simples, et ils ont été les plus nombreux, j'ai laissé agir la nature, c'est à elle seule que mes malades furent redevables de leur guérison; (gargarisme avec une légère décoction de quinquina et quelques gouttes d'acide sulfurique, eau vineuse avec l'oximel). Dans les cas graves avec angine diphtéritique, j'ai employé avec succès les gargarismes toniques acidulés et mieux encore les insufflations d'alun calciné sur les parties enflammées, ou la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent. Ces moyens, la diète et une boisson délayante légèrement diaphorétique, ont presque toujours enrayé la maladie d'une manière avantageuse, tandis que les évacuations sanguines ont été constamment funestes. J'ai également eu à me féliciter de l'emploi des frictions sur la colonne vertebrale, avec l'ammoniaque étendu d'une fois son poids d'eau.

Cette maladie s'annonçait habituellement par les symptômes suivans: douleur assez vive dans l'intérieur de la gorge; frissonnement général suivi de céphalalgie plus ou moins intense; nausées et quelquefois vomissemens de mucosités filantes et tenaces; la bouche était mauvaise, la langue sale, blanchâtre; au début prostration, somnolence; le pouls était ordinairement vite, fort et assez plein; la peau sèche et brûlante; les malades étaient agités. Dans certains cas, cette complication était d'un mauvais augure, et l'angine alors devenait plus intense. Vingt ou vingt-six heures après l'invasion, il y avait difficulté très-grande d'avaler; rougeur, douleur du pharynx; dans presque tous les cas chez les enfans, il se manifestait vers le deuxième ou troisième jour une éruption scarlatineuse qui ne durait qu'un ou deux jours, et ne paraissait influer en rien sur la marche de la maladie qui disparaissait le sixième ou le septième jour; alors les malades expectoraient abondamment, conservant de la douleur dans le cou et les régions parotidiennes. L'angine existait constamment chez tous les malades. La maladie ne suivait pas toujours une marche aussi régulière. Chez quelques malades les symptômes étaient moins intenses; chez d'autres, au contraire, il y eut des angines diphtériques très-graves, qui emportèrent les malades; chez d'autres enfin, la maladie se prolongea au-delà du quatorzième jour et amena des accidens consécutifs, comme l'anasarque, les parotides; la fréquence de l'un ou de l'autre de ces accidens tenait à la température sous laquelle se développait la maladie, plutôt qu'à l'idiosyncrasie des individus. Afin de donner un tableau plus exact de cette maladie, j'aurais désiré pouvoir joindre les observations particulières recueillies, dans le courant de cette maladie, sur des individus de tout âge et de constitution différente; elles ont résolu pour moi la question de savoir si la scarlatine peut exister sans exanthème, si elle est contagieuse; mais comme une matière aussi vaste m'eût entraîné au-delà des bornes que je m'étais prescrites, je me suis contenté de rapporter un seul fait recueilli chez un enfant. Le voici.

Obs. — Deux enfans atteints de scarlatine à peu de jours l'un de l'autre, étaient dans la même maison, l'un à la troisième période, l'autre à la deuxième de la maladie, lorsqu'un troisième enfant qui était resté constamment avec les deux premiers, fut pris de symptômes précurseurs de l'épidémie. Son frère aîné était convalescent depuis quelques jours, pendant lesquels il avait joué avec lui. Un matin, en s'éveillant, il se plaint à sa mère de céphalalgie et d'un grand mal de gorge; il resta au lit et eut dans la matinée deux vomituritions. La mère, qui voyait dans ces symptômes une analogie parfaite avec la maladie de ses deux autres enfans, pensa que ce devait être la scarlatine. A ma visite dans le courant de la journée, je trouvai au petit malade un pouls plein, très-accéléré, une soif vive et un assoupissement insupportable. La gorge était rouge, très-enflammée; le cou douloureux au toucher. Je confirmai le diagnostic de la mère, quoiqu'il me fût impossible de constater de la rougeur à la peau. Je l'annonçai pour le lendemain, et prescrivis le traitement que j'avais ordonné aux deux autres (diète, limonade, cataplasme sur le cou). A ma visite du lendemain, je trouvai mon petit malade dans le même état, la fièvre avait augmenté, la peau était devenue sèche et brûlante, avait conservé sa couleur normale; l'enfant avait toujours été tenu très-chaudement.

Le troisième jour il était moins assoupi, le pouls moins fréquent; il se plaignait toujours de son mal de gorge; la langue restait toujours blanchâtre. Il me fut encore impossible, malgré la plus scrupuleuse attention, de trouver aucune trace de rougeur à la peau.

Les quatrième et cinquième jours, la fièvre a peu à peu diminué; le mal de gorge, quoique moins intense, persiste toujours; la langue s'est nétoyée et est couverte de petits points piquetés rouges.

Les sixième, septième et huitième jours, le mieux se fait progressivement sentir; il n'y a plus de fièvre, la peau restait toujours dans l'état normal, une tumeur apparut à l'angle de la mâchoire, c'était une parotidite; elle parcourut ses périodes et finit par abcéder. Le malade fut guéri.

Cette observation, que je pourrais accompagner de beaucoup d'autres, nous prouve d'une manière indubitable que la scarlatine peut exister sans sa seconde période (celle d'éruption); ou mieux que, puisque l'affection de la peau n'a pas été un symptôme constant, qu'au contraire celle de la gorge s'est toujours manifestée, il serait peut-être plus naturel de regarder l'angine comme le symptôme principal, et celui qui devrait caractériser la maladie, qu'on appellerait pour lors angine simple, tonsillaire, diphtéritique, etc., selon son siége, ses complications; et ces mots « avec scarlatine », s'y joindraient toutes les fois qu'il y aurait exanthème. Mais comme l'absence ou la présence de la scarlatine n'annonçait ni plus ni moins d'intensité; que le traitement dans l'un et dans l'autre cas était à peu près le même; que cela ne nous explique pas pourquoi plusieurs de nos malades, surtout ceux d'un certain âge, ne présentèrent pas l'éruption scarlatineuse, maladie qui, selon toute apparence, est particulière à l'enfance, cette nouvelle dénomination serait peu importante; car, dans la supposition où elle serait fondée en raison, elle ne paraît pas devoir être d'aucun avantage réel à l'art de guérir. Déjà plusieurs observateurs avaient signalé cette absence d'exanthème dans la scarlatine (Anoskow, *Observations pratiques de scarlatine épidémique*). Stoll la regardait comme une variété individuelle, ainsi que le prouve l'aphorisme suivant: *Quo tempore inter juvenes febris scarlatinosa grassatur, inter adultos sæpè sola angina comparet.* Sydenham (sect. 6, cap. II) regardait la scarlatine angineuse comme résultant de la réunion de deux maladies simples, la scarlatine et l'angine, chacune d'elles s'étant manifestée quelquefois isolément.

Ceux qui ont écrit sur de semblables épidémies semblent avoir fait leurs observations sur les enfans, où elles se développaient spontanément et sans cause connue; tous ont dit que les hommes y étaient moins exposés; mais pas un d'eux n'a dit dans quelles circonstances ces derniers la contractaient. J'ai cependant cru m'apercevoir que dans notre épidémie, la seule influence de la constitution ou de toute autre cause générale ne suffisait pas pour la transmettre aux adultes. J'ai remarqué que tous ceux de cette classe qui en furent attaqués avaient communiqué d'une manière spéciale avec quelques-uns des malades, soit en leur rendant de fréquentes visites, soit en les soignant, soit enfin en occupant le même appartement, et je doute qu'il soit possible de citer un seul exemple d'homme adulte ou de femme âgée attaqués de cette épidémie, sans qu'ils s'y fussent exposés d'une manière plus ou moins marquée. Une conséquence qui paraît découler naturellement de ce mode de communication est que cette maladie devrait être considérée comme contagieuse; si des médecins célèbres ne s'étaient pas prononcés pour la négative, je ne croirais pas possible d'en douter; cependant, sans vouloir prononcer définitivement sur cette question, j'engagerai ceux des médecins qui se trouveront dans des circonstances favorables à diriger leur attention sur ce fait. Si de ce que plusieurs personnes ont pu impunément visiter habituellement les malades, et même les soigner sans contracter cette maladie, on croyait pouvoir conclure contre la contagion, ne pourrait-on pas également refuser de la reconnaître dans la variole et la rougeole; car ne voit-on pas journellement des individus n'ayant point eu ces maladies soigner des enfans ou des adultes qui en sont atteints, et ne pas les contracter? Mais ne sait-on pas et n'est-il pas suffisamment reconnu que, pour qu'un virus de ce genre puisse se développer, il ne suffit pas de s'y exposer, de vivre, si je puis m'exprimer ainsi, dans sa sphère d'activité, mais qu'il faut encore que l'individu se trouve dans certaines dispositions favorables; que son idiosyncrasie, que cet état particulier que nous ne pouvons définir non plus que concevoir, se trouve en rapport avec ce virus, sans quoi, semblable à une semence qui a été reçue sur un sol aride et dépourvu d'humidité, il se détruira insensiblement sans pouvoir se reproduire.

Je ne dirai rien du diagnostic: rarement lorsqu'une maladie règne épidémiquement on est embarrassé sur le diagnostic, à moins que ce ne soit les premiers jours de son invasion; autrement, il est facile de la reconnaître dès ses premiers symptômes, même lorsqu'ils présentent quelques anomalies; mais supposé que la maladie que je viens de décrire eût régné sporadiquement, le diagnostic eût été plus embarrassant, attendu qu'elle offrait de nombreuses analogies avec la plupart des maladies éruptives et des angines; car les seuls symptômes qui lui soient particuliers, l'inflammation tonsillaire et l'éruption scarlatineuse, étaient quelquefois si peu prononcés qu'il eût été impossible de les reconnaître, si on n'eût été presque certain qu'ils devaient se présenter.

La matière morbifique paraissait assez constamment se porter de préférence sur les membranes muqueuses, et la peau n'était affectée que secondairement ou sympathiquement. Rarement le pronostic a été grave. Quant au traitement, j'ai déjà indiqué que toutes les fois qu'il n'y avait point de complication, la nature se suffisait à elle-même pour opérer la guérison, et que le médecin n'avait d'autre fonction à remplir que de veiller à ce que sa marche ne fût point entravée par des applications nuisibles et des écarts de régime.

C'est ici le lieu de parler de la saignée, remède si fortement recommandé et si souvent employé dans les épidémies analogues.. Sans vouloir rejeter l'emploi de ce moyen, qui peut être utile dans certaines circonstances où les symptômes inflammatoires demandent à être combattus par les antiphlogistiques, et qui nous avait réussi les années précédentes, je ferai remarquer que son usage a été constamment funeste; de plus, j'ai observé que dans tous les cas où une médecine active n'était pas évidemment indiquée, il valait mieux laisser agir la nature que de s'exposer à administrer un remède contraire, et ce n'était pas le cas d'appliquer cet axiome si connu : *Melius est anceps remedium quam nullum.*

C'est une chose reconnue depuis long-temps par les médecins praticiens qu'un traitement ne peut pas être toujours le même dans la même maladie; en médecine, il est un point auquel on ne fait guère attention de nos jours, et qui cependant mériterait d'être étudié avec le plus grand soin, à cause des résultats thérapeutiques qui y sont attachés. Je veux parler des constitutions médicales, de ces influences atmosphériques qui impriment des caractères si différens aux maladies, qui font qu'elles sont sporadiques, épidémiques, très-communes et très-graves. C'est alors que l'attention du médecin a besoin d'être en garde, pour décider quel est le traitement le plus convenable; il a besoin de toute son expérience, et cette expérience doit être le résultat d'une attention particulière à observer tous les divers phénomènes des maladies, et d'un jugement exquis pour appliquer de la manière la plus convenable cette connaissance à la pratique. La cause de la maladie, si on peut la connaître, la saison de l'année, les maladies qui règnent alors, etc.; toutes ces particularités mûrement considérées et combinées ensemble, conduiront certainement le médecin aux véritables indications curatives, et par conséquent lui donneront lieu de se promettre un heureux succès.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 novembre.

NOUVEL INSTRUMENT A VENT ET A CORDES A LA FOIS.

M. Isoard, luthier-mécanicien, annonce qu'il vient de découvrir un nouveau mode de production du son, sur lequel il désire attirer l'attention de l'Académie.

Parmi les instrumens de musique connus jusqu'à présent, les instrumens à cordes et à archet sont les seuls qui ne sont pas tempérés. Cette propriété, qui met ces instrumens au-dessus de tous les autres en les rapprochant sous ce point de vue de la voix humaine, dépend évidemment de ce que les cordes peuvent être à volonté raccourcies de quantités aussi petites que peut le désirer l'excessive délicatesse de l'oreille.

Un instrument qui jouirait d'un côté de cette propriété si importante, et qui, de l'autre, serait susceptible de produire des sons dont le timbre et l'intensité seraient les mêmes que ceux des instrumens à vent, aurait une importance très-grande, soit comme instrument d'orchestre, soit comme instrument destiné uniquement à chanter.

On pourra, dit M. Isoard, se faire une idée exacte de ce nouveau mode de production du son, si l'on se représente une corde tendue entre deux lames de métal ou de bois, à la manière des languettes des anches libres, et si l'on conçoit que cette corde soit, à l'une de ses extrémités, ébranlée par un courant d'air, tandis qu'à l'autre, en la serrant entre une touche, on la raccourcit par la pression des doigts, ainsi qu'on le fait dans les violons et dans les basses. On voit, par conséquent, qu'un tel instrument peut être considéré comme un violon dont les cordes seraient ébranlées à l'aide d'un courant d'air, au lieu de l'être par un archet.

Pour le timbre et pour l'intensité du son, un instrument construit sur ce principe fait entendre des sons qui semblent tenir le milieu entre ceux du cor et ceux du basson.

M. Isoard annonce qu'il a plusieurs instrumens déjà exécutés sur ce principe.

MM. Savard, Becquerel et Dulong sont nommés commissaires.

ÉLECTRICITÉ.

A l'occasion d'une note adressée par M. de Larive dans une des précédentes séances, M. Peltier, dans une lettre écrite au président de l'Académie, fait remarquer que si la théorie du contact est insuffisante à l'explication de l'électricité dynamique, d'un autre côté l'opinion qui veut ne faire ressortir que des actions chimiques tous les phénomènes électriques quels qu'ils soient, est en désaccord avec plusieurs séries de faits. Il ajoute que la cause d'erreur des deux opinions est de considérer comme identiques les causes immédiates de ces deux ordres de phénomènes.

Pour reconnaître ce qui appartient au contact, M. Peltier a fait six plateaux condenseurs, deux en cuivre, deux en zinc, et deux doubles, formés chacun de deux disques zinc et cuivre, soudés comme les couples des piles à colonne. Ces plateaux sont vernis partout et armés d'un crochet en platine.

Un plateau cuivre est vissé sur un électroscope à armatures mobiles; sur ce collecteur sont placés les deux disques composés, unis par une courte tige métallique, et de manière à alterner les métaux. Enfin au-dessus de ces disques est placé le condensateur. L'appareil interposé communique au sol au moyen d'un fil de cuivre. Toutes ces dispositions étant prises, M. Peltier fait observer que l'appareil central doit être neutre, puisqu'il communique au sol, si les métaux sont indifférens à la coërcition de l'électricité statique, et que les plateaux condensateurs n'en devraient pas être influencés. L'expérience est contraire à cette indication; car si l'on fait communiquer le condensateur avec le collecteur au moyen d'un fil de platine isolé, ce dernier se charge d'électricité négative si la partie zinc repose sur lui, ou d'électricité positive si c'est la partie cuivre.

M. Peltier dit avoir fait toutes les combinaisons possibles avec ces six plateaux combinés ou non, et que toutes ont fait reconnaître dans le zinc un état positif permanent dans son contact avec le cuivre, et un état négatif dans le cuivre dans son contact avec le zinc. Il annonce d'autres faits dont il fera très-prochainement l'objet d'une communication.

DURÉE DE LA VIE HUMAINE.

M. J. Bienaimé adresse la lettre suivante :

Le mémoire sur la *durée actuelle de la vie humaine en France*, que j'ai soumis à l'Académie des sciences le 2 février dernier, avait éprouvé quelques objections. Je crois y avoir complétement répondu dans une note remise il y a trois mois à l'un de MM. les commissaires nommés pour l'examen de mon travail. Je faisais connaître un document officiel publié depuis long-temps, qui comprend les naissances de dix années pour les quarante-trois départemens, c'est-à-dire pour la moitié de la France, et je montrais qu'en les comparant aux listes de recrutement correspondantes, on obtient le rapport de 60 survivans au *minimum* à l'âge de vingt ans sur 100 naissances, au lieu de 50 sur 100 donné par la table de M. Duvillard. Ce résultat est entièrement identique à celui qui est établi pour toute la France dans mon mémoire, d'après les tableaux statistiques déposés aux archives du royaume.

Depuis peu, à l'occasion du dépouillement très-étendu que M. Demonferrand a fait de ces tableaux, de nouvelles objections ont été soulevées. A présent l'exactitude même des nombres qui y sont compris est mise en question. J'ai l'honneur de vous informer que j'achève une seconde note qui ne laissera, je l'espère, aucun doute sur le peu d'influence des erreurs de ces documens, signalées soit par M. Demonferrand, soit par moi, lorsqu'on ne descend point aux détails numériques par départemens, et qu'on embrasse, comme je l'ai fait, une grande partie du territoire ou le territoire entier à un certain nombre d'années.

Je n'ai pris l'idée du mémoire de M. Demonferrand que dans le compte rendu des séances de l'Académie; mais je ne doute pas que s'il a pris les précautions qu'exigent l'emploi des documens statistiques dont il s'agit et les erreurs inévitables ou non dont ils sont susceptibles, les explications contenues dans la note que je termine montreront qu'il a dû obtenir sur plus d'un point des résultats dignes de toute confiance. Au reste, je suis certain d'avance que ses relevés serviront de preuve à mes calculs.

PREMIÈRE RÉCOLTE DE FRUITS DU GINKGO DU JAPON EN FRANCE; note lue par M. RAFFENEAU DELILLE.

Le Ginkgo, bel arbre originaire de la Chine, mais introduit au Japon depuis une époque très-reculée, a été, en 1712, décrit et figuré par Kœmpfer; dans le siècle dernier il a été introduit en Angleterre, puis en France. On n'avait pour lui assigner sa place dans les classifications, jusqu'en 1794, qu'un pied mâle ayant fleuri en Angleterre. Smith montra que la place naturelle de ce genre était parmi les conifères, près de l'if.

Un pied de ginkgo envoyé par Banks à Gouan, et planté à Montpellier en 1788, a fleuri en 1812; c'est également un mâle. Des boutures d'un Ginkgo femelle ont été en 1830 obtenues de Genève, et après plusieurs greffes successives, ont été entées avec succès par M. Delille, sur un individu mâle de 50 pieds de haut, qui s'est ainsi trouvé changé en un arbre fécond monoïque ou androgyne.

Le fruit qui est venu à maturité est un drupe ovoïde d'un pouce de diamètre, contenant un noyau blanc ovoïde, lenticulaire, ligneux, mince et facile à briser. La graine fraiche et mûre remplit le noyau et y adhère par la moitié inférieure environ; superieurement elle est libre. Elle consiste presque entièrement en un endosperme vert, charnu, au sommet duquel est l'embryon.

Les amandes, dit Kœmpfer, sont le principal produit de l'arbre. Elles sont agréables au goût; on en mange au dessert dans tous les grands repas; et on les mêle à presque tous les mets.

Thunberg donne à la graine du ginkgo les mêmes éloges; Kœmpfer et un troisième voyageur, M. Sieboldt, dans les communications qu'il a eues récemment à Paris avec M. Delille, a confirmé sur ce point le témoignage de ses deux devanciers.

Kœmpfer et Thunberg disent que ces amandes ne sont bonnes à manger que lorsqu'on les fait cuire sur les charbons à un feu vif; M. Delille les a essayées ainsi accommodées, et leur a trouvé le goût de maïs frais grillé. Il ne sait comment s'expliquer ce qu'a dit Kœmpfer, qu'elles fournissent de l'huile en abondance.

Le dernier voyageur en Chine, le docteur Bunge, attaché à la mission décennale russe, rapporte avoir vu près d'une pagode un ginkgo dont le tronc avait 40 pieds de circonférence, sans qu'aucun indice annonçât dans cet arbre l'approche de la décrépitude. On est dans l'usage à la Chine, ajoute le docteur Bunge, de réunir et d'entre-greffer plusieurs pieds de ginkgo pour en avoir de monstrueux. M Delille fait observer que le but principal de cette opération est vraisemblablement d'obtenir des individus féconds par la réunion des sexes.

Le ginkgo est un très-bel arbre de forme pyramidable; l'abondance de ses fruits, quand on aura suffisamment de pieds femelles, au lieu de mâles improductifs comme ceux qu'on avait eus jusqu'ici en France, le rendra doublement intéressant. Il vient très-bien en France sur le littoral de la Méditerranee, et son bois, dont le grain rappelle un peu celui de l'érable, pourra être utile dans les arts; il ne parait pas meriter la qualification de bois mou que lui donne Kœmpfer.

Les graines recueillies à Montpellier ont été en partie semées dans les jardins de cette ville, en partie données au Muséum d'histoire naturelle de Paris et à d'autres établissemens semblables.

PHYSIQUE MOLÉCULAIRE.

M. Biot dépose, comme addition à la communication qu'il avait faite à la précédente séance, l'exposé des formules relatives aux solutions tartriques.

Soit y la proportion pondérale d'acide en centièmes; x l'excès de la densité apparente sur l'unité, de sorte que D étant cette densité, l'on ait $D = 1 + x$. La relation hyperbolique entre x et y sera :

$$x\,y - a\,y - b\,x = 0$$

a et b étant deux constantes propres à chaque température.

Quand ces constantes sont connues, on peut obtenir y en x ou x en y, par les formules

$$y = \frac{b\ x}{x-a} \text{ et } x = \frac{a\ y}{y-b}$$

Pour la température centésimale $+ 6°,8$, M. Biot a trouvé :

$$a = -1380{,}875 \qquad b = +349{,}287$$

Pour l'hyperbole moyenne entre les températures de 13° et 27°, on a :

$$a = -1586{,}785 \qquad b = 349{,}287$$

M. Biot n'a pas essayé si une relation du même genre s'appliquerait à d'autres solutions; ce serait, dit-il, l'objet d'une utile recherche; mais il faudrait que chaque espèce de solution fût comparée à elle-même dans un état exactement constant de température, sans quoi, comme la dilatation de ces solutions différera en général de celle de l'eau, les densités apparentes participeront à toutes les irrégularités de ce phénomène dans les deux liquides.

—M. Leroy-d'Etiolle adresse à l'Académie deux instrumens applicables à la lithotritie : l'un est destiné à donner issue aux débris de la pierre après la lithotritie; l'autre a été imaginé pour écraser et extraire un éclat de bois dur et volumineux qui pénétra dans la vessie il y a dix mois à travers une plaie du périnée. Le calcul dont il était devenu le noyau avait environ 2 pouces de diamètre. Cette opération a été pratiquée à l'Hôtel-Dieu avec un succès complet par M. Lecoy. Les débris du calcul et des fragmens de bois sont placés sous les yeux de l'Académie. Une circonstance remarquable de ce fait curieux à tant d'égards, c'est que l'empalement n'a causé ni abcès ni fistule urinaire, et que, huit jours après l'accident, le malade avait repris son travail. Pourtant l'existence d'une cicatrice au périnée, ainsi que le volume et la forme de l'éclat de bois, ne peuvent laisser de doute sur la voie par laquelle ce corps a pénétré dans la vessie. Nous rapporterons dans un prochain numéro cette opération de lithotritie, et nous donnerons les figures des nouveaux instrumens de M. Leroy.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE.—*Présidence de M. Lisfranc.*

— M. ALEX. SANSON adresse un mémoire sur la scoliose ou courbure latérale de la colonne vertébrale. —Commissaires : MM. Thillaye, Nacquart et Londe.

— M. TANCHOU envoie des *Considérations sommaires sur les prolapsus de l'utérus, sur leurs causes, leur nature et les moyens d'y remédier.* — Commissaires : MM. Velpeau et Danyan.

— M. BERTRAND de Nogent-le-Rotrou, adresse une *observation d'acéphalocystes rénales.* — Commissaires : MM. Desmarais et Petit.

—M. LASSERRE, d'Agen, envoie une observation de symphyséotomie, et une autre d'extirpation de l'œil droit.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. J. Guérin.

A M. le président de l'Académie royale de médecine.

Monsieur le président,

L'Académie a reçu dans sa dernière séance une lettre de M. le docteur Bouvier, relative au mémoire que j'avais lu, dans la séance précédente, sur une nouvelle *méthode d'opérer le redressement des déviations latérales de l'épine.* Dans cette lettre, M. Bouvier paraît vouloir établir que ma méthode n'est pas nouvelle; que l'idée première en appartient à Levacher de la Feutrie, et qu'enfin lui-même, M. Bouvier, met cette méthode en pratique depuis neuf ans.

Je remercie mon estimable confrère de me fournir l'occasion de dissiper ses doutes, et de suppléer par une courte explication aux renseignemens dont il paraît avoir manqué pour juger mon mémoire et mes appareils. Je demande donc à l'Académie la permission de répondre en très-peu de mots aux trois points de la lettre de M. Bouvier.

J'ai cru pouvoir présenter ma méthode d'opérer le redressement des déviations latérales de l'épine comme *nouvelle*, parce qu'ainsi que je l'ai établi dans mon mémoire, toutes les méthodes avouées jusqu'ici par la science se sont bornées à pratiquer l'extension de l'épine suivant sa longueur, ou l'extension parallèle à laquelle ils ont associé des pressions latérales; et parce que ma méthode consiste à opérer une double flexion de l'épine en sens inverse de la déviation pathologique. Or, quoi qu'en ait dit M. Bouvier, je maintiens que personne jusqu'ici n'était parvenu à réaliser cette idée; et si j'ai eu soin de citer religieusement les premiers essais qu'on avait tentés dans cette voie, c'était plutôt pour prévenir les réclamations qui ne manquent jamais de s'élever contre toute idée nouvelle, que pour établir une liaison réelle entre mon système d'extension et celui de mes prédécesseurs.

M. Bouvier croit pouvoir rapporter à Levacher de la Feutrie la première idée de l'extension *sigmoïde*. Mon honorable confrère me paraît avoir commis, dans cette assertion, deux erreurs graves : la première, en confondant Levacher de la Feutrie avec Levacher, qui sont deux auteurs différens; et la seconde, en prenant la machine à compression de ce dernier pour un appareil à flexion. En effet, sur le premier point, M. Bouvier s'est trompé, parce que Levacher de la Feutrie rapporte et décrit dans son ouvrage le fauteuil que Levacher avait imaginé quelques années auparavant, en 1768; c'est Levacher de la Feutrie lui-même (page 363 (1)) qui prend soin de le rappeler. Je m'explique moins facilement la seconde erreur où M. Bouvier est tombé, en prenant la machine à compression de Levacher pour un appareil à flexion. Cette erreur me paraît d'autant plus inexplicable, que Levacher de la Feutrie représente, dans une des planches de son ouvrage, cet appareil, combiné simultanément avec l'appareil à extension verticale. L'Académie pourra en juger elle-même par la planche que j'ai jointe à cette lettre, et que je prie M. le président de faire passer sous ses yeux. Or, le procédé de Levacher consiste à comprimer latéralement les parties déviées au moyen de quatre cravates agissant en sens inverse, et se servant mutuellement de point d'appui, pendant que la colonne vertébrale est soumise à des tractions verticales de bas en haut. Levacher, et Levacher de la Feutrie avaient si peu le but d'obtenir par ces moyens la flexion de l'épine en sens inverse de ses courbes, que voici comment l'auteur de l'appareil cité par M. Bouvier juge lui-même la portée des moyens de compression latérale.

« Les machines compressives, dit Levacher (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, tom. X, pag. 47 (2), n'ont aucun appui immédiat sous l'épine; il faut donc se réduire à comprimer les côtes; mais ces arcs-boutans posés obliquement ont bien plus de facilité à s'abaisser selon leur mouvement articulaire qu'à repousser les vertèbres. Cette compression, qui gêne beaucoup la respiration, perd encore de son effet sur l'épine; de façon que la portion de cet effort qui agit sur la colonne vertébrale se réduit presque à rien. Les vertèbres lombaires ne sont pas plus dans le cas d'être repoussées latéralement, ni de devant en arrière, que les dorsales; les muscles et la graisse qui entourent cette partie de l'épine ne résistent pas assez pour rendre aux vertèbres déjetées l'effort qu'elles recevraient de la part des corps compressifs; à ces obstacles se joint encore le poids de la tête et des extrémités supérieures, qu'on ne peut empêcher d'agir sur l'épine... » Voilà comme Levacher, l'auteur de l'appareil invoqué par M. Bouvier, s'exprimait. Levacher de la Feutrie n'a fait que combiner simultanément cette machine ou fauteuil avec l'appareil à extension verticale de son homonyme, et il a obvié ainsi à l'inconvénient du poids de la tête et des extrémités agissant sur l'épine.

Ce qui précède explique suffisamment comment M. Bouvier a pu être porté à croire de très-bonne foi qu'il employait depuis long-temps des moyens analogues aux miens. En effet, du moment qu'il a confondu l'extension parallèle associée à la pression latérale avec l'extension sigmoïde, il a dû, lui qui n'emploie depuis neuf ans que l'extension parallèle aidée des pressions latérales, conclure que cette méthode était la même que la mienne, si non dans ses appareils, du moins dans ses résultats. L'Académie croira très-difficilement sans doute qu'un homme aussi éclairé que M. Bouvier ait été conduit à ces méprises : en attendant que mon honorable confrère s'explique plus nettement lui-même, voici qui dissipera tous les doutes à cet égard.

A propos du traitement mécanique des déviations de l'épine, M. Bouvier a écrit, il y a quelques mois, dans l'article orthopédie du Dictionnaire de médecine pratique (t. XII, p. 298), les phrases suivantes : « Quelle que soit la force que l'on mette en jeu, l'effet se réduit toujours, en dernière analyse à *pousser* ou à *tirer* : *l'extension* et la *compression* sont donc les deux grands moyens d'action qui renferment tous les autres. » Et plus loin : page 300, « Il est clair que *tout le problème* consiste à pouvoir saisir invariablement l'épine dans deux points pour les *tirer* en sens contraire. » Si ces formules exprimées d'une manière très-heureuse, pouvaient par leur forme aphoristique, laisser la moindre obscurité, je renverrais à la pratique de M. Bouvier, qui traite en ce moment plusieurs sujets déviés à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital des Enfans, au moyen du lit de Wurtzbourg, c'est-à-dire par l'appareil classique de l'extension parallèle, aidée de la compression latérale.

Je demande pardon à l'Académie d'être entré dans de si longs détails; mais elle comprendra de quelle importance il était pour moi de repousser les reproches d'un des hommes les plus compétens en matière d'orthopédie. Je m'en serais référé cependant au seul jugement de l'Académie, si le rapport de la commission ne devait pas se faire attendre long-temps encore à cause des expériences assez longues qu'il nécessitera. Pour le moment je me borne donc à établir que j'ai changé le problème de l'orthopédie formulé par M. Bouvier, et qu'au lieu de dire avec lui *que ce problème consiste à pouvoir saisir l'épine dans deux points pour la tirer en sens contraire*, il doit consister désormais *à fléchir l'épine dans le sens inverse de ses courbures.* L'Académie décidera jusqu'à quel point cette méthode mérite d'être appelée nouvelle, et jusqu'à quel point les moyens que j'ai proposés remplissent cette indication.

Agréez, etc.

JULES GUÉRIN.

M. HUSSON se plaint que ces discussions font perdre beaucoup de temps à l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT. Il y avait eu attaque; il était de toute justice de donner la même publicité à la réponse. (Très-bien !)

M. HUSSON. C'est l'attaque qu'on n'aurait pas dû permettre.

M. LE PRÉSIDENT. Le conseil d'administration a pris pour l'avenir des mesures à cet égard.

M. MOREAU. Malgré l'impatience que témoignent plusieurs de nos collègues, je regarde cette question de l'orthopédie comme infiniment importante, et je regrette qu'on n'ait pas accordé dans la dernière séance le tour de faveur demandé par M. Maisonabe; d'autant plus que, si je suis bien informé, M. Maisonabe prétend démontrer que jusqu'ici on n'a redressé aucune colonne vertébrale, et pro-

(1) *Traité du rakitis*; in-8°. Paris, 1772.

(2) Paris, 1768; éd. in-12.

posera même un prix de 1,000 fr. au premier orthopédiste qui en aura redressé une.

M. LE PRÉSIDENT. M. Maisonabe a en effet écrit au conseil pour demander un tour de faveur, mais pour la première seance de décembre ; et il pourra être entendu dans la seance supplémentaire de samedi. J'ajouterai que le prix qu'il propose aux orthopédistes n'est pas de 1,000 fr., mais seulement de 500 fr.

LITHOTRITIE.

M. LOUIS. Dans l'avant-dernière séance, on a lu un fragment d'une lettre de sir A. Cooper qui semblait donner un démenti aux documens fournis à M. Velpeau par M. Tarral. M. Tarral a écrit au conseil; son honneur était compromis; c'est sans doute par distraction que l'on n'a pas lu cette lettre.

M. LE PRÉSIDENT. Le conseil ne fait rien avec la légèrete qu'on veut lui supposer. M. Tarral a écrit, promettant de donner plus tard des preuves de sa véracité, et annonçant qu'il avait écrit à Londres dans le but de s'en procurer. Le conseil a jugé qu'il convenait d'attendre ces preuves, d'autant plus que la lettre dont on a tire des conséquences fâcheuses contre M. Tarral était signée de sir A. Cooper.

M. VELPEAU. Il doit m'être permis de prendre la parole; car c'est moi qui ai avancé dans l'Académie les faits contre lesquels a réclamé M. Heurteloup. Or, j'ai la preuve de ces faits dans ma poche; ce sont deux lettres, l'une de M. Aston Key, l'autre de sir A. Cooper, datées du 17 novembre, qui confirment tout ce que j'ai dit. Je vais, si l'Académie le désire, en donner lecture. (Lisez, lisez!)

Lettre de M. Aston Key sur la lithotritie.

M. Aston Key déclare que son opinion est que le résultat des opérations de lithotritie à Londres n'a pas été exposé au public avec sincérité, et que l'on en a soigneusement et attentivement atténué les dangers. « Parmi les faits nombreux venus à ma connaissance, dit-il, et qui tendent à montrer les dangers de la lithotritie et l'absence d'exactitude dans les rapports publiés sur les opérations pratiquées, se trouvent les suivans :

» L'amiral Cumberland a été opéré par le baron Heurteloup, et le cas publié par lui dans son ouvrage. L'amiral est mort six mois après, sans avoir éprouvé aucun soulagement (*benefit*) de l'opération. Le docteur Tucker d'Exeter fit l'ouverture du corps, et découvrit sept calculs formés sur les fragmens.

» M. Saunders de Tottenham a été taille par moi il y a environ neuf ans, et un calcul d'acide urique fut extrait de la vessie. M. le baron Heurteloup a broyé chez ce même sujet un petit calcul de phosphate de chaux, et le cas fut publié dans la *Lancette* comme cas de guérison. M. Saunders continua à souffrir après l'opération; les mêmes symptômes se montrèrent, les douleurs eurent plus d'intensite, et il est mort quelques mois après. Il s'était adressé à moi, et m'avait dit que ses douleurs avaient eté considérablement accrues par l'opération. Le corps n'a pas été ouvert.

» M. Seaman a été opéré par M. Heurteloup cette année même ou vers la fin de 1834, et renvoyé comme guéri. J'ai vu M. Seaman après l'opération, et je lui ai trouvé les symptômes d'un calcul restant. Il eut après l'opération un intervalle de soulagement; mais les douleurs revinrent, et il est mort d'hémorrhagie et d'inflammation de la vessie. Trois petits calculs formés sur des fragmens furent trouvés à l'autopsie. Je n'ai pas soigné M. Seaman dans sa dernière maladie, mais j'ai vu les calculs.

» M. Johnson, ministre protestant près de Bishop-Stratford, a succombé trois jours après une seule operation pratiquée par M. le baron Heurteloup.

» Ces cas suffisent pour montrer que la lithotritie doit être mise au nombre des opérations dangereuses, et que l'on ne peut pas compter pleinement sur la fidélite des relations publiées. J'ai entendu parler de beaucoup d'autres cas où la lithotritie a été également malheureuse.

« Mon opinion personnelle sur la lithotritie est favorable à l'opération; quand la vessie est saine et le calcul petit, elle est préferable à la lithotomie. Mais on en a étrangement abusé, et on l'a pratiquée dans des circonstances où on n'aurait jamais dû la tenter. Elle est encore défectueuse sous bien des rapports. La nécessité de répéter l'opération sur le même calcul, celle de saisir séparement chaque fragment pour les broyer, rendent l'opération irritante et dangereuse pour la vie... »

ASTON KEY.

Lettre de Sir A. Cooper sur le même sujet.

Nous transcrivons complétement la lettre de sir A. Cooper.

» Je suis tellement dans l'habitude de parler de la lithotritie, que les sentimens generaux que je me suis faits sur cette opération sont tout-à-fait familiers à mon esprit; et jamais je n'ai fait difficulté de les communiquer à ceux avec qui j'ai l'honneur de m'entretenir. Je sais que le public s'imagine que la lithotritie est moins douloureuse, plus ordinairement suivie de succès et plus exempte de danger qu'elle ne l'est reellement.

La distension subite de la vessie par l'eau qu'on y injecte, et l'effort pour saisir le calcul peuvent être suivies d'une irritation funeste.

Le broiement d'un calcul rond, poli, en une multitude de fragmens aigus qui ne peuvent être immédiatement extraits par l'opérateur le plus experimenté, est la cause de désordres dans la membrane muqueuse de la vessie, et peut être suivi dans certains cas de la mort du malade.

Le développement de la prostate peut souvent présenter un obstacle au succès.

Une vessie irritable et sensible ne pourra pas toujours supporter les différentes parties de l'opération.

Dans le cas d'une maladie des reins, les moyens les plus doux peuvent compromettre la vie.

Mais quoique telle soit mon opinion que la lithotritie peut être accidentellement sujette aux objections qui précèdent, cependant je considère sa découverte comme une des plus importantes en chirurgie, et qui fait honneur à celui qui l'a inventée ainsi qu'à ceux qui depuis l'ont perfectionnée. Pour mon compte, j'avoue que si j'avais dans la vessie un calcul trop gros pour être extrait au moyen de la pince dont j'ai l'habitude de me servir, je me soumettrais moi-même à la lithotritie plutôt qu'à la lithotomie, avant qu'il eût acquis un volume trop considérable.

J'ai appris de mes confrères plusieurs cas où la non-réussite était due aux causes que je viens de mentionner; mais je n'ai vu personnellement qu'un seul cas dont je puisse parler d'une manière absolument décidée, ayant moi-même examiné les organes après le décès du malade. L'opération avait éte bien faite, la pierre brisée en fragmens nombreux; quelques-uns avaient été extraits; mais ceux qu'on avait été obligé de laisser pour une séance suivante, irritèrent la vessie déjà sensible, et furent la source d'une inflammation de la muqueuse, inflammation qui, dans mon opinion, a causé la mort du malade.

Quant au certificat que j'ai donné au baron Heurteloup, c'était pour établir ce qui suit : « Je n'ai jamais eu connaissance d'aucun malade opéré pour la pierre » par le baron Heurteloup, admis dans l'hôpital ayant un calcul ou un fragment » de calcul » (Il s'agit de l'hôpital de Guy, dont Sir A. Cooper est chirurgien.) Et je le lui donnai parce qu'on avait raconté que dans l'hôpital un malade avait été soumis à la taille après avoir subi la lithotritie.

Londres, 17 novembre 1835.

A. COOPER.

M. AMUSSAT. Je prie l'Académie de remarquer que Sir A. Cooper déclare lui-même qu'avant la taille il donnerait la préférence à la lithotritie. (M. SANSON : ajoutez donc dans quelles conditions!) M. Aston Key cite des cas d'individus lithotritiés et qui ont eu des récidives; mais il y en a bien après la taille; de nouveaux calculs peuvent descendre des uretères ou même des reins. Ensuite il peut arriver que la lithotritie laisse échapper quelques fragmens de pierre; je l'ai dit et répété moi-même; seulement ce cas est une rare exception. Enfin je constaterai, soit comme résultat des discussions de l'Académie, soit comme preuve d'une assertion par moi avancée, que tout récemment deux médecins atteints de la pierre se sont adressés à moi, préférant de beaucoup la lithotritie à la taille.

M. VELPEAU. M. Aston Key dit positivement que les calculs nouveaux étaient formés autour des fragmens anciens. M. Amussat dit que ce cas est rare; je maintiens qu'il est très-fréquent. M. Amussat triomphe aussi de la préférence donnée par Sir A. Cooper à la lithotritie; mais tous nous avons dit la même chose. Oui, quand le calcul est médiocre et la vessie saine, mieux vaut se faire lithotritier; il n'y a pas de discussion là-dessus.

M. ROCHOUX. M. Velpeau a cependant dit dans son rapport que la lithotritie serait morte dans dix ans; que depuis cette découverte il périssait plus de calculeux qu'auparavant.

M. VELPEAU. Je n'ai jamais dit rien de semblable. J'ai vanté la lithotritie comme une belle découverte; seulement j'ai avancé qu'on en abusait, et que, dans dix ans, l'usage en serait restreint dans de justes limites.

M. ROUX. Depuis ces discussions, j'ai fait comparativement plusieurs opérations de taille et de lithotritie; je communiquerai mes résultats à l'Académie à la fin de décembre, afin d'offrir un travail plus complet.

RAPPORT DE M. CAPURON SUR UNE STATISTIQUE DE L'ÉCOLE PRATIQUE D'ACCOUCHEMENS DE METZ EN 1834, par M. MORLANNE. — DISCUSSION SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES AIGUES.

Nous avons indiqué, lors de la présentation de ce travail, les points qui nous en avaient paru les plus importans. M. Capuron en fait un rapport beaucoup plus long, mais pour se plaindre que l'auteur ait omis presque partout les détails les plus indispensables; il lui accorde cependant quelques éloges comme modèle d'exactitude arithmétique. Mais une assertion de M. le rapporteur soulève une discussion très-longue et très-vive; la voici textuellement :

« D'après les progrès de l'art depuis une vingtaine d'années, il est presque impossible ou difficile de concevoir la mort dans les maladies aiguës, si ce n'est comme une exception, ou comme un phénomène rare; à moins qu'on ne les attaque trop tard ou avec des moyens fort inférieurs à leur violence. »

M. MOREAU se récrie contre une assertion aussi exagérée; il est des maladies aiguës que tous les efforts du médecin ne sauraient arrêter; il en est dont on ne peut même ralentir la marche et qui tuent le malade en vingt-quatre heures.

M. LOUIS. Quoiqu'on avance des progrès des méthodes thérapeutiques en général, il est malheureusement vrai, quand on compare une masse suffisante de chiffres, qu'on n'obtient guère plus de succès aujourd'hui qu'autrefois. Si l'on prend pour exemple la pneumonie, affection qui exige l'intervention de l'art, on ne voit pas que la proportion de la mortalité diffère beaucoup par une méthode ou par l'autre; et bien moins encore s'il s'agit d'une de ces maladies moins graves que la nature seule suffirait à guérir, la pleurésie, l'inflammation légère de l'intestin, presque toutes les phlegmasies des séreuses. Enfin dans les affections aigues d'une nature grave, souvent la mort survient quoique le traitement ait commencé dès le debut et ait été poussé avec une grande énergie.

M. CAPURON. Je n'ai pas dit qu'on ne mourait plus; j'ai dit seulement, et je le répète, que la mort doit être une exception. (Oh! oh!) Tout cet été, par exemple, à la clinique de M. le professeur Bouillaud, sur 40 à 50 cas de maladies aiguës qui se présentaient par semaine, je n'en ai pas vu succomber un seul. (Oh! oh!) Je ne vois plus dans les hôpitaux, avec la nouvelle méthode, ni fièvres adynamiques (oh!), ni dents fuligineuses, ni délire... (Exclamations générales.)

M. BOUILLAUD. Il est certain que quand on annonce des résultats tout différens de ceux qu'on a obtenus jusqu'alors, la première impression qui naît est le doute. Cette disposition générale à ne pas croire sur parole, est même favorable au progrès des sciences; seulement elle devient nuisible lorsque le doute résiste aux preuves de faits. M. Louis a avancé que toutes les méthodes réussissaient également bien, et pour exemple il a choisi la pneumonie. Je déclare ici que depuis vingt ans que je suis dans les hôpitaux, j'ai vu et étudié tour à tour la plupart des méthodes; que j'ai vu certaines de ces méthodes donner les résultats les plus déplorables; je leur ai dû la perte de personnes qui m'étaient bien chères. Alors j'ai cru devoir les rejeter, non point par esprit de système : peu m'importent les systèmes quand ils sont autre chose que l'expression des faits; j'ai changé parce que je voyais les malades succomber en grand nombre. Après cette expérience

comparative, j'affirme que les résultats sont infiniment différens selon qu'on emploie telle ou telle méthode, ou même tel ou tel procédé d'une méthode. C'est ainsi que, durant dix à quinze années, j'ai vu perdre un malade sur trois dans les pneumonies, bien que traitées par la saignée à l'ordinaire ; à Cochin nous en perdions un sur quatre ; à l'Hôtel Dieu, dans les services de MM. Chomel et Guéneau de Mussy, qu'on peut citer comme appliquant avec le plus de persévérance la méthode classique, sur un relevé de 300 pneumoniques, on a compté 100 morts. Quant à moi, je ne fais pas des émissions sanguines plus abondantes; mais je les fais coup sur coup, sans laisser à la maladie le temps de reprendre. Or, il n'y a aucun parallèle possible entre les résultats de l'Hôtel-Dieu et les miens. Au lieu de perdre un malade sur trois, peut-être n'en ai-je pas perdu un sur huit; encore ai-je porté sur mes tableaux statistiques des malades qui étaient à l'agonie lors de leur entrée, et pour lesquels l'art était absolument sans ressources. J'ai fait plus; et parmi les divers malades de ma clinique, j'en ai choisi qui se rapprochaient le plus possible par les symptômes de tel ou tel autre traité dans d'autres cliniques, et dont l'observation avait été fidèlement publiée. J'ai vu dans ces cas, si ressemblans qu'ils semblaient calqués l'un sur l'autre, ma méthode réussir pleinement, tandis que les autres n'avaient eu que des insuccès. Car je suis de ceux, Messieurs, qui pensent que la statistique est en dernier ressort le juge suprême de toutes les questions médicales; mais une statistique éclairée, tenant compte de toutes les circonstances; je veux que l'on compte, mais que l'on pèse aussi les observations, ainsi que faisaient Stoll, et Sydenham, et tous ces grands noms qu'on nous oppose sans cesse, et qui certainement n'ont jamais mis dans leurs observations autant de précision que nous.

M. Louis. Sans doute la statistique est l'unique moyen de comparer des résultats; mais il faut que les faits aient été recueillis dans des circonstances analogues. Il y a cinq ans, j'ai vu perdre et j'ai perdu moi-même, en effet, une proportion très-considérable de pneumoniques; depuis cinq ans, au contraire, je n'ai pas eu, plus que M. Bouillaud, un huitième de morts; j'ai publié ces faits dans mon récent ouvrage. Je n'ai cependant pas plus prodigué la saignée; qu'en conclure? Très-probablement que les malades traités par moi depuis cinq ans étaient moins gravement affectés que ceux des années antérieures.

M. Bouillaud. Je répète que j'ai confronté plusieurs malades de ma clinique, sauvés par ma méthode, avec d'autres cas aussi semblables que possible, traités ailleurs et perdus par d'autres méthodes; et je pense fermement qu'avec la même méthode on aurait eu les mêmes résultats.

M. Louis. C'est ce qui reste à savoir.

M. Emery. Cette discussion est vraiment faite pour frapper d'étonnement. Les saignées coup sur coup sont une méthode nouvelle! Mais qu'on se souvienne donc que Bosquillon faisait faire, dans les maladies aiguës, trois saignées le premier jour, autant le second, autant le troisième. Son axiome était : *Utatur manè et serò, atque horâ meridianâ.* Avait-il au moins de ces beaux résultats qu'on paraît obtenir aujourd'hui? J'ai été interne de Bosquillon, et mes relevés m'ont convaincu qu'il perdait un peu plus de malades que les autres. Et lui-même, dans la maladie à laquelle il a succombé, avait été saigné *quatorze fois*. Et puis, M. le rapporteur ajoute qu'il ne voit plus dans les hôpitaux ni adynamie, ni langue fuligineuse, ni délire; mais, mon Dieu! la nature n'a pas changé, et tout cela se rencontre aussi souvent qu'autrefois.

M. Capuron. J'ai été deux ans élève sous Bosquillon, et j'atteste qu'il ne saignait pas tant qu'on vient de le dire; il ne prescrivait ses saignées qu'à bâtons rompus. (Plusieurs voix : Allons donc!) *Illicò, meridiè et serò;* c'était sa prescription pour le premier jour; le lendemain, le malade était mort (rire général); ou bien s'il vivait, Bosquillon se gardait bien de répéter la saignée. Chez M. Bouillaud, au contraire, dès qu'un malade entre, on le saigne. Le lendemain matin, nouvelle saignée; puis des scarifications ou des sangsues, et une autre saignée le soir. M. Bouillaud tire autant de sang en deux jours que Bosquillon dans une semaine. J'ai compulsé tout ce qui a été écrit sur l'usage de la saignée; jamais elle n'a été multipliée avec une telle vigueur. Pour les symptômes graves dont l'absence m'a frappé, langue fuligineuse, adynamie, ataxie, délire exigeant la camisole de force, je ne peux que répéter que je ne les ai pas revus depuis l'application de la nouvelle méthode, et cependant je suis les hôpitaux depuis quatre ou cinq ans.

M. Castel. Aujourd'hui on applique la saignée à toutes les affections aiguës; et l'on ne perd, assure-t-on, qu'un malade sur six, mais, messieurs, je vous ai rappelé récemment que nos anciens professeurs, en parlant des fièvres les plus graves, s'accordaient à nous dire qu'on ne perdait un sur huit. Est-ce là le résultat que l'on nous vante? Mais puisque vous avez parlé de pneumonie, consultez donc les tables nécrologiques; en aucun siècle la dégénérescence en phthisie pulmonaire a-t-elle été plus fréquente que de nos jours? L'an dernier, il y a eu au quartier latin une épidémie de fièvres graves qui a sévi principalement sur les étudians; il y en a eu de traités par toutes les méthodes; voyez donc les chiffres de mortalité, et que chacun ramasse ses morts! J'ai fait aussi pour ma part, dans une occasion, de cette sorte de statistique; en 1820 j'ai publié dans le *Journal complémentaire* les résultats de ma pratique pendant dix années dans un vaste hôpital; pour toutes les maladies aiguës, pneumonies, pleurésies, angines, j'allais rarement au-delà de la première saignée; et cependant j'avais affaire aux hommes les plus sanguins en apparence, ces Hollandais puissans, blonds, fleuris, joufflus. Eh bien, j'ai obtenu des résultats bien supérieurs à ceux qu'on nous vante. On veut, par des saignées réitérées coup sur coup, enchaîner toutes les maladies! C'est pousser bien loin l'ignorance des premières notions de la pratique médicale; car parmi ces maladies, il en est qui ne peuvent se juger sans réaction; et en saignant ainsi à outrance, vous empêchez la réaction!

M. Capuron. D'après ce que nous venons d'entendre, au lieu d'avoir été en avant, nous aurions rétrogradé. (M. Castel : Il n'y a pas de doute.) Mais quels sont donc ces professeurs qui ne perdaient qu'un malade sur huit dans les fièvres graves? J'ai entendu pour ma part Pinel et Corvisart; dans les fièvres ataxiques et adynamiques, qui sont bien les fièvres graves de l'ancienne école, Pinel professait qu'il n'y avait rien à espérer; si le malade en réchappait, il ne le devait qu'à la nature; et pour aider celle-ci il prescrivait le quina, le bordeaux, tous les excitans. Mais ni Pinel, ni Corvisart, ni personne n'a prétendu à cette époque sauver un malade sur huit!

M. Bouillaud. Je remercie M. Castel d'avoir rappelé ici l'épidémie de l'an dernier. J'ai traité pour ma part douze de ces maladies, dans le temps où la maladie passait pour la plus grave; et sur ces douze, j'ai obtenu le même résultat que dans les temps ordinaires : deux seulement ont succombé; encore n'avais-je été appelé près de ceux-ci que trop tard. On m'objecte des faits du temps passé; je ne répondrai point à cet argument. Des statistiques d'alors! savait-on ce que c'était seulement que la statistique? On ne recueillait pas même exactement les faits; on manquait des plus sûrs moyens de diagnostic, et vous venez me parler de semblables statistiques! Jamais il n'y en a eu, et peut-être à présent n'y en a-t-il pas encore de concluante; la statistique médicale ne fait que de naître, et il faut dix ans pour en faire une qui ait quelque valeur, et une encore bien rétrécie. Mais jusqu'à notre époque, tous ces faits que vous me citez doivent être regardés comme non-avenus!

M. Emery. Nous avons tous été élèves de Pinel; mais qui donc reconnaîtrait sa pratique dans le tableau qu'en a tracé M. Capuron? Loin de s'opiniâtrer aux stimulans, le grand mérite de Pinel est d'avoir renversé une école étrangère qui les avait trop prodigués; et pour lui, très-souvent, il se réduisait à une méthode expectante. Mais avec des saignées réitérées on parvient, dit-on, à *juguler* les maladies. Mais, Messieurs, nous avons des faits aussi. J'ai eu à St-Louis une épidémie d'érysipèles de la face; j'ai administré l'ipéca dans tous les cas indistinctement, qu'il y eût délire ou non; je le répétais une, deux, trois fois; je n'ai pas fait une seule saignée; et sur plus de deux cents malades traités de la sorte, je ne dirai pas que j'ai *jugulé* la maladie, mais je n'en ai pas perdu un seul. Je me trompe : un a succombé, et voici son histoire. Avant d'entrer à l'hôpital, il avait été saigné et avait eu 60 sangsues; à son entrée, l'élève de garde en fit appliquer 60 autres; presque aussitôt la langue devint brune, l'érysipèle s'étendit; la mort arriva le lendemain.

M. Esquirol. Certes la mémoire de Pinel n'a pas besoin d'être défendue; mais lorsqu'on cite inexactement les résultats de sa pratique, c'est à moi peut-être qu'il convient de rétablir les faits. Pinel n'a point fait de statistique; mais il a publié un ample recueil d'observations cliniques; et si M. le rapporteur avait pris la peine de le lire, il y aurait vu un grand nombre de fièvres de la nature de celles qu'il vient de citer terminées par guérison; il aurait vu que Pinel s'étonne lui-même des succès obtenus par la méthode expectante. Et il a pris soin de noter dans sa préface que pour apprécier son traitement à sa réelle valeur, il faut tenir compte de la condition de ses malades, de vieilles femmes épuisées par l'âge et les privations; voilà pourquoi il administrait des toniques. Maintenant de ce traitement si sage, si rationnel, vous voulez faire une méthode générale, et vous dites que la méthode de Pinel est détruite! Mais c'est là une double erreur; car lorsque Pinel avait affaire à des sujets jeunes et vigoureux, il recourait à la saignée et aux antiphlogistiques; et si vous-mêmes vous aviez à traiter des sujets vieux et débilités, vous emploieriez encore aujourd'hui les toniques.

Qu'on me permette, à propos de ces émissions sanguines recommandées pour toute chose et hors de toute mesure, de rappeler un fait dont probablement je trouverais encore plusieurs témoins sur ces bancs. Il y eut une année, à la Charité et à la Salpêtrière, une épidémie très-meurtrière de pleurésies et de péripneumonies. On saignait à la Charité, les malades mouraient; on ne saignait pas à la Salpêtrière, et beaucoup de malades succombaient encore. Les élèves murmuraient de voir que Pinel n'essayait pas même de la saignée; il le sut, et les avertit que dans le début de l'épidémie il avait expérimenté que la saignée était contraire. Arrive un jour une jeune fille, grosse, grasse, rebondie; on dit de toutes parts : voilà le cas ou jamais d'employer la saignée! On sollicite Pinel, il résiste; on revient à la charge : et comme il avait un caractère essentiellement bon et facile, il cède; la saignée est pratiquée le jour même; la malade était morte le lendemain. Pinel prit occasion de nous faire alors une belle leçon sur les abus de la saignée; et de tout le reste de l'épidémie il ne saigna plus.

M. Pariset. Il y a dans les mémoires de la Société royale de médecine un très-beau et très-important mémoire sur une épidémie du même genre, dont les symptômes simulaient parfaitement la pneumonie; on saignait, on saignait, on saignait; et presque tous les malades succombaient. M. Barailon, effrayé de cette mortalité, essaya de se passer de la saignée; au troisième jour, il sentit sur la peau de petites aspérités; c'était une fièvre miliaire, que les saignées empêchaient de se développer et qui jugea la maladie. (Très-bien.)

Il est cinq heures; la séance est levée et la discussion continuée à mardi. — Samedi, séance supplémentaire pour la lecture des mémoires des auteurs étrangers à l'Académie.

— La note qui suit appartient au compte-rendu de la précédente séance.

M. Lisfranc présente le malade sur lequel, il y a dix mois, il a enlevé un ostéosarcôme en désarticulant la mâchoire inférieure d'un côté, et en sciant cet os à une ligne de la symphyse du menton. Nous avons rendu compte de cette opération.

Le malade fut montré guéri à l'Académie peu de temps après l'opération; mais il était resté une paralysie de la face et du muscle orbiculaire des paupières. Cette paralysie a entièrement disparu. La guérison s'est d'ailleurs parfaitement soutenue. Ce jeune homme parle presque aussi bien qu'avant sa maladie; seulement, la langue ne peut pas être portée autant en avant que dans l'état normal. La moitié de la mâchoire épargnée par l'opérateur a éprouvé un léger mouvement de bascule, à l'aide duquel elle s'est portée un peu en dedans et en arrière, ce qui rend presque nulle la difformité de la face. La mastication s'exécute très bien; l'opéré peut même casser des noisettes avec ses dents; il continue à jouer de la clarinette. Mais la section d'une portion du nerf lingual correspondant à la tumeur n'a pas été aussi heureusement réparée par la nature, et de ce côté les saveurs ne sont nullement perçues.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE traités par la dilatation subite; par le docteur SIRUS PIRONDI.

Depuis qu'un des savans professeurs de l'école de Montpellier a bien voulu nous communiquer le résultat de ses intéressantes observations sur une affection devenue si commune, le nombre des cas que j'ai traités suivant sa méthode s'élève à vingt-trois. Dire que sur trois malades seulement on a jugé convenable de pratiquer une légère cautérisation (vu l'ancienneté de la maladie), après avoir suffisamment dilaté le canal, et ajouter que sur les premiers vingt-deux cas (1) aucune récidive n'a eu lieu, c'est assez faire sentir, ce me semble, les avantages que la méthode Lallemand a sur les autres, avantages au reste que lui accorderont toujours ceux qui auront occasion de la voir mettre en pratique et de la pratiquer eux-mêmes.

Laissant à la pratique générale le soin de faire l'éloge et de la méthode et de son auteur, mon but est de transmettre ici quelques remarques suggérées par l'observation des cas cités.

1° Tous les malades avaient eu une ou plusieurs blennorrhagies, dont la chronicité pouvait être attribuée autant aux écarts de régime commis sans cesse par les malades, qu'au peu d'efficacité du traitement employé par le médecin.

2° Sur vingt-trois malades, quatre seulement s'étaient pratiqué des injections; et parmi ceux-ci deux avaient employé le sulfate de zinc à la dose de 3 grains pour 6 onces et plus de liquide.

3° Le plus récent parmi ces rétrécissemens datait de six mois. Un des malades était incommodé par cette affection depuis plus de cinq ans. Chez la moitié des malades nous n'avons trouvé qu'un seul rétrécissement placé dans la portion de l'urètre qui se trouve entre les points correspondans à 5 pouces et demi et 6 pouces et demi. Huit fois j'ai trouvé deux rétrécissemens à peu de distance l'un de l'autre. Trois fois seulement j'ai rencontré trois rétrécissemens dont l'un était placé au gland.

4° Dans la plupart des cas, la première sonde introduite était le n° 3 de la filière qui arrive au 16; j'ajouterai même que souvent j'ai pénétré dans la vessie plus facilement avec ce numéro, que d'autres n'avaient pu le faire avant avec des sondes plus petites; ce qui vient confirmer, quoiqu'avec restriction, les idées émises dernièrement par M. Mayor de Lausanne.

5° La dilatation successive devient d'autant plus facile et ordinairement moins douloureuse pour les malades, qu'on avance vers les numéros moyens de la filière. Mais, chose digne d'attention, c'est que partout les rétrécissemens cèdent aisément à cette compression, et les parois du canal se prêtent à la dilatation, excepté au gland. Dans cette partie de l'urètre, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de rétrécissement, la dilatation n'est aisée que jusqu'au n° 8 ou 9; au-delà de ce calibre elle devient très-douloureuse pour le malade, au point de lui être insupportable. Lorsqu'on veut insister à introduire des sondes plus grosses, le gland se tuméfie et l'orifice du canal devient tellement étroit, que, là où passait une sonde n° 8, on ne peut introduire sans peine le n° 4. Il n'est pas rare même que la fièvre qui s'empare du malade ne soit assez intense pour réclamer une évacuation sanguine. Cette sensibilité du gland m'a paru d'autant plus forte que les malades avaient été plus long-temps atteints d'écoulement.

6° On dit, avec raison sans doute, que presque toute la difficulté de la méthode Lallemand consiste à bien placer la première sonde. Aussi, ayant pour principe de ne jamais fatiguer le malade par de longues manœuvres, et voulant par dessus tout lui éviter les tortures d'un cathétérisme forcé, j'ai dû souvent sonder les malades deux ou trois fois, à des jours différens, avant de placer la première sonde; et par fois j'aurais été obligé de renoncer à cette méthode sans les moyens sur lesquels j'aurai bientôt occasion de revenir.

Je vais tâcher maintenant de déduire quelques conséquences pratiques des remarques que nous venons d'exposer. Les faits ne sont pas peut-être pas assez nombreux pour pouvoir regarder ces conséquences comme infaillibles; mais je ne puis et ne veux donner ici que le résultat de ce que j'ai fait, sans prétendre nullement influer sur ce qui pourra être fait consécutivement.

On a dit, et quelques chirurgiens soutiennent encore aujourd'hui, que les rétrécissemens sont dus constamment, ou dans la plupart des cas au moins, aux injections dites *astringentes*. Cette opinion me paraît entièrement erronée. Voici les motifs sur lesquels je m'appuie pour la combattre. Les rétrécissemens de l'urètre sont presque toujours (1) précédés par l'inflammation de ce canal; inflammation qui est passée à l'état chronique dans la plupart des cas. Nous voyons par la remarque n° 2, que quatre malades seulement sur vingt-trois avaient fait des injections, et encore très-faibles. La conséquence est ici facile à déduire. D'un autre côté l'anatomie pathologique nous démontre, et les porte-empreintes suffisent à eux seuls pour nous le faire voir tous les jours, que les rétrécissemens qu'on nomme *circulaires* ou *diaphragmatiques* sont les plus rares, tandis qu'on en trouve le plus souvent sur un point isolé du pourtour du canal. En admettant que le rétrécissement soit déterminé par l'injection, je ne comprends pas pourquoi il ne serait pas le plus souvent circulaire, car le liquide injecté porte constamment sur toute la surface du canal. D'ailleurs tous les malades qui s'injectent eux-mêmes, effrayés par la recommandation du médecin « que le liquide injecté ne pénètre pas dans la vessie, » compriment ordinairement le canal par devant le scrotum, de sorte que le liquide arrive rarement au-delà de ce point. Et cependant c'est presque toujours plus en arrière qu'on trouve le rétrécissement. Il est bien plus rationnel d'admettre que c'est par l'inflammation blennorrhagique elle-même que les rétrécissemens sont produits. Le tissu cellulaire sous-jacent au siège principal de l'inflammation s'engorge; l'inflammation, très-intense d'abord, passe-t-elle à l'état chronique? l'engorgement devient induration.

Enfin les injections de sulfate de zinc (2) peuvent-elles produire réellement l'effet qu'on voudrait leur attribuer? Je ne crois pas. En effet, tous les praticiens s'accordent à dire qu'ordinairement après quelques injections tout écoulement du canal cesse. Ce phénomène ne peut arriver qu'autant que l'injection détruit l'inflammation de ce canal; or, comment veut-on expliquer que, tout en détruisant l'inflammation existante, le liquide injecté puisse donner lieu au produit d'une autre inflammation tel que l'induration?

L'inflammation peut bien différer suivant la structure des tissus qu'elle affecte; mais lorsqu'elle attaque un même organe, elle est toujours la même, à son intensité près. Et, je le répète, pour admettre que le rétrécissement est produit par le liquide injecté, il faudrait admettre d'abord que celui-ci détermine une seconde inflammation, différente par conséquent de celle qu'il vient de combattre. Comme il n'est pas aussi facile que M. Ricord le prétend, de s'assurer d'avance si un écoulement est ou non de nature vénérienne, il est prudent, je crois, de tâcher de diminuer son intensité dès les premiers jours de l'apparition de la maladie, sans chercher à la faire disparaître soudainement, afin d'éviter que l'inflammation se porte peut-être sur un autre organe important. Mais dès que l'inflammation aura diminué, prévenir par des injections son passage à l'état chronique, ce n'est pas favoriser les rétrécissemens, c'est plutôt s'opposer à leur formation (3).

Quand le rétrécissement était ancien, nous avons préféré pratiquer une légère cautérisation après la dilatation, comme M. Lallemand nous l'a appris. Il y a à craindre en effet alors que la compression ne suffise pas pour détruire en entier des productions morbides que le temps a contribué à rendre de plus en plus dures. J'ai déjà dit que, sur vingt-trois cas, nous n'en avons cautérisé que trois, et je dois ajouter que j'ai une seule cautérisation a suffi.

Lorsqu'on est arrivé à introduire une sonde n° 10 ou 11, il n'est pas rare d'être importuné par les malades qui, voyant un jet d'urine auquel ils n'étaient pas accoutumés depuis long-temps, croient leur guérison assurée, et voudraient en rester là pour éviter de nouveaux cathétérismes, et éviter surtout les souffrances qui résultent de l'irritation du gland, comme nous l'avons déjà signalé (remarque n° 5). Ne voulant pas me rendre à leurs instances (car la dilatation n'ayant pas été assez forte, on se serait exposé à une récidive certaine), je dus aviser aux moyens de combattre cette irritation sans discontinuer la dilatation du canal. La chose me paraissait assez difficile, et pourtant le résultat a dépassé mes espérances. Après quelques essais infructueux, je pensai que peut-être la belladone pourrait avoir sur d'autres tissus une action analogue à celle qu'elle exerce sur l'iris; je prescrivis donc au malade de pratiquer quelques frictions sur le gland avec le cérat

(1) Je ne puis rien affirmer encore pour le dernier malade, car il y a tout au plus deux mois qu'il a été opéré.

(1) Je pourrais dire constamment, car de ce qu'on ne s'aperçoit pas qu'un organe est atteint d'inflammation, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse y avoir un travail inflammatoire latent.

(2) Substance dont on se sert le plus souvent.

(3) Je ne désespère pas que ces mêmes injections faites avec le sulfate de zinc et autres substances semblables, ne soient plus tard appelées *adoucissantes*, et *non astringentes*.

jaune légèrement belladonisé. Content du résultat obtenu, je fis augmenter la dose de la belladone, et je recommandai au malade d'en introduire une petite quantité dans l'orifice du canal. J'obtins ainsi, non-seulement la cessation de la douleur et la diminution de l'irritation, mais encore assez de dilatation pour introduire facilement jusqu'au n° 14 (1). Depuis lors, j'ai souvent employé le cérat belladonisé de la même manière, et toujours avec succès. J'ai appris qu'un de mes amis, le docteur Benvenuti, s'est servi aussi du même moyen pour pouvoir introduire facilement un instrument litbotriteur de gros calibre dans un urètre très-rétréci.

Je commence à employer ce cérat ainsi composé, soit en frictions, soit dans l'intérieur du canal, en même temps que je pratique le cathétérisme avec la sonde n° 9 ou 10 (2).

J'ai dit enfin, à la dernière remarque, que la difficulté d'introduire la première sonde, ou seulement une corde à boyau, lorsque surtout le canal est rétréci dans plusieurs endroits différens, faisait craindre qu'on dût trop souvent renoncer à la méthode de M. Lallemand. Heureusement le hasard a amené mon père à trouver un excellent moyen pour faciliter le premier cathétérisme. Mon père avait remarqué que, dès la première dose de copabu que prenait un malade atteint d'une forte blennorrhagie, il n'y avait plus de rétention d'urine, phénomène assez fréquent lorsque le canal est très-enflammé; voyant cependant que l'écoulement n'avait pas diminué, et jugeant d'ailleurs que l'on ne pouvait attribuer cet effet à une diminution aussi prompte de la maladie après la première dose d'un médicament dont l'activité n'est pas si forte, il voulut essayer ce même remède dans des cas de rétention d'urine produite par des rétrécissemens. L'effet fut le même: la dilatation du canal. Cette dilatation à la vérité n'est que momentanée, mais le moyen n'en est pas moins précieux pour éviter un cathétérisme presque forcé. Aussi nous ne manquons jamais de faire prendre aux malades plusieurs capsules de ce baume quelques heures avant de placer la première sonde; elle entre alors avec beaucoup de facilité, et l'on élimine ainsi l'objection qui se rattachait à la sixième et dernière remarque.

HÉMORRHAGIE PAR INSERTION ANORMALE DU PLACENTA; ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL; GUÉRISON DE LA FEMME; par M. FAUGERON, docteur en médecine de la Faculté de Paris, à Limoges (Haute-Vienne).

Je fus appelé à la campagne, à la fin du mois de mai dernier, auprès d'une femme âgée de 28 ans, qu'on me dit être enceinte de huit mois et demi, et qui avait une hémorrhagie utérine depuis la veille. Arrivé auprès de la malade que je trouvai très-pâle et très-faible, j'appris qu'elle était à sa quatrième grossesse, et que, depuis quelque temps, elle était sujette à des pertes qui se déclaraient assez souvent et qui ne laissaient pas que de la fatiguer. Loin de tenir compte des avertissemens d'une sage-femme qui lui avait prescrit le repos, elle se livrait comme d'habitude aux travaux de son ménage, croyant en être quitte pour quelques douleurs comme dans ses couches précédentes, lorsque, le 26 mai, elle fut prise, dans la soirée, d'une hémorrhagie qui ne cessa de couler pendant toute la nuit, et qui mit cette malheureuse femme en grand danger. En pratiquant le toucher, je reconnus bien l'insertion du placenta sur l'orifice de l'utérus dilaté à peu près comme une pièce de dix sous. En présence d'un péril aussi imminent (car la malade était sans pouls, ou du moins je ne pouvais en sentir les battemens et l'hémorrhagie allait son train), mon intention était de faire appeler un confrère; mais voyant qu'il n'y avait pas de temps à perdre, je me décidai à introduire la main dans l'utérus, après avoir averti les parens de ce qui pourrait en résulter. La malade fut donc placée sur le bord de son lit, chaque pied placé sur une chaise, et les cuisses maintenues écartées par deux aides. Arrivé à l'orifice que je trouvai très-mou, très-dilatable, j'introduisis ma main gauche sans effort, et je trouvai les pieds que j'amenai à la vulve avec quelque difficulté cependant, bien que l'utérus fût dans l'inertie, et à l'aide de tractions très-fortes et très-méthodiques, je parvins à extraire un enfant mort depuis la veille probablement; le placenta que j'avais décollé suivit immédiatement. La main, introduite de nouveau dans la cavité utérine, qui fut ainsi titillée pendant quelques secondes, l'obligea à se contracter insensiblement, et des compresses d'eau froide et souvent renouvelées furent appliquées sur la région hypogastrique. La femme supporta cette opération avec un courage admirable. La fièvre de lait eut lieu comme à l'ordinaire, et rien ne se manifesta du côté de l'abdomen et de l'utérus.

Cet accouchement me rappelle un cas analogue dont je fus témoin au mois de décembre dernier. Appelé dans la ville à cinq heures du matin, auprès d'une femme âgée de 24 ans, enceinte pour la troisième fois et arrivée à son huitième mois de grossesse, j'appris de la sage-femme qui était près d'elle, que cette malade, qui avait été très-heureuse dans ses couches antérieures, avait de temps en temps, depuis un mois et demi seulement, quelques légères hémorrhagies utérines qui ne l'empêchaient pas de se livrer à ses occupations habituelles (elle tenait une auberge), malgré la défense du docteur Thibault son accoucheur; et que la veille, qui était un dimanche, après avoir travaillé plus que de coutume et s'être tenue debout presque toute la journée, et avoir même porté un panier assez lourd, elle avait été prise le soir, à huit heures, d'une hémorrhagie qui était devenue moins abondante à trois heures seulement. Le pouls était petit et intermittent, mais il était bien sensible encore. Je pratiquai le toucher. L'orifice externe était plus mou, plus gros et plus ouvert que de coutume. Le doigt, porté dans le vagin à travers du sang fluide et coagulé, trouva à l'orifice de l'utérus un corps mollasse, épais et inégal, dont la consistance était plus forte que celle des caillots qu'il venait de traverser. Bien convaincu de l'implantation anormale du placenta, je fis débarrasser la malade des couvertures pesantes sous lesquelle elle était enfouie; je prescrivis des compresses réfrigérantes sur l'abdomen, les cuisses et la vulve, et j'engageai les parens à m'adjoindre un confrère. Une heure après, l'hémorrhagie s'était un peu arrêtée; mais le travail n'était pas établi ni le col suffisamment dilaté, quoique très-mou; aussi, m'attendant à voir la perte se renouveler, j'allais, d'après le précepte du professeur Dugès, me décider à tamponner le vagin, quand arriva le docteur Thibault, qui avait été appelé avant moi et qui n'avait pu venir de suite, se trouvant auprès d'une autre malade. Il reconnut comme moi l'insertion du placenta sur le col, et fut d'avis de recourir à la version. Ne pouvant opposer ma faible expérience à celle d'un accoucheur aussi éclairé, j'adoptai son parti. Il introduisit donc la main qui dilata facilement le col, arriva sans peine dans l'intérieur de l'utérus qui ne se contractait nullement, et parvint en quelques instans à extraire un enfant mort depuis trois jours au moins. Le placenta sortit en même temps, preuve bien évidente qu'il était greffé centre pour centre sur l'orifice, et qu'il avait été décollé en totalité et refoulé pendant la manœuvre. Il fut obligé d'introduire de nouveau la main dans la cavité de l'utérus, pour l'obliger à revenir sur lui-même et le débarrasser des caillots qu'il aurait pu contenir. La femme fut mise au lit, et les suites de couche n'eurent aucun accident fâcheux.

D'après ces faits, je pense, comme Baudelocque, que l'accoucheur ne doit pas trop insister sur les autres moyens conseillés par les auteurs; qu'il ne doit pas non plus hésiter à recourir à l'accouchement forcé dans les cas d'hémorrhagie utérine qui se prolonge quoiqu'il fasse, bien que M. Dugès conseille d'attendre que le travail soit commencé. Il ne doit pas craindre l'inflammation et la déchirure du col, car ces sortes d'hémorrhagies n'arrivent que dans les derniers temps de la grossesse; de plus, vu la grande quantité de sang écoulé, le col étant plus mou, il est facile d'introduire les doigts et enfin la main; et d'ailleurs, quand bien même une de ces deux choses arriverait, ne vaudrait-il pas mieux sauver les jours de la femme et de l'enfant si on le peut, et être obligé de la soigner ensuite, que de s'arrêter à de pareilles craintes? Aussi je suis bien convaincu que tout autre confrère, un peu versé dans la pratique des accouchemens, aurait certainement fait ce que je fis chez la femme qui fait le sujet de la première observation; peut-être même serais-je parvenu à sauver l'enfant si j'eusse été appelé plutôt.

Je suis cependant loin de croire que l'on doive toujours donner la préférence à ce moyen. Il est certainement des cas où il ne faut pas trop se hâter; on aurait lieu de s'en repentir. Mais dès que la femme est près de son terme, qu'une hémorrhagie se déclare, c'est l'insertion du placenta sur le col qui l'entretient, comme le dit M. Capuron; on est sûr alors que rien ne pourra l'arrêter. Il faut donc agir et provoquer l'accouchement; on a ainsi l'espoir de sauver la mère ou l'enfant, peut-être même tous les deux, tandis qu'en temporisant on peut les perdre l'un et l'autre. Il est bon de dire cependant que l'accoucheur

(1) C'est ordinairement à cette sonde que je limite la dilatation, d'autant plus que le liquide dont elle s'imbibe augmente son calibre au moins d'un numéro. J'observerai à ce sujet qu'il est convenable de mesurer les sondes à la filière non-seulement avant de les introduire dans le canal, mais encore quand on vent les remplacer; car, suivant que l'humidité les a fait plus ou moins augmenter de grosseur, on peut sauter un numéro et introduire le 9, par exemple, après le 7, ce qui fait toujours gagner du temps.

(2) Cette dilatation se borne au gland, car il est rare que le cérat qu'on insuffle à l'aide du bec d'une sonde en gomme élastique, pénètre au-delà d'un pouce et demi ou deux pouces tout au plus. On peut cependant le faire pénétrer plus loin encore, en frottant de ce cérat toute la longueur de la sonde.

doit tâcher d'opérer en temps opportun; car, en opérant trop tard, la femme étant très-faible, vu la grande quantité de sang qu'elle aura perdu, mourra infailliblement entre ses mains; et s'il veut trop se hâter, peu de sang s'étant écoulé, il en résultera une métro-péritonite, accident moins grave que le premier, les évacuations sanguines étant en notre pouvoir pour la combattre.

F. Faugeron, D.-M.

Notice sur les eaux salino-sulfureuses froides de Forbach (Moselle), par J.-B. Mège, docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Aux confins du département de la Moselle, à quinze lieues de Metz, trois de Sarreguemines, deux de Saarbruck, et à un quart de lieue de la jolie petite ville de Forbach, dans une belle prairie, sourd une source d'eau salino-sulfureuse froide qui peut fournir de 2 à 300,000 litres d'eau par vingt-quatre heures. Cette eau est limpide, incolore, et exhale une odeur d'œufs pourris. Elle a un goût saumâtre et légèrement amer; sa température, en tous temps, est de 14° de Réaumur. L'ébullition trouble un peu sa transparence et dégage une petite quantité de gaz acide carbonique; une croûte blanchâtre se forme bientôt à la surface de l'eau, et si l'on évapore jusqu'à siccité, on obtient, sur 12 onces d'eau, 1 gros 39 grains d'un sel parfaitement blanc, cristallisé en cubes et d'une saveur salée. Voici l'analyse qu'en a faite M. Henry, opérant sur 1,000 grammes d'eau :

	grammes.	centigr.
Chlorure de sodium.	5	42
Chlorure de potassium, quelques traces.	»	»
Chlorure de magnésium.	0	16
Sulfate de soude.	0	30
Sulfate de chaux.	0	15
Carbonate de chaux. / Carbonate de magnésie.	0	32
Albumine libre et fer (dus au dépôt des bouteilles).—Matière organique, quantité indéterminée.	0	13
Total	6	48

Si nous comparons cette analyse à celle d'une eau tout-à-fait analogue, sur laquelle M. le docteur Kuhn vient de publier une savante dissertation, celle des eaux minérales de Niederbronn, M. Robin (dit-il page 80) a obtenu, sur 1 litre ou 1,000 grammes d'eau :

			grammes.	grammes.
Sels solubles.	Muriate de	soude.	3.4582	4.2808
		chaux.	0.7849	
		magnésie.	0,2242	
	Sulfate de	magnésie.	0,4135	
Sels tenus en dissolution par l'acide carbonique.	Carbonate de	prot. de fer.	8.0089	0.2571
		chaux.	0.2420	
		magnésie.	0.0062	
	Des traces de carb. de manganèse.			
			Total...	4.5379
			Différence en faveur des eaux de Forbach.	1.9424,
			Quantité pareille.	6.4800,

Ainsi les eaux de Forbach contiennent par litre près de 2 grammes de principes minéralisateurs en plus que celles de Niederbronn, qui néanmoins jouissent d'une réputation telle, qu'elles attirent depuis dix ans, année commune, 900 baigneurs, et qu'en 1834, il y en a eu jusqu'à 1,500. Si donc, d'après plusieurs médecins distingués, elles conviennent dans beaucoup de maladies chroniques avec affaiblissement général, dans les affections rhumatismales anciennes, les dartres, etc., celles de Forbach devront leur être au moins égales en efficacité, puisqu'elles sont supérieures en principes constituans. Les habitans des environs viennent souvent puiser à la source pour en boire, s'en laver diverses parties du corps ou s'y baigner, selon l'avis de leurs médecins, qui déjà ont recueilli l'histoire de plusieurs cures très-remarquables.

Sans entrer dans des détails que ne comporte pas cette notice, nous ne craindrons pas d'avancer comme généralité qu'elles seront utilement administrées, sous forme de bains à divers degrés de température, en douches et en boisson dans les maladies chroniques, sans irritation des organes gastriques, pulmonaires et génito-urinaires; dans les diverses espèces de rhumatisme; dans les engorgemens articulaires et glanduleux, après la période d'acuité; dans les affections herpétiques et psoriques, si nombreuses et si rebelles; enfin dans l'épuisement et la débilité générale dépendant d'excès de tous genres.

Il serait donc à désirer que le gouvernement ou des capitalistes fondassent un établissement propre à l'administration de ces eaux, dont l'efficacité ne paraît nullement douteuse; elles peuvent remplacer les bains de mer. En France, aucune autre eau ne leur est analogue; elles n'ont d'analogie qu'avec celles de Niederbronn, qui appartiennent à la Prusse.

Toutes les chances favorables s'y rencontrent : abondance des eaux, situation charmante, environs salubres et pittoresques, communications nombreuses et faciles, ruisseau limpide pouvant porter bateau, promenades dans les bois, dont l'heureuse influence est connue; chasse et pêche; vins du Rhin excellens; vie alimentaire à bas prix; climat agréable; en un mot, ce canton offre tous les avantages qu'on peut désirer comme malade, ou comme visiteur ayant besoin de distractions champêtres. La grande route de Metz à Francfort traverse Forbach, et de ce point un beau chemin, qui mène à une belle exploitation de mine à charbon, conduit également vers la source.

Voilà pour le moment ce que nous avons cru devoir publier sur les eaux presque ignorées de cette petite ville. Heureux si ce court aperçu peut exciter la sollicitude publique et déterminer la création d'un établissement qui servirait à la fois les intérêts des malades et ceux du pays.

Lettre sur les inspirations de chlorure de soude contre le choléra, par M. Henry, D.-M. à Semur.

A M. le Rédacteur de la Gazette médicale de Paris.

Monsieur,

J'ai lu dans le numéro du 12 septembre 1835 de la Gazette médicale, à laquelle je suis indirectement abonné, une note de M. Richard, pharmacien, dans laquelle il se dit inventeur d'un nouveau moyen thérapeutique, qu'il semble regarder comme un spécifique certain contre le choléra, tant dans la période *algide* que *cyanique*. Les expériences auxquelles je me suis livré à peu près à la même époque et sur le même sujet que M. Richard, ont eu pour moi des résultats si peu satisfaisans et tellement opposés à ceux qu'a publiés tout récemment cet habile pharmacien, que je serais porté à croire que les succès qu'il a obtenus doivent plutôt être attribués au traitement conjointement employé avec les inspirations de chlorure de soude (telles que la glace donnée à l'intérieur, les frictions aromatiques sur les extrémités, etc.), qu'aux seules inspirations de chlorure de soude. Le doute que j'émets ici sur les propriétés de ce dernier médicament par absorption pulmonaire, n'est que le résultat de ma scrupuleuse et attentive observation. Les expériences que j'ai tentées en 1832 ont eu pour but de constater de quelle efficacité pourrait être contre le choléra l'inspiration de différens gaz, tels que l'oxigène, le protoxide d'azote (gaz hilariant), le chlore mêlé à de certains volumes d'air atmosphérique, les chlorures de chaux, de soude, administrés à des doses et à des températures différentes, à l'état de vapeur et par absorption pulmonaire, en me servant d'un appareil semblable à celui de M. Richard. Les mêmes chlorures employés à l'état liquide, tant à l'intérieur qu'en lotions sur la surface du corps, n'ont en aucune manière détruit, comme le prétend M. Richard, le principe morbide versé dans le sang, et les malades, malgré mes instances pour les engager à respirer l'air contenant le principe médicamenteux que je voulais introduire dans les organes respiratoires, repoussaient constamment le tube que je leur présentais, disant que cela les empêchait de respirer aussi librement.

Maintenant examinons à quel agent thérapeutique M. Richard attribue les effets merveilleux du moyen qu'il préconise. Est-ce à l'action de l'air atmosphérique saturé d'une grande quantité de calorique et de vapeur d'eau? Je ne le pense pas; car, en 1832, n'a-t-on pas tous les jours placé des cholériques dans des conditions telles, que l'air qu'ils respiraient était chargé de calorique et de vapeur d'eau? Et cependant aucun résultat n'est venu engager à adopter plutôt ces moyens que d'autres. Est-ce aux atomes de chlore que respiraient les malades? Pas plus; car personne n'a oublié l'énorme consommation de chlorure faite à Paris lors du choléra, quantité tellement considérable, que les médecins ont jugé nécessaire d'en restreindre et même d'en interdire l'emploi.

Est-ce donc à une certaine quantité de vapeur de chlorure de soude?

mais je ne sache pas que le chlorure de soude soit volatil lorsqu'il a perdu l'excès de chlore qu'il peut contenir. D'où je conclus que les bons résultats obtenus par M. Richard ne sont nullement dus à l'action du chlorure de soude par absorption pulmonaire.

Si les succès sont tels que M. Richard dit les avoir obtenus, ce dont je ne doute pas, il est bien à regretter qu'il ait attendu, pour faire connaître publiquement un moyen si efficace, et qui d'après lui devait sauver la vie à tant de milliers d'individus, que le choléra ait à peu près cessé ses ravages dans toute la France ; et quoique n'ayant pas encore acquis le titre de docteur, je suis persuadé que l'administration se serait empressée d'accueillir favorablement l'offre que lui avait faite M. Richard, de faire constater l'efficacité d'un moyen qu'il regarde aujourd'hui comme infaillible.

Si je me suis décidé, Monsieur le rédacteur, à vous adresser cette lettre, c'est simplement dans le but d'engager les praticiens à répéter les expériences auxquelles nous nous sommes livrés, et de constater si le nouveau mode de traitement publié par M. Richard a bien tous les avantages qu'il lui a reconnus, avantages qui, s'ils étaient bien certains, pourraient encore aujourd'hui être de quelque utilité.

Ne voyant aucun inconvénient à publier cette lettre, puisque M. Richard dit qu'il sollicitera une discussion scientifique sur le sujet dont elle traite, je vous serai infiniment obligé, Monsieur le rédacteur, de l'insérer dans un de vos plus prochains numéros.

J'ai l'honneur, etc.,

A. Henry (de Semur), D.-M. P.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Histoire du choléra asiatique observé à Marseille, pendant les mois de juillet et août 1835, par les vingt-un membres de la commission lyonnaise : MM. Monfalcon, médecin de l'Hôtel-Dieu et des prisons de Lyon, président de la commission ; Colrat (Adolphe), chef des travaux anatomiques ; Elisée Levrat, docteur en médecine ; Aillaud, élève interne ; Brezard, Chantelot, Colrat (Louis), Denis, Feuillant, Gelas, Girardon, Grandvoixet, Lassaigne, Lièvre, Marroux, Marguerith, Monet, Revol, étudians en médecine ; Girard, pharmacien ; Arnaud, Guillon, élèves (1).

Du choléra-morbus de Marseille, par les docteurs Fraisse, Ramadier et Boyron, de Lyon, envoyés à Marseille sur la demande du préfet des Bouches-du-Rhône (2).

Le 27 juillet dernier, une commission composée de trois médecins, un pharmacien et dix-sept élèves désignés par M. le préfet du Rhône, partit de Lyon pour Marseille, où elle fut suivie, deux jours plus tard, par trois autres médecins chargés aussi de la même mission. C'est le fruit de leurs observations et de leurs recherches que ces deux commissions présentent aujourd'hui au public.

Le premier ouvrage contient : 1° quelques observations qui contribueront à la description complète et raisonnée du choléra dans le Midi ; 2° des documens statistiques propres à éclairer son histoire ; 3° des études approfondies sur quelques points généraux, et en particulier sur ce qui a été fait à Marseille, ainsi que sur ce que l'on pourrait faire de mieux encore quant à l'organisation des secours publics à distribuer.

A Marseille, l'épidémie n'a point débuté d'une manière brusque et subite ; les malades, peu nombreux d'abord, n'offraient que quelques-uns des symptômes cholériques ; le mal, assez promptement mortel pour certains, se terminait, pour le plus grand nombre, par la guérison. De là les différentes opinions qui régnaient dans la ville, et même parmi les médecins ; les uns affirmant l'existence du choléra asiatique, les autres le niant. Mais bientôt le doute ne fut plus permis : la maladie se dessina si complètement, et par la réunion de tous ses signes caractéristiques, et par l'intensité de ses symptômes, qu'il devint impossible de la méconnaître. La mortalité s'accrut d'une manière si prodigieuse, que dans les journées du 24, du 25 et du 26 juillet, *quinze cents* personnes succombèrent. M. Monfalcon en retrace dans un style vif et coloré le début et la marche ; les symptômes étaient aussi effrayans, la mort aussi rapide que dans les plus mauvais jours de l'épidémie de Paris ; aussi les effets sur la masse de la population furent les mêmes. On revit donc, à Marseille comme à Paris, et avec la même intensité, la terreur répandue dans toute la ville, l'effroi produit par les croyances erronées du peuple, par les idées d'empoisonnement dont il était imbu, et les excès auxquels le portèrent ces craintes vaines suggérées par la malveillance. L'auteur rappelle à cette occasion, que les mêmes erreurs et des désordres de même nature, quoique d'une gravité bien supérieure, ont été observés au milieu du XIVe siècle, lorsque la peste noire éclata en Europe. Le parallèle établi par M. Monfalcon, entre ce qui s'est passé aux deux époques, démontre que, chez le peuple, la raison humaine est toujours sujette aux mêmes égaremens.

La partie relative au traitement est la plus importante pour les maladies ordinaires ; mais, par malheur, dans l'histoire du choléra, celle des moyens curatifs est une véritable pierre d'achoppement. Toutefois, tout en reconnaissant l'impuissance de l'art contre une attaque de choléra confirmé, M. Monfalcon établit l'utilité des médecins pour combattre et souvent pour vaincre les accidens précurseurs de la maladie ; pour distinguer et traiter rationnellement les affections qui la simulent ; pour avoir, à peu près seuls, la faculté d'agir efficacement sur le moral des populations, par leur exemple et par leur dévouement, ainsi que par les avantages qu'ils sont appelés à retirer de toutes les chances que peut présenter la marche des symptômes. Mais c'est surtout au moment de la décroissance, et quand la réaction se prononce, que la médecine ressaisit tout son empire et rencontre de fréquentes occasions d'intervenir avec succès ; mieux que tout autre enfin, le médecin peut fournir d'utiles renseignemens à l'autorité pendant l'imminence d'une épidémie, et contribuer à une bonne et utile organisation des secours publics.

Un article fort long est consacré au traitement du choléra par les procédés homœopathiques. Pour les médecins, cette doctrine est jugée ; quant aux gens du monde, je ne pense pas que les meilleurs raisonnemens, que les faits les mieux prouvés, puissent exercer sur eux la moindre influence. Il faut laisser passer l'homœopathie comme a passé le magnétisme.

Plusieurs tableaux intéressans terminent le bon et utile ouvrage de M. Monfalcon ; l'un d'eux surtout est digne d'une sérieuse attention ; c'est celui qui présente l'histoire comparative du *choléra asiatique*, du *choléra sporadique* ou *indigène*, du *choléra épidémique*, de celui décrit par Sydenham, et de celui encore qu'avaient décrit les anciens.

L'ouvrage de MM. les docteurs Fraisse, Ramadier et Boyron se recommande aussi plus d'un rapport. Ces médecins ont compris que le point essentiel pour eux n'était pas de faire une description générale du choléra-morbus épidémique ; ils n'ont relaté les faits déjà connus et souvent publiés que pour se donner un cadre où ils pussent ranger par ordre leurs découvertes, ainsi que leurs observations sur le choléra de Marseille comparé à celui de Paris, que l'un d'eux, M. Fraisse, avait eu occasion d'observer avec succès.

Ils signalent d'abord un état de malaise général qui, dans la première de ces villes, a précédé l'invasion de la maladie. Cette espèce de prodrôme, qui se compose de symptômes maintenant bien étudiés et bien connus, a déjà été observé dans la plupart des contrées où a sévi le choléra. Or, s'il est à peu près toujours précédé de ces prodrômes, il est évident qu'en les guérissant, on, mieux encore, en empêchant qu'ils éclatent, on empêchera l'apparition du choléra lui-même.

Si la diarrhée est, quant à son existence, un phénomène presque constant de l'état cholérique, il n'en est pas ainsi quant aux formes qu'elle revêt. Des observations faites par les auteurs de cet ouvrage, il résulte qu'à Paris cette diarrhée était d'abord séreuse, puis séro-albumineuse, semblable à du petit-lait mal clarifié, au milieu duquel nageaient des flocons ayant quelque analogie avec du riz bien cuit ; tandis qu'à Marseille elle n'a présenté ce caractère que dans des circonstances assez rares ; le plus souvent, les matières conservaient leur couleur bilieuse, ou prenaient une teinte verdâtre.

Un fait qu'ils ont recueilli est fort remarquable, et mérite d'être cité : le sang produit par les scarifications leur a offert une couleur rosée plus éclatante que le sang des artères ne l'est ordinairement dans l'état de santé, et au contraire, le sang des saignées était noir, épais et tenace ; la sérosité s'y trouvait par conséquent en petite proportion et s'en séparait avec assez de promptitude.

Les phénomènes de la réaction, dans l'épidémie de Marseille, étaient souvent accompagnés des symptômes, ordinairement mortels, de la congestion cérébrale ou pulmonaire. La fièvre typhoïde s'est aussi quel-

(1) Un vol. in-8° Lyon, G. Rossary, rue Saint-Dominique, n° 1.

(2) Brochure in 8°. Paris, Trinquart, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 9 ; Lyon, Aynés, successeur de Babeuf, rue St-Dominique, n° 2.

quefois montrée à cette période de la maladie. Cette complication s'est assez rarement fait observer à Marseille.

En général, les évacuations ont été moins abondantes chez les cholériques de cette dernière ville que chez ceux de Paris. MM. Fraisse, Ramadier et Boyron ont vu mourir une femme dans la période d'asphyxie, sans qu'elle ait éprouvé ni diarrhée ni vomissement.

Le froid, la *coloration* en bleu, l'abaissement du pouls et la faiblesse de la voix sont des symptômes de la seconde période, qui, dans l'épidémie de Marseille, se sont montrés avec un degré d'intensité moindre que dans celle de Paris.

L'écrit dont nous rendons compte, exposé très-lucide des signes caractéristiques de l'épidémie de Marseille, est terminé par cette observation remarquable, qu'en cette ville, bien que le choléra présentât des symptômes moins effrayans, et que, sur un nombre donné de malades, il en périt moins qu'à Paris, cependant la mort s'y est montrée en général plus inopinée et plus prompte.

La nature du service médical conféré à ces médecins ne leur a pas permis de se livrer, dans l'accomplissement de ce service même, à des études d'anatomie pathologique; et une lacune majeure existerait dans leur ouvrage si, pour la remplir, ils n'avaient eu recours à l'obligeance d'un collègue mieux placé qu'eux pour s'occuper de travaux de cette nature, M. Périer, aide-major aux salles cholériques de l'Hôtel-Dieu. Entre autres faits intéressans consignés dans ce chapitre, il en est un surtout qui est digne d'une mention particulière; c'est l'existence plusieurs fois constatée par MM. Périer et Coudongnés, chef interne, et ensuite par MM. Fraisse, Ramadier et Boyron, d'un gaz contenu dans presque toutes les parties des systèmes veineux et lymphatique.

La partie consacrée au traitement dans cet ouvrage renferme quelques essais infructueux de moyens déjà employés et plus ou moins vantés par divers auteurs. Quant à la médication qui paraît avoir le mieux réussi à ces praticiens, elle consiste, pendant la période algide, dans l'emploi de l'ipécacuanha à la dose de 15 à 25 grains en infusion, à prendre par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure; des topiques irritans promenés sur les membres, des applications de glace sur l'abdomen, des lavemens laudanisés, et de la limonade froide ou même glacée pour boisson.

Les mêmes moyens, avec quelques modifications, ont été appliqués au traitement de la période d'invasion.

Les phénomènes morbides qui se manifestaient pendant la période de réaction nécessitaient souvent l'emploi des antiphlogistiques, et particulièrement des saignées générale et locale.

MM. Fraisse, Ramadier et Boyron ont recherché la cause des caractères particuliers offerts par l'épidémie de Marseille, et ils pensent l'avoir trouvée dans la constitution et le tempérament des habitans du midi, ainsi que dans la nature du climat. Je suis loin de nier l'influence de ces causes locales; mais elles ne sauraient suffire pour justifier les différences notables qu'a offertes le choléra dans les mêmes localités et sur les mêmes populations, et il est probable qu'il en existe d'autres qui ont échappé jusqu'à présent à toutes les investigations.

POINTE,
Professeur de clinique médicale au grand Hôtel-Dieu de Lyon.

PLOMBIÈRES, SES EAUX ET LEURS USAGES, avec des considérations sur leur antiquité, leur composition naturelle, les principes de leur activité curative, les indications qui doivent en faire modifier l'administration, et une nouvelle théorie sur la cause de la chaleur des eaux thermales; par J.-B. DEMANGEON, D.-M.—In-8° de 250 pages.—Paris, 1835.

L'auteur de cette notice, qui tous les ans, depuis 1823, va réclamer aux eaux de Plombières le secours de leurs propriétés bienfaisantes, a voulu leur payer le tribut de sa reconnaissance. Cependant l'objet de cet ouvrage est moins d'exposer les propriétés médicales de ces eaux, que de faire connaître aux étrangers une foule de choses qu'ils ont le plus besoin de savoir en arrivant, et qu'on leur laisse ordinairement ignorer. Ainsi nous trouvons successivement la description de Plombières et de ses environs, des détails piquans et pleins de vérité sur divers usages particuliers à la petite ville de Plombières, sur la manière dont les bains y sont administrés, sur les dépenses dans lesquelles entraîne un séjour plus ou moins prolongé, sur les relations des baigneurs avec leurs hôtes ou des baigneurs entre eux, sur les vêtemens sans lesquels on ne peut se baigner dans les bassins en commun, et sur une foule d'autres circonstances qu'il est indispensable de connaître, si l'on ne veut s'exposer à une foule de petits désagrémens qui servent à égayer la société aux dépens des novices ou des nouveaux venus.

Les amateurs d'archéologie parcourront avec intérêt le chapitre dans lequel M. Demangeon s'occupe de l'origine et de l'antiquité de Plombières; ils y verront discutées les différentes opinions qui attribuent le premier établissement de ces bains aux Romains ou aux Francs leurs successeurs; ils y trouveront aussi une dissertation pleine d'érudition sur l'étymologie du nom de Plombières, et sur les opinions qu'ont eues les anciens et sur celles qui sont admises aujourd'hui relativement aux propriétés de ces eaux.

Quelques autres chapitres sur la cause de la chaleur des eaux thermales considérées d'une manière générale, sur les principes actifs des eaux de Plombières et sur les circonstances qui concourent à leur action, et enfin sur l'usage de ces eaux, terminent l'ouvrage de M. Demangeon, qui, écrit avec esprit, d'un style souvent bizarre, mais toujours gai et amusant, pourra, tout en donnant aux baigneurs les notions qui leur sont indispensables, leur faire passer quelques heures d'une manière agréable.

RECHERCHES MICROSCOPIQUES SUR L'ACARUS SCABIEI, OU INSECTE DE LA GALE DE L'HOMME; par J.-A. LEROI (de Versailles) et VANDENHECKE. — Broch. in-8° avec des planches.

Cette brochure, qui est extraite des *Mémoires de la Société des sciences naturelles de Seine-et-Oise*, présente d'abord en peu de mots l'historique des recherches faites sur l'*acarus scabiei*; ensuite les auteurs entrent dans quelques détails intéressans sur la structure et quelques-unes des fonctions de cet insecte. La tête surtout, et la manière dont l'animal opère la mastication, sont décrites avec un soin tout particulier. La description de l'appareil locomoteur nous paraît aussi pleine de vérité.

Les recherches les plus minutieuses n'ont pu faire découvrir ni le système nerveux, ni les organes de la circulation et de la respiration, ni l'appareil de la génération, bien que l'on ait observé de petits corps blancs, transparens, de forme ovale, qui sortent par l'anus, et que l'on a pris pour les œufs de l'acarus.

Cinq planches représentant l'insecte de la gale ou quelques-unes de ses parties, à des grosseurs considérables, sont placées à la fin de la brochure qu'elles complètent, et permettent de suivre avec régularité la description anatomique des organes et les détails physiologiques sur celles des fonctions que le secours des verres grossissans a permis d'étudier. Nous avons parcouru ce travail avec plaisir, et nous pensons qu'il doit être rangé parmi les meilleures productions que la découverte de cet insecte, si incommode et si long-temps oublié, a fait naître depuis quelque temps.

DE L'INFLAMMATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DES BRONCHES, suivi de parallèles entre la péripneumonie, la pleurodynie, le croup, la coqueluche, l'angine trachéale et l'asthme aigu des Anglais; par L. PHILIPPE de Metz. — Broch. in-4°, 40 pages. Metz, 1835.

L'auteur a fait preuve dans cette brochure, que nous ne pouvons analyser à cause des détails techniques qu'elle contient, de connaissance étendues en pathologie. Le traitement de la bronchite est établi sur de bonnes bases et le parallèle entre les différentes affections dont il est question est présenté de manière à faire ressortir d'une manière assez vive les différences qui existent entre elles. Ce petit ouvrage que M. Philippe dit être son premier essai, ne peut que lui faire honneur et doit l'engager à continuer ses travaux.

— *Cours public d'anatomie chirurgicale.* — M. Malgaigne commencera ce cours mercredi prochain, 2 décembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n. 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedi, lundi et mercredi de chaque semaine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 49. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LES AVANTAGES DU CATHÉTÉRISME FORCÉ DE M. MAYOR (de Lausanne) dans le traitement des rétrécissemens et des crevasses de l'urètre; par M. Devergie aîné, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Chaque fois qu'un nouveau moyen thérapeutique est introduit dans la pratique de la médecine, il est rare qu'il ne trouve pas ou des médecins enthousiastes qui le vantent à toute outrance, ou des critiques trop sévères qui se hâtent de le déprécier d'après des expériences, dit-on, sans succès. Je conçois ce conflit d'opinions à l'égard d'une substance médicamenteuse, dont les effets sur l'économie sont souvent difficiles à bien apprécier; mais on a lieu de s'étonner que cette divergence d'opinions puisse s'élever également au sujet d'un procédé opératoire dont il est plus facile de calculer les avantages et de découvrir les inconvéniens, quand surtout chaque jour offre des occasions favorables de le mettre en pratique. Tel est cependant ce que nous voyons journellement sous nos yeux. La lithotritie en est la preuve la plus évidente. La cautérisation dans les rétrécissemens du canal de l'urètre a été tour à tour louée outre mesure et blâmée avec autant d'acharnement. Cet excellent moyen est totalement rejeté par des chirurgiens habiles, tandis que d'autres non moins habiles, mais plus judicieux ou plus prudens, en retirent chaque jour des avantages incontestables. Le cathétérisme simple et forcé de M. Mayor de Lausanne vient à peine d'être connu en France, que déjà il trouve des détracteurs, et que ce procédé si avantageux semblerait ne devoir occuper qu'un rang secondaire dans la pratique chirurgicale; tandis que les succès nombreux obtenus depuis si long-temps par son habile auteur, le placent avec raison au premier rang des moyens les plus convenables pour ramener le canal de l'urètre rétréci dans ses dimensions naturelles. D'où peuvent donc naître ces résultats si opposés? Dépendent-ils des procédés eux-mêmes, ou bien de leur application vicieuse par des hommes d'ailleurs très-habiles, mais qui n'ont pas conçu parfaitement les intentions de l'auteur?

Ce ne peut être en effet qu'à ce dernier motif que l'on doit les insuccès éprouvés à l'Hôtel-Dieu de Paris et rapportés dans la Gazette médicale du 14 novembre dernier. Car les succès obtenus dans d'autres hôpitaux viennent infirmer les assertions émises; et il ne sera pas difficile de prouver que c'est à l'oubli des règles que la prudence commandait, à l'oubli des préceptes enseignés par M. Mayor, et surtout au peu d'attention portée sur la différence de calibre du canal de l'urè-

Feuilleton.

DES ALIÉNÉS EN FRANCE ET EN ANGLETERRE.

Il y a toujours avantage à comparer les institutions de deux peuples placés dans des circonstances analogues; car de cette comparaison il doit nécessairement ressortir quelques données utiles sur des améliorations à apporter, ou sur de nouveaux besoins à satisfaire. Nous nous familiarisons si facilement avec ce qui arrive chaque jour sous nos yeux, que nous laissons passer une foule de choses ou même d'abus sans les apercevoir, jusqu'à ce que nous soyions amenés à les reconnaître, soit par les remarques des étrangers, soit par l'observation de ce qui se fait ailleurs.

Il serait difficile de trouver des pays plus rapprochés et plus semblables sous quelques points de vue que l'Angleterre et la France, et dont les institutions soient plus différentes. Ces pays, si long-temps hostiles l'un à l'autre, ont fondé la plupart de leurs établissemens sur des principes différens et fait ainsi des expériences qui doivent leur profiter réciproquement. Sous ce rapport les hôpitaux doivent être placés au premier rang; car ils reposent dans ces deux pays sur des bases entièrement différentes. Aussi le conseil général des hôpitaux et des hospices de Paris avait-il justement apprécié l'utilité que l'on pouvait retirer d'une comparaison établie entre nos établissemens de bienfaisance et de ceux de la Grande-Bretagne, lorsqu'il confia à M. Ferrus la mission de visiter les établissemens de l'Angleterre destinés aux aliénés. Nous n'avons pas besoin de dire que M. Ferrus s'est honorablement acquitté de cette mission; les nombreux documens qu'il a rapportés de son voyage et dont le conseil des hôpitaux a ordonné l'impression le prouveraient suffisamment. C'est dans l'ouvrage que vient de publier ce savant praticien et dans lequel il a consigné le résultat de ses observations, que seront pris la plupart des faits que nous allons présenter ici (1).

Si quelquefois nous nous éloignons des idées émises par M. Ferrus c'est que depuis 1826, époque où il a fait son voyage, il s'est opéré de grands changemens en Angleterre; le mot *réforme médicale*, qui n'y avait pas encore été prononcé, est maintenant dans toutes les bouches et a déjà reçu plus d'une heureuse application. Depuis cette époque, des établissemens qui alors n'étaient pas même en projet se sont élevés rapidement, et ont en partie réalisé l'espoir de ceux qui prennent intérêt au progrès des sciences et au soulagement de l'humanité.

En Angleterre comme en France, ce n'est que depuis un petit nombre d'années que l'on a songé à ouvrir des établissemens pour le traitement des aliénés; car si

(1) *Des Aliénés.* Considérations 1° sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre; 2° sur le régime hygiénique et moral auquel les malades doivent être soumis; 3° sur quelques questions de médecine légale relative à leur état civil; par Ferrus, médecin de l'hospice de Bicêtre. Paris 1834. Un vol. in-8° de 315 pages, avec des planches et plusieurs tableaux.

tre, suivant les individus, qu'on doit les accidens graves annoncés par M. Boinet et les insuccès qu'il relate.

Il n'y a pas en chirurgie un seul procédé opératoire qui puisse toujours être employé tel que son auteur l'a inventé. Le cathétérisme forcé rentre dans cette règle générale, et M. Mayor en préconisant ce moyen. moins dangereux et plus efficace que les autres connus, n'a pas dit qu'il ait toujours réussi; car non-seulement il indique dans sa brochure des cas où il a échoué, mais encore il a écrit que les cathéters rendent *en général et non toujours* superflus tous les autres instrumens en usage pour dilater le canal.

La pratique de M. Mayor est d'accord avec les préceptes enseignés par Desault et Boyer, qui ont établi en thèse générale que le cathétérisme forcé était toujours plus facile et moins dangereux avec de grosses sondes qu'avec des petites; et on sait que le premier de ces célèbres chirurgiens avait acquis une telle habileté dans ce genre d'opération, qu'à l'Hôtel-Dieu il parvenait toujours à sonder tous les malades que ses confrères abandonnaient, et qu'une fois seulement il fut obligé de faire la ponction de la vessie. J'ai vu son successeur, feu Pelletan, persister avec avantage dans la même voie; et Giraud, chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, ainsi que M. Larbaud, ancien interne de cet hôpital (de 1799 à 1803), nous enseignaient dans leurs leçons l'art difficile de manier avec hardiesse et prudence des sondes d'argent d'un certain calibre (1).

Les préceptes de difficile exécution enseignés par Desault et ses successeurs furent bientôt oubliés par les médecins praticiens, quand la cautérisation du canal de l'urètre, déjà employée par Bell, fut rendue plus facile par les procédés ingénieux de Ducamp. Ces procédés, basés sur l'examen anatomico-pathologique du canal de l'urètre, ont été encore modifiés et rendus plus simples et plus sûrs par plusieurs chirurgiens français; mais l'application de ces moyens dangereux, dont on retire actuellement tant d'avantages quand on les unit à la dilatation progressive, n'en a pas moins été la cause de désordres graves et d'accidens mortels, même dans des mains exercées, au point d'avoir jeté un discrédit assez grand sur ce procédé, utile et nécessaire dans beaucoup de cas, quoiqu'il ne guérisse pas toujours constamment.

C'est sans doute ces tristes résultats qui ont remis M. Mayor sur la voie du cathétérisme forcé usité par Desault. Si le mécanisme ingénieux qu'il développe, pour expliquer la manière dont la sonde pénètre le canal et force les obstacles qu'elle rencontre, ne peut satifaire dans toutes les circonstances et n'est pas toujours exact, au moins faut-il convenir qu'il est applicable dans les cas les plus nombreux où les parois du canal épaissies, rétrécies et indurées, mais non désorganisées et passées à l'état fibreux ou demi-cartilagineux, peuvent se laisser écarter par un corps d'un certain volume, rond, poli et arrondi à sa pointe, qu'on aura soin de pousser lentement avec une certaine force, et en lui faisant exécuter des mouvemens de vrille d'avant en arrière, de droite à gauche, etc. Ces préceptes ne sont-ils pas d'accord avec ceux enseignés par les auteurs qui avant lui ont écrit sur le cathétérisme? Faut-il conclure, parce que l'habile chirurgien de Lausanne a échoué dans deux cas à l'Hôtel-Dieu et dans un autre hôpital, que son procédé est loin de mériter la place la plus favorable? Mais à côté de ces insuccès viennent se placer les avantages par lui obtenus dans le service de M. J. Cloquet et dans mon service au Gros-Caillou. A ces faits s'ajoutent celui publié par M. Henry, et douze autres que je vais relater plus bas, et qui sont tirés de la pratique de M. Desruelles, de Rennes; de M. Barthélemy, de Saumur, et de la mienne, tant à l'hôpital qu'en ville. Jamais je n'ai vu ce procédé accompagné des accidens graves. relatés par M. Boinet, et ils sont évidemment dus, comme je l'ai annoncé plus haut, à l'oubli des règles que la prudence indiquait, à l'oubli des préceptes recommandés par M. Mayor, et à celui de la disposition normale et morbide du canal de l'urètre.

Les considérations suivantes le prouvent.

1° Le canal de l'urètre à l'état sain n'a pas les mêmes dimensions chez tous les hommes, et on ne peut obtenir chez tous la même dilatation forcée sans avoir à craindre des accidens plus ou moins graves.

2° La sensibilité du canal à l'état sain varie: très-obtuse chez les uns, elle est très-développée chez les autres, et cependant n'empêche jamais de pénétrer dans la vessie.

3° A l'état morbide, elle est souvent exaltée et porte obstacle aux introductions d'instrumens par les contractions spasmodiques, *qui n'ont presque jamais lieu dans l'état sain.*

4° Lorsqu'il existe un rétrécissement dans un ou plusieurs points du canal, il y a tantôt un simple engorgement chronique partiel ou circulaire, tantôt épaississement et induration du tissu muqueux seul, ou du tissu sous-muqueux environnant.

5° Plus le rétrécissement est ancien, plus le canal est étroit et les tissus endurcis; mais le canal peut très long-temps rester dans cet état, sans que la dégénérescence fibreuse ou semi-cartilagineuse ait lieu.

D'après ces considérations, le cathétérisme forcé ne peut se pratiquer avec toutes les grosseurs de sondes sur tous les sujets. Il faut à quelques-uns se borner au n° 2 pour la plus grande dilatation; à d'autres ne pas dépasser le n° 3, tandis qu'un assez grand nombre supporte le n° 4; que le n° 5 est rarement nécessaire, et qu'il est peu de malades qui puissent admettre, sans inconvénient, le n° 6.

Ajoutez enfin: que le cathétérisme forcé doit être employé avec prudence et essayé plusieurs jours de suite avec patience, si on ne parvient pas le premier jour à franchir l'obstacle;

Que les cathéters dans leur grosseur progressive ne doivent être employés les uns après les autres, *qu'à des intervalles variant de deux à trois ou quatre jours*, suivant la largeur naturelle de l'urètre et la facilité avec laquelle ils sont supportés;

Qu'il est souvent nécessaire de se borner à l'introduction du n° 1 pendant plusieurs jours, quand le passage a été difficile et que l'urètre en a souffert. Car il est de toute rigueur d'agir rationnellement, c'est-à-dire d'éviter le développement d'une inflammation vive et intense dont les suites sont à redouter; ce qui arriverait infailliblement si l'on voulait persister, malgré la douleur, à dilater outre mesure et sans désemparer.

En observant ces règles générales, on arrivera dans le plus grand nombre des cas à franchir les obstacles, et à rétablir plus ou moins vite la largeur du canal nécessaire à l'évacuation libre des urines.

(1) Lorsque je prenais mes grades à Gœttingen (1811), Langenbeck, l'un des plus habiles chirurgiens de l'Allemagne, nous recommandait toujours de nous servir de sondes solides *d'un calibre convenable*, afin de bien remplir le canal de l'urètre lors du cathétérisme.

---

la fondation de Bethlem remonte au milieu du seizième siècle, les aliénés qui y etaient renfermés y restaient sous le rapport médical dans le plus grand abandon. Ce n'est qu'en 1807 que George III, dont la sollicitude, on pourrait dire sympathique pour les aliénés, s'était manifestée dès son avènement au trône, donna, dans la 47e année de son règne la charte qui érige en corporation les souscripteurs de l'asile des aliénés d'Edimbourg. Mais malgré la surveillance de ces souscripteurs et de tous ceux qui étaient intéressés à ce que le bon ordre régnât dans ces établissemens, des abus nombreux s'y étaient introduits, et le Parlement chargea à plusieurs époques des commissaires de signaler ces abus et d'indiquer les moyens de les prévenir. Ainsi l'enquête faite en 1813 fit connaître avec quelle insouciance et même avec quelle barbarie les aliénés étaient traités dans la plupart des maisons. Tel était le désordre qui y régnait, que des femmes devinrent mères, soit du fait des gardiens, soit de celui des fous, qui etaient reçus dans la même maison.

Les mesures qui furent prises à cette époque n'amenèrent aucun changement durable; car en 1826 le Parlement ordonna de nouveau des investigations extrêmement sévères sur les etablissemens des aliénés. Ainsi on trouva dans l'asile de Manchester un certain nombre d'aliénés sur lesquels on ne put obtenir aucun renseignement, ni sur l'époque de leur entrée, ni sur les causes pour lesquelles on les avait renfermés. L'enquête fut imprimée en 1827; et les faits parurent d'une telle gravité que dès l'année suivante deux bills furent adoptés par le Parlement, l'un relatif aux établissemens publics d'aliénés pauvres ou criminels, l'autre concernant les maisons sous la direction et au compte des particuliers.

Le premier de ces bills prescrivait l'établissement d'une maison d'aliénés pauvres dans chaque comté, et avait pourvu à leur érection, à leur direction et à leur surveillance. La nation anglaise ne resta point sourde à l'appel fait par le gouvernement à son humanité et à sa bienfaisance. L'esprit d'association qui, dirigé vers des objets utiles devient la source de tous les genres de prospérité, se porta promptement vers les maisons d'aliénés. Dans presque toutes les villes un peu importantes des souscriptions ont procuré à ces infortunés des asiles où ils reçoivent le traitement et les soins que leur état réclame.

Cependant on n'a pas retiré de ces nombreux établissemens tous les heureux résultats que l'on avait droit d'en attendre. Il semble même que dans la construction des bâtimens on ait été uniquement préoccupé du sentiment d'effroi qu'inspirent les aliénés. Aussi les retraites qui leur sont destinées semblent-elles indiquer par leur aspect moins le but de guérir la folie que celui de cacher les fous à tous les yeux, et de garantir la société et les malades eux-mêmes des écarts de leur délire. De là vient que beaucoup des établissemens de ce genre, même parmi les plus récemment créés, ont eu des prisons pour modèles.

« Dans le plus grand nombre des maisons que nous avons visitées, dit M. Ferrus, les anneaux et les chaines figuraient encore parmi les moyens de répression. Il est vrai que les chaines sont disposées de manière à ne pas offusquer les regards et qu'elles sont ingénieusement cachées sous une apparence de recherche et même de luxe. Je me contenterai de citer les menottes de fer que l'on ne soupçonnerait pas sous le manchon de velours qui les recouvre. »

Le peu d'étendue des localités qui ne permet pas de classer les malades suivant l'intensité ou la nature de leur délire, la réunion sous le même toit des pauvres entretenus aux frais de leurs paroisses, et de ceux qui, payant une pension assez forte, obtiennent nécessairement des préférences, et enfin le temps limité que les aliénés doivent passer dans la plupart de ces établissemens, d'où ils sont,

Quand on ne pourra réussir, il faudra alors employer alternativement une cautérisation légère et le cathétérisme forcé, et on parviendra assez facilement à vaincre tous les obstacles.

Maintenant, a-t-on suivi ces préceptes dans le traitement des malades de l'Hôtel-Dieu, soumis au cathétérisme forcé? Non, certainement. Était-il prudent et rationel d'introduire, *séance tenante*, les n°s 1, 2, 3 et 4, à des malades qui témoignaient une vive douleur, lors du passage des n°s 1 et 2? Avait-on, à chaque malade, calculé la dimension de l'urètre? Ne devait-on pas craindre, ce qui est arrivé, des désordres plus ou moins graves à la suite d'une distension trop forte et trop brusque, entraînant la dilacération des tissus et une douleur excessive dans un organe malade? Faut-il s'étonner de la répugnance des malades à se laisser introduire des sondes volumineuses, quand, dans le même moment, ils pouvaient à peine en supporter d'un calibre déjà raisonnable? Pourquoi vouloir à toute force faire pénétrer le n° 5, chez ceux dont le canal n'admettait que les n°s 3 et 4?

Tous les accidens relatés doivent-ils être attribués aux sondes elles-mêmes, ou bien à la manière brusque et non raisonnée avec laquelle on en a fait l'emploi? J'en laisse le lecteur juge. Pour faciliter sa décision, je rapporterai ici quelques observations de l'application heureuse du cathétérisme forcé; moyen ingénieux, qui évitera à l'avenir de longues et souvent dangereuses cautérisations, et guérira en bien moins de temps les rétrécissemens et les crevasses du canal.

Le journal des *Connaissances Médico-Chirurgicales*, a publié deux observations constatant les succès obtenus par M. Mayor, dans le service de M. Cloquet, sur deux malades dont l'un surtout faisait remonter ses accidens à quatorze années, avait subi divers traitemens à l'Hôtel-Dieu, aux Invalides et en ville, et languissait depuis deux mois à l'hôpital. Le même journal relate (septembre 1835), un fait curieux de rétrécissement et de crevasses de l'urètre, datant de plusieurs années, traité par M. Henry de Saint-Arnoult, et guéri en un mois par l'application lente, successive et raisonnée des cinq premiers numéros.

J'arrive aux faits qui me sont particuliers.

Obs. I. — Un officier portait depuis 1813 un rétrécissement de l'urètre qui avait lentement réduit le cours des urines à un filet assez mince, et déterminait depuis peu des douleurs vésicales; il avait déjà été traité deux fois par la cautérisation et la dilatation. Le rétrécissement reconnu à cinq pouces six lignes, ne donnait à son entrée qu'une empreinte filiforme. Je le cautérisai six fois en cinq semaines, et gagnai un demi-pouce. Les bougies ne pouvaient pénétrer plus loin. Quatre jours après la septième cautérisation, survint une fièvre intermittente tierce, accompagnée de constipation opiniâtre, qui ne fut guérie qu'après six semaines de traitement. Peu de temps après, hémorrhagie abondante par le canal, à la suite de tentative d'introduction de bougies élastiques. Elle dura huit jours, goutte à goutte, malgré les astringens locaux et généraux et les applications réfrigérantes; puis elle céda au sulfate de quinine pour reparaître à divers intervalles, mais peu abondante chaque fois. Depuis un mois, elle n'existait plus; mais le malade intimidé, qui au reste pissait mieux, ne se souciait point de revenir à de nouvelles tentatives.

Il était à l'hôpital depuis six mois, et j'étais embarrassé du traitement à suivre, quand M. Mayor vint visiter mon service. Il proposa l'introduction de son premier catheter, en démontra les avantages, et en moins de quatre minutes parvint dans la vessie en présence de plusieurs médecins étrangers et des élèves de l'hôpital. Il y eut des douleurs assez vives qui se dissipèrent facilement, et quelques gouttes de sang teignirent l'instrument à sa sortie. (Bains de siége.) Le lendemain, j'introduis la sonde avec assez de facilité et sans une goutte de sang. A la quatrième application, le malade l'introduit seul. Au douzième jour, je fis pénétrer le n° 2, sans trop de résistance, quoiqu'il remplit très exactement le canal. Le malade en continua l'emploi les jours suivans avec facilité, et sortit après un mois de traitement, muni du catheter n° 2, et n'ayant pu jamais faire pénétrer le n° 3 dans le méat, le canal étant naturellement trop étroit.

Obs. II. — Un capitaine, aussi ancien de maladie que le précédent, était entré à l'hôpital du Gros-Caillou à peu près dans le même temps, avec deux rétrécissemens, à quatre pouces et demi et à six pouces, qui mettaient obstacle à l'issue de l'urine et entretenaient un écoulement chronique. On avait voulu, avec les sondes ordinaires, parvenir dans la vessie, et on ne réussit qu'à rendre le canal douloureux et à développer un engorgement indolent au périnée. Passé dans mon service, j'employai la cautérisation plusieurs fois sur les deux points malades. Le premier rétrécissement fut facilement guéri, le deuxième laissait pénétrer une sonde en gomme élastique vers son milieu; mais bientôt le point engorgé du périnée s'abcéda et laissa suinter un peu d'urine; en un mois, deux autres abcès s'ouvrirent; le malade craintif, et ne voulait que difficilement laisser explorer le canal. Deux fois avec des sondes ordinaires, je parvins à dépasser le lieu de la crevasse et à pénétrer dans la vessie, mais il fut impossible de laisser une sonde à demeure: la présence des sondes, après douze heures, causait une vive inflammation au col de la vessie, et de là aux parties environnantes. Bientôt l'urine s'épancha davantage dans le tissu sous-muqueux, puis dans les bourses, et il fallut pratiquer plusieurs incisions au périnée et dans le scrotum. Bref, quand M. Mayor le vit, il existait cinq fistules au périnée et deux dans les bourses, par lesquelles l'urine s'échappait en abondance à chaque émission. Le n° 1 pénétra sans trop de douleur et assez rapidement au-delà de la crevasse (cinq pouces), mais ne put pénétrer jusque dans la vessie; il paraissait arrêté à la prostate. Le n° 2 détermina une vive douleur à son passage à l'endroit perforé, et à son entrée dans la vessie où il arriva en moins de trois minutes.

Trois jours de suite, j'introduisis sans difficulté, mais non sans douleur, le cathéter n. 1; survinrent des hémorrhoïdes volumineuses paraissant assez fréquemment; suspension pendant quatre jours de l'emploi de la sonde (douze sangsues, bains, et boissons émollientes). Retour à la sonde n. 1, que le malade introduit seul quatre fois le jour. Au douzième jour, guérison de quatre trajets fistuleux, deux au périnée et deux aux bourses. Emploi de la sonde n. 2 que le malade introduit cinq fois dans les vingt-quatre heures, pour éviter le passage de l'urine à travers les trois points fistuleux restant au périnée; aussi la guérison ne se fit pas attendre, et trente-deux jours après la première introduction des sondes Mayor, le malade sortit emportant avec lui la sonde n. 2.

Obs. III. — Un jeune homme, artiste-peintre, que j'avais cautérisé dix fois l'an dernier pour un rétrécissement très-étroit, suite d'urétrite chronique guérie par les injections astringentes et fixé à 5 pouces, avait obtenu non sans peine par la cautérisation et la dilatation un jet assez fort de l'urine, mais non égale à la largeur normale du canal. Ce traitement avait été deux fois entravé par deux orchites qui exigèrent six semaines de traitement, et le canal était devenu tellement sensible, que la présence d'une bougie en gomme élastique pendant vingt minutes ramenait des douleurs aux testicules. Aussi mon malade avait-il abandonné ce traitement non terminé, et voyait avec peine reparaître un écoulement peu abondant, chaque fois qu'il cohabitait avec sa femme ou se permettait un léger excès de table.

Je lui offris de le guérir avec les sondes Mayor dont il comprit parfaitement le mécanisme. Le n. 1 entra non sans quelque résistance au point rétréci. Réapplication le troisième jour sans douleur, malgré une vive résistance à cinq pouces et plus encore au col de la vessie. Après cinq jours de son emploi, le n. 2 est introduit et traverse assez facilement le rétrécissement, mais toujours un peu arrêté à la prostate. Le malade parvint à se sonder seul. Au sixième jour emploi du n. 3 qui passe facilement et est continué huit jours. Le n. 4 cause à chaque application une tension douloureuse et un sentiment de constriction au col de la vessie. Je reviens au n. 3, qui remplit exactement le canal; en vingt-cinq jours le malade est débarrassé de son écoulement, et guéri de son rétrécissement datant de deux années et demie.

Obs. IV. — Un ancien négociant de Metz, âgé de cinquante ans, d'une susceptibilité nerveuse extrême, portait depuis dix ans un rétrécissement à quatre pouces, qu'on avait en vain voulu guérir par les bougies il y a quatre ans. Tourmenté par des douleurs de vessie, par l'émission fréquente d'une urine odorante qui déposait au fond du vase un mucus assez abondant et qui coulait lentement et à petit jet continu, il consulte à Metz et on emploie plusieurs fois sans aucun succès les,

---

après cette époque, renvoyés comme incurables et dirigés dans d'antres maisons spéciales, sont des circonstances extrêmement défavorables pour le succès des divers traitemens qui peuvent être employés. Nous joindrions encore à ces circonstances la difficulté qu'éprouvent les médecins anglais pour se livrer aux travaux d'anatomie pathologique, si les recherches faites jusqu'ici avaient eu des résultats plus positifs.

En France le sort des aliénés a été, jusqu'au commencement du 19e siècle, peu différent de ce que nous venons de voir pour l'Angleterre; il n'y avait même pas d'établissemens qui leur fussent uniquement consacrés comme ceux de Bethleem et de Saint-Luk. On trouve bien, il est vrai, dès le commencement du 17e siècle, des traces de l'intérêt qu'inspiraient les aliénés; mais pour arriver à l'époque où l'attention fut spécialement appelée sur ce sujet, nous sommes obligés de nous reporter à celle où Tenon réclama, dans un mémoire publié en 1786, la création d'un traitement médical convenable. Ce mémoire fixa l'attention d'un grand nombre de philantropes. Larochefoucauld, Pinel et d'autres encore appelèrent la sympathie générale sur le sort de ces infortunés, et dès 1802 le gouvernement les fit placer provisoirement à Charenton, d'où, après un séjour de trois mois, les incurables étaient envoyés, suivant leur sexe, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière. Plus tard ces deux derniers établissemens devinrent les seuls lieux de dépôt pour les insensés, soit qu'ils présentassent des chances de guérison, soit qu'ils fussent considérés comme incurables.

En même temps, grâce à l'impulsion donnée par Pinel et aux soins éclairés des médecins qui firent l'application de ses préceptes, la proportion du nombre des guérisons fit des progrès aussi heureux que rapides dans les hôpitaux de Paris; mais ces bienfaits ne s'étendaient pas beaucoup hors de la capitale. Le sort des aliénés dans les départemens restait à peu près le même. Un rapport au roi sur l'état des établissemens qui leur étaient destinés en France, par le ministre de l'intérieur, en 1818, ne fait mention que de huit établissemens de ce genre.

Dans un mémoire présenté en 1819 au ministre de l'intérieur, M. Esquirol, dont le nom rappelle tant de travaux en faveur des aliénés, exprimait le vœu qu'un asile fût élevé pour ces malades dans les villes où siége une cour royale. Le nombre des maisons à construire pour remplir ce but, n'était alors que de huit; et si ce projet n'a pas été exécuté, il faut espérer qu'aujourd'hui, avec les fonds qui appartiennent aux communes et aux départemens, il ne tardera pas à être accompli. Toutefois, les améliorations que conseillait M. Esquirol ne furent pas toutes négligées: dès la même année une circulaire ministérielle prescrivit d'abandonner les cellules souterraines destinées aux aliénés, soit dans les hospices, soit dans les prisons. Nous voudrions pouvoir dire qu'après seize ans au moins cet ordre est ponctuellement exécuté. Mais ce qui aggrave encore la situation des aliénés, c'est que, placés ainsi par simple mesure de police, ils restent privés du traitement nécessaire à leur guérison. « Il y a plus, dit M. Ferrus, dans quelques lieux où il existe des établissemens pour le traitement des aliénés, on diffère leur admission jusqu'à leur interdiction. Une personne digne de foi a vu, dans une prison du département de la Seine-Inférieure, à la proximité du bel établissement de St-Yves, un malheureux enchaîné dans un cachot, attendant l'interdiction que l'on poursuivait contre lui; c'est-à-dire qu'on le faisait déclarer incurable avant d'avoir tenté les moyens curatifs qui auraient pu le rendre à la raison. »

S'il y a dans les départemens quelques asiles où les aliénés reçoivent tous les soins et sont traités avec tous les égards que les circonstances et le peu de temps qui s'est écoulé depuis que l'on a commencé à s'occuper de leur sort peuvent le

n. 1, 2 et 3 de M. Mayor. On lui propose alors la cautérisation qu'il redoute; et enfin, il vient à Paris. J'explore le canal, et à quatre pouces mason de porte-empreinte ne ramène qu'une tige mince et applatie. Trois jours de suite j'essaie en vain le n. 1, puis les sondes ordinaires d'argent, et je ne peux pénétrer que peu avant dans le rétrécissement. Je propose la cautérisation légère alternativement avec le cathétérisme forcé.

Le 5 septembre, je cautérise, le 9, j'introduis le n. 1, qui pénètre à trois lignes. Le 11, cautérisation nouvelle; le 15, cathétérisme avec le n. 1; je gagne encore trois à quatre lignes. Le 17, cautérisation; le 20, introduction du catheter avec nouvel acheminement dans le rétrécissement; le 22, 4ᵉ cautérisation, et le 25, je franchis l'obstacle, je pénètre dans la vessie, et j'acquiers la conviction que le malade n'urinait que par regorgement. Chaque deux jours j'introduis le cathéter. A la sixième application, le malade parvient seul à se sonder. Déjà l'urine a perdu son odeur; la vessie se vide chaque fois; le mucus déposé est moindre et les douleurs vésicales calmées. M. *** supporte alors le n. 2. Au dixième jour j'introduis le n. 3, qui est encore continué tous les trois jours, malgré la guérison complète. Le n. 4 était trop volumineux pour le canal.

Obs. V. — Un jeune homme de 23 ans avait eu, depuis l'âge de 16 ans, trois urétrites, toutes trois douloureuses, ayant duré long-temps, et guéries par de fortes injections astringentes. La dernière reparaissait au moindre excès, et une médication variée et très coûteuse avait été employée pendant huit mois, lorsque fatigué par cette non-réussite et des douleurs vives dans le canal lors de l'émission des urines, il vint me consulter. Soupçonnant un rétrécissement, j'introduisis une sonde exploratrice et ne rapportai qu'une empreinte filiforme à deux pouces. Je cautérisai dix fois en alternant avec la dilatation autant que possible. Jamais je n'ai vu de malade exprimer si vivement une douleur cuisante, déchirante, chaque fois qu'avait lieu, soit une cautérisation légère, soit l'introduction de sondes en gomme élastique. Ce traitement, qui dura deux mois, fut sans résultat satisfaisant; car malgré quelques avantages obtenus, ce jeune homme, vaincu par l'appréhension de la douleur, cessa de me visiter et continua ses relations ordinaires, partagées entre le travail de bureau, la table et les femmes.

En une année il perdit le peu de bien obtenu; le canal fatigué et enflammé par des cohabitations assez répétées, et des excès de table, fit ressentir plus de douleurs lors des éjaculations et de l'émission des urines, dont le jet redevint plus petit. Bientôt l'écoulement habituel augmenta, les douleurs se propagèrent à la vessie; et deux fois en trois mois je fus appelé pour obvier aux symptômes d'une cystite aiguë.

Enfin je le décidai à tenter l'emploi du cathétérisme forcé, seul moyen de salut pour lui, ne voulant plus revenir à la cautérisation ni supporter les bougies à demeure.

Vouloir forcer le passage dans un rétrécissement situé à deux pouces seulement, sans pouvoir fixer la verge, molle et flexible, n'est pas chose facile. Aussi je ne pus jamais faire pénétrer le cathéter n. 1. Rappellant mes souvenirs de l'Hôtel-Dieu, de Gœttingen et d'une longue pratique dans les hôpitaux militaires et en ville, où j'avais eu souvent occasion d'employer le cathétérisme dans des cas urgens de rétention d'urine, alors qu'il fallait absolument pénétrer dans la vessie, j'abandonnai les sondes Mayor et y substituai une algalie en argent n. 4, avec laquelle je pénétrai, non sans douleur ni difficulté, à travers l'obstacle, en produisant au toucher la sensation d'une déchirure des tissus. Un quart d'heure d'introduction me suffit. Quelques gouttes de sang s'échappèrent en retirant la sonde. Je réitérai le troisième jour la même opération, toujours avec douleur; mais à peine la sonde était-elle colorée par le sang.

Après la troisième opération et dans la même séance, je substituai le n. 5 des sondes d'argent ordinaires. Vive douleur, même sensation de déchirure des tissus, et écoulement de sang après le retrait de la sonde. J'ai depuis réintroduit quatre fois le même numéro, toujours avec une douleur peu durable, mais sans écoulement sanguin. J'en suis actuellement au n. 4 des sondes d'étain, et je ne me propose pas de pousser plus loin la dilatation chez un sujet si irritable et dont le canal d'ailleurs est de petite dimension.

Obs. VI. — Communiquée par M. Desruelles aîné, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rennes. — M. F..., capitaine au 53ᵉ de ligne, eut en 1810 une urétrite qu'il garda 2 ans sans la traiter, contre laquelle plus tard tous les traitemens échouèrent, et dont il ne fut débarrassé qu'en 1822. Il s'apperçut alors d'un rétrécissement qui augmenta graduellement, et qui ne put être guéri ni par les antiphlogistiques, ni par la cautérisation. L'urine sortait goutte à goutte.

En 1831 il resta quinze mois à l'hôpital de Metz, où tous les soins prodigués ne ne changèrent point sa triste position. En juin 1835 il entra à l'hôpital de Rennes. Le 15, une sonde métallique d'une ligne et demie ne put parvenir à la vessie. A la suite des tentatives, rétention d'urine qui heureusement se dissipe sous l'influence de 24 sangsues et d'un bain de siége. Le 16, tentative réitérée infructueusement avec le n. 1; on passe avec plus de bonheur le n. 2, qui pénètre non sans difficulté dans la vessie et laisse échapper par le pavillon quelques gouttes de sang, puis de l'urine claire. Les 17 et 18, même opération, issue de l'urine en tire bouchon. Le 19, pendant le cathétérisme, le malade accuse plus de douleur que la veille; il rend beaucoup de sang dans la journée. Le 21, on ne peut introduire le n. 2; on le remplace par le n. 3, qui n'entre qu'avec une peine extrême dans la vessie, et qu'on ne retire que difficilement. Repos jusqu'au 25. Alors introduction du n. 3 assez facile, puis du n. 4, qui remplit exactement le canal. Issue de sang et d'urine; au retrait de la sonde, l'urine sort librement.

Le 27, douleurs lors de l'introduction de la sonde; il y avait eu pollution et éjaculation libres, ce qui n'était point arrivé depuis 1828.

Le 29, le malade, après le cathétérisme, rend une substance semblable à de la chair fongueuse. (15 sangsues au périnée.)

Du 1ᵉʳ au 19 juillet, quelques douleurs passagères au siége du rétrécissement lors du passage du cathéter, et quelquefois issue du sang. Cet officier quitte l'hôpital, guéri d'une infirmité contre laquelle avaient échoué pendant long-temps l'habileté et les soins de médecins recommandables.

Obs. VII. — Communiquée par M. Barthélemy de Saumur, chirurgien aide-major au Val-de-Grâce. — M. A..., avait été traité par Ducamp, il y a 13 à 14 ans, d'un rétrécissement dont il avait été guéri passagèrement, car depuis cetemps il avait eu trois récidives qui cédèrent à la dilatation. Il y avait fréquemment rétention d'urine, qui se dissipait par l'introduction de sondes en gomme élastique n. 1 et 2, mais se reproduisait peu à peu. M. Barthélemy reconnait dans la portion dite membraneuse un rétrécissement d'un pouce et demi environ. Introduction d'un porte-caustique le plus fin possible qui pénètre dans le rétrécissement. Cautérisation circulaire, puis dilatation avec les bougies 4 et 5. La cautérisation est renouvelée quatre fois. C'est alors que le malade lui même essaie chaque jour, dans un bain de siége, l'introduction de la sonde Mayor n. 1. A chaque tentative il gagne du terrain, et le huitième jour il parvient dans la vessie. Depuis ce moment il urine facilement; il a continué d'habituer l'urètre à la présence de la sonde, qui passe sans douleur ni difficulté. Actuellement il ne la passe que chaque huit jours. Le canal étant naturellement étroit, le malade n'a pas voulu tenter l'essai d'une sonde plus volumineuse.

Ces observations prouvent jusqu'à l'évidence les avantages immenses que le procédé de M. Mayor obtient sur les autres moyens préconisés pour la guérison des coarctations de l'urètre, et elles infirment complétement les assertions émises par M. Boinet. L'emploi du cathétérisme forcé, soumis aux règles indiquées plus haut et modifié suivant les circonstances, comme le constatent deux observations où il fut alterné avec la cautérisation, rendra toujours des services importans dans les rétrécissemens, *qui tous dépendent d'un obstacle organique*. La plupart de ces obstacles ne sont point circulaires, et occupent souvent plusieurs points de l'urètre; le plus fréquemment la paroi inférieure, et le plus souvent depuis 1 pouce du méat urinaire jusqu'à 6 pouces, bien rarement au-delà. C'est ici le lieu de signaler une erreur répandue et accréditée chez la plupart des praticiens les plus distingués de l'Europe; je veux parler des rétrécissemens spasmodiques, que l'on regarde comme faisant une section à part, et pouvant exister sans maladie organique de l'urètre. L'existence de ces rétrécissemens pu-

Je pourrais ici multiplier les observations, et en rapporter encore sept autres tirées de ma pratique. Je me suis contenté de relater celles qui m'ont présenté le plus de difficultés à vaincre.

---

permettre, il en est trop encore où ils sont traités d'une manière qui ferait honte à la civilisation actuelle, si l'on ne savait combien d'améliorations sont réclamées de toutes parts et dans toutes les parties de la société. Les détails dans lesquels entre M. Ferrus sur un certain nombre de ces établissemens, sont dignes de fixer l'attention. Il a souvent trouvé, même dans des villes considérables et renommées par leur richesse, les aliénés renfermés dans des loges ou des cachots obscurs, fétides et sans air, errant sans occupation dans des cours tristes et étroites, sans autre division que celle des hommes et des femmes, et quelquefois recevant la même nourriture que les prisonniers auprès desquels ils sont placés. Dans quelques-uns on emploie encore les fers, les menottes et les chaînes pour contenir les furieux, et dans quelques endroits c'est le concierge de la prison qui est chargé de ce soin.

La nourriture que reçoivent les aliénés dans ces établissemens varie beaucoup : dans quelques-uns ils ont de la viande deux fois seulement par semaine; dans d'autres, trois fois; ailleurs, quatre et même cinq fois. Un peu de vin, de bierre ou de cidre leur est souvent accordé. Il paraît que le régime offre à peu près les mêmes variations dans les établissemens d'Angleterre.

Quant au traitement, il varie encore plus que le régime. Quels soins peut-on donner à ceux qui sont renfermés dans des prisons, et où le médecin n'a que les geôliers pour l'aider dans l'administration des secours dont les malades auraient besoin? On ne peut non plus attendre d'heureux résultats des médications employées dans les maisons où l'on ne peut administrer ni bains ni douches aux malades, ainsi que M. Ferrus l'a vu dans plusieurs endroits, en France et en Angleterre.

Depuis quelques années cependant de grandes améliorations ont été opérées; de nouveaux établissemens construits, ou d'anciens bâtimens disposés de la manière la plus convenable, font espérer que dans un espace de temps assez limité, les aliénés recevront de tous les points de la France tous les secours que peut réclamer leur état.

Parmi les établissemens que M. Ferrus a remarqués en province comme remplissant en partie les conditions auxquelles ils sont destinés, nous indiquerons celui de St-Brieux, fondé en 1832, et qui est uniquement destiné aux femmes. La situation de cette maison est des plus agréables, et tout ce qui l'environne est de nature à récréer la vue. La nourriture que les aliénées y reçoivent est bonne et suffisante, et tous les soins y sont bien entendus.

A Toulon, il y a peu de temps encore, que les aliénés étaient enfermés avec les prisonniers, un service médical a été organisé, des constructions nouvelles ont été faites, et bien que les dispositions par étages, les escaliers et les vieux bâtimens dont on a voulu tirer parti laissent beaucoup à désirer, cependant les malades y sont bien.

Les hospices destinés aux aliénés à Bordeaux, à Montpellier, sont également remarquables à plus d'un titre, ainsi que ceux de St-Dizier, de St-Venant.

Celui du Mans, qui vient d'être construit tout récemment, est placé sur un vaste terrain qui a permis de lui donner toute l'étendue desirable; il se compose de huit bâtimens principaux séparés par des cours plantées d'arbres, et réunis au moyen de galeries couvertes. Il peut contenir 200 malades des deux sexes.

Celui de St-Yon, près de Rouen, qui a été élevé à grands frais d'après le plan suivi dans les hôpitaux de Paris, peut être cité comme un modèle sous beaucoup de rapports; le seul reproche qu'on lui adresse est relatif au classement très-incomplet des malades.

rement spasmodiques est pour moi controuvée. Depuis longues années que je m'occupe du traitement des maladies des voies urinaires, je ne les ai jamais rencontrés sans qu'ils fussent accompagnés d'altération organique de la membrane urétrale. Cette opinion ne m'est pas personnelle, et elle a été développée par M. Amussat dans les réunions qui eurent lieu chez lui lorsque Astley Cooper vint visiter Paris. Je fus assez heureux pour pouvoir appuyer cette opinion, résultat de l'observation journalière et familière des chirurgiens qui s'occupent de lithotritie. Il fut alors soutenu, démontré et prouvé que les spasmes de l'urètre n'avaient presque jamais lieu à l'état sain, et ne se rencontraient que chez les sujets dont l'urètre était atteint d'une phlegmasie aiguë ou chronique ou d'une altération organique.

Les réflexions de M. Boinet touchant certains rétrécissemens fibreux, calleux et endurcis de l'urètre me paraissent pleins de justesse, et dans ces cas, heureusement rares et très-rares, les enseignemens de M. Mayor et son cathétérisme seraient non-seulement sans succès, mais exposeraient à des dangers réels, si on voulait s'obstiner et passer outre. Si l'expérience l'a prouvé, M. Mayor l'indique également dans l'histoire qu'il rapporte d'une jeune femme où les tentatives échouèrent totalement, et chez laquelle il trouva un corps cartilagineux obstruant l'urètre.

Je fixerai également l'attention sur un autre point non moins important, sur les récidives après la cautérisation unie à la dilatation. M. Boinet, au milieu des réflexions auxquelles il se livre pour prouver les inconvéniens du cathétérisme forcé, annonce que les récidives après ce genre de traitement (la cautérisation), préconisé par M. Sanson à l'Hôtel-Dieu, sont rares, et que 2 malades seulement sur 40, traités dans l'année, sont rentrés pour récidive. Ce serait mal juger cette question pleine d'intérêt que de s'en rapporter au jugement de l'auteur de l'article; car pour tous les praticiens qui se livrent au traitement des maladies des voies urinaires, il est reconnu que les récidives sont assez fréquentes; mais qu'heureusement pour les malades, elles ne se manifestent qu'assez long-temps après le traitement; que la muqueuse urétrale, long-temps enflammée chroniquement dans un point de son étendue, ramenée difficilement à son état primitif, conserve une disposition telle, que sous l'influence des nombreux excitans qui peuvent la modifier elle revient à l'état maladif plus ou moins promptement; que les récidives après la dilatation seule ou réunie à la cautérisation, ne se font assez souvent remarquer qu'une, ou deux, ou trois années après un traitement convenable; que quelle que soit la méthode employée, les praticiens engagent toujours leurs malades guéris à passer de temps à autre une sonde dans le canal pour éviter de nouveaux rétrécissemens; que sur sept observations rapportées plus haut, six avaient déjà été une ou plusieurs fois traitées par la cautérisation, et qu'il serait facile d'en énumérer un plus grand nombre.

Le cathétérisme forcé de M. Mayor aura donc, à n'en pas douter, le double avantage : 1° de rendre la cautérisation du canal moins fréquente (sur douze malades je ne l'ai employée qu'une seule fois); 2° de voir les récidives moins fréquentes, et, quand elles auront lieu, plus faciles à guérir. Il faut même ajouter qu'il sera facile de les éviter, puisque les malades qui parviendront à introduire eux-mêmes les sondes, pourront à volonté s'assurer s'il y a disposition morbide du canal et tendance à récidive (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

II. NORTH AMERICAN ARCHIVES OF MEDICAL AND SURGICAL SCIENCE.

EMPOISONNEMENT PAR LE SEIGLE ERGOTÉ, par le docteur Isaac HULSE, de Pensacola.

On a tellement exagéré les effets funestes du seigle ergoté donné a dose trop élevée, que beaucoup de praticiens ont renoncé à l'employer dans des cas où ils pourraient cependant en obtenir les effets les plus heureux pour leurs malades. Et pourtant les cas où cette substance a eu des effets fâcheux sont encore bien peu nombreux; et encore même n'est-il pas démontré que les accidens qu'on a attribués à son action sur l'économie ne dépendissent pas, au moins dans quelques cas, de causes tout-à-fait différentes. Le fait suivant que nous allons analyser rapidement, ne nous semble pas plus que les derniers auxquels nous faisions allusion, devoir restreindre l'emploi de ce médicament efficace.

La femme qui est le sujet de cette observation, était accouchée à huit heures et demie du matin, après un travail de six heures, pendant lequel elle éprouva des douleurs extrêmement violentes et qui se succédaient avec une rapidité extraordinaire; après la sortie de l'enfant, l'hémorrhagie étant abondante, on chercha à extraire le placenta; il était fortement adhérent et la tentative pour introduire la main dans le vagin, ayant amené une syncope, M. Hulse prescrivit :

Prenez : Seigle ergoté, 1 gros.
Eau bouillante, 8 onces.

La malade en prit la moitié immédiatement; quelques contractions utérines se développèrent et l'hémorrhagie cessa. En même temps on donnait à la malade quelques gouttes d'une teinture camphrée afin de soutenir ses forces. La malade resta dans cet état jusqu'au lendemain matin 11 heures, et pendant ce temps elle prit quelques gouttes *d'acetum opii* et dormit environ une heure. Alors on eut recours de nouveau à l'emploi du seigle ergoté, qui fut continué de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce qu'elle eût pris douze onces de l'infusion ci-dessus. L'utérus, qui était resté inactif pendant si long-temps, éprouva deux ou trois fortes contractions après la première dose et resta ensuite en repos. Au bout d'une heure et demie, cependant, le placenta put être extrait sans la moindre douleur; mais alors la malade était dans un état approchant de l'insensibilité. Le pouls était faible, avait 65 pulsations par minute, et les membres étaient couverts d'une sueur froide. On lui fit prendre un peu de vin et d'eau. Quelque temps après les paupières commencèrent à se gonfler ainsi que les lèvres et la gorge; les larmes coulaient abondamment; la pituitaire semblait très-irritée; la respiration ne se faisait qu'avec difficulté par le nez, et la conjonctive était fortement injectée. Les lèvres et les paupières prirent graduellement

(1) M. Charrière, a fabriqué des sondes dans ce système, sous la direction même de M. Mayer. Le système complet se compose de sept sondes graduées de manière à remplir toutes les indications. Le prix de chaque sonde séparément est 2 fr., et l'appareil entier avec la boite en noyer est de *vingt francs*.

C'est surtout dans le département de la Seine que se trouvent les hôpitaux sinon les mieux disposés pour le traitement des aliénés, car aucun d'eux n'a été construit pour cet objet, au moins les plus remarquables sous le rapport de l'administration, de la direction intérieure, du classement des malades et de l'habileté des médecins qui sont appelés à leur donner des soins. Charenton, la Salpêtrière, Bicêtre, offrent des ressources que l'on chercherait vainement ailleurs, et ont reçu des améliorations nombreuses que l'on doit désirer de voir reproduites avec celles que la disposition des lieux permettra d'y ajouter dans tous les endroits où il existe des hospices d'aliénés (1).

Les établissemens anglais que M. Ferrus a visités lui ont offert à peu près les mêmes défauts que la plupart de ceux de nos départemens. Cependant il a remarqué qu'en général les moyens coercitifs y sont employés avec moins de ménagement qu'ils ne le sont parmi nous dans les maisons d'aliénés bien dirigées. La camisole ou gilet de toile n'était point en usage à St-Luk; c'étaient de fortes chaînes qui retenaient les malades agités. Ces chaînes, scellées à différentes hauteurs dans les murs des chauffoirs, sont terminées à leur extrémité par des anneaux en fer au moyen desquels on embrasse soit le bras, soit la jambe des malades, ainsi retenus dans une complète immobilité. Pour quelques malades plus turbulens, il reste encore plusieurs moyens à la disposition des surveillans, ainsi les manchons et les menottes qu'ils recouvrent, et surtout une large ceinture en cuir adaptée autour du corps, et à laquelle sont suspendus, par de larges chaînes en fer, deux gants en cuir arrêtés eux-mêmes par des cadenas autour des poignets.

Tous les médecins qui dirigent des établissemens d'aliénés à Londres, à l'exception du docteur Burrow dont M. Ferrus cite la maison particulière comme un modèle, préfèrent ce dernier moyen de répression à la camisole que l'on emploie presque uniquement en France.

Parmi les maisons dont il fait mention, l'une des plus remarquables et l'asile fondé près d'York, par M. Tuck, en 1792, et spécialement destiné aux quackers. Les traditions de cet ami de l'humanité, qui était quacker lui-même, se sont conservées dans cette maison qui porte son nom. Tout, jusqu'aux malades, est silencieux et paisible dans cet asile, qui ressemble bien plus à un couvent de trapistes qu'à une maison d'aliénés. « Mais, dit le médecin philantrope, si l'ame s'attriste à l'aspect de cette terrible maladie qui semble faite pour humilier la raison humaine, on éprouve ensuite de douces émotions en considérant tout ce qu'une bienveillance ingénieuse a su inventer pour la soulager ou la guérir. »

L'asile du comté de Middlesex, à Hanwell, est cité en Angleterre comme un modèle pour les établissemens de ce genre. Le lieu sur lequel il a été bâti est élevé, sain et aéré; on y jouit d'une vue étendue et agréable; toutes les pièces y sont bien disposées, admirablement chauffées, et ne laissent rien à désirer sous le rapport de la ventilation, de l'éclairage et du mobilier. Les châssis des croisées étant en fer, on n'a point à redouter d'accidens, bien qu'on ne voie aucune trace de contrainte. Dans toute la maison, dit l'auteur anglais auquel nous emprun-

(1) Comme il n'est question dans cet article que des établissemens publics, nous avons dû passer sous silence les établissemens de M. Esquirol, à Issy, de MM. Falret et Voisin, à Vanvres, lesquels peuvent être cités comme des modèles sous le rapport de l'organisation, de l'administration et des méthodes de traitement. En cela, comme en toutes choses, les entreprises particulières réalisent long-temps avant les établissemens publics les perfectionnemens inspirés par l'expérience.

une couleur livide; on aurait dit qu'elles avaient été piquées par des abeilles; la déglutition était presque impossible; la voix très-faible; les mâchoires restaient presque immobiles, et la malade pouvait à peine prononcer oui ou non. Un peu avant elle s'était plaint de ressentir des douleurs dans tous les nerfs et d'avoir la tête comme vide.

M. Hulse pensa alors que la malade était empoisonnée par le seigle ergoté; les extrémités inférieures étaient sans mouvement, et les supérieures presque dans le même état à cause de l'état de faiblesse; il ne crut pas devoir employer l'émétique et prescrivit immédiatement cinq grains de carbonate d'ammoniaque dissout dans un verre d'eau froide, de demi-heure en demi heure, et des frictions sur tout le corps et les membres avec un liniment ammoniacal très-énergique. Après la seconde dose il y eut de l'amélioration; le pouls s'était relevé; la peau était moins froide, et après la troisième le mieux était si sensible qu'on dut discontinuer les remèdes.

Lorsqu'elle eut recouvré l'usage de la parole, elle apprit à M. Hulse qu'il lui avait semblé avoir la tête complétement vide, et que le sens de l'ouïe avait acquis une si grande sensibilité que le moindre mot, prononcé sur le ton le plus bas, lui retentissait dans toute la tête et semblait pénétrer dans tous les nerfs de son corps. Elle dit aussi qu'elle avait senti disparaître toute la chaleur naturelle jusqu'au moment où elle lui fut rendue par les frictions.

Tous les symptômes disparurent en peu d'heures, excepté la rougeur et la tuméfaction des paupières qui persistèrent à un degré léger jusqu'au lendemain matin; lorsque le pouls fut relevé il survint une transpiration abondante, qui offrit, dit M. Hulse, l'odeur particulière au seigle ergoté.

L'auteur rapporte qu'il avait administré le seigle ergoté à une dose aussi élevée, pensant que comme il était déjà ancien il avait dû perdre une partie de son activité; cependant même avec cette explication la dose qu'avait prise la malade nous semble extrêmement considérable, puis que dans les deux jours elle n'en a pas pris moins de deux gros et demi en infusion; et l'on sait que dans les cas ordinaires dix grains de cette poudre suffisent souvent pour déterminer de fortes contractions utérines.

OBSERVATIONS SUR L'IRRITATION SPINALE, par le docteur THOMAS, professeur d'accouchemens.

L'auteur pense que l'étude des maladies nerveuses, sous le rapport de la pathologie et du traitement, a fait plus de progrès depuis quelques années que celle d'aucune autre classe de la nosologie, et ce progrès il l'attribue au soin avec lequel on a tenu compte de la sensibilité morbide du rachis. On peut, à l'aide des résultats qu'a fournis cet examen, expliquer d'une manière satisfaisante des symptômes et des phénomènes que l'on se contentait d'appeler nerveux ou hystériques, précisément parce qu'on ne pouvait les rattacher à aucune des théories. Après avoir retracé en peu de mots les recherches faites par MM. Tate, Teale, Griffin et autres sur ce sujet, il rapporte un certain nombre de faits, parmi lesquels nous remarquons surtout les suivans.

RHUMATISME. — IRRITATION SPINALE.

OBS. — Le 24 août 1834, M. C..., âgée de 40 ans, robuste, a été exposée, il y a quatre jours, à un courant d'air à la suite d'un exercice pendant lequel elle s'était fortement échauffée. Elle était restée couchée sur un lit ayant le dos tourné vers une fenêtre. Le jour suivant elle ressentit des douleurs dans la partie postérieure du col et de la tête, et une grande raideur dans tous les muscles du col. Le lendemain la raideur avec les douleurs et une paralysie incomplète avaient gagné le bras et la main gauches. Le 23, les symptômes continuèrent à augmenter. Le 24, je fus appelé auprès d'elle, et je trouvai que la douleur la plus vive était dans le bras gauche dont elle avait perdu presque complétement l'usage. Une vive douleur dans le côté gauche du col et de la tête était augmentée par le mouvement. Les vertèbres cervicales étaient sensibles à la pression; le pouls plein, fort, vibrant. Je lui pratiquai une saignée de vingt onces qui la soulagea beaucoup; en même temps je lui prescrivis un purgatif et 15 grains de poudre de Dover pour le soir; si la douleur revenait on devait lui appliquer des ventouses au col.

Le 25 août, la douleur est revenue hier au soir, elle persiste encore dans le bras ainsi que la perte de la motilité. Les cervicales sont toujours sensibles à la pression. On tirera dix onces de sang par les ventouses appliquées sur l'épine, et on continuera le purgatif.

Le 26, l'application des ventouses a été hier suivie d'un grand soulagement. Il y a un peu de fièvre et les douleurs ont reparu de nouveau. Ce matin la sensibilité du côté gauche du rachis s'étend jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale et des douleurs très-vives semblent traverser la mamelle gauche. Des ventouses seront appliquées sur la portion dorsale du rachis et les autres moyens seront continués.

Le 29, les ventouses n'ont pas été appliquées et maintenant six ou sept des vertèbres dorsales sont douloureuses. Les douleurs de la mamelle et du côté gauche sont plus aiguës. Elle est très fatiguée par les mouvemens involontaires des extrémités. Elle éprouve immédiatement un grand soulagement de huit onces de sang tiré par les ventouses. On administre un pédiluve sinapisé et on applique un cataplasme sur le rachis.

Le 28, la douleur a entièrement disparu; il ne reste plus qu'un peu de sensibilité.

L'auteur fait remarquer que chez cette malade l'affection était exclusivement bornée au côté gauche de l'épine et du corps. Nous ne nous rappelons pas avoir vu un seul fait analogue dans les nombreuses observations rapportées par MM. Griffin et les autres auteurs qui se sont occupés de recherches sur l'irritation spinale.

L'observation suivante nous semble offrir de l'intérêt par l'opiniâtreté de la maladie, tant que les moyens propres à combattre l'irritation spinale n'eurent pas été employés, et la facilité avec laquelle elles disparurent aussitôt que l'on eut recours à ces moyens.

IRRITATION SPÉCIALE SIMULANT LE DÉLIRIUM TREMENS.

OBS. — Le 17 juillet 1832, M. B..., âgé de 30 ans, maître charpentier, tomba dans une cave d'un premier étage d'une maison qu'il bâtissait; il continua néanmoins de travailler. Je le vis le soir, il se plaignait de mal de tête, d'un peu de trouble dans ses idées; il ne pouvait se tenir assez tranquille, ses mains étaient continuellement en mouvement; le pouls faible, la peau moite; il offrait l'aspect d'un homme atteint de délirium trémens. Il y avait un peu de constipation; je prescrivis le calomel avec la poudre composée d'ipécacuanha.

Le 18, il avait pris 40 grains de poudre de Dover; pendant la nuit il n'a pas dormi, et était singulièrement agité. Je lui prescrivis des purgatifs pendant le jour, et des opiacés pour le soir, et il se trouva assez bien.

Le 3 août, il fut repris du délire après avoir été pendant deux ou trois jours dans un état analogue à celui de l'ivresse, bien qu'il n'eût pas bu des boissons alcooliques; il se promenait de long en large ne faisant aucune attention à ce qui se passait autour de lui, ni aux réponses qu'il faisait aux questions qu'on lui adressait; se plaignant de la tête et disant un moment après qu'il était très-bien. Le pouls était faible, la langue tremblante, la peau baignée de sueur. Le docteur Chapman appelé en consultation attribua cet état à une congestion veineuse, et conseilla une forte émission sanguine et les purgatifs; seize onces de sang furent tirées et immédiatement le malade se trouva si bien, que dès le 5 il put retourner à ses travaux.

---

tous ces détails, l'action de l'autorité est si peu visible, que l'on croirait que chacun est abandonné à ses propres mouvemens. Le classement des malades y est fait de manière à ce qu'aucun des aliénés n'ait à souffrir du contact de ceux dont l'état pourrait exercer sur lui une fâcheuse influence. Tel est le bon ordre qui règne dans cette maison où sont plus de 600 aliénés, et dont les cinq sixièmes ont été déclarés incurables avant leur admission, que tout y respire le repos et le calme. Le docteur Ellis, directeur de cet établissement, a apporté le plus grand soin à ce que chacun des aliénés pût trouver une occupation dans l'intérieur de la maison. A peine a-t-on passé la première porte, que l'on aperçoit quelques malades occupés à cultiver les plates-bandes et à niveler le terrain; d'autres sont employés dans de vastes jardins ou dans les champs voisins. L'intérieur des bâtimens offre l'aspect d'un bazar universel. Ici des boulangers; là des brasseurs ou des tisserands; ailleurs ce sont des cordiers, des tailleurs, des cordonniers, des vanniers, qui tous et en grand nombre sont occupés des travaux de leur état. Les femmes aussi travaillent de leur côté à la cuisine, à la buanderie; tous y sont occupés, bien qu'on ne force personne à travailler.

Cette modification apportée depuis quelques années dans le traitement des aliénés doit avoir les plus heureux résultats. Si le désœuvrement a suffi chez quelques sujets pour entraîner la perte de la raison, comment pourrait-on espérer de la leur rendre sous l'influence du même désœuvrement. Aussi on doit regarder comme imparfait tout asile dans lequel les malades ne pourront pas être occupés d'une manière active à des travaux manuels ou intellectuels, suivant la position sociale à laquelle ils appartiennent et d'après leur goût. Au reste, c'est ce que recommandent avec le plus de soin tous les médecins qui s'occupent du traitement de l'aliénation mentale. Mais un fait que l'on ignore assez généralement, c'est qu'il existe à la porte de Paris un grand établissement fondé uniquement sur ce principe par l'administration des hôpitaux. Nous voulons parler de la Ferme Ste-Anne, placée près de la barrière de la Santé, et destinée depuis quelques années à recevoir les malades convalescens de Bicêtre. Dans cet établissement, qu'on peut appeler *modèle*, tous les travaux sont faits par les malades eux-mêmes; non-seulement ceux qui concernent la maison, comme la culture des champs et du jardin, la fabrication des lits et des meubles pour la maison et de tout ce qui peut y être employé, mais encore des industries particulières, comme la teinture, la menuiserie, la blanchisserie des toiles, y sont déjà exploitées sur une grande échelle et avec des profits assez considérables pour ne devoir point être négligés; mais le résultat le plus avantageux c'est celui que produit sur l'esprit des aliénés l'ordre et la tranquillité qui règnent dans la maison, l'occupation continuelle de leur intelligence, l'absence de tout spectacle triste et de tout contact fâcheux, et surtout la satisfaction qu'ils éprouvent de se voir comme rendus à la vie ordinaire et à la liberté après en avoir été privés pendant un temps plus ou moins long.

Nous ne terminerons pas cet article sans faire remarquer combien est juste et méritée la nomination de M. Ferrus à la place d'inspecteur des établissemens d'aliénés en France. Cette récompense accordée aux travaux de l'honorable médecin de Bicêtre et à l'auteur de l'ouvrage auquel nous avons emprunté les matériaux de cette notice, sera pour lui l'occasion de continuer l'œuvre de réforme qu'il avait si bien commencée, au profit d'une des branches les plus importantes de l'art de guérir, et au profit surtout d'une des classes les plus intéressantes de l'humanité.

Gr.

Depuis lors il était resté assez bien ; cependant il éprouvait de temps en temps des évanouissemens qui venaient subitement plusieurs fois par jour et même la nuit étant au lit.

Le 11 septembre, un de ces évanouissemens l'ayant surpris pendant qu'il était à travailler, il fit une chute d'un endroit un peu élevé, mais sans aucune lésion apparente; il retourna chez lui, et fut pris bientôt de convulsions et d'accès de fureur. Le pouls était plein et fort; la peau chaude et moite; la face congestionnée. Je lui fis une saignée de 16 onces; je lui donnai le calomel et le jalap et lui fis appliquer des sinapismes aux chevilles; un vésicatoire est appliqué au col; et tous ces moyens n'amènent presque pas d'amélioration.

Au bout de 24 heures, même les symptômes s'aggravent; le délire devient violent; le pouls fréquent, sans beaucoup de force; 40 sangsues sont appliquées aux tempes et suivies d'une légère amélioration.

Le 14, en examinant avec attention le rachis, je découvre deux points qui étaient très-sensibles; les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales. 40 sangsues sont appliquées sur ce point et l'on continue l'usage des purgatifs. Depuis cette époque l'amélioration marcha rapidement; les évanouissemens n'ont plus reparu et la santé a été très-bonne.

L'auteur, qui regarde cette observation comme une preuve de l'importance d'un diagnostic exact, rapporte d'autres faits où le même traitement a été suivi également de la guérison des malades, mais où le symptôme propre à l'irritation spinale n'a pas été observé, ou au moins n'est pas rapporté dans l'historique du fait; nous voulons dire la douleur correspondante déterminée par la pression sur le rachis. Aussi, ces faits nous semblent étrangers à l'étude de l'irritation spinale, et sont bons tout au plus à prouver que dans quelques affections il est important d'agir sur le rachis; mais ils ne démontrent pas du tout que les malades fussent atteints de l'irritation spinale; il faut les ranger parmi ceux qui ont été rapportés par d'autres médecins américains, où le même traitement avait été employé avec succès, bien que les symptômes fussent ceux du rhumatisme articulaire, et que l'examen du rachis n'eût déterminé aucune douleur correspondante, ainsi que cela s'observe dans les cas signalés par MM. Griffin de Limerich.

OBSERVATIONS SUR LA GASTRITE CHRONIQUE, LA DUODÉNITE, et sur quelques autres états morbides qui sont communément appelés dyspepsie, indigestion, etc.; par le docteur GEDDINGS, professeur de l'université de Maryland.

Nous n'analyserons pas ce long article de l'éditeur du journal américain. Nous y trouverions à peu près les idées qui ont cours parmi nous sur les maladies qui avaient été désignées dans ces derniers temps sous les noms de gastrite chronique et de duodénite. Nous présenterons seulement un extrait de ce que l'auteur avance sur l'emploi de la strychnine et de quelques narcotiques dans le traitement de quelques affections chroniques de la muqueuse du tube digestif. Il rappelle d'abord avoir fait remarquer, dans un mémoire qu'il a publié en 1830 sur l'emploi de la strychnine dans le traitement de la paralysie, qu'il avait retiré de grands avantages de l'emploi de cette préparation dans le traitement de l'irritation chronique de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, surtout lorsque la maladie se compliquait de constipation. Depuis cette époque, il l'a employée un grand nombre de fois dans ces affections, et avec un succès très-remarquable, surtout dans les cas où les révulsifs et les évacuans avaient précédé. Depuis quelques années beaucoup d'autres praticiens ont aussi essayé le même moyen, et aujourd'hui il compte en sa faveur un très-grand nombre de faits et de témoignages. Il rappelle aussi avoir publié dans un numéro antérieur du même journal quelques observations sur son usage dans le traitement de la dysentérie et de quelques autres inflammations subaiguës du canal digestif, et avoir démontré l'action calmante qu'il exerce dans ces maladies. Passant ensuite à son action dans le traitement de la gastro-entérite chronique, il lui attribue deux effets : d'une part il calme l'irritation de la membrane muqueuse, et de l'autre il excite la contraction des fibres musculaires du canal digestif. Administrée à la dose d'un douzième ou d'un seizième de grain trois ou quatre fois par jour lorsque la sensibilité des nerfs de l'estomac est exagérée, avec des éructations acides, un état de flatulence et des douleurs vagues dans l'estomac, la strychnine suffit quelquefois pour calmer l'irritation, corriger les sécrétions morbides et diminuer l'accumulation des produits gazeux dans l'estomac et les intestins. On a même dit quelque part qu'elle est un spécifique dans les cas d'éructations abondantes et insipides qu'on a appelées pyrosis. L'extrait alcoolique de noix vomique administré à la dose d'un quatrième ou d'un sixième de grain, est également utile dans quelques cas d'irritation chronique de la muqueuse de l'estomac. On peut employer ces préparations seules ou combinées à quelques autres narcotiques; mais on ne doit le faire qu'après les moyens antiphlogistiques.

OBSERVATION D'UN CAS DE SQUIRRHE DE L'UTÉRUS TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA TEINTURE D'IODE; par le docteur Erskin PEARSON.

Nous ne pourrions affirmer que la maladie dont il est question dans l'observation suivante fût réellement un cas de squirre de l'utérus; cependant elle nous semble offrir beaucoup d'intérêt par cela même que le mal a cédé à un moyen qu'il est toujours facile d'employer quand l'homme de l'art n'est pas appelé à une époque trop avancée, et qu'elle nous prouve que, dans des cas considérés comme squirrheux, il reste encore quelques moyens à tenter avant d'avoir recours aux opérations chirurgicales.

OBS. — Le 15 mars 1833, je fus appelé auprès d'une mulâtresse esclave, et dont la santé était si délabrée qu'elle ne pouvait se livrer à la moindre occupation. En arrivant, j'appris qu'elle avait cessé d'être réglée depuis long-temps, qu'elle se plaignait souvent de douleurs utérines, qu'elle avait des flueurs blanches; et comme je sus d'ailleurs qu'elle était extrêmement adonnée aux plaisirs vénériens, et que, bien qu'elle fût mariée depuis trois ans, elle n'avait point eu d'enfans, je pratiquai le toucher et trouvai le museau de tanche bosselé, comme tuberculeux, induré, très-douloureux au plus léger toucher, et assez largement ouvert. Le doigt retiré du vagin offrait quelques stries de sang. Je la soumis au traitement par la ciguë, dont je lui prescrivis trois grains à prendre trois fois par jour, avec un huitième de grain de protoxide de mercure.

Ce traitement, suivi depuis le 1er mai jusqu'au 1er juin, n'empêcha pas les symptômes de s'aggraver. J'abandonnai alors la ciguë, et résolus d'essayer les effets de l'iode, que j'administrai en teinture suivant la formule de Magendie. Elle prit cinq gouttes de teinture trois fois par jour, en augmentant d'une goutte chaque jour, jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à en prendre vingt. Lorsqu'elle eut pris deux onces de cette teinture, je lui en fis discontinuer l'usage, de peur de déterminer un amaigrissement trop rapide, et je la remplaçai par les emménagogues, dans l'intention de rétablir, s'il était possible, le cours des règles. Je lui prescrivis donc les pilules suivantes :

Prenez :	Phosphate de fer,	5 grains.
	Aloës soccotrin,	1 grain.
	Myrrhe,	3 grains.

A prendre trois fois par jour, et 20 gouttes de teinture de cythe à prendre aussi le même nombre de fois dans la journée.

Au bout de quelques semaines ses règles parurent et je lui ordonnai seulement la teinture de muriate de fer. Quelques temps après on fut très-inquiet sur son sort; on la croyait atteinte d'une hydropisie qui se trouva être une grossesse, laquelle a eu le plus heureux résultat; et, depuis cette époque, la mulâtresse a joui d'une bonne santé non-interrompue.

RECHERCHES PATHOLOGIQUES OU REVUE DES CAS OBSERVÉS A L'INFIRMERIE DE BALTIMORE, par le docteur GEDDINGS.

Nous trouvons dans ce travail du savant éditeur du Journal américain des observations qui offrent déjà beaucoup d'intérêt par elles-mêmes, et qui sont d'une grande importance encore par les indications que l'auteur en a tirées, et par les questions pathologiques qu'elles lui ont fourni l'occasion de soulever. Nous allons parcourir quelques-unes de ces observations et signaler les corollaires les plus importans que M. Geddings y a rattachés.

NÉCROSE DES OS DU MÉTATARSE; OPÉRATION SUIVIE D'IRRITABILITÉ DE L'ESTOMAC ET D'UN ICTÈRE TRÈS-PRONONCÉ; MORT. — CANCER DU DUODÉNUM AVEC OBSTRUCTION DU CANAL CHOLÉDOQUE ET DE LA VEINE PORTE PAR DE LA MATIÈRE CANCÉREUSE; DILATATION EXTRAORDINAIRE DES VAISSEAUX EXCRÉTEURS DU FOIE AVEC ALTÉRATION CONSIDÉRABLE DE CETTE GLANDE.

Nous laisserons de côté les antécédens fournis sur le sujet de cette observation, et noterons nous seulement qu'à la suite d'une opération dans laquelle on avait tenté d'extraire l'un des os du métatarse, ce que l'on n'avait pu faire parce que, est-il dit, on le trouva adhérent, il présenta une irritabilité extrême de l'estomac avec vomissemens et déjections alvines continuels, mais sans douleur ni sensibilité à l'épigastre ni aucun autre symptôme qui indiquât une inflammation.

OBS. — Le 3e jour il survint un râle très-prononcé. Les vomissemens et le dévoiement continuaient toujours, et le pouls restait faible et donnait 45 pulsations par minute. On prescrivit les poudres effervescentes, les pilules bleues, et l'opium. Au bout de quatre jours l'irritabilité de l'estomac n'avait pas continué, mais les évacuations alvines étaient moins abondantes et moins liquides; la faiblesse et l'ictère n'offraient aucun changement. On eut recours alors aux stimulans, qui furent continués jusqu'à la mort, arrivée trente-sept jours après l'opération. Mais dans les trois derniers jours les selles furent très-fétides, colorées par du sang, et offrirent une matière qu'on prit pour de la graisse.

Autopsie. L'examen des organes thoraciques ne présente rien d'intéressant. Le foie offre une augmentation considérable de volume, il est dur, bosselé, et d'un brun-gris sale. L'estomac est à peu près à l'état normal; la seconde courbure du duodénum présente une masse indurée considérable, intimement unie avec la tête du pancréas. Toute cette masse est à l'état encéphaloïde et présente à l'intérieur du duodénum une vaste ulcération qui occupe une partie de la surface interne. Elle pressait tellement le canal cholédoque qu'il était complètement obstrué. Aussi la vésicule était-elle énormément distendue, ainsi que le canal cystique qui avait le volume du doigt, de même que le canal cholédoque, jusqu'au point de son obstruction, le canal hépatique et les deux branches qui le forment. Ces dernières, qui continuaient à offrir une dilatation considérable dans leurs divisions, offrirent une excellente occasion pour étudier leur disposition anatomique; elles étaient distendues par un fluide d'une couleur verdâtre qui coulait en grande abondance lorsqu'on pratiquait une incision dans la substance du foie et que l'on prit d'abord, avant d'avoir constaté l'état réel des vaisseaux, pour le fluide de nombreux kystes que l'on supposait placés dans l'intérieur du foie. Les tuniques des vaisseaux excréteurs étaient fortement épaissies dans toute leur étendue, et permettaient de constater qu'elles étaient partout revêtues d'une membrane muqueuse d'apparence réticulée et très-différente de la membrane dense et polie qui recouvrait l'intérieur de la veine-porte. La vésicule biliaire et le canal commun contenaient une certaine quantité de petits calculs qui contribuaient dans ces derniers à accomplir l'obstruction.

La lésion la plus intéressante était l'occlusion complète de la veine-porte et de ses bifurcations primitives par la masse encéphaloïde. Le tronc de ce vaisseau était à quelque distance du foie complètement rempli de cette matière, et les principales branches qui se distribuent à l'intérieur de la glande en contenaient également. Dans un point ce produit morbide semblait attaché à la face interne du vaisseau au moyen d'une pseudo-membrane excessivement délicate et rouge. Ailleurs on ne découvrit aucune trace de cette espèce de membrane.

L'artère hépatique n'offrait rien d'anormal et ne semblait pas avoir augmenté de calibre. Les portions inférieures du duodénum et supérieures du jéjunum contenaient une quantité considérable de mucosités, qui plus bas prenaient une couleur lie-de-vin, et qui dans l'iléum et le reste des intestins étaient mêlées à du sang noir et coagulé.

Parmi les nombreuses réflexions que cette curieuse observation a fourni à M. Geddings l'occasion de présenter, nous citerons surtout la suivante :

Une question importante et sur laquelle les physiologistes sont loin d'être d'accord, c'est de savoir s'il y a continuité entre les vaisseaux sanguins du foie et les racines du canal hépatique. Ruysch, Sœmmering, Meckel et Cruveilhier, ont dit que l'injection par quelque canal qu'elle soit injectée passe facilement dans les autres et conséquemment prouve une continuité directe entre ces vaisseaux de différens ordres. D'autres d'une autorité non moins grande, tels que Malpighi, Proschaska et Mappes, et plus récemment Jean Muller, Veber et Kieroan, adoptent l'opinion opposée et pensent qu'il n'y a pas continuation directe, et que dans les cas où la matière de l'injection lancée par un canal revient par l'autre, on est obligé d'admettre qu'une déchirure a eu lieu dans les tissus. Mais comme il est bien difficile d'injecter les dernières ramifications du canal hépatique dans l'état sain et surtout de suivre l'injection jusqu'à l'extrémité de ses ramifications, il est évident que l'on obtiendra des résultats bien plus satisfaisans en examinant ces vaisseaux dans l'état pathologique où les a offerts le sujet de l'observation précédente, chez lequel elles étaient tellement dilatées qu'il était extrêmement facile de les poursuivre jusqu'à leur origine et à l'œil nu; c'est, dit M. Geddings, ce que nous n'avons pas manqué de faire. Le tronc, les branches et les ramifications primitives ou les radicules du conduit hépatique ont été ouverts avec soin et à l'aide de ciseaux pointus, et suivis très-exactement jusqu'à leur extrémité borgne, où l'on a trouvé que chacun d'eux représentait une espèce de cul-de-sac ou enveloppe au milieu de la structure granuleuse du foie. Ces extrémités borgnes étaient très-rapprochées les unes des autres et les ramuscules qui en sortaient allaient en convergeant former des branches qui toutes se terminaient dans le tronc principal du lobe correspondant.

Un autre point important dans les résultats fourni par cette autopsie, c'est la présence d'une membrane muqueuse dans toute l'étendue de l'appareil excréteur du foie. Non-seulement les canaux hépatique et cystique ainsi que la vésicule en sont garnis, mais encore leurs dernières ramifications, celles qui arrivent à l'extrémité borgne. Ce fait, quoique généralement connu, n'a cependant pas été suffisamment apprécié par les physiologistes et les pathologistes. Il a été facile de constater les propriétés de cette membrane muqueuse dans le cas que nous venons de rapporter, et on a observé d'une manière très-distincte des cryptes muqueux dans les plus grosses branches de ce vaisseau. Comme ce tissu muqueux est continu avec celui qui revêt l'intérieur du duodénum, il forme un canal par lequel les impressions peuvent être transmises directement de ce dernier organe jusque dans la substance même du foie, ou dans une direction contraire; il explique aussi les relations intimes qui existent entre ces parties sous le rapport physiologique et pathologique.

L'auteur examine ensuite par quelle voie le sang qui devait être transmis par la veine-porte a pu se faire jour, et les nombreuses anastomoses de la veine-porte avec les branches de la veine cave lui en fournissent l'explication. Mais il pense que, malgré l'occlusion complète de la veine-porte, il est possible qu'une partie du sang qu'elle devait transmettre au foie y arrive par une autre voie, c'est-à-dire par les membres plexus veineux que l'on observe à la surface du péritoine, et qui établissant de nombreuses anastomoses, permettraient à une assez grande quantité de sang de la veine-porte d'arriver dans le foie pour y entretenir la sécrétion de la bile.

Le fait que nous venons de rapporter semblerait démontrer que la bile n'est pas sécrétée du sang de la veine-porte; cependant, d'après les détails dans lesquels entre M. Geddings sur les anastomoses veineuses qui permettent l'entrée d'une partie du sang de la veine-porte dans le foie, dans les cas où le tronc de ce vaisseau n'est pas perméable, il est évident qu'on ne peut en tirer aucune induction relativement au point en discussion ainsi que des faits analogues qui ont été signalés par plusieurs observateurs, et spécialement par MM. Andral, Bouillaud et Reynaud.

L'existence de la matière encéphaloïde dans les veines, lorsque les parties d'où elles viennent sont le siége de cette dégénérescence, est une circonstance très-remarquable, et l'on doit se demander si c'est dans ces vaisseaux que se développe cette matière particulière, ou s'ils ne lui servent que de moyen de transport. Ce sujet est très-important; mais les travaux faits depuis quelque temps sur ce point, ne sont pas encore suffisans, et de nouvelles recherches sont indispensables.

Un autre fait rapporté dans le mémoire de M. Geddings, est encore plein d'intérêt : c'est l'histoire d'un homme qui mourut de la petite-vérole après avoir souffert, pendant un temps dont la durée n'est pas indiquée dans l'observation, de violens accès d'asthme. A l'autopsie on trouva un anévrisme de la crosse de l'aorte adhérent à la trachée; il y avait en outre une altération très-remarquable des nerfs pneumo-gastrique et phrénique, qui étaient comprimés par deux ganglions cervicaux engorgés. Cette dernière altération trouvée chez un asthmatique aurait été d'une grande importance, si l'on n'avait trouvé en même temps un anévrisme de la crosse de l'aorte déjà considérable, et qui semblait ne devoir pas tarder long-temps avant de s'ouvrir dans la trachée. Cependant, bien que cette circonstance ôte de son intérêt à cette altération, nous allons décrire l'altération de ces nerfs telle qu'elle est rapportée par l'auteur.

« Dans les points où les pneumogastriques passaient à la surface de la tumeur, ils offraient deux ou trois fois leur volume ordinaire, et étaient en outre aussi compactes que des cordes de boyau. Le nerf phrénique du côté droit était dans le même état. Le pneumo-gastrique du côté gauche offrait, sur le point où il passait sur la tumeur, des taches semblables à des ecchymoses, disséminées irrégulièrement dans son tissu, et qui paraissaient dépendre de l'extravasion du sang dans les petites gaînes qui enveloppent les filamens. »

Nous avons jusqu'à ce moment si peu de données certaines sur les altérations pathologiques du tissu du nerfs, que nous avons cru devoir mentionner ici ce fait, qui pourrait être rapproché de ceux signalés par le docteur Lee, sous le titre de *inspiration rauque chez les enfans.* (Voyez GAZETTE MÉDICALE, n° 38, année 1834.)

III. THE UNITED STATES MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

OBSERVATIONS SUR LA FISTULE LACRYMALE, ET SUR UNE NOUVELLE OPÉRATION POUR LA GUÉRIR, par HORATIO G. JAMESON, M.-D., à Baltimore.

« Tout chirurgien expérimenté doit savoir combien de difficultés et d'incertitude offrent tous les moyens qui ont été employés dans le traitement de la fistule lacrymale; pour ne rien dire de la douleur et de la durée du traitement généralement adopté. Pour ma part, je n'ai jamais réussi à ma satisfaction par l'ancienne méthode. Dans le début de la maladie, j'ai fidèlement eu recours à la sonde comme cela a été récemment recommandé par divers chirurgiens; puis aux injections dans le canal nasal; et bien que je sois quelquefois parvenu à procurer un soulagement temporaire, toujours la maladie a reparu. Dans une période moins avancée, j'ai employé le stylet (méthode de Ware), je l'ai vu mettre en usage un grand nombre de fois par d'autres praticiens; et quoique je l'aie vu amener quelque amélioration, cependant je dois dire que je ne l'ai jamais vu produire une cure complète. Dans beaucoup de cas, le stylet détermine une douleur très-vive, et doit être porté plusieurs années.

» En 1830, ayant été pris du mal de mer dans mon voyage en Suède, vers les côtes occidentales de l'Écosse, je fus complètement privé du plaisir de lire, attendu que chaque essai que je faisais déterminait immédiatement une vive douleur à l'estomac. Durant ce temps, mon esprit était singulièrement actif; et parmi divers sujets, les questions de chirurgie occupaient mon attention. En repassant donc toutes les méthodes et leurs résultats pour le traitement de la fistule lacrymale, et cherchant quelque chose de mieux, je m'arrêtai à cette idée, que cette affection est le plus ordinairement entretenue par un gonflement et un épaississement de la muqueuse du sac lacrymal, ce qui fait qu'il est presque impossible de lui rendre jamais sa capacité naturelle; et comme, tant que le sac lacrymal ne remplit pas convenablement ses fonctions, le canal nasal par une conséquence nécessaire doit tendre constamment à se fermer, je fus conduit à penser que si l'on enlevait complètement le sac et ses attaches cellulaires ensemble, il en formerait un réservoir pour recevoir les larmes, et qu'on pourrait placer une canule à demeure pour les porter dans les fosses nasales. Je résolus donc de tenter cette opération dans le premier cas qui s'offrirait à moi.

» Au mois d'avril 1832, un gentleman de la Virginie me consulta pour une tumeur lacrymale très-incommode, qu'il portait depuis plusieurs années; et comme il habitait la campagne où il n'aurait trouvé personne pour lui nettoyer et lui replacer le stylet de temps en temps, je me déterminai à pratiquer l'ablation du sac.

» Le sac gonflé, hypertrophié et enflammé, fut saisi avec la pointe d'un petit ténaculum, soulevé fortement, et, à l'aide d'un très-petit scalpel, rapidement disséqué avec ses enveloppes épaissies, la pointe du scalpel étant soigneusement dirigée en bas vers l'orifice osseux du canal. De cette manière, j'obtins un espace ouvert derrière l'angle interne de la paupière inférieure, dans lequel je pouvais loger la tête d'un stylet creux.

» Ce stylet était fait d'argent pur, afin de pouvoir être gardé longtemps sans inconvénient.

» L'inflammation fut très-considérable, pas plus cependant qu'elle ne l'est fréquemment après l'introduction du stylet ordinaire. Elle s'apaisa en peu de jours, et mon malade retourna chez lui très-satisfait. Plusieurs mois après je reçus de lui une lettre dans laquelle il disait se trouver très-soulagé, et me demandait s'il fallait ôter le stylet. Je répondis qu'il devait le garder autant qu'il pourrait, mon intention étant de le laisser à demeure. Je ne l'ai pas revu depuis dix-huit mois; mais m'en étant informé près d'un de ses voisins, j'ai appris qu'il était parfaitement bien et très-satisfait du résultat favorable de l'opération.

» Je n'ai pas eu occasion d'essayer une seconde fois cette méthode, mais j'ai en elle la plus ferme confiance. Tel a été le manque de succès général que beaucoup de personnes, atteintes de fistule lacrymale, préfèrent la garder plutôt que de se soumettre aux moyens mis en usage, qu'on regarde, pour ne pas dire plus, comme aussi fâcheux que la maladie.

Le stylet ou trocart dont je me suis servi a une canule de calibre et de longueur ordinaires. La tête, du volume d'un petit pois, est faite de fil métallique fin, soudé à l'extrémité de la canule, s'élevant en six branches qui se terminent en haut en un très-petit anneau. Cette tête est donc percée toute à jour, de manière à admettre le liquide à mesure qu'il se présente, sans cependant offrir aucun bord tranchant qui lèse-rait les parties adjacentes. Elle se place avec facilité derrière la paupière inférieure, complétement cachée à la vue et n'occasionant aucune difformité. On comprend aisément que la paupière ne doit point être divisée, et qu'en me servant d'un trocart aigu je ne suis arrêté par aucune recherche concernant la perforation à faire à l'os, mais je passe la canule à l'aide du stylet directement à travers l'os unguis. »

L'auteur décrit ensuite plus minutieusement son instrument qui consiste en une canule d'environ dix-huit lignes de longueur, traversée par un trocart en argent de 27 lignes, pointu d'un côté, garni de l'autre d'un bouton aplati sur lequel le doigt appuie pour faire traverser l'os unguis à l'instrument. Un point d'arrêt, placé à six lignes de ce bouton, empêche le trocart de pénétrer trop loin dans la canule, que sa pointe ne doit pas dépasser de plus de trois lignes.

Nous avons fidèlement traduit cette note, bien moins à cause de l'opération en elle-même qui n'est que la reproduction exacte du procédé de Woolhouse (1), à part la forme de la canule, que pour les aveux précieux qu'elle renferme sur les insuccès de la méthode de Ware. Le stylet de Ware est le moyen généralement adopté dans tous les pays d'origine anglaise; et la plupart de leurs chirurgiens connaissent à peine la canule, ou n'en parlent qu'avec dédain. Or voici qu'un des praticiens les plus renommés du Nouveau-Monde déclare qu'il n'a jamais vu guérir une seule fistule lacrymale par ce stylet si renommé, et qu'en désespoir de cause il en revient à une méthode qui se ressent de l'enfance de l'art. En admettant même ses idées théoriques et la forme de la tête de sa canule, il n'échappera à personne que le sac naturel forme un réservoir tout aussi dilatable et plus convenable que l'espace laissé par son extirpation; et qu'il est plus simple d'introduire la canule dans le canal naturel, que de lui frayer un chemin nouveau à travers l'os unguis.

(1) Dans le procédé de Woolhouse, mal décrit par la plupart des auteurs modernes, l'ablation du sac constituait le premier temps de l'opération.—Voyez la dissertation de M. Malgaigne sur cette question : *Quel traitement doit-on préférer pour la fistule lacrymale?* Nous rendrons compte prochainement de cet opuscule, qui contient des recherches intéressantes sur l'histoire et le traitement de la fistule lacrymale.

OBSERVATION D'AMNÉSIE PARTIELLE OU DE PERTE DE LA MÉMOIRE DES NOMS PROPRES; par le docteur Droke.

Le fait suivant, bien qu'il ait déjà quelques analogues dans la science, nous paraît cependant offrir assez d'intérêt pour que nous croyions devoir le reproduire avec tous les détails nécessaires, soit pour en rendre l'intelligence facile, soit pour en assurer l'authenticité.

Obs. — M. C., âgé maintenant de 45 ans, reçut dans la guerre de 1812 à 1814 un coup de feu dans la tempe; la balle passa près de l'oreille gauche, et effleura légèrement la peau. Il éprouva ensuite une douleur dans l'oreille du même côté, et qui disparut au bout de quelques mois. Plus tard il ressentit des douleurs de rhumatisme dans les membres, qui ont cessé également depuis quelques années. Il y a vingt mois, dix-huit ans après l'accident, il fut repris de douleurs dans la tempe et autour de l'oreille du côté gauche; elles ont continué depuis le jour et la nuit, mais beaucoup plus fortes pendant la nuit; elles semblent partir du foyer, qui serait dans le creux de la tempe, entre l'œil et le sourcil; elles diminuent à des époques régulières, mais reviennent en paroxismes et par élancemens. Elles sont surtout excitées par la locomotion, le parler, la pression, et par le point indiqué. Le repos parfait est l'état dans lequel il souffre le moins. Il entend constamment un râlement dans l'oreille gauche, et l'oreille externe est un peu douloureuse. L'œil gauche pleure souvent, et il est obligé de le fermer fréquemment. La vue est faible des deux côtés, et les mouvemens de l'œil sont incertains. Il n'y a pas de sensibilité au rachis.

Vers le 1[er] septembre 1833, il eut, depuis sept heures jusqu'à onze heures du soir, douze attaques qui ressemblaient à des attaques d'épilepsie; il écumait de la bouche, il restait encore de la stupeur, qui a même persisté ensuite pendant deux jours. Depuis cette époque il n'a eu que deux attaques, et est resté dans la même position sous tous les autres rapports.

La première attaque a été suivie d'une diminution notable de l'intelligence; toutes les opérations intellectuelles sont un peu affaiblies et un peu confuses; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'il a perdu entièrement la mémoire des noms propres, à quelque classe qu'ils appartiennent. Lorsque je le vis, il ne put pas me dire le nom de la ville d'où il venait (Louisville), ni celui du fleuve (l'Ohio), ni celui du paquebot sur lequel il était venu. Il avait oublié le nom de la ville où il demeurait, et mon propre nom. Sous les autres rapports son discours était très-intelligible et bien lié; mais quand une fois il rencontrait un nom propre, il s'arrêtait et cherchait à décrire l'objet qu'il voulait indiquer. Dans les entrevues que j'eus avec lui, je ne lui demandais pas le nom de tel objet ou de telle personne, mais je dirigeais la conversation de manière à l'amener à prononcer ce nom, et alors on voyait l'effort qu'il faisait pour se le rappeler, et l'impatience que cet oubli lui causait. Pour donner quelques détails de plus sur ce fait, je dirai qu'il avait oublié le nom de sa ville natale (Baltimore), celui de l'état qu'il habite, quoiqu'il pût très bien l'écrire. Il ne pouvait prononcer le nom d'aucun des cinq médecins de Louisville qui lui avaient donné des soins, bien que l'un d'eux fût son très-proche voisin. Il avait employé un grand nombre d'ouvriers, et cependant ne pouvait se rappeler le nom d'un seul, bien qu'il les indiquât par leurs différentes qualifications. Dans une des visites qu'il me fit, il put, après s'être recueilli quelques instans, se rappeler le nom de tous ses enfans; mais quand il fut arrivé au sien et à celui de sa femme, il fut obligé de s'arrêter. Cette fois, en sortant, il voulut demander son parapluie, et ne put trouver le mot; et c'est là le seul exemple où je l'aie vu embarrassé pour retrouver un nom commun; car toujours, lorsqu'il employait les noms communs de rivière, ville, etc., il le faisait sans aucune hésitation. Il en était de même des verbes, des adjectifs et de toutes les autres parties du discours autres que les noms propres. Quand je lui mettais un crayon et une ardoise à la main, il pouvait quelquefois écrire un nom propre; mais comme le plus souvent il ne pouvait le faire, il était évident que cette circonstance tenait plutôt à l'absence de la mémoire, qu'à la difficulté qu'il aurait pu éprouver à prononcer les noms propres.

Aussi nous nous empressons de présenter ici deux des faits rapportés par l'auteur de cette note, sans cependant nous exagérer leur valeur. Les quatre autres observations qu'il cite diffèrent peu de celles que nous analysons.

DÉPRESSION LATÉRALE DES PAROIS DE LA POITRINE; par le docteur Raby.

Déjà plusieurs observations ont signalé une déformation qu'éprouve la poitrine chez quelques sujets qui ont été affectés de pleuro-pneumonie et surtout de pleurésie; mais ce sujet demande de nouvelles recherches.

OBS. I.—S. A. J. a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quatre ans, époque où elle éprouva une maladie de poitrine qui ne s'est dissipée que très-lentement, et dont elle ne s'est jamais parfaitement relevée. Depuis elle a eu presque continuellement une toux sèche et très-fatigante, avec dyspnée qui augmentait considérablement par le moindre exercice ; et elle est restée très-sujette à contracter des affections pulmonaires au moindre changement de temps. Lorsqu'elle monte un escalier ou qu'elle se livre avec les enfans de son âge aux jeux habituels, la respiration et la circulation s'accélèrent singulièrement, et elle ne peut, sans se fatiguer beaucoup, prendre la moindre part aux soins du ménage. Pendant le sommeil, qui est inquiet et troublé par des rêves, elle fait entendre un râle qui semble se passer dans sa gorge, et s'éveille souvent dans un état de grandes souffrances.

A l'examen de la poitrine, on trouve une déviation très-manifeste des formes ordinaires; les côtes sont plus aplaties, et les cartilages intercostaux, aussi bien que les côtes et le sternum, font une saillie plus forte qu'à l'ordinaire, pendant que le sternum lui-même est un peu plus déprimé. Ce changement augmente le diamètre antéro-postérieur et vertical, et diminue le diamètre latéral de la poitrine. On ne peut découvrir aucune déviation dans la forme du rachis, ni gonflement des tonsilles, ni surdité. Le pouls, lorsque la malade est en repos, n'est pas plus fréquent que chez les enfans de son âge. La respiration, modifiée par l'affection bronchique dont elle souffre constamment, se fait entendre dans toute la poitrine. Les bruits du cœur sont plus forts, mais l'impulsion ne paraît pas plus considérable que d'habitude. L'appétit est variable, rarement bon, et le corps offre les signes d'un amaigrissement non douteux.

La mère rapporte l'état actuel de cet enfant à la maladie de poitrine qu'elle contracta pendant la rougeole; car elle assure qu'avant cette époque elle était très-bien faite.

OBS. II.—H. I., âgé de 2 ans. Chez ce petit malade la difformité est plus prononcée que chez l'autre. La mère rapporte que cette difformité et la dyspnée qu'offre l'enfant ont existé depuis le moment de sa naissance. Il a toujours été extrêmement faible, ayant une toux continuelle qui était exaspérée par la moindre imprudence, et éprouvait de temps en temps des accès de dyspnée suffocante. L'action du cœur est ordinairement tumultueuse; et comme elle est très-visible sur les parois de la poitrine, elle a constamment fixé l'attention des parens et des amis. L'exercice augmente la dyspnée au point qu'on est obligé de le garder presque toujours en repos. La difformité est la même que celle du sujet de l'observation précédente, la saillie qu'offre la poitrine en avant dépendant de l'avancement des extrémités sternales et des cartilages costaux. L'apparence générale de l'enfant est très-mauvaise, sa figure pâle, son expression de souffrance, sa faiblesse et l'accélération de sa respiration indiquent l'existence de quelque obstacle sérieux à l'entier développement de ses forces physiques. Cet enfant est tellement impatient, qu'il n'a jamais été possible de l'ausculter d'une manière convenable. Le rachis n'offre aucune déviation; les tonsilles ne sont point engorgées.

III. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Nous n'avons pas reçu, probablement par quelque erreur d'envoi, le cahier de mai 1835; il restera donc dans nos comptes-rendus de ce journal, une lacune temporaire que nous nous empresserons de remplir quand cet erreur aura été réparée. L'abondance des matières nous obligera aussi à renvoyer quelques-uns des articles suivans, à la prochaine revue.

Le cahier d'août contient les articles suivants 1° *Sur les caractères anatomiques du cholera asiatique, avec des remarques sur la structure de la muqueuse digestive*; par W.-E. Horner; deuxième article; 2° *Observations sur les propriétés médicales du veratrum viride*, par Charles Osgood; 3° *Revue des cas de chirurgie traités à l'hôpital de Pensylvanie*, par Kirkbride; nous en extrairons deux articles qui nous ont paru offrir surtout de l'intérêt; 4° *Observations sur l'emploi de la croute du genou des chevaux* (Crusta genu equinæ, sweat or knee scab) *dans le traitement de l'épilepsie*, par John S. Mettauer; 5° *Remarques sur l'opération césarienne, avec la relation d'une opération suivie de succès pour la mère et pour l'enfant*, par Nancrede; 6° *Quelques remarques sur la mania à potu, avec deux observations*, par Porter; 7° *Extraits du livre d'observations* du docteur Lyncan Barlet; 8° *Observations de raccornissement, avec des remarques*, par Alex. Baron; 9° *Observations d'accouchements*, par W. Rankin; 10° *Observations de polype du cœur trouvé chez une femme morte durant le travail*, par Zabriskie; 11° *Observation de hernie ombilicale étranglée, avec extirpation du sac herniaire, et guérison radicale*, par Heustis; 12° *Observation de luxation et de fracture de l'épine*, par Gardiner Dorrance.

REVUE DES CAS DE CHIRURGIE TRAITÉS A L'HÔPITAL DE PENSYLVANIE, par KIRKBRIDE.

1° *Anévrisme par Anastomose; procédé particulier de ligature*, par le docteur BARTON.

OBS. — Mary Anne P., enfant de 9 mois, en bon état de santé, fut apportée à l'hôpital le 8 décembre 1834; elle portait depuis la naissance, à la joue gauche, près de la commissure des lèvres, un anévrisme par anastomose qui, d'abord de la grosseur d'un petit pois, avait acquis par degrés celle d'une petite muscade; et depuis, l'enfant paraissait souffrir de temps en temps de cette tumeur, et disposée à l'irriter en la grattant. Le docteur Barton appliqua la ligature de la manière suivante.

Une épingle à bec de lièvre ordinaire fut passée sous la tumeur, à travers les tégumens, en sorte que la moitié de sa longueur faisait saillie à l'entrée et à la sortie; on souleva la tumeur avec cette épingle, et par-dessous on en passa une seconde qui la croisait à angle droit. Une forte ligature fut appliquée alors sur la base de la tumeur, par-dessous les pointes des deux épingles, et serrée autant que possible. L'enfant ne parut pas beaucoup souffrir, excepté dans l'instant de la striction. Le sixième jour la ligature fut enlevée; l'escarre tomba le neuvième, et laissa une surface ulcérée de 9 lignes de diamètre et de très-bonne apparence. On pansa simplement; les bourgeons charnus furent touchés avec le nitrate d'argent, et le 3 janvier, la cicatrisation était complète.

Ce procédé contre l'anévrisme par anastomose a été employé pour la première fois en Amérique, par le docteur Barton, sur un enfant de M. Kent, le 22 janvier 1829. La guérison fut complète, et l'opération a été depuis répétée dans un grand nombre de cas avec des résultats entièrement satisfaisans. Elle n'est pas seulement propre aux affections de cette nature, mais à toutes les tumeurs tellement situées que l'excision par le bistouri laisserait craindre une hémorragie trop abondante, et tellement configurées que le procédé ordinaire de ligature serait d'une application difficile ou même impraticable. Elle a cet avantage sur la double ligature passée à travers le centre de la tumeur, et serrée sur chacune des deux moitiés, qu'ici le sang peut s'échapper par l'intervalle des deux liens, et que l'opérateur n'est jamais aussi sûr d'enlever complètement la maladie.

Plusieurs mois après son premier essai, le docteur Barton découvrit qu'une opération presque semblable avait été faite un peu avant la sienne par M. Brodie, dans sa pratique particulière, le 15 octobre 1828. La guérison était complète le 27 décembre, et l'observation fut lue à la société médico-chirurgicale le 27 janvier 1829, et publiée dans les transactions de cette société sur la fin de cette même année, en sorte que le docteur Barton n'avait pu en avoir connaissance au moment où il pratiqua la sienne. Cette rencontre d'une même idée par deux chirurgiens est du reste un fait qui se rencontre assez souvent dans la pratique chirurgicale.

2° *Nouveau mode de traitement du Tétanos, par le docteur Harris.*

Le dernier numéro de ce journal contenait un cas de guérison du Tétanos, observé à l'hôpital de Pensylvanie, par le mode de traitement du docteur Harris, dont plusieurs autres succès semblent attester également l'efficacité. Un nouvel exemple de tétanos s'étant présenté à l'hôpital, on l'a mis de nouveau en usage; et quoique l'issue ait été fâcheuse, on ne saurait nier l'influence de ce traitement sur la marche de la maladie; et il faut bien remarquer en outre que le malade ne vint à l'hôpital qu'assez long-temps après l'invasion du tétanos, et qu'il était dans des conditions très-défavorables.

OBS. — C'était un homme de couleur, âgé de 89 ans, affaibli par l'âge, portant à la jambe un ulcère large et de mauvais aspect, mais ne sachant à quoi rapporter l'invasion du tétanos, si ce n'est qu'il s'était exposé au froid. Il s'était senti indisposé huit jours avant son entrée; la rigidité des mâchoires se montra durant 3 jours; il eut des spasmes pendant 24 heures avec une vive douleur à l'épigastre; et de la constipation 4 jours avant son entrée à l'hôpital. A cette époque, les mâchoires étaient serrées d'une manière permanente, les spasmes revenaient presque chaque demi-minute, affectant la plupart des muscles volontaires. Le pouls était à 100, régulier, d'une force modérée; la peau froide et moite. On tira *vingt-cinq onces* de sang de la région spinale avec les ventouses, et immédiatement après, un énorme vésicatoire fut appliqué depuis l'occiput jusqu'au sacrum. On tâcha d'obtenir des selles par des lavemens stimulans. A 10 heures, on mit le malade à l'usage de la teinture d'opium, 100 gouttes toutes les deux heures et demie. Il dormit peu la nuit, mais après avoir pris la seconde dose, les spasmes, quoique toujours de violence égale, diminuèrent beaucoup de fréquence, et dans les intervalles, il pouvait ouvrir assez bien la bouche pour admettre une cuiller. La douleur épigastrique était beaucoup diminuée.

Le même traitement fut continué jusqu'au lendemain à 10 heures du matin. Depuis deux heures, il n'avait eu que deux légères convulsions, et il déclarait lui-même qu'il se trouvait mieux sous tous les rapports. A deux heures, il eut une convulsion si légère qu'elle mérite à peine d'être mentionnée. Tous les symptômes étaient d'ailleurs favorables; le pouls à 88, plein et régulier, la peau chaude et humide, plus de douleur; il avait dormi largement, en un mot les bons effets du traitement étaient si marqués qu'on pouvait concevoir l'espoir de le sauver. Toutefois, à deux heures et demie, il eut une violente convulsion, le pouls monta à 120, la respiration devint légèrement stertoreuse, la peau froide; il expira à 4 heures un quart.

A l'autopsie, faite dix-huit heures après la mort, on trouva le cerveau humide, pâle et d'une fermeté inaccoutumée. Un léger épanchement existait dans l'arachnoïde spinale, sans injection; la moelle était ferme, et plus ferme peut-être que

d'ordinaire ; les autres parties à l'état normal. Plus de quatre onces de sang liquide furent enlevées de la cavité produite par l'incision de l'épine à la partie inférieure. probablement cette abondance de sang était le résultat de l'action des ventouses.

Au seul énoncé de ce traitement, on ne saurait nier son énergie ; et il serait aussi bien facile de le mettre d'accord avec nos plus récentes théories. Les succès qu'il paraît avoir obtenus se soutiendront-ils ? Nous nous rappelons que chez un sujet présenté par M. Lisfranc à l'ancienne section de chirurgie de l'académie, le tétanos avait été vaincu par l'application de sept cents sangsues sur la région spinale ; il est vrai qu'il s'agissait d'un jeune homme, et que de semblables évacuations ne seraient probablement pas supportées par des malades d'un âge plus avancé.

Remarques sur l'opération césarienne, suivie d'une opération pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, par Joseph G. Nancrède, M.-D.

Les remarques qui précèdent le récit de l'opération sont surtout intéressantes, en ce qu'elles retracent à peu près tous les essais connus qui ont été tentés dans les Etats-Unis d'Amérique. Le docteur Richemond, de l'état d'Ohio, en a publié dans le *Western Medical Journal* un cas très-remarquable, dans lequel l'enfant succomba, mais la mère fut sauvée. D'après les souvenirs de deux anciens praticiens consultés par M. Nancrède, la même opération fut pratiquée en 1792 à New-York par le docteur Knight ; mais on ne sait quel en fut le résultat. Le docteur Jackson, de Northumberland, a fait cette opération deux fois dans des circonstances fort différentes. Dans le premier cas, l'enfant et l'arrière-faix étaient passés dans l'abdomen à travers une rupture de l'utérus; la femme mourut le troisième jour; on ne dit pas si l'enfant survécut; mais comme plusieurs heures s'étaient écoulées entre la rupture et l'opération, il est à présumer qu'il était mort. Dans le second cas, le bassin était très-rétréci, comme l'autopsie le démontra après avoir essayé en vain le forceps et les crochets, on ouvrit l'abdomen et l'utérus ; la femme mourut d'inflammation le cinquième ou sixième jour. De ces deux cas, le premier remonte à 1827, l'autre à 1832.

Quelques médecins ont aussi le souvenir d'une semblable opération faite en Pensylvanie il y a quelques années ; on n'en connaît pas le succès. Un fait bien plus singulier a été rapporté par le *New-York medical and physical journal* ; une jeune mulâtresse, âgée de quatorze ans seulement, se fit l'opération à elle-même ; les docteurs M'Clellen et Basset, qui la pansèrent immédiatement, disent qu'elle était enceinte de deux jumeaux ; elle en guérit, mais le sort des enfans est resté inconnu. Le cas est arrivé à Nassau, état de New-York.

Enfin l'auteur tient d'un personnage digne de foi, qui remplit des fonctions officielles à la Louisiane, que le docteur Prévost, de Donaldsonville, a fait plusieurs fois cette opération avec succès, principalement dans ces dix dernières années, et en particulier qu'il l'a répétée jusqu'à six ou sept fois sur une mulâtresse qui a cependant fini par y succomber.

A tous ces faits doit s'ajouter le suivant, recueilli par l'auteur lui-même avec des détails aussi circonstanciés que celui de M. Stoltz, communiqué récemment à l'académie de médecine, et qu'on pourra en rapprocher avec intérêt.

Obs. — En septembre 1834, l'auteur fut consulté par madame R..., âgée de 26 ans, qui par suite d'une chûte faite dans sa jeunesse, avait eu la colonne vertébrale déviée, le bassin rétréci ; les os des membres inférieurs mêmes avaient subi quelques déviations. Mariée en 1830, enceinte bientôt après, elle avait atteint sans accidens le terme de sa grossesse ; mais les accoucheurs appelés trouvant le bassin si rétréci que le diamètre antéro-postérieur n'avait certainement pas plus de deux pouces, et probablement était plus court encore, on recourut à la céphalotomie, l'accouchement césarien ayant été rejeté comme trop dangereux pour la mère.

Elle se remit promptement, devint enceinte de nouveau en 1833, et fut délivrée par la même opération. En 1834, troisième grossesse ; M. Nancrède consulté, jugeant le rétrécissement trop considérable pour permettre l'accouchement prématuré artificiel, déjà pratiqué à Philadelphie par le professeur James, se décida, au cas où l'enfant serait vivant, à l'extraire par l'incision abdominale. Le docteur Gibson fut choisi à l'avance pour opérer, le docteur Beatte pour assister à l'opération.

Le 25 mai à 10 heures du matin, les premières douleurs apparurent ; à 5 heures du soir, l'opération ayant été de nouveau bien décidée, il s'agit de la faire agréer à la malade, ce qui n'exigea pas moins de deux heures de temps; mais enfin elle se résigna.

On lui fit prendre une potion anodine; puis on la coucha sur une table garnie d'un matelas, les épaules élevées et bien assujéties, en présence de MM. Dewees, Horner, Beattie, Dove de Virginie, Coxe et T. Dewees. M. Gibson, placé à droite de la malade, pratiqua une incision de six pouces dans la direction de la ligne blanche et entre les muscles droits, divisa le péritoine ; ouvrit avec soin l'utérus jusqu'à ce que les membranes de l'œuf fussent mises à découvert ; il avait été jugé convenable de ne pas rompre la poche des eaux avant la division complète ou presque complète de l'utérus. Après ce temps de l'opération, M. Nancrède plongea un doigt dans le vagin pour tâcher de rompre les membranes et de faire écouler les eaux; mais l'absence de contractions utérines empêchant les membranes de se tendre, il ne put effectuer son dessein; et on fut obligé de faire écouler les eaux par l'incision abdominale. On divisa donc les membranes, l'enfant parut, offrant les fesses au détroit supérieur; on le saisit et on l'attira par les pieds, puis le cordon fut coupé et lié. Après un court délai pour laisser à l'utérus le temps de se contracter sur les secondines, la main fut introduite de nouveau pour extraire le placenta et les membranes; et tandis que l'opérateur avait un doigt dans l'utérus, un autre doigt introduit par le vagin vint à la rencontre du premier, pour établir ainsi par la voie naturelle un libre passage aux lochies.

L'enfant était une fille de belle apparence; elle eut quelque peine à établir complètement sa respiration. Durant ce temps, on mit les bords de la plaie en parfait contact, et on les maintint par des points de suture et des bandelettes agglutinatives, le tout soutenu par une bande ; la femme fut mise au lit avec précaution; on lui fit prendre une autre potion anodine et on la laissa reposer. L'opération n'avait pas duré plus de 10 minutes, et avait causé si peu de douleur que la malade jeta à peine un gémissement. Le pouls immédiatement après était à 80.

A 9 heures du soir, le pouls était le même, l'état général parfait ; il y avait de la propension au sommeil. La nuit fut bonne; le lendemain le pouls était à 85. Une température trop élevée, inconsidérément donnée à l'appartement le fit aller à 105; on abaissa la température à 66° Farenheit (environ 15° R.), et le pouls descendit à 90. On continua les opiacés.

Les jours suivans, tout alla bien. Le 29, Mme R. sentit de vives douleurs dans les régions iliaques ; l'abdomen était sensible, quoique sans tension ; le pouls à 110. On tira 8 onces de sang par la lancette; en outre on prescrivit 40 sangsues et des lavemens émolliens. Le soir la saignée fut renouvelée, et un grand vésicatoire mis sur tout l'abdomen.

Le 30 amélioration; le 31 plus de douleurs, le pouls varie de 112 à 115. Le 3 avril, l'appétit se déclara; on permit du bouillon de poulet et quelques huîtres. A partir de cette époque, les symptômes généraux s'effacent ; la plaie se rétrécit peu à peu; le 22 avril, la malade pouvait être considérée comme guérie, à part un point fistuleux imperceptible qui persista jusqu'au 1er juin, époque à laquelle la cicatrice fut enfin complète.

L'auteur termine en appelant l'attention sur la position qu'affectait le fœtus. Les fesses se présentant au détroit supérieur, si la céphalotomie eût été adoptée, que d'obstacles et de dangers pour la mère ! Le corps de l'enfant extrait le premier, il eût fallu, selon toutes les probabilités, le séparer de la tête ; et, dans cet état de choses, trop souvent l'opération césarienne a été le dernier recours pour la femme; mais l'opération césarienne privée de toute chance de succès par la longueur du travail, et par l'épuisement et le découragement qui en sont la conséquence inévitable.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 novembre.

—Le garde des sceaux transmet à l'Académie un mémoire de MM. Chevalier et Boys-de-Loury, concernant des moyens propres à diminuer la fréquence des crimes d'empoisonnement.

MM. Robiquet, Dulong et Double feront un rapport sur ce mémoire.

— M. Bienaymé adresse un premier supplément à ses recherches sur la population en France. Dans ce travail, qui est relatif à la durée de la vie moyenne, l'auteur, après s'être attaché à prouver l'authenticité des documens dont il a fait usage, montre que le chiffre de la durée moyenne de la vie, adopté jusqu'ici, est trop faible, et que les tables de mortalité sur lesquelles reposent les calculs des compagnies d'assurance pour la vie, indiquent un décroissement trop rapide ; d'où il résulte que la prime qu'elles exigent est trop forte.

Instructions pour le voyage de la Bonite.

Déjà des instructions ont été données dans ce but par les sections de botanique, de géographie et navigation, de géologie et minéralogie ; M. Arago a lu dans cette séance les instructions de la section de physique générale, qui recommandent principalement des observations sur les étoiles filantes ; nous nous bornerons donc à l'analyse des instructions de la section de zoologie.

M. de Blainville avait fait remarquer, dès qu'il s'était agi de ces instructions, que la plupart des indications générales se trouvaient énoncées dans une sorte de manuel composé pour l'usage des voyageurs par l'administration du muséum d'histoire naturelle, et qu'il n'aurait guère, en conséquence, autre chose à y ajouter que d'indiquer plus spécialement certains objets manquant dans nos collections, ou dont on n'a que des individus incomplets. Parmi ceux qu'il désigne, nous trouvons, pour les mammifères, l'orang-outang adulte de Bornéo et de la Cochinchine, la guenon nasique du même pays, le gibbon hoolek de la Chine, le tartier et les galéopithèques des Moluques, le gymnure de Sumatra ; dans l'Amérique du nord les ours, les loups, et en particulier le loup rouge, les antilopes dont on connaît deux espèces, l'une à cornes fourchues, l'autre à très-longs poils. Dans

l'Amérique du sud, les cabiais, les grands fourmiliers, les viscaches, le chlamiphore, le prétendu cheval bisulque de Molina qui paraît, d'après les nouveaux renseignemens de M. Gay, être un chevrotin de grande taille; enfin les otaries et les phoques. Il recommande de ne pas négliger, comme l'ont fait presque tous les voyageurs, les petites espèces des genres taupe, musaraigne, campagnol et rat, qu'on a considérées presque toujours à tort comme ne différant pas des espèces européennes.

Les dauphins et les cétacés des diverses parties du grand Océan ont aussi besoin d'être étudiés; on a besoin, non-seulement des dessins qu'on pourra faire, mais de la tête osseuse ainsi que des pattes coupées au-dessus des articulations.

Les oiseaux du versant occidental du Mexique et de la Californie, ceux des îles Sandwich, des Mariannes et de la Cochinchine manquent ou ne sont que très-incomplétement représentés dans nos collections; il serait important de se procurer des squelettes d'un certain nombre d'espèces dont on n'a que les peaux dans nos musées, et de rapporter des œufs et des nids.

Parmi les reptiles, l'un des animaux les plus intéressans à se procurer serait la grande tortue à cuir, dont on n'a que les dépouilles extérieures et pas un squelette complet.

Les reptiles du Mexique, décrits récemment par Wiegman, manquent pour la plupart dans nos collections; il serait intéressant de les obtenir, ainsi que les salamandres terrestres ou aquatiques.

Les poissons qu'on pourra se procurer dans la traversée du Mexique à la Cochinchine et à Manille, seront probablement en grande partie nouveaux.

Parmi les insectes, il suffit d'avertir de ne pas négliger, comme on l'a fait trop souvent, les hyménoptères et les diptères, les parasites des mammifères, des oiseaux et des poissons; enfin les intestinaux.

Dans le type des mollusques, trois espèces de la mer des Indes, la spirule, le nautile flambé et l'argonaute seraient particulièrement précieux. En général, les mollusques terrestres et fluviatiles des îles Sandwich, des Philippines et des îles Chiloë manquent à nos collections.

Les zoophites et polypiers flexibles, les pennatules ont été peu étudiés depuis le voyage de Baudin; il y aurait, sous ce rapport, beaucoup de lacunes à remplir.

L'Académie invite les officiers de la Bonite à faire, autant qu'il leur sera possible, des recherches sur la température des différens animaux. Elle souhaiterait aussi qu'ils pussent faire des expériences sur la nature des gaz contenus dans la vessie natatoire des poissons pris à des profondeurs déterminées.

Il serait utile d'étendre les expériences sur la température des animaux à l'espèce humaine, en recherchant si la chaleur des mêmes individus de l'équipage, transportés dans des climats aussi variés que ceux où passera la Bonite, n'offrirait pas, toutes les autres circonstances étant d'ailleurs les mêmes, des différences appréciables.

Il serait inutile d'ajouter que tout ce qu'on pourra recueillir de matériaux pour l'histoire des races humaines, sera, ce qui concerne l'histoire naturelle, au nombre des résultats les plus précieux qu'on peut attendre du voyage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE. —*Présidence de M. Lisfranc.*

L'Académie est très-nombreuse. L'annonce de la discussion qui doit se renouveler dans cette séance a attiré aussi une grande affluence d'auditeurs.

DES RÉCIDIVES APRÈS LES DIVERS TRAITEMENS DE LA SYPHILIS.

M. DESRUELLES, chirurgien de l'hôpital militaire de Rennes, adresse une réclamation contre une assertion émise par M. Lepelletier, du Mans, dans la discussion sur la syphilis. (Voir l'Académie de Médecine du 29 décembre 1834, GAZETTE MÉDICALE, n° du 8 janvier 1835.) M. Lepelletier a dit, qu'ayant traité à l'hôpital du Mans, un grand nombre de militaires atteints de vérole primitive, il n'avait eu aucune récidive; tandis que les soldats traités sans mercure à Rennes, revenaient souvent avec une syphilis constitutionnelle, et qu'il en était rentré peut-être quatre-vingts pour cette cause à l'hôpital du Mans.

M. Desruelles a compulsé les registres des deux hôpitaux; il a résumé les résultats fournis par ces recherches en deux tableaux, l'un comprenant les militaires traités par le mercure à l'hôpital du Mans, depuis 1829, jusqu'en 1834; l'autre, des militaires traités avec ou sans mercure à l'hôpital de Rennes, de 1829 à 1833.

Les soldats traités au Mans, ont été fournis par le 4ᵉ et le 16ᵉ chasseurs, le 4ᵉ hussards, le 9ᵉ dragons, et quelques corps divers. Le nombre s'en monte à 348; on remarque que la moyenne des journées de séjour s'élève dans une proportion énorme de 1829 en 1833. Ainsi, en 1829, 72 malades, moyenne du séjour, 14 journées; en 1830, 111 malades, moyenne du séjour, 24 journées; en 1831, 79 malades, moyenne du séjour, 27 journées; en 1832, 60 malades, moyenne, 33 journées; en 1833, 26 malades, moyenne, 43 journées. Sur ces 348 malades, tous traités par le mercure, 31 sont rentrés pour récidive à l'hôpital de Rennes.

Les soldats traités à Rennes, ont été fournis par les quatre premiers corps désignés, et de plus, par le 11ᵉ chasseurs. Le nombre en est de 226, dont 199 traités sans mercure, 27 par le traitement mercuriel. La moyenne du séjour des premiers à l'hôpital, a varié de 26 à 37 jours; celui des autres, de 65 à 124 jours. Le nombre de ces hommes rentrés pour récidives à l'hôpital du Mans, est de 7. Ainsi la proportion des récidives sur les malades traités au Mans, par le mercure, est d'environ 8 sur 100; sur les malades traités à Rennes, elle n'est que de 3 sur 100.

Renvoyé à la commission de la syphilis.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES.

M. CAPURON, en sa qualité de rapporteur, prend la parole: il fait un résumé des débats de la séance précédente, réfute les objections qu'on lui a faites, déclare de nouveau que la méthode des saignées coup sur coup est nouvelle, et ajoute qu'il n'en a retrouvé de traces que dans Galien. Quant à l'épidémie dont Baraillon a fait l'histoire, les quatre premiers malades, dit-on, sont morts par la saignée; que peuvent quatre faits sans détails et qui ne sont pas même éclairés par l'autopsie? Et puis, quel est donc ce médecin qui, voyant périr coup sur coup un, deux, trois malades par l'effet d'un traitement constamment mortel, a le courage d'aller jusqu'au quatrième avant d'en changer? Ce n'est pas ainsi qu'on doit faire la médecine.—Ce long résumé a duré près de trois quarts d'heure; interrompu fréquemment tantôt par les éclats de rire universels provoqués par la vivacité méridionale et les expressions pittoresques de M. le rapporteur, tantôt par des réclamations contre ses assertions scientifiques.

M. EMERY répond vivement aux nouvelles assertions de M. Capuron. Contre la nouveauté de la méthode on a déjà cité M. Bosquillon; on peut rappeler encore Botal, Quesnay, Guy-Patin, qui saignaient à profusion. La mort doit être une exception dans les maladies aiguës! Oublie-t-on le choléra, maladie aiguë s'il en fut jamais? Enfin on parle de juguler les maladies. J'ai essayé, dit M. Emery, confiant dans ce qu'on avançait, de traiter par les saignées la fièvre typhoïde, et j'ai vu mes malades succomber en grand nombre, tandis que j'en sauvais bien davantage par l'expectation.

M. BOUILLAUD. Nous sommes à une époque, Messieurs, qui réclame à la fois un langage positif et une science positive; des données vagues en pratique ne conviennent pas mieux que des métaphores en théorie. Laissons donc de côté cette expression qui prête si bien aux objections: *juguler* les maladies. En combien de temps guérit-on une maladie donnée, par telle méthode? en combien par telle autre? Voilà toute la question. De même j'entends répéter souvent qu'on a guéri beaucoup de malades, qu'on en a perdu très-peu; qu'est-ce que cela signifie rigoureusement? rien, Messieurs. Pour avoir le droit de dire: j'ai perdu tant de malades et j'en ai sauvé tant, que l'on commence donc par faire ce que nous faisons, recueillir des faits soigneusement, observer, comparer ceux qui se ressemblent le plus, en tirer des inductions, faire en un mot de bonne et vraie statistique; mais, je l'ai dit, la statistique date d'hier, et je défie qu'on m'en montre qui date de plus de 25 ans!

On fait d'abord contre notre méthode cette objection qu'elle n'est pas nouvelle, et l'on cite principalement Bosquillon. Mais Bosquillon, qui ne s'est pas fait faute d'écrire, n'a rien écrit touchant sa prétendue méthode. Or, une méthode non formulée est comme non avenue. Mais je laisse volontiers ce point de discussion; je n'ai trouvé cette méthode dans aucun des auteurs que j'ai consultés; et, qu'elle soit à moi ou à d'autres, c'est de ses résultats avant tout qu'il s'agit.

Or, à mes résultats généraux on a opposé des résultats non moins généraux, on a révoqué en doute mes assertions; on m'a fait sentir la nécessité de ne rien avancer sans avoir les chiffres à la main; j'en remercie mes adversaires. Voici donc des chiffres exacts.

M. Louis, l'un des auteurs qui ont le plus fait pour la statistique, l'un de ceux dont je relis avec le plus d'attention et de fruit les ouvrages, a publié, dans un temps où il n'observait pas ses propres malades, une statistique recueillie à la clinique de M. Chomel: sur 78 cas de péripneumonie, il y avait 28 morts; plus d'un sur 3. M. Chomel avoue dans un de ses articles qu'il en perd 1 sur 4; de 3 à 4 la différence est légère; comme M. Chomel ne comptait pas exactement ses chiffres, rien de plus facile qu'une si faible erreur.

Pour moi, il y a quinze ans que j'observe dans les hôpitaux; j'ai écrit un article sur la pneumonie, et j'ai dû recourir aux documens publiés sur cette affection; et quand j'indiquais des résultats généraux dans la dernière séance, on va voir que je restais même au dessous de la vérité.

Dans un relevé pris dans le service de M. Guéneau de Mussy, sur quatre-vingt-dix pneumoniques, on compte trente-huit morts; encore un peu plus d'un tiers.

A l'hôpital Cochin, où j'ai été interne, sur soixante-trois cas nous avons eu seize morts, environ le quart.

M. Cayol, sur vingt-quatre malades, en a perdu six; un quart encore.

Additionnez maintenant tous ces chiffres, et vous trouverez que sur près de trois cents malades, on en a perdu près de cent; le tiers à très-peu de chose près.

Voici d'autres données qui ne serviront pas peu à faire voir où est la vérité. Un élève de M. Louis a publié un résultat de sa clinique; sur quinze pneumoniques six avaient succombé; les deux cinquièmes. Enfin, c'est à regret que je vais faire usage du document qui suit; mais cela ne saurait nuire en rien à la renommée d'un homme qui comptera toujours parmi les gloires de la médecine française. On a dit de Laënnec, et il a laissé dire, et il a répété lui-même, qu'il ne perdait presque pas de malades par sa méthode du tartre stibié; or, nous avons relevé avec le plus grand soin les cahiers de Laënnec, durant l'époque de sa clinique à la Charité; et pour les pneumoniques, nous avons trouvé que la mortalité en enlevait comme pour M. Louis, *les deux cinquièmes*. Encore, dois-je ajouter que dans plusieurs cas de pneumonies graves, les élèves de service pratiquaient une saignée dès l'entrée du malade, ce qui n'entrait nullement dans les vues de Laënnec.

A côté de ces résultats, mettons ceux que j'ai obtenus. Depuis quatre ans, tous les cas de pneumonies entrés dans mon service ont été recueillis avec le plus grand soin; tous observés jour par jour, les symptômes pris et dictés au lit du malade même; c'est ainsi que j'en ai recueillis cent deux cas. Eh bien! sur ces cent deux cas, j'ai eu douze morts, c'est-à-dire un sur huit et demi. Ainsi, quand je disais un sur huit, on voit que je n'exagérais pas; je restais même au-dessous de la vérité. L'exagération est un penchant trop commun parmi les praticiens; on aime à faire sonner haut ses succès; la statistique met un frein à cette ardeur trop vive; les chiffres sont très-flegmatiques, messieurs.

Mais ce n'est pas assez; il faut savoir encore comment mes malades guéris ont guéri; comment mes morts sont morts. Voici d'abord dans les cas un peu

graves, mon traitement habituel : Je saigne trois fois en douze heures, et M. Emery peut voir que ce n'est pas là peut être le traitement des auteurs qu'il a cités; savoir une saignée du bras de trois à cinq palettes selon l'urgence; une seconde de trois palettes au moyen des ventouses, et une saignée du bras le soir. Je recommence le lendemain; et en général, du quatrième au cinquième jour, mes malades entrent en convalescence.

Pour ceux qui sont morts, il y en a huit sur douze qui étaient à leur entrée dans un état désespéré, et pour lesquels on n'a pas essayé la méthode.

Le premier portait sa pneumonie depuis trois semaines; il était réduit à un état de consomption.

Le second avait une pneumonie double, et après la seconde saignée, se refusa à la troisième.

Le troisième est mort le jour de son entrée; le quatrième, le lendemain; le cinquième, après trente-six heures; le sixième avait une pneumonie entée sur une pleurésie chronique compliquée d'une carie des côtes; il a été saigné et a eu l'oxide blanc d'antimoine; le septième et le huitième, entrés avec une pneumonie très-avancée, ont succombé du huitième au douzième jour. Otez ces huit morts qui en vérité ne sauraient être mis sur le compte d'une méthode qui n'a pu leur être appliquée; vous trouverez en dernière analyse quatre morts sur quatre-vingt-quatorze malades, un sur vingt-trois et demi.

Mais M. Louis n'a pas obtenu les mêmes résultats de la saignée! D'abord M. Louis ne saigne pas comme je le fais, et je ne saurais trop insister sur ce point, qu'une différence dans les procédés peut, pour une même méthode, donner des résultats très-différens. Ensuite, dans les observations même de M. Louis, on voit les bons effets de la saignée se révéler au bout d'un à deux jours, et ne manquer presque jamais.

Permettez-moi d'ajouter une remarque qui n'est pas sans importance. Il y a quatre ans, messieurs, que ces faits se recueillent à une clinique suivie par un nombre considérable d'auditeurs, qu'ils sont publiés dans les journaux, répétés dans des thèses; et ce n'est pas même moi qui ai cherché cette occasion de les établir devant l'académie. Je n'aime pas à venir ainsi entretenir l'académie et de moi et de ma pratique; j'ai mon théâtre ailleurs, il me suffit; et il a fallu cette occasion, que je n'avais point cherchée, pour me faire rompre le silence.

J'ai pris la pneumonie pour terme de comparaison; un mot des autres maladies aiguës. Mais d'abord, Sydenham, que je sais par cœur, distinguait très-sagement trois classes de ces maladies : les stationnaires, les épidémiques et les intercurrentes; il est bien évident que dans cette discussion il ne peut être question que des dernières; et c'est pour avoir oublié ceci qu'on est venu nous parler du choléra, dont nous n'avons rien dit, parce que nous ne voulons pas, dans ce moment, nous occuper des épidémies.

Les maladies intercurentes sont, par exemple, l'angine, le rhumatisme articulaire, l'érysipèle, la pleurésie, la péricardite. Eh bien! pour les plus graves de ces maladies, nous n'avons pas été moins heureux que pour la pneumonie; pour le reste, ces résultats sont plus brillans encore; tous nos érysipèles ont guéri. Sur quatre-vingt et quelques cas de rhumatismes articulaires, bien que plusieurs fussent compliqués de péricardite ou de pleurésie, aucun n'a succombé; et tandis que par les moyens ordinaires, cette affection traîne des semaines ou des mois entiers, nous obtenions en sept à huit jours des convalescences complètes. Les angines n'ont pas donné non plus un seul mort; et écoutez ce résultat : pour les angines les plus légères, je me bornais à l'expectation, tandis que je saignais pour les plus graves. Qu'est-il arrivé? Les premières traînaient en longueur ou s'accroissaient même, les autres guérissaient promptement, radicalement.

On a cité des morts procurées par la saignée dans l'érysipèle. Je le déclare ici, si un érysipèle récent, entré dans mon service, succombait après les saignées, je changerais de traitement à l'instant même, sans m'opiniâtrer à l'appliquer sur un second, sur un troisième malade. C'est qu'avec un traitement aussi actif que le nôtre, les résultats frappent les yeux; on ne saurait s'y méprendre, et ce n'est pas comme quand on administre un quadrillionième de grain d'opium.

Les faits ainsi mis en regard, je le répète, nos résultats ne peuvent être comparés à aucun de ceux obtenus ailleurs. Que l'on invoque la constitution, je respecte beaucoup la constitution, bien que ce point de théorie ne soit pas également clair pour toutes les intelligences; enfin elle est la même pour tous à Paris, et elle n'explique pas comment on meurt dans une salle voisine, d'une maladie dont on guérit dans le service d'à côté.

Je ne crois pas cependant avoir convaincu tous ceux qui m'écoutent. Que faire pour mettre un terme au doute? En cas pareil, dans la vie ordinaire, on plaide, on fait comparaître des témoins, et le jury prononce. Ici, le jury est l'expérience; que l'on nomme une commission d'enquête, que cette commission compare dans tous les hôpitaux, les résultats des diverses méthodes et de la mienne; je le déclare sur mon honneur, si quelqu'un perd moins de malades que moi, je suis tout prêt à changer ma méthode pour la sienne, et s'il a mérité une couronne, je demande pour moi-même l'honneur de la lui poser. (Très-bien!)

M. Pariset demande la parole pour rectifier quelques assertions de M. Capuron, relatives à l'épidémie dont Baraillon a donné l'histoire. La maladie se déclarait par le frisson, la fièvre, le point de côté, la toux et les crachats sanguinolents. C'était bien en apparence une affection aiguë de la poitrine; aussi tous les médecins saignaient, et il n'y eut pas seulement quatre morts, comme l'a dit M. Capuron, mais une mortalité telle que l'effroi était général. Baraillon se décida à ne pas saigner; il attendit deux, trois, quatre jours en se bornant à une médecine expectante; le quatrième jour, apparurent sur la peau les traces d'une miliaire que les saignées empêchaient de se produire; la maladie fut dès-lors reconnue, le traitement mieux dirigé, et la mortalité cessa.

Pareille chose est arrivée il y a quinze ans, à Beauvais, dans une épidémie de fièvre miliaire pour laquelle on prodiguait les émissions sanguines; on avait appliqué jusqu'à *quatre cents* sangsues à un même individu. La mortalité était telle, qu'on demanda des instructions à Paris. Plusieurs médecins furent consultés, et j'ai contribué, pour ma part, à faire restreindre de beaucoup l'emploi de la saignée dans cette épidémie. Avec de simples fomentations tièdes, l'éruption se faisait très-bien, et le mal diminuait; la saignée était réservée seulement aux cas de pléthore. J'ajouterai, que, quand les saignées ont été portées trop loin, surtout chez des sujets jeunes, la phrénésie et la manie en sont les suites fréquentes; M. Esquirol peut en rendre témoignage; et nous recevons assez souvent à la Salpêtrière, de jeunes filles ainsi devenues maniaques à la suite de trop fortes saignées. Aussi Pinel, qui connaissait bien tous les inconvéniens d'un pareil abus, avait demandé expressément que les maniaques qu'on lui envoyait lui fussent directement adressés et sans passer par d'autres mains.

Je ne suis pas ennemi de la saignée, messieurs, mais c'est l'abus qu'on en fait contre lequel je m'élève. Il y a dans Morton une vue très-belle sur les effets directs de la saignée trop copieuse. L'absorption en est rendue trop rapide, les sucs n'ont pas le temps d'être suffisamment élaborés; ils agissent sur le sang comme un poison qui s'y mêle, le rendent plus âcre, et jètent ainsi dans l'économie un germe de maladie bien difficile à extirper.

M. Capuron veut répondre; mais on réclame de toutes parts contre ce privilége, qui concentre presque toute la discussion dans les paroles de M. le rapporteur.

M. Maingault. Ce n'est point le rapport que l'on discute; il s'agit d'une haute question de pathologie, et les objections ne s'adressent pas plus à M. Capuron, que M. Capuron ne peut à lui seul avoir le droit de réfuter toute l'académie.

M. le Président. Le réglement et les précédens font loi, et je dois les maintenir. M. le rapporteur a la parole quand il la demande; c'est un droit qu'on ne peut lui ôter. Si cette forme de discussion déplaît à l'académie, il faut voter le rapport d'abord, et reprendre la discussion générale après.

M. Nacquart. Nous prierons alors M. Capuron de vouloir bien renoncer à son privilége; sans quoi il n'y a pas de discussion possible.

M. Capuron. Certainement, non, je n'y renoncerai pas. (On rit.) — M. Nacquart : Alors, vous parlerez tout seul! — N'importe, je parlerai. (Rire général.

M. Capuron remarque que M. Pariset n'avait pas donné tous ces détails d'abord; et maintenant encore, tout cela est trop vague pour en tirer des indications bien précises. Quant aux reflexions du préopinant sur l'abus de la saignée, M. Capuron est de son avis, mais M. Bouillaud n'en abuse jamais.

M. Rochoux. J'éprouve une véritable satisfaction scientifique des succès obtenus par M. Bouillaud à l'aide des saignées promptement répétées. Je dois dire qu'en 1824, comme j'étudiais la fièvre jaune dans les Antilles, je fus conduit aussi par l'observation à regarder les émissions sanguines comme le meilleur moyen, et je les répétais au besoin six à sept fois dans les trente-six heures; en même temps que je soumettais le malade à un régime très-atténuant. Je ne me suis pas hasardé à donner ce moyen comme nouveau; mais j'ai fait remarquer dès cette époque pas la manière de l'employer en faisait réellement une méthode nouvelle.

La question primitive à traiter était de savoir si dans les maladies aiguës, avec cette méthode, la mort n'était plus qu'un cas exceptionnel; en d'autres termes, si, même dans le cas où la saignée est utile, on peut guérir toutes les maladies. M. Bouilland a déjà écarté avec raison le choléra et les épidémies. Mais en outre, les maladies intercurrentes les plus communes peuvent être inévitablement mortelles, soit par l'intensité de leur cause, soit par leur siége même. Par l'intensité de la cause : prenez pour exemple la pneumonie; chacun sait bien que la maladie est d'autant plus grave que la cause morbide est plus énergique; c'est ce qui explique comment certaines pneumonies sont si légères, et d'autres si graves. Admettez l'énergie de la cause portée au plus haut degré; la maladie sera irrémédiable. Ceci est frappant encore pour l'arachnitis, si fréquente dans les pays chauds après une insolation trop prolongée; elle tue irrésistiblement le malade, et nous voyons des exemples semblables dans nos climats tempérés, lorsque le soleil agit d'aplomb sur la tête des moissonneurs. Maladies mortelles par leur siége; l'arachnitis en est aussi un exemple; et peut-être, quelque légère qu'elle soit, n'y a-t-il pas dans la science un cas bien constaté de guérison.

D'autres questions sont survenues et se sont résumées en cette proposition : Une commission d'enquête. J'appuie de toutes mes forces cette proposition. (Plusieurs voix : Appuyé! — M. Capuron : *Amen!* — On rit.)

M. Castel. Je cherche dans toute cette discussion des points scientifiques, et j'avoue que j'ai peine à en reconnaître. Tout se réduit à l'empirisme. L'un dit : Telle méthode me réussit mieux; l'autre répond : c'est telle autre. Ce sont des faits avancés auxquels on ne peut répondre que par des faits. J'en ai déjà appelé au souvenir de mes collègues sur ce qui était unanimement professé lorsque nous étions encore sur les bancs de l'école; mais on ne veut point de ces témoignages il faut des chiffres; on me permettra donc aussi à mon tour d'en apporter. Je n'ai fait que copier les conclusions de mon mémoire publié il y a quinze ans.

Sur 86 fluxions de poitrine, j'ai eu trois morts, un le septième jour, l'autre le douzième, l'autre le trente-huitième, par suite d'une imprudence qu'il avait commise. Ce résultat peut lutter avec les plus beaux qu'on ait cités dans cette discussion.

Sur les 83 malades guéris, 20 avaient été saignés; 67 avaient eu des vésicatoires, 10 des ventouses; aucun n'avait été ni émétisé ni purgé à l'hôpital; 4 avaient pris l'émétique avant leur entrée.

Les 3 morts avaient été saignés et purgés.

Sur 142 angines, je n'ai eu qu'un mort. 2 avaient eu des sangsues, 5 des ventouses, 8 des scarifications, 26 des vésicatoires au bras, à la nuque ou à la partie antérieure du cou; 17 avaient pris l'émétique avant leur entrée à l'hôpital, et 6 après.

Sur 371 catarrhes bronchiques, j'ai eu 7 morts : 2 avant le quatorzième jour, 5 par complication d'hydrothorax. Aucun malade n'avait été saigné ni n'avait eu des sangsues; quelques-uns furent purgés dans leur convalescence.

On peut alléguer que dans l'hôpital où j'exerçais, il entrait surtout des hommes appartenant à des corps d'élite; mais je pose en fait que les femmes résistent mieux que les hommes aux maladies aiguës; avant la soixante-dixième année, consultez les tables nécrologiques, vous verrez ces maladies emporter beaucoup plus d'hommes que de femmes,

Voilà donc de la statistique: et si j'ouvre Huxham, Sydenham, Baillon, je trouve que tous ces grands médecins ont fait des résumés semblables ou équivalents. Jamais, ni dans mes études ni dans mes lectures, je n'ai ouï parler d'un mort sur 3 ou sur 4, si ce n'est deux fois dans un siècle; dans l'hiver de 1718 à 1719 qui fut si meurtrier, et dans celui de 1799 à 1800, époque où Corvisart voulut essayer de traiter les pneumonies par l'émétique, non point à hautes doses, mais à la dose d'un à deux grains; il ne réussit point. Dans ces deux années, la mortalité dépassa la proportion d'1 sur 5.

Ainsi donc les succès étaient plus grands autrefois qu'aujourd'hui. Cependant on fait grand bruit des méthodes nouvelles; on demande des commissions d'enquête, de vérification. Voulez-vous savoir toute ma pensée à cet égard? Je plains un médecin réduit à avoir besoin qu'on vérifie ses assertions. Une méthode se prouve par ses succès, et si vous ouvrez depuis 1816 les tables nécrologiques, vous verrez que la mortalité a augmenté de jour en jour, et hors de toute proportion avec l'accroissement progressif et ordinaire de la population de Paris.

M. Castel termine par quelques remarques critiques sur le style du rapport, qu'il eût voulu moins commun, moins trivial.... Il cite à ce propos une phrase de M. Capuron qui dit que quand la maladie est maligne, c'est le cas pour le médecin de se montrer *plus malin*; et il espère que M. le rapporteur voudra bien modifier ce passage.

M. Capuron. Pour les assertions scientifiques, je renvoie M. Castel à M. Bouillaud; mais il a attaqué mon style et je vais le défendre. L'auteur de l'opuscule dont j'ai rendu compte attribuait certaines maladies *à la malignité de la saison*. Quoi! la saison et la maladie seront malignes, et le médecin pour les combattre ne devra pas être plus malin qu'elles? Qu'y a-t-il là de commun, qu'y a-t-il là de trivial? rien; et je maintiens ma phrase, et n'y veux rien changer du tout (rire général).

— La discussion est renvoyée à la prochaine séance. Nombre d'académiciens sont inscrits pour y prendre part.

POLYPE UTÉRIN DÉTRUIT PAR LA CAUTÉRISATION ET LE BROIEMENT; RÉFLEXIONS DE M. LISFRANC.

M. Lisfranc présente à l'Académie les débris d'un polype fibreux en partie dégénéré, qu'il a extrait de l'utérus d'une dame opérée en ville en présence du docteur Masson.

La malade souffrait depuis plusieurs années d'une perte séreuse, séro sanguine; elle maigrissait; son teint était jaune; mais elle n'éprouvait presque aucune douleur. Touchée par beaucoup de chirurgiens distingués, tous pensèrent qu'il s'agissait d'un cancer de l'utérus. La dernière phalange du doigt indicateur pénétrant dans la matrice par son orifice inférieur, entrait dans une capacité assez large, dont les parois épaisses étaient tapissées par un tissu mollasse, granulé, facile à déchirer, et saignant avec la plus grande facilité. On croyait à un cancer qui, procédant de l'intérieur à l'extérieur, creusait et évidait la matrice. Les uns voulaient faire l'amputation du col de l'organe; d'autres s'y opposaient. M. Lisfranc était de cette dernière opinion; mais il proposa les cautérisations légères, dans l'intention de retarder les progrès du mal et peut-être de guérir, attendu qu'il n'y avait pas de douleur. Le cautère ne pouvait pas être nuisible; il n'était pas sûr que la maladie fût essentiellement carcinomateuse, et M. Lisfranc avait déjà observé des cas, bien qu'excessivement rares, de guérison.

Cinq ou six cautérisations furent pratiquées avec le proto-nitrate acide liquide de mercure; il se détacha un morceau de la tumeur du volume d'un œuf. M. Lisfranc, appelé de nouveau, trouva le col de l'utérus assez largement ouvert pour pouvoir y introduire les doigts indicateur et médius; il sentit un corps mou au-dessus de ces doigts; et, grattant la face interne de la localité où ils étaient logés, il en détacha des débris et arriva sur la paroi molle, amincie et saine de la matrice. Dès lors il annonça l'existence d'un polype, et en proposa l'ablation.

Le col de l'utérus saisi par des érignes, ce que M. Lisfranc a toujours fait jusqu'aujourd'hui sans le moindre accident, fut amené et maintenu à l'orifice inférieur du vagin; le doigt indicateur seul, et quelquefois en même temps le doigt médius, pénétrèrent dans la matrice; le polype fut déchiré, broyé, tordu et enlevé presque en totalité; quelques morceaux plus adhérens furent saisis et extraits avec des pinces à polype; l'organe fut entièrement vidé; les assistans s'en assurèrent comme l'opérateur.

M. Lisfranc soumet à l'Académie les réflexions suivantes :

1° Quand une inflammation traumatique se développe sur un point œdémateux où la vie languit, la gangrène survient;

2° Quand on applique des sangsues sur un engorgement blanc, et qu'une phlegmasie aiguë les frappe, si cette phlegmasie n'est pas victorieusement combattue, ordinairement les tissus blancs enflammés meurent;

3° Il est des plantes qui, coupées à une assez grande distance du sol, périssent. Il est des polypes dont on n'a détruit que la moitié, et qui ont le même sort. M. Lisfranc a montré un fait de ce genre à l'hôpital de la Pitié, dans un cas où la tumeur étant énorme ne pouvait pas être extraite, et ne permettait pas d'attaquer son pédicule. Devrait-on conclure que les polypes attaqués par la cautérisation sont susceptibles d'être affectés d'une inflammation capable de les détruire en grande partie ou en totalité? L'analyse de l'observation que l'on vient de lire semble le prouver; mais dans les sciences un fait ne suffit pas pour établir une loi; il faudra consulter de nouveau l'expérience; et si ce moyen thérapeutique réussit, peut-être qu'il devra échouer aussi contre certains polypes.

La malade est opérée depuis quatre jours; il n'est survenu aucun accident.

Le polype était au moins du volume du poing; il adhérait à toute l'étendue de la face interne de la matrice.

M. Bouvier, en présence d'un très-petit nombre de membres, montre un rachis réduit aux vertèbres et à leurs fibrocartilages, et prétend démontrer qu'en tirant perpendiculairement sur un point de cette colonne avec une force de cinquante livres, on ne peut changer une très-petite courbure latérale en une courbure opposée. — M. Capuron remarque que le résultat est contraire à l'assertion de M. Bouvier.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CATHÉTÉRISME SOUTENU AVEC LES SONDES EN ARGENT DE GROS CALIBRE. — UN MOT SUR LES CATHÉTERS DE M. MAYOR; par le docteur Chaumet, chirurgien en chef adjoint de l'hôpital St-André de Bordeaux (1).

Tout en appréciant les services que sont destinés à rendre les cathéters lourds et volumineux de M. Mayor, je ne saurais laisser passer l'occasion de signaler les insuccès et même les acidens qui ont suivi leur emploi et dont j'ai été témoin. A mon avis, le service le plus éminent que l'habile chirurgien de Lausanne ait rendu à l'humanité, en renouvelant la pensée de notre célèbre Desault sur les sondes de fort calibre, est, sans contredit, de prévenir les jeunes praticiens contre l'abus des cautérisations. Il faut en convenir, utiles dans le petit nombre de cas qui les réclament, les cautérisations de l'urètre ont été la cause de maints accidens, et même de la mort de quelques personnes. Il y a donc du mérite à restreindre l'usage d'un moyen qui, tout puissant dans les cas où il est réclamé, peut être bien souvent funeste dans son application intempestive.

L'usage une fois généralement admis de se servir de cathéters d'un gros calibre, par cela même que les fausses routes seront moins faciles que par les sondes déliées, permettra la pratique du cathétérisme aux médecins même les moins exercés à ces sortes d'opérations. Je ne doute nullement alors qu'une foule de cas rangés et traités autrefois comme des rétrécissemens organiques ne cèdent à cette nouvelle méthode de cathétérisme. Du reste, le travail fort intéressant que M. Civiale a publié récemment sur les névralgies de l'urètre et du col de la vessie, vient également à l'appui de mon assertion.

C'est donc faire beaucoup pour la science, et sous ce point de vue, M. Mayor aurait déjà assez de droit à notre reconnaissance d'avoir restreint l'application des caustiques en même temps qu'il aura diminué la chance des fausses routes, sans se donner mal à propos l'honneur de l'invention des sondes d'un gros calibre. Desault avait déjà démontré l'avantage qu'il y avait à se servir d'instrumens volumineux dans le cathétérisme difficile. Il me serait facile de montrer qu'un bon nombre de praticiens ont adopté depuis long-temps les préceptes du grand chirurgien dont je viens de parler. Pour mon compte, j'affirme que durant les quatre années de service que j'ai faites à l'hôpital St-André comme chef interne, époque à laquelle la plupart des maladies des voies urinaires m'étaient confiées, je me servais constamment de sondes volumineuses en argent, très-massives, avec lesquelles je surmontais des obstacles que des mains souvent fort habiles n'avaient pu vaincre avec des sondes de moindre volume. Dans ma pratique particulière, je n'ai pas été moins heureux chaque fois qu'il m'a fallu recourir au cathétérisme que j'appelle soutenu, attendu que la pression que j'exerce sur l'obstacle à vaincre se distingue moins par sa force que par sa durée. Il m'est arrivé de presser d'une manière douce et graduée dans la direction de l'urètre, mais toujours sans mouvemens de vrille, pendant une heure et demie avant de pouvoir entrer dans la vessie. Je dois également émettre ici une autre pensée, et dire que les sondes en argent dont je me sers habituellement, d'un calibre égal au n. 3 des cathéters de M. Mayor, me paraissent infiniment préférables aux instrumens en étain de ce chirurgien. D'abord parce que la courbure que je leur donne est moins grande que celle des cathéters dont il s'agit, et que leur poli s'altère beaucoup moins vite que celui de ces derniers. Quant à la pesanteur plus forte des cathéters en plomb, propriété à laquelle M. Mayor paraît attacher une assez grande importance, je ne lui reconnais que l'inconvénient de surcharger l'arsenal quelquefois peu portatif du chirurgien : la main de l'opérateur pourra, dans tous les cas, communiquer à l'instrument un degré de pression infiniment mieux calculé que celui qui serait dû au poids seul du cathéter.

(1) La haute importance qui s'attache au nouveau traitement de M. Mayor fera lire avec intérêt cette note, rapprochée du travail plus étendu de M. Devergie. (*N. du R.*)

Néanmoins, désireux de faire l'application de l'instrument de notre savant confrère, et voulant m'assurer par moi-même s'il avait un avantage réel sur ceux dont je me servais, je voulus en faire usage dernièrement dans notre hôpital, en présence de nombreux élèves et de plusieurs médecins. Mais auparavant, pour ne pas induire en erreur et être sûr personnellement de l'avantage du nouveau moyen, je dus commencer le cathétérisme avec une forte sonde en argent; et comme chez deux malades qui me furent offerts cet instrument arrivait facilement dans la vessie, il me fut impossible d'établir pour cette fois une comparaison.

Le lendemain, M. Chansarel, médecin à Bordeaux, me pria d'assister à quelques tentatives qu'il se proposait de faire chez un de ses malades atteint depuis long-temps de rétrécissemens de l'urètre.

Tous les cathéters de M. Mayor furent successivement portés dans le canal avec l'observance des préceptes de l'habile chirurgien, et tous furent invinciblement arrêtés à six pouces et demi. Il est inutile d'ajouter que tous ces essais ne se firent pas sans de vives douleurs et sans écoulement de sang. Je regrettai infiniment que mon collègue ne possédât pas une grosse sonde en argent à faible courbure, qui m'eût permis de faire une tentative peut-être plus heureuse.

J'ai appris que de nouveaux essais ont été faits chez ce malade, et qu'ils ont été infructueux comme les premiers.

Le 27 juillet dernier, je fus appelé à Salles, commune des environs de Bordeaux, pour M. H***, âgé de près de 80 ans, atteint de rétention d'urine, que voyaient mes anciens condisciples MM. Laroza et St-Hilaire. Ces deux praticiens avaient sondé le malade pendant les premiers jours de la rétention avec une sonde mince en argent; mais au septième ou huitième jour, l'obstacle devenu plus fort, il leur fut impossible d'arriver dans la vessie. Rendu auprès de M. H***, assisté de ses deux médecins, je portai dans l'urètre l'une de ces plus grosses sondes dont je me sers ordinairement, et j'arrivai, après quelques instans d'une pression soutenue parallèlement à la direction du canal, dans la vessie qui contenait plus de deux pintes d'urine. Frappés de la facilité d'introduction des grosses sondes, mes confrères me témoignèrent le désir d'en posséder une semblable, qu'ils se proposent de substituer désormais à leurs sondes trop courbes et trop déliées, dont ils se servaient auparavant.

Voilà donc encore un cas, et je pourrais en citer cinquante autres à l'appui, où les sondes volumineuses que j'employais depuis près de dix ans, surmontant facilement toutes les difficultés, ne me permettent pas de leur préférer les cathéters en plomb du chirurgien de Lausanne. Toutefois, je le répète, il y a du courage et du mérite à M. Mayor, d'avoir heurté de front la pratique trop généralisée encore des cautérisations et du cathétérisme avec les sondes déliées.

PLAIE DU PAVILLON DE L'OREILLE TRAITÉE PAR LA SUTURE; GUÉRISON; par M. Taillefer, D.-M. à Honfleur.

Cette plaie, occasionnée par le passage d'une roue de voiture sur le côté correspondant de la tête, occupait une étendue assez considérable et que je vais décrire le plus exactement possible. Elle prenait naissance à deux lignes et demie au-dessus de la terminaison de l'hélix, et après avoir creusé obliquement sa rainure et rasé l'anti-tragus, divisait à peu près tout le lobule de l'oreille. Le lambeau, de près d'un pouce de longueur, était pendant et tenait au lobule par un pédicule tellement mince, que son propre poids eût suffi sans aucun doute pour le détacher complètement.

Lorsque le malade vint chez moi pour se faire panser, il y avait déjà trois heures que l'accident était arrivé. Dans la vue d'y remédier, et pour éviter la difformité qui aurait résulté de la section du pédicule, je pratiquai sur-le-champ trois points de suture. Je pus traverser le lambeau de part en part sans que le malade en éprouvât la moindre douleur; mais il en fut autrement quand j'introduisis l'aiguille dans l'oreille. Néanmoins cette opération fut patiemment supportée par cet homme, qui, immédiatement après le pansement, regagna son domicile distant de trois lieues. L'étendue de la plaie et l'irrégularité de ses bords ne me permettant pas d'avoir recours aux bandelettes agglutinatives, je n'hésitai point à mettre en usage un moyen dont le résultat pouvait être considéré comme douteux.

Aussi, au bout de quelques jours, lorsque le malade revint pour faire retirer les fils, je commençai par lui dire, voulant mettre ma responsabilité à couvert, que je ne répondais point du succès. Mais l'appareil ayant été enlevé avec les précautions nécessaires, à ma grande satisfaction je trouvai les parties bien réunies, et quelques pansemens faits par le malade suffirent pour en opérer la guérison parfaite.

Cette petite opération, pratiquée dans des circonstances défavorables, attendu le temps qui s'était écoulé depuis l'accident et la séparation presque complète de la partie, n'en a pas cependant moins bien réussi. Aussi je la crois propre à rappeler l'attention des praticiens sur la suture, opération trop généralement négligée; et c'est ce motif qui me détermine à publier cette note.

L. Taillefer, D.-M. P.

Honfleur, ce 22 septembre 1835.

DE LA MÉTHODE RÉFRIGÉRANTE DANS LE TRAITEMENT DE LA NYMPHOMANIE.

L'emploi de la méthode réfrigérante, si heureusement appliqué à quelques affections nerveuses, vient d'être employé avec succès contre une autre classe de maladies non moins dangereuses par le désordre moral qu'elles supposent chez les sujets qui en sont affligés. Plusieurs personnes du sexe atteintes de nymphomanie à divers degrés ont été promptement guéries à l'aide de l'usage combiné des injections, des affusions et des bains froids. L'amélioration et ensuite la guérison complète ont suivi en si peu de temps et si immédiatement l'emploi de cette méthode qu'elle mérite d'être recommandée comme la plus efficace et la plus expéditive.

Dans le traitement de la nymphomanie le médecin doit nécessairement remonter à la source dont elle dérive, lorsqu'il peut la connaître; ainsi s'il peut constater une aménorrhée, une chlorose, il devra traiter ces accidens s'ils ne sont pas l'effet de la nymphomanie elle-même. Dans le cas contraire il devra avoir recours immédiatement aux réfrigérans. L'agent le plus actif de cette méthode est le bain frais ou froid; en seconde ligne les affusions sur la région hypogastrique et le concours des injections intérieures et des lavemens froids. Il faut graduer suivant la gravité des cas l'usage des réfrigérans. Cette méthode énergique demande à être dirigée avec ménagement et par degrés suivant l'urgence et la tolérance des sujets.

Les bains locaux en bains de fauteuil doivent presque toujours précéder; la température de ces bains maintenue à un degré modéré, est abaissée suivant la susceptibilité de 24 à 20 degrés Réaumur jusqu'à 14, 13 et même 10. La malade reste plongée pendant dix minutes, un quart d'heure ou vingt minutes, plus ou moins; on répète ces bains tous les jours. Comme le bain local est promptement échauffé par les malades, on sera souvent obligé d'y ajouter de l'eau froide. Pendant qu'on administre ces bains locaux, on agit également par les injections dans le conduit vaginal et dans le rectum. Ces injections soutiennent l'efficacité du bain en procurant à l'intérieur les effets qu'il produit à la surface du corps. Il est bon que la température de ces injections soit de deux ou trois degrés plus élevée que celle du bain. Deux ou trois injections vaginales par jour, d'après la méthode usitée, et autant d'injections par le rectum, après avoir évacué le gros intestin, sont en général la mesure ordinaire de cet auxiliaire des bains locaux. Les affusions locales sur la région hypogastrique ont encore plus d'activité que les injections et surtout que les bains; mais aussi elles doivent être moins prolongées; deux ou trois minutes suffisent ordinairement. Les bains froids complètent la méthode réfrigérante du traitement de la nymphomanie. Leur température doit varier depuis 20 jusqu'à 26 degrés Réaumur; leur durée est de deux ou trois minutes et plus longue si leur température est plus élevée; on ordonne trois ou quatre par semaine.

Dans les cas ordinaires il suffit des réfrigérans locaux; et alors on a à choisir entre les bains locaux, les affusions ou les injections; si la maladie résiste à l'un ou à l'autre de ces topiques, on les combine ensemble de manière à faire prendre dans le même jour ou alternativement de deux jours l'un des bains de siége, plusieurs affusions et plusieurs injections. Ce n'est que quand la fièvre indique une surexcitation des organes générateurs qu'on emploie les bains généraux.

La contre-indication de la méthode réfrigérante se déduit ici comme partout ailleurs de la présence d'une inflammation ou d'une aptitude à la contracter.

Nous allons analyser l'un des deux faits rapportés ici. Le sujet est une jeune fille de 12 à 13 ans, non encore réglée. Depuis six ou huit mois elle souffrait des maux de reins, des douleurs aux parties sexuelles

où elle portait incessamment la main. La sensation de volupté qu'elle éprouva par cet attouchement la conduisit à un autre manège qu'elle renouvelait un grand nombre de fois par jour depuis quelques mois, lorsque son amaigrissement croissant et la perte de la fraîcheur naturelle donnèrent l'éveil à sa mère, à laquelle cette jeune personne fit ses confidences, avouant ingénuement comment elle avait été conduite à satisfaire un penchant irrésistible. On fit valoir auprès de cette malade, pour la détourner de ces pratiques, toutes les raisons suggérées par la circonstance. On joignit une surveillance très-active, des distractions de toute espèce et l'usage des bains. Rien ne put varier ses habitudes auxquelles elle se livrait malgré elle, même en présence de ses parens. Quelques bains froids employés d'après les règles prescrites, éteignirent immédiatement cette ardeur désordonnée. On a remplacé ensuite les bains généraux par les bains locaux. Toute sensation irrégulière du côté de la région utérine a entièrement cessé.

BIBLIOGRAPHIE.

PROJET D'UN ESSAI SUR LA VITALITÉ, OU SUR LE PRINCIPE DES PHÉNOMÈNES DE L'ORGANISATION, précédé d'un rapport fait à l'Académie de médecine par M. le professeur ANDRAL. — Un vol. in-8° de 506 pages. Paris, 1835.

Nous cherchons vainement dans ce titre le nom de l'auteur de l'ouvrage que nous devons examiner. Pour le trouver il faut parcourir une très-courte préface au bas de laquelle il semble avoir été relégué par une timidité qui, nous nous hâtons de le dire, nous paraît excessive. Car nous ne supposerons pas que ce déplacement du nom de l'auteur soit le résultat d'une spéculation du libraire qui aurait fondé l'espoir du débit de son livre sur le nom du célèbre professeur qui se trouve seul sur la page du titre, et encore moins devons-nous supposer que l'auteur lui-même ait été complice de cette petite supercherie. Quoi qu'il en soit, M. Rocquet pouvait sans aucune crainte mettre son nom, ainsi que le font ordinairement les auteurs; son ouvrage n'est point du nombre de ceux qu'on répudie. Il nous semble au contraire destiné à le faire connaître sous l'aspect le plus avantageux. Nous y trouvons à chaque page la preuve que M. Rocquet a acquis de vastes connaissances dans les différentes branches des sciences naturelles, et que doué d'un esprit généralisateur d'une certaine étendue, il poursuit patiemment l'objet de ses recherches sans se laisser entraîner dans des hypothèses sans fondement ou dans des questions étrangères à l'objet dont il s'occupe.

L'expression de vitalité va, nous n'en doutons pas, effrayer quelques esprits susceptibles, qui croiront à une époque où les mots vitalisme, résistance vitale, sont presque exclus du langage médical, retrouver dans ces recherches le pneuma des anciens, ou l'arebée de Van-Helmont, ou l'ame matérielle de Stahl, ou le principe vital de Barthez, mais qu'ils se rassurent, l'expression adoptée ici par M. Bocquet n'est qu'une espèce de formule par laquelle il désigne l'ensemble des propriétés qui n'appartiennent qu'aux corps doués de vie et qui sont soumises dans leur développement à des lois analogues à celles qui suivent les autres forces de la nature, l'électricité, la chaleur, la gravitation; il ne s'occupe de la vie qu'autant qu'elle est en action dans la matière; il la suit dans les diverses phases de son développement, dans la plupart de ses variétés pour reconnaître les lois qu'elle observe et les signaler, mais sans examiner si le principe auquel se rattachent ces propriétés est inhérent à la matière organique, ou si elle existe en dehors de cette matière. Démontrer que la nature présente la même harmonie et la même régularité dans l'établissement des lois organiques que dans celui des lois de la physique et de la chimie, tel paraît être le but que s'est proposé M. Rocquet dans son ouvrage. Mais cette harmonie n'est pas toujours également facile à saisir; il y a plus d'une contradiction apparente à expliquer, plus d'une lacune à remplir. Suivons l'auteur quelques instans dans l'exposé de ses idées et voyons comment il surmonte quelques-unes de ces difficultés qui déjà ont arrêté plus d'un homme de génie.

La vitalité à trois manières d'être à l'égard de la matière; l'état d'équilibre général ou son action est réelle; l'état de concentration latente où elle exerce une action qui n'est pas appréciable, l'œuf, la graine ont une vitalité latente; enfin l'état de concentration active où elle se manifeste et produit des mutations continues. Si nous suivons M. Rocquet dans le développement de cette idée, nous trouverons que la nature tout entière possède la vie au premier degré, c'est-à-dire au degré d'équilibre général, état dans lequel elle reste sans action. L'état organique et l'état inorganique sont, nous dit-il, deux manières d'être de la matière; la transition de l'un à l'autre constitue une sorte de cercle qu'elle parcourt sur la surface de la terre pendant que la terre et les grands corps parcourent des cercles dans les espaces. Cependant il paraîtrait croire que la vitalité résiderait spécialement dans l'atmosphère qu'il considère comme un grand réservoir destiné à fournir cet agent et à le recevoir continuellement; il suppose encore qu'on pourrait déterminer, par le calcul, l'espace de temps dans lequel l'atmosphère a dû ou devra passer tout entière par l'organisation.

L'auteur n'admet pas l'échelle ascendante des êtres suivant leur perfectionnement graduel. Depuis la globuline qui est l'état le plus simple de la vie, l'être rudimentaire, jusqu'à l'homme qui offre le mode de vitalité le plus complexe, les phénomènes organiques vont toujours en se compliquant; et toutes les classes des êtres qui remplissent ce grand intervalle remontent à la création, et les degrés ascendans de l'échelle ne sont point dus à la perfectibilité organique, pas plus que les degrés ascendans ne sont dus à la dégradation.

Il considère successivement le développement de la vitalité dans les différens êtres, en commençant par les végétaux les plus simples, et arrive graduellement au règne animal, dont les premiers degrés diffèrent bien peu de ceux du règne végétal. Il expose ses diverses transformations, cherche à les rattacher aux principes qu'il a établis, et tente même de rendre compte des phénomènes pathologiques et du mode d'action des moyens thérapeutiques dans les différentes maladies. Nous ne le suivrons pas dans ces discussions, car il faudrait copier son ouvrage tout entier; et encore serions-nous exposés quelquefois à ne pas être compris parfaitement, car il n'est pas toujours facile de saisir la liaison des phénomènes organiques qu'il expose, ou les principes auxquels il veut les rattacher. Mais s'il y a quelques hypothèses qui sembleront hasardées, si nous ne trouvons pas sur tous les points cette certitude que nous offre l'étude de la physique et de la chimie, si enfin il reste encore un grand nombre de faits à expliquer avec la théorie de l'auteur, nous ne devons point oublier que cet ouvrage n'est qu'un projet d'essai, et que, comme il le dit lui-même, un milieu d'une si vaste toile, il reste encore beaucoup de dessins inachevés. Mais, d'après ce qu'il a fait, nous pouvons espérer bien plus encore, et la lecture de son travail nous a offert beaucoup d'intérêt et plaira également à tous les hommes qui attachent quelque prix aux progrès des sciences physiologiques et médicales.

VARIÉTÉS.

— ERRATUM. Par une erreur de composition, le nom de M. AMUSSAT a été omis en tête du mémoire sur un nouveau procédé d'anus artificiel qui commence notre dernier numero. Nos lecteurs attentifs auront aisément réparé cet oubli. — Quelques fautes d'impression ont été également commises; ainsi à la 5e colonne, au lieu de *Roussel*, lisez *Troussel*; et page 758, au lieu de *Descaux* lisez *Desault*.

— *OEuvres chirurgicales complètes de sir A. Cooper*, traduites de l'anglais avec des notes, par E. Chassaignac et G. Richelot, docteurs en médecine.

Les Œuvres chirurgicales de sir A. Cooper seront publiées par livraisons de 48 pages de texte, format grand in 8°, équivalant à neuf feuilles imprimées en caractères ordinaires, et de format in-8°, c'est-à-dire à 144 pages d'impression, paraissant le premier de chaque mois. Les livraisons, au nombre de 12 à 15, formeront un volume grand in-8°, de près de 800 pages, imprimé sur deux colonnes. Déjà cinq livraisons ont paru.

Le prix de chaque livraison est fixé à 1 fr. 25 c. pour Paris, et 1 fr. 45 cent. franc de port par la poste. Le prix de chaque livraison sera porté à 1 fr. 50 c, à partir du 1er janvier 1836.

On souscrit à Paris, chez M. Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 4.

Nous rendrons compte prochainement de cette publication.

— *Recherches sur les fièvres intermittentes* du nord de l'Afrique. Par F. C. Maillot, D.-M.-P., médecin des salles militaires de l'hospice civil de Douai, 1 vol. in-8°, prix 1 fr. 50 cent. Paris, J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis. Londres, même maison, 219, Regent-Street.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 50. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1835.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATION SUR UNE OPÉRATION DE VAGIN ARTIFICIEL PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS, PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ, suivie de quelques réflexions sur les vices de conformation du vagin, par J.-Z. Amussat. Lue à l'Institut dans la séance du lundi 2 novembre 1835.

(Premier article.)

Une jeune demoiselle allemande, âgée de 15 ans et demi, dans un état de santé très inquiétant, occasioné par l'accumulation des règles dans l'utérus, fut amenée à Paris par ses parens, et par le docteur Langenbecker, en février 1832.

Mon très regrettable ami Morère, médecin à Palaiseau, fut invité à donner son avis sur le choix des médecins à consulter. Il désigna MM. Boyer, Marjolin, Magendie et moi.

Le 27 février 1832, nous fûmes réunis en consultation.

Madame K..., la mère de la jeune malade, nous raconta qu'elle s'était mariée à 23 ans, et qu'elle avait eu d'abord deux grossesses très-pénibles; puis deux avortemens de deux garçons bien conformés; le premier avortement avait eu lieu à 6 mois, le deuxième à 5 mois environ. Neuf mois après la dernière fausse couche, elle devint grosse de la *jeune fille qui fait le sujet de notre observation*. Cette fois elle prit la résolution de se condamner au repos le plus absolu, dès qu'elle éprouverait quelque malaise; et elle ne tarda pas à exécuter ce qu'elle avait décidé. On lui fit prendre ensuite 5 ou 6 bains froids par semaine de 8 à 15° au dessus de 0; quelques-uns à 5 et même à 3°. On faisait en même temps des frictions avec l'eau-de-vie, des injections dans le vagin, avec le kina et l'alun; et on lui pratiquait une saignée au bras toutes les trois semaines, ce qui porta ces émissions de sang à 9 pendant toute la durée de sa grossesse, qui cette fois parvint à terme. L'accouchement fut heureux, et le travail ne dura que 2 heures et demie.

Depuis ce temps, madame K... a eu moins péniblement 3 enfans, deux garçons et une fille. Cette dernière est actuellement âgée de 16 ans, et n'est pas encore réglée, ce qui peut laisser quelque doute sur la conformation intérieure des organes génitaux; car les parties externes sont, dit-on, bien conformées.

Madame K... continuant ce qui était relatif à sa première fille, mademoiselle S. K..., sur laquelle il nous importait d'avoir des renseignemens très-détaillés, nous dit qu'elle parut bien conformée à sa naissance, et qu'elle se développa comme tous les enfans. Quant à son caractère, il n'était pas puéril, car elle préférait la société des personnes âgées à celle des enfans de son âge. Jusqu'à treize ans, cette jeune

Feuilleton.

HOPITAUX DE FRANCE ET D'ANGLETERRE; LEURS RESSOURCES ET LEURS CHARGES.

Il est peu d'institutions ayant le même but, destinées à produire les mêmes résultats, qui offrent des contrastes aussi frappans que les hôpitaux de France et d'Angleterre. Sous ce rapport, comme sous tant d'autres, on retrouve toujours les mêmes traits caractéristiques, les mêmes dispositions propres à chacune des deux nations, et la preuve de l'espace immense qui les sépare encore malgré la fréquence des communications et l'union qu'une politique bienfaisante tend à rendre permanente entre elles.

Sous quelque point de vue que l'on considère les établissemens de bienfaisance dont les deux pays sont couverts, on trouve toujours entre eux une différence notable; dans la manière dont les fonds destinés à soutenir sont obtenus, comme dans celle dont ils sont employés, dans leur construction et dans leur administration intérieure, aussi bien que dans le service médical. Quelques détails sur ces différens sujets ne seront pas sans intérêt.

En Angleterre les institutions de charité ne se forment pas autrement que les spéculations commerciales; l'esprit d'association, qui en France a si peu fait de progrès, y préside à la plupart des actes de bienfaisance; c'est par les moyens que fournit ce puissant levier, que de nouveaux hôpitaux sont élevés et que les anciens sont soutenus. Le gouvernement reste presque étranger à la fondation de ces établissemens, comme à leur entretien et à leur organisation intérieure. Nous allons indiquer en peu de mots les principales sources d'où proviennent les fonds destinés à les soutenir.

La plupart des hôpitaux possèdent soit des propriétés, soit des rentes sur l'état, résultat de dons spéciaux; il en est même dont les revenus provenant de cette origine sont très considérables. Ainsi les trois hôpitaux de Londres, Saint-Thomas, Saint-Barthélemi et Saint-Georges, jouissent, dit-on, d'un revenu fixe de 120,000 livres sterling (3 millions de francs).

La seconde source de revenu pour ces établissemens, celle qui, sans contredit, est la plus productive, provient de la cotisation des souscripteurs. Ces derniers, qui sont quelquefois très-nombreux, et qui appartiennent tous aux classes les plus aisées de la société, reçoivent, en échange des fonds qu'ils fournissent, des droits très-importans; le premier, c'est de pouvoir faire recevoir dans l'hôpital un certain nombre de malades, lequel varie suivant les localités et surtout suivant

personne avait joui d'une bonne santé; mais à cette époque elle éprouva de violentes coliques et des douleurs de reins qui durèrent plusieurs jours. Ces douleurs ressemblaient à celles de l'accouchement. Le premier accès eut lieu le 19 juin 1831 et dura 9 jours. Le deuxième accès se déclara 5 semaines après et dura un mois. Enfin elle eut successivement 6 accès en 8 mois.

Les médecins qui furent consultés crurent d'abord à une obstruction de quelques viscères de l'abdomen, et la traitèrent en conséquence. Mais un mois ou 5 semaines plus tard, les mêmes accidents s'étant renouvelés; et le ventre ayant acquis du volume, le médecin ordinaire de la malade, pensant « que tous ces phénomènes pouvaient dépendre » de quelque obstacle à l'écoulement des règles, demanda qu'un méde- » cin accoucheur fût consulté. Le docteur Langenbecker explora les » organes génitaux, et reconnut une imperforation de la vulve et une » absence du vagin. » Comme à chaque époque menstruelle, les accidens se répétaient et que le ventre augmentait de volume(1), il fut décidé que la jeune personne serait conduite à Paris, pour y être soumise à un nouvel examen, et à une opération si elle était possible. Après avoir écouté très-attentivement cet historique commémoratif donné par la mère, MM. Boyer, Marjolin, Magendie, Langenbecker et moi, nous procédâmes à l'examen de la malade. Voici ce qui fut constaté.

Constitution bonne, mais affaiblie; teint décoloré, le ventre distendu présente le développement de celui d'une femme parvenue au sixième mois de sa grossesse; il offre à sa partie inférieure une tumeur volumineuse, dure, sensible à la pression et qui semble être due à un développement de l'utérus. Toutes les parties extérieures de la génération sont parfaitement conformées. La vulve est bien configurée à l'extérieur; à l'intérieur il n'existe pas d'ouverture; la surface concave qui correspond à l'orifice du vagin est lisse et tapissée par une membrane muqueuse véritable; le méat urinaire très-apparent est situé beaucoup plus bas que d'ordinaire; il occupe presque le centre de la fossette que présente la vulve; une sonde droite introduite dans l'urètre, pénètre assez difficilement; il faut la diriger très-obliquement en haut et en avant, et l'urine n'en sort que lorsque la sonde a pénétré assez profondément.

Le doigt indicateur introduit dans le rectum, distingue facilement la sonde à travers des parties très-minces. En haut et en arrière, le doigt est arrêté par une tumeur volumineuse qui occupe toute l'excavation du bassin. Cette tumeur est tendue, fluctuante, à parois lisses et comme ballonnées.

Le diagnostic fut simple et facile. L'exploration répétée par tous les consultans donna à chacun d'eux la conviction qu'il y avait absence congénitale du vagin, et accumulation des règles dans l'utérus depuis l'âge de puberté, c'est-à-dire depuis deux ans et demi. Il était évident que l'urètre, la vessie et le rectum étaient soudés, et que le vagin *manquait absolument*, au moins *dans les 2/3 inférieurs de son étendue*; que ce vice de conformation était *congénital*, c'est-à-dire que rien ne pouvait faire soupçonner que la soudure eût eu lieu depuis la naissance, et qu'en un mot il n'y avait point de membrane muqueuse collée dans l'espace interrompu de la vulve à la matrice, ou la poche énorme qui contenait très-probablement les règles accumulées puis deux ans et demi.

Le pronostic nous parut très-fâcheux, et chacun de nous l'exprimant à sa manière, dans des conversations particulières, demandait à son voisin ce qu'il y avait à faire dans un cas si grave et si pressant, car l'utérus était énormément distendu; à chaque époque menstruelle il y avait des accidens fâcheux, des efforts d'expulsion, et la matrice pouvait se rompre dans l'abdomen, comme cela est arrivé quelquefois en pareil cas, en donnant lieu à une mort subite : Debaen et Boyer en citent des exemples.

Pendant que je me livrais à une foule de réflexions sur la difficulté ou l'impossibilité d'une opération, dans un cas si grave, chez une jeune fille si intéressante; je cherchais dans ma mémoire quelques faits analogues, et ce qu'en disent les auteurs. Ma pensée s'arrêta d'abord sur deux faits d'imperforation de la vulve, sur deux jeunes filles chez lesquelles j'avais réussi à rétablir la voie naturelle fortement soudée, plutôt par la déchirure, ou la traction, que par le secours du bistouri(1); lorsque M. Boyer me dit que, comme le plus jeune, c'était à moi de parler le premier. Ne me trouvant pas préparé, je fus un peu surpris et même embarrassé : j'aurais bien mieux aimé parler le dernier......

Cependant, après avoir établi que le vice de conformation du vagin consistait dans une absence congénitale de cet organe, par soudure de l'urètre, de la vessie et du rectum; je dis, tant bien que mal, que peut-être il ne serait pas convenable de chercher à séparer ces organes avec le bistouri; que d'ailleurs, dans deux cas d'imperforation de la vulve, j'avais réussi beaucoup mieux en distendant ou déchirant les tissus au lieu de me servir de l'instrument tranchant; et que, dans cette circonstance, on pourrait peut-être essayer de dédoubler l'urètre d'avec la vessie et le rectum; dilater l'ouverture avec de l'éponge préparée, et attaquer la tumeur par cette voie, si l'on pouvait parvenir jusqu'à elle.....

M. Boyer m'interrompit, en m'engageant à arriver au fait. Un peu déconcerté par cette marque d'impatience de M. Boyer, et par la conviction où il paraissait être qu'il n'y avait rien à tenter, je terminai en disant que je ne pensais pas qu'on pût faire l'opération avec le bistouri.

M. Boyer donna la parole à M. Magendie. Ce praticien dit qu'il pensait qu'on devait chercher à débarrasser l'utérus en faisant une ponction avec un trois-quarts par le rectum.

M. Marjolin dit qu'il partageait entièrement l'opinion de M. Magendie.

M. Boyer prenant alors la parole dit : Moi, messieurs, je pense qu'il n'y a rien à faire. C'est une jeune fille perdue. Toutes celles qui étaient dans le même cas sont mortes des suites de la maladie, ou des opérations qui ont été tentées pour les sauver; alors il cita longuement des exemples tirés des auteurs, et il insista plus particulièrement sur quelques cas récens connus de lui et de M. Marjolin, dans lesquels un chirurgien célèbre, en voulant désunir, à l'aide d'un bistouri, les

(1) Ces incommodités ressemblent assez, comme on le voit, à celles qui se manifestent pendant la grossesse; aussi est-il souvent arrivé que les jeunes filles qui étaient dans ce cas ont passé pour être enceintes, quoiqu'elles n'eussent pas en elles les conditions nécessaires pour le devenir.

(1) J'ai aussi observé plusieurs fois chez de jeunes garçons la soudure du prépuce avec le gland; et j'ai également détruit cette adhérence par ce procédé de déchirure ou décollement.

le montant de la souscription. Il est facile de concevoir combien ce droit est important pour les personnes qui ont de nombreux domestiques dans un pays où les honoraires des médecins sont bien plus élevés, et les frais des médicamens beaucoup plus considérables que parmi nous.

Le second droit que donne la souscription, c'est de fixer la destination des fonds qui appartiennent à l'établissement, de régler son organisation intérieure, de nommer aux places. Ainsi les médecins, le directeur, le chapelain et les autres postes moins élevés sont distribués par les gouverneurs. Cette prérogative est d'une haute importance, et il est arrivé plus d'une fois qu'on en a abusé d'une manière déplorable. On se rappelle encore qu'à Liverpool, il y a quelques années, les gouverneurs de l'infirmerie privèrent de sa place le docteur Baird qui en était médecin, pour avoir pratiqué le toucher chez une femme qu'il soupçonnait atteinte d'une affection de l'utérus. Ce zèle aveugle pour tout ce qui concerne la religion et les mœurs, et qui rappelle le puritanisme du temps de Cromwell, est encore plus répandu en Angleterre qu'on ne le croit généralement. Ainsi, à peu près à la même époque, quand le parlement s'occupait du bill relatif à l'âge auquel les enfans peuvent travailler dans les manufactures, un des médecins chargés d'examiner dans une grande ville industrielle l'influence qu'exerce le travail sur le développement des enfans en bas âge, fut sur le point d'éprouver le même sort que le docteur Baird, pour avoir voulu examiner la taille d'une fille qu'il supposait déviée.

Tous les ans et même plusieurs fois par an, dans quelques localités, les souscripteurs se réunissent à un banquet dans une grande salle ménagée exprès dans la plupart des hôpitaux, et là ils reçoivent les comptes des directeurs et les ratifient; mais le but principal de ce banquet, c'est d'obtenir de nouvelles souscriptions; et à la fin du repas le livre des gouverneurs est présenté à chacun des convives, qui y écrit son nom et la somme pour laquelle il souscrit. Il est facile de calculer quelle influence doivent exercer, dans cette circonstance, l'exemple et l'amour-propre.

Dans la plupart des paroisses, on accorde à l'hôpital une subvention prise sur le produit de la taxe des pauvres, et qui ordinairement est proportionnée au nombre des malades pauvres que fournit la paroisse.

Enfin, quand toutes les autres ressources sont insuffisantes, c'est au prêtre qu'il appartient de rappeler, du haut de la chaire, les besoins de l'hôpital; et son appel est promptement suivi d'une abondante récolte, surtout quand il s'adresse à quelque secte différente de la religion anglicane.

Après les gouverneurs vient dans la hiérarchie de l'administration intérieure des hôpitaux anglais, le directeur qui réunit en lui seul toute l'autorité administrative. Cependant on aurait tort de penser qu'il n'est soumis à aucune espèce de surveillance, et qu'il pourrait facilement abuser de son pouvoir. Il existe entre lui et les gouverneurs un comité nommé par ces derniers, choisi parmi eux, et qui est chargé spécialement de la discussion des intérêts les plus importans et de l'emploi des fonds d'après les bases convenues dans les réunions générales. D'ailleurs bien que le gouvernement ne se mêle pas de la direction des hôpitaux, l'autorité administrative n'y est pourtant pas étrangère. Ainsi à Londres, le lord-maire, les schérifs et les aldermen sont tous, de droit, et indépendamment de toute souscription, gouverneurs des hôpitaux de la capitale.

La libéralité des classes riches a permis en Angleterre d'élever, même dans les comtés les plus éloignés, de nombreux hôpitaux qui, sous le rapport de la ventilation et de la propreté, laissent peu à désirer. La plupart possèdent des bâtimens

organes soudés, avait pénétré dans la vessie; et les malades étaient mortes peu de jours après.

Il termina en disant qu'il ne fallait rien faire.

Peu d'instans après, M. Boyer répéta avec tous les ménagemens possibles, aux parens de la jeune fille, ainsi qu'à M. Langenbecker, ce qu'il nous avait dit en consultation particulière. Cependant MM. Magendie et Marjolin ajoutèrent qu'il fallait *me laisser explorer de nouveau.*

Immédiatement après cette consultation, je m'efforçai de consoler les parens que la déclaration de M. Boyer avait profondément affligés. M. Langenbecker me seconda puissamment; d'ailleurs il avait saisi ma proposition et il l'adoptait pleinement.

Alors je développai largement et plus à mon aise l'opération que je projetais; surtout en pensant, suivant l'affirmation de M. Boyer que cette malheureuse jeune personne était vouée à une mort certaine.

Il fut ensuite convenu avec les parens et le docteur Langenbecker, qu'une nouvelle exploration relative à l'exécution de l'opération que je proposais aurait lieu le lendemain. Un bain, un lavement et un cataplasme sur la vulve furent prescrits à la jeune fille fatiguée par cette longue séance, plus pénible encore au moral qu'au physique.

Le 29, après avoir bien établi de nouveau mon opinion devant les parens et M. Langenbecker, qui partageait mon opinion, nous essayâmes de faire comprendre à notre intéressante malade ce que nous nous proposions de faire; mais elle était si émue qu'elle ne pouvait nous prêter son attention. M. Langenbecker et moi nous fîmes une nouvelle exploration. Nous écartâmes fortement les grandes lèvres, et, en tirant de même en bas le périnée, nous remarquâmes que l'urètre s'entr'ouvrait largement, et qu'on voyait alors dans ce canal comme dans le conduit auditif.

Immédiatement après l'exploration, je cherchai à exécuter ce que j'avais proposé. D'abord je plaçai l'extrémité du manche d'une grosse sonde droite au-dessous de l'urètre, là où l'ouverture du vagin aurait dû se trouver. J'appuyai un peu fortement dans la direction de la soudure, comme pour faire un trou; je fis de même avec le petit doigt, après avoir mis un autre doigt dans le rectum pour me guider; je poussai un peu fort le petit doigt que j'avais posé sur la fossette de la vulve; cette manœuvre fut douloureuse, mais elle eut plus de succès que je n'en attendais. L'impression de mon doigt resta. Je recommençai la même manœuvre; cette fois je pinçai le périnée avec un doigt dans l'anus et le pouce dans la vulve, et je tirai cette partie en arrière, pendant que j'enfonçais mon petit doigt; et, en tirant en haut, ou en élévant l'urètre, de sorte que je faisais deux tractions en sens opposé, dans le but de désunir les parties soudées, je crus sentir que les tissus cédaient ou obéissaient à mes tractions. Il resta un trou sans déchirure ni effusion de sang. Pour conserver cette dilatation, je plaçai dans ce petit enfoncement en forme de doigt de gant une éponge préparée qui fut maintenue et renouvelée avec soin chaque fois qu'elle était ramollie ou dérangée. La jeune malade nous secondait de tout son pouvoir, car la pression de l'éponge était très douloureuse au commencement, parce qu'elle était desséchée et fort dure. Encouragée par ce premier essai qui nous donnait déjà un peu de confiance, mademoiselle S... était bien décidée le 2 mars, à nous laisser continuer, et même à ne pas crier; mais la douleur lui faisait oublier sa résolution. Profitant de cet enfoncement conservé et dilaté par l'éponge, j'y introduisis deux doigts pour le distendre davantage et désunir l'urètre d'avec le rectum. Ce décollement fut très douloureux, mais profitable. Je sentis que la soudure cédait, et il y eut un véritable éraillement ou division de la muqueuse, et par conséquent, une effusion de sang. La dilatation fut continuée avec l'éponge préparée.

Le 3 mars, on renouvela la même manœuvre que les jours précédens; de plus, après avoir placé les deux doigts indicateurs de telle sorte que les ongles se touchaient et les doigts formaient un angle aigu; pendant que la malade faisait avec courage des efforts d'expulsion, je poussai mes deux doigts en haut, en même temps que je cherchai à agrandir l'angle, en repoussant le rectum en bas et l'urètre en haut; cette nouvelle manœuvre était fort douloureuse mais très-efficace. L'éponge préparée fut employée à maintenir ce qui avait été obtenu.

Le 4 mars, la même manœuvre que le jour précédent fut employée avec beaucoup de succès, c'est-à-dire que je parvins à désunir une grande étendue de la soudure en ayant soin de me guider par une sonde dans l'urètre et un doigt dans le rectum. Quoique j'eusse déchiré au moins un pouce de l'adhérence, il s'écoula fort peu de sang. La déchirure fut encore maintenue avec de l'éponge préparée.

Le 5 mars, j'employai encore le même moyen, et j'arrivai promptement au but, c'est-à-dire à la tumeur, ou plutôt, très-probablement, à l'utérus distendu par l'accumulation des règles. Il devenait inutile alors d'aller au-delà. Je sentis distinctement qu'on risquait d'aller trop loin en arrière, et en avant de la tumeur.

Le lendemain, la jeune demoiselle voulut se reposer et sortir. C'était le jour du mardi gras, elle fit une promenade en voiture.

Le 7 mars au matin, la jeune malade était moins résolue que de coutume. Elle avait passé une mauvaise nuit, suite d'une digestion pénible de fruits qu'elle avait mangé la veille.

Comme les jours précédens, pour faire pénétrer une sonde dans la vessie, il fallut en diriger le bec vers l'ombilic. Le doigt indicateur, introduit dans le rectum, put reconnaître encore une tumeur volumineuse, arrondie, fluctuante, remplissant la cavité du bassin. Le diamètre du conduit artificiel semble s'être rétréci. L'introduction du doigt dans ce conduit est plus douloureuse qu'à l'ordinaire; il est serré. Ce changement provient de ce que, la veille, on n'a pas dilaté avec de l'éponge préparée. Le doigt qui pénétrait le 5, jusqu'à la profondeur de deux pouces et demi et plus, dans le conduit artificiel, n'entre plus que jusqu'à deux pouces. Il est vrai que le toucher eut lieu debout; et dans ce cas, était-ce le vagin artificiel qui s'était raccourci, ou la tumeur qui s'était avancée? quoi qu'il en fût, à cette profondeur on distinguait une tumeur dure, arrondie comme le col de l'utérus; mais il n'existait pas d'ouverture au centre. Un examen avec un petit spéculum ne fournit aucune donnée nouvelle. La longueur des éponges fut diminuée.

(Bain entier, potion diacodée, nourriture légère.)

Le 8 mars, la nuit a été fort agitée, la malade est mal disposée, l'éponge a occasioné beaucoup de douleur, et a déterminé du spasme. Le doigt indicateur est de nouveau introduit pour explorer le conduit artificiel qui paraît plus court encore que la veille. La tumeur est évidemment rapprochée de la vulve, et, dans les mouvemens d'expulsion faits par la malade, elle semble descendre d'avantage et repousser le

---

neufs élevés pour cet usage, et qui, s'ils n'offrent pas toujours la commodité que l'on s'attendrait à y trouver, présentent dans leur tenue intérieure une espèce de luxe qui, en définitive, doit toujours tourner au profit des malades. Les lits y sont presque partout en fer; les portes, dans toute leur hauteur, et les murs jusqu'à celle de trois pieds, y sont peints à l'huile, et le reste au badigeon; et ces peintures sont renouvelées tous les ans.

Les malades ne reçoivent de l'hôpital que les draps, les rideaux et les alaises nécessaires pour le traitement; et ils sont obligés de se fournir le linge de corps et les vêtemens qui ne sont point uniformes, comme dans les hôpitaux de Paris.

Il y a en Angleterre peu d'hôpitaux spéciaux, cependant dans la plupart des grandes villes il y a un hôpital destiné spécialement aux malades atteints de fièvre (fièvres continues et fièvres éruptives); et à Londres il y a en outre un hôpital uniquement destiné aux varioleux; plusieurs établissemens pour les femmes en couches et une infirmerie pour les maladies des yeux. On compte encore un grand nombre d'asiles pour les aliénés, et dans toutes les paroisses il y a une maison de travail (work-house) qui ne tient lieu que très-imparfaitement des hospices destinés en France aux vieillards.

Il n'existe point en Angleterre de corps religieux; par conséquent le service intérieur des hôpitaux y est toujours fait par des employés à gage qui, s'ils ne présentent pas le dévouement avec lequel les sœurs de Charité prodiguent leurs soins aux malades de nos hôpitaux, peuvent être choisis à la volonté du directeur et des médecins, et sont plus complétement soumis à leur surveillance. Leurs soins y sont rétribués comme ils le seraient dans d'autres positions, et ils diffèrent tout-à-fait sous ce rapport des infirmiers des hôpitaux de Paris qui reçoivent des gages évidemment inférieurs à ce qu'ils devraient attendre de la nature de leur travail et de la force dont ils ont besoin pour s'en acquitter.

Le service médical est fait dans les hôpitaux anglais par les médecins et les chirurgiens qui sont surtout secondés par les pharmaciens de l'établissement; cependant depuis quelques années les prérogatives dont jouissait ce dernier ont été singulièrement restreintes, et il existe des hôpitaux où il n'exerce que les fonctions qui sont réellement inhérentes à sa charge.

Les médecins et les chirurgiens ne font leurs visites que de midi à deux heures; leurs honoraires sont peu élevés, excepté ceux des chirurgiens internes dans quelques hôpitaux de province; mais à Londres les honoraires des médecins et des chirurgiens sont surtout augmentés par les droits que paient les élèves qui suivent les cours de clinique. Ainsi à St Barthelemy les internes (house surgeons) paient cent guinées; les externes (dressers), trente; et les élèves qui suivent seulement les cours, de vingt à vingt-cinq. On assure que M. Laurence se fait de son cours de chirurgie de deux à trois mille livres sterling (de 50 à 75 mille francs).

Cependant cet état de choses ne peut se prolonger beaucoup; le bill préparé par M. Warburton sur la réforme médicale et qui est vivement réclamé par tout le corps médical et spécialement par le docteur Wakley, le rédacteur de la *Lancet* et membre du Parlement, sera, dit-on, présenté cette année aux chambres, et enveloppera dans la réforme générale les hôpitaux et les autres établissemens de bienfaisance. Déjà l'enquête qui a été faite sur une très-grande proportion et dans laquelle on a entendu les principaux médecins et chirurgiens de la capitale, est achevée depuis long temps; et cette réforme médicale, tant de fois demandée depuis cinq ans et qui n'a été repoussée que par quelques personnes intéressées aux abus qui existent aujourd'hui, ne peut tarder à être obtenue.

doigt. Dans ces mêmes momens d'expulsion, la tumeur touchée, par le rectum, se rapproche de l'anus, et ses parois très-distendues paraissent extrêmement minces.

Le 9 mars, la malade a passé une assez bonne nuit. Après m'être assuré par l'introduction du doigt dans le conduit artificiel, que la tumeur était à peine à 2 pouces de la vulve, et après avoir, par le cathétérisme, acquis la conviction qu'elle était indépendante de la vessie; assisté seulement du docteur Petit, mon beau-frère, je me décidai à faire l'opération définitive, que je pratiquai à 11 heures et demie du matin, de la manière suivante.

La malade étant assise sur le bord de son lit, les jambes fléchies et soutenues sur deux chaises, je fis écarter autant que possible les grandes lèvres. J'introduisis alors jusqu'à la tumeur, par le conduit artificiel, l'indicateur de la main gauche qui me servit à guider un petit sytlet trois-quarts, que je fis pénétrer de plus de six lignes dans cette tumeur, dont les parois me semblèrent formées en cet endroit par un tissus fort dur et de plusieurs lignes d'épaisseur.

Je parvins néanmoins dans la cavité de la poche, puis qu'après avoir retiré l'instrument, il sortit quelques petits filets d'un sang noir épais. Comme j'avais inutilement essayé d'enfoncer la canule du stylet trois-quarts dans la tumeur, et que d'ailleurs cette canule étant fort étroite n'aurait pu donner issue qu'à une très-petite quantité de sang, j'eus recours au bistouri. Après avoir de nouveau constaté la position de la vessie et du rectum, je pris un bistouri droit à lame étroite, garni de linge dans les 5/6 de son étendue, ayant la pointe entourée par une boulette de cire. Je le fis pénétrer à plat, sur le dos de mon doigt indicateur, jusqu'à la tumeur dans laquelle je le plongeai. Les tissus qu'il traversa étaient extrêmement durs. Il sortit alors du sang épais, noirâtre, gluant, qu'on ne peut mieux comparer qu'à du chocolat à l'eau fort épais. J'espérais pouvoir forcer à l'aide de l'ongle l'ouverture que j'avais pratiquée avec le bistouri; mais la dureté des tissus s'y opposant, je repris mon bistouri et j'agrandis transversalement l'ouverture. Au même instant il sortit un flot de sang gluant. Je pus alors introduire mon doigt indicateur, et je reconnus une large poche à parois dures et lisses, analogue à celle que l'on touche à l'intérieur de la matrice après l'accouchement; mais la douleur fut si vive et si insupportable que la malade eut un accès de désespoir. Le doigt ayant été promptement retiré, je débridai à droite et à gauche avec mon bistouri boutonné, et il sortit de 10 à 12 onces de ce sang noirâtre, gluant, dont nous avons déjà parlé. La tumeur du ventre parut alors diminuer sensiblement.

Je voulus ensuite explorer de nouveau la cavité de cette tumeur, pour m'assurer si j'étais dans l'utérus ou dans la partie supérieure du vagin; mais les douleurs que cette exploration faisait éprouver à la malade m'obligèrent à cesser avant d'avoir acquis cette certitude.

Après avoir retiré mon doigt, je plaçai dans l'incision, c'est-à-dire jusque dans l'utérus, une grosse canule en gomme élastique entourée de linge et bouchée à son extrémité antérieure; cette canule fut fixée par des cordons attachés à un bandage de corps.

La malade replacée sur son lit passa bien le reste de la journée; elle demanda même à prendre un bouillon à l'heure du dîner. Le sang continua à couler autour de la canule mais lentement. La malade urina plusieurs fois sans souffrir; l'urine était ordinaire. Une simple boisson délayante et une potion calmante furent prescrites. Le 10 mars la nuit fut assez calme. Il y eut une grande tendance à l'assoupissement. A onze heures du matin, le pouls est devenu fréquent, quoique la chaleur de la peau soit modérée. La malade est faible et toujours assoupie. Deux injections sont pratiquées dans la cavité de la tumeur et entraînent avec elles encore un peu de sang glaireux; il s'en est écoulé depuis l'opération environ 2 livres. Dans la soirée, fréquence extrême du pouls, peau chaude, assoupissement. Cependant il ne se manifeste aucune douleur dans le ventre. La région hypogastrique s'est affaissée; l'intelligence est intacte. (Diète absolue, boisson acidulée, changement de lit. Ayant essayé d'introduire inutilement une canule de buis, on a remis la même.)

Le 11 mars, la nuit a été meilleure qu'on ne l'espérait; cependant la fièvre et l'assoupissement ont continuellement augmenté dans la soirée; on supprime la canule à 10 heures. Vomissement glaireux, selles bilieuses *précédées de tranchées violentes*, et de l'expulsion d'une grande quantité de gaz; sentiment de brûlure tout le long de l'œsophage.

Le 12 mars, prostration des forces, pouls faible, petit, très-fréquent. Douleur abdominale très-vive, particulièrement vers la fosse iliaque gauche, et le creux de l'estomac qui est bombé et douloureux; envies de vomir; assoupissement presque continuel, intelligence intacte cependant. M. Magendie appelé en consultation trouve l'état de la malade fort grave. On remplace les tisanes acidulées par des boissons mucilagineuses. Dix sangsues furent appliquées sur la fosse iliaque gauche; quand elles furent tombées, il y eut une amélioration sensible. La fièvre et l'assoupissement diminuèrent; les envies de vomir disparurent, la malade accusait un sentiment de chaleur dans l'œsophage.

Pour faciliter la sortie des gaz qui la tourmentaient, on introduisit une canule de gomme élastique dans le rectum. Le soir, sur la proposition du docteur Sichel, on fit sur le ventre des frictions avec deux gros d'onguent mercuriel.

Le 13, la nuit a été assez bonne. Le ventre est toujours douloureux, (frictions mercurielles de deux gros). Sur la demande de la malade elle-même, j'examinai les parties opérées; je reconnus que la suppuration était établie, qu'elle était même assez abondante. Vers le milieu de la journée la fièvre s'alluma; il survint des nausées. J'appliquai moi-même quinze sangsues sur la fosse iliaque gauche, *où l'on sentait une dureté* qui s'étendait en haut vers l'épigastre.

La malade était si faible qu'on fut forcé d'arrêter promptement l'effusion du sang. Dans la soirée l'on fit deux frictions de deux gros d'onguent mercuriel.

Le 14, la nuit a été assez bonne. La malade est moins faible; on la change du lit vers le soir; la fièvre a diminué. Il se manifeste quelques symptômes hystériques. J'introduisis une sonde dans le vagin artificiel pour l'entretenir ouvert. Je parvins à toucher l'utérus par le rectum; il me parut dur et volumineux.

Le 15, même état.

Le 16, à deux pouces de l'anus et dans la direction de l'utérus, le doigt fait reconnaître un corps dur. La salivation qui s'était manifestée après quelques frictions est arrêtée.

Le 17, il y eut quelques évacuations bilieuses qui affaiblirent la malade. J'introduisis dans le vagin artificiel une sonde flexible portant

Il existe même déjà à Londres un établissement où l'on a cherché à appliquer quelques-uns des principes sur lesquels doit être basée la réforme que l'on attend, c'est l'hôpital de l'Université de Londres. Pour ne point faire l'histoire de cette Université dont le succès a été retardé pour divers motifs qu'il serait trop long d'expliquer, nous rappellerons seulement que l'hôpital qui y a été ajouté a été élevé tout récemment, et que malgré l'opposition la plus vive de quelques organes de la presse médicale et de la plupart des personnes qui sont intéressées à la conservation des autres écoles, il offre aujourd'hui toutes les chances d'un bel avenir. Destiné à contenir 150 malades, déjà il peut en recevoir plus de cent et le nombre des élèves qui suivent les cours qui y sont faits par des hommes de talent parmi lesquels nous nommerons Elliotson et Thompson pour la médecine et Liston et Samuel Cooper pour la chirurgie, est déjà plus considérable que dans aucune des autres écoles de Londres. Mais aussi l'organisation y est toute différente de ce qu'elle est dans les autres hôpitaux.

Les internes et les externes y sont nommés par concours comme dans les hôpitaux de Paris et conséquemment ne paient rien. Quand aux autres élèves, ceux qui veulent suivre les cours de clinique médicale et chirurgicale, le peuvent en payant 18 guinées qui sont appliqués au service de l'hôpital, car les médecins et les chirurgiens de cet hôpital ne touchent point d'honoraires et ne reçoivent que ceux qui leur sont payés pour les cours qu'ils font à l'université.

Les hôpitaux anglais n'étant point sous la surveillance directe du gouvernement, manquent d'un point central, où l'on puisse faire les recherches de statistique, qui ont acquis tant d'importance depuis quelques années et dont nous trouvons un beau modèle dans les *Documens statistiques de la France* que vient de publier M. le ministre du commerce.

Au milieu d'un grand nombre de tableaux d'une haute importance pour les hommes qui s'occupent de statisque, plusieurs sont consacrés à exposer la situation financière des hôpitaux et hospices de la France en 1833, recherches qui ont d'autant plus de valeur qu'elles n'avaient point encore été faites, et qu'elles permettent de comparer entre eux les départemens sous le rapport du nombre de leurs hôpitaux et de leurs ressources.

Le nombre de tous les hôpitaux existans en France en 1833 était de 1329, et leur revenu en masse, en y comprenant les revenus des propriétés et des rentes sur l'état et les particuliers, les subventions des conseils du département ou des communes, les dons et les legs et le produit du travail des individus, a été de 51,222,000 francs; tandis que leurs dépenses ne se sont élevées qu'à 48,842,000 francs. Considérée sous ce point de vue, la situation financière de ces établissemens ne laisse donc rien à désirer.

Le nombre des individus admis pendant le cours de la même année, soit dans les hôpitaux, soit dans les hospices, s'est élevé à 425.049. Si nous y ajoutons les 154,253, qui s'y trouvaient au premier janvier, nous verrons que 579,292 Français ont en 1833 reçu des secours dans les hôpitaux, c'est-à-dire à peu près un habitant sur 57, et que chacun de ces individus a occasioné une dépense d'environ 84 francs.

Cette masse énorme de secours n'est pas, comme on le pense bien, également répartie sur tous les points de la France. Le département de la Seine, dont la population (935,000 habitans) équivaut à peine à la trente-cinquième partie de la population de tout le royaume, a absorbé à lui seul 10,054,000 fr., c'est-à-dire plus du cinquième de la somme totale. Mais si nous nous rappelons combien de malades viennent des départemens réclamer les secours de l'art dans les hôpitaux

une petite arrête à deux pouces de son extrémité, pour qu'elle se tînt en place.

Le 18, mademoiselle S... est toujours triste, abattue, et dans un état de langueur entretenu par une petite fièvre continue. Je n'ai pas introduit de sonde dans le vagin artificiel, de crainte que le corps étranger ne l'irritât, et ne fût pour quelque chose dans la production de la fièvre.

Il y a eu dans la journée trois selles bilieuses; et tout à coup, *la malade a rendu par l'anus une assez grande quantité de sang en tout semblable à celui qui était sorti après l'opération.* Le même phénomène se répéta plusieurs fois les jours suivans.

Du 18 mars au 1er avril, le mieux se soutint; cependant il y avait toujours de la faiblesse et un peu de fièvre le soir. Plusieurs fois la malade rendit du sang noir par l'anus. A l'aide de canules de plus en plus grosses, je dilatai le vagin artificiel, et je m'assurai que la tumeur qui occupait l'hypogastre, et surtout la fosse iliaque gauche, diminuait considérablement, et que l'utérus revenait à son état normal.

Le 1er avril, la nuit fut mauvaise; le matin je trouvai les régions épigastrique et hypogastrique douloureuses. Il y avait de la fièvre et des envies de vomir. Cinq sangsues furent appliquées sur chaque point douloureux, et après leur chute, on fit sur le milieu du ventre dans le courant de la journée deux frictions mercurielles de deux gros.

Le 2 avril, amélioration très-sensible. M. Magendie appelé en consultation trouve la malade dans un état satisfaisant. Le 6 avril l'appétit se fait sentir et la convalescence commence. Dès lors mademoiselle S... alla de mieux en mieux, et elle quitta Paris le 23 avril, pour retourner sur les bords du Rhin où elle habite.

En quittant la capitale, mon intéressante malade était très-faible et extrêmement maigre; c'était pendant la plus grande intensité du choléra (1832).

Plusieurs fois elle entendit crier sous ses fenêtres les bulletins de cette affreuse épidémie; mais on parvint à lui persuader qu'ils étaient relatifs au choléra des pays étrangers. Elle a quitté Paris sans se douter des ravages qu'avait exercés cette cruelle maladie pendant qu'elle était au lit, et sans avoir connu l'inquiétude que nous avions eue qu'elle n'en fût prise. Moi-même j'en fus atteint, et il fut fort difficile de lui cacher la cause de ma maladie. Le docteur Langenbecker, qui vint la chercher, fût pris à Metz, en la ramenant, d'une forte cholérine.

Les détails très circonstanciés qui suivent m'ont été fournis par la mère de la malade.

« Pour partir de Paris, dit madame K..., on porta ma fille dans la voiture; c'était le 23, et le 25, en arrivant à Metz, elle monta seule l'escalier. Trois jours après être arrivée au terme de son voyage, ses règles parurent dans les vingt-quatre heures, mais le sang était pâle et ne coula que jusqu'à midi. Dix jours plus tard il y eut une nouvelle éruption qui ne dura que six heures. Une interruption eut lieu ensuite jusqu'au mois de juillet. Vers cette époque elle ne se portait pas bien; elle avait souvent mal au ventre, au dos, sous les côtes, surtout lorsqu'elle avait fait une promenade à pied, en voiture, ou sur un âne. C'est à la suite d'une promenade de cette dernière espèce qu'elle ressentit des douleurs plus fortes qu'à l'ordinaire. Ces douleurs durèrent toute la nuit, et s'apaisèrent vers le jour. Alors elle se plaignit d'une douleur très-vive, analogue à la piqûre faite par la pointe d'une aiguille. Quelques heures après, les règles vinrent avec une grande force. Il sortit une quantité de sang épaissi, semblable à des morceaux de foie. Vers le milieu du jour le sang prit une couleur et une consistance ordinaires, et les règles véritables coulèrent de la sorte pendant trois jours. »

L'état de la jeune personne fut à peu près le même jusqu'au mois de septembre. A cette époque, *des douleurs semblables à celles qu'elle avait ressenties avant l'opération* se renouvelèrent et durèrent trois jours, pendant lesquels on employa des sinapismes appliqués sur les jambes. Les règles parurent et durèrent trois jours, mais c'était du sang glaireux et de mauvaise nature. Au mois d'octobre il y eut du malaise et des indispositions. Au mois de novembre elle devint sérieusement malade; l'usage des synapisme n'eut pas le résultat avantageux ordinaire; la malade paraissait menacée de convulsions. Des sangsues appliquées aux jambes la soulagèrent beaucoup. Le lendemain les règles se montrèrent; le sang sortit encore en caillots, mais moins gros que la dernière fois. Au bout de quatre jours un refroidissement suspendit brusquement le cours du sang. Il y eut de la fièvre; la langue devint sèche; le ventre tendu et douloureux. Des frictions mercurielles furent faites sans résultat. La mère dit alors qu'il lui semble que sa fille avait la même maladie qui s'était déclarée à Paris quatre ou cinq jours après l'opération. On appliqua douze sangsues sur le ventre et l'on fit des frictions mercurielles. Bientôt la malade se trouva soulagée, et s'endormit d'un profond sommeil qui dura deux heures et se répéta le soir. A dater de ce jour, elle alla de mieux en mieux jusqu'au 26 décembre. A cette époque menstruelle, il y eut de nouvelles douleurs, auxquelles on opposa avec bonheur une application de douze sangsues. Quelques jours après il y eut une amélioration très-prononcée, et la santé se rétablit si bien, qu'à dater du mois de février 1833, la jeune personne devint gaie; elle désira les plaisirs de son âge, et en particulier la danse à laquelle elle se livra quelquefois pendant quatre et cinq heures de suite, sans que cela changeât rien à la bonne santé.

Depuis ce temps, les règles sont revenues régulièrement tous les vingt-six jours sans la moindre douleur, et jusqu'à ce jour sans interruption; l'écoulement dure trois jours, mais le sang est peu abondant. Dès que les règles ont été bien établies, j'ai considéré la guérison comme parfaite. Toutes les fonctions ont pris leur essor; et à une maigreur extrême a succédé un embonpoint et une fraîcheur remarquables.

Cinq séances ont été employées à dédoubler l'urètre et la vessie du rectum, pour arriver à la tumeur; et j'ai hésité encore trois jours. J'aurais pu sans doute procéder plus hardiment, peut-être même faire toute l'opération préliminaire dans une seule séance, et pratiquer la ponction de l'utérus immédiatement après; mais quand on pratique une opération nouvelle, quand on marche dans une voie inconnue, on ne va pas si vîte, on n'est pas si hardi. Du reste j'ai réussi; et en agissant autrement peut-être n'aurais-je pas été aussi heureux.

J'ai été merveilleusement secondé par la nature, car la tumeur qui s'est ouverte dans le gros intestin pouvait abcéder dans le ventre, comme on en cite des exemples. Si j'avais échoué, on aurait certainement attribué à l'opération ce qui en était indépendant.

Les accidens formidables qui ont eu lieu doivent être attribués, selon moi, plutôt au travail inflammatoire qui a été déterminé par la nature, quelques jours après l'opération, pour établir une voie de com-

---

de la capitale, et combien d'ouvriers venus du dehors dans l'espoir d'y amasser quelque argent n'y trouvent que des maladies ou de graves accidens, on sera peu surpris de l'espèce de privilége dont semble jouir ici la ville de Paris.

Le département qui nous a paru le plus mal partagé sous le point de vue que nous examinons en ce moment, c'est celui de la Corse, où près de 600 malades, distribués dans trois hôpitaux, se sont partagé la modeste somme de 42,380 fr.

Les départemens qui offrent le plus de ressources après celui de la Seine sont ceux du Rhône, dont les recettes se sont élevées à 2,825,496 fr., de la Seine-Inférieure à 1,849,750 fr.

La recette pour le département de Vaucluse qui possède 70 hôpitaux ou hospices, ne s'est élevée qu'à 819,458 fr. et a suffi pour 10,128 individus.

Le total général des principales recettes s'est élevé aux sommes suivantes :

Produit des immeubles	12,166,495.
Rentes sur l'état	4,215,052.
Subventions et allocations	48,883,591.
Dons et legs	4,026,815.
Produit du travail	630,082.

Le produit du travail des individus n'a pas offert les mêmes résultats dans tous les départemens; celui où il s'est élevé le plus haut, est le département du Morbihan, où 66,800 fr. ont été gagnés par 1491 individus. Il en est, au contraire, beaucoup d'autres où cette recette a été nulle.

BAZAR CHIRURGICAL DE M. MÉLÉCOT.

Nous joignons à ce numéro le rapport que l'Académie royale de médecine a fait sur le bazar chirurgical de M. Mélécot. Nous avons visité récemment cet utile établissement, et nous croyons rendre service à nos confrères de Paris et des départemens en le leur faisant connaître avec quelques détails.

Le *bazar chirurgical* est, comme l'indique à peu près son nom, une exposition permanente et variée de tous les instrumens et moyens employés par la chirurgie. L'habile directeur de cet établissement y a rassemblé et classé avec méthode, tous les genres d'instrumens, d'appareils et de bandages, non-seulement pour toutes les maladies, mais encore pour toutes les grandeurs individuelles. Ainsi on peut trouver en tout temps et à toute heure dans ce vaste arsenal, les appareils pour fractures, les appareils à bains en général, les lits à opération, les lits mécaniques pour fractures. Parmi ces objets nous avons surtout remarqué les appareils de transports de malades à bras, consistant en brancards élastiques et en chaises à porteurs. L'administration n'a rien négligé pour rendre ce service commode, élégant, et véritablement confortable. Il peut faire 10 lieues de poste par jour.

L'académie a rendu justice à l'idée éminemment utile de M. Mélécot; tous les médecins ne peuvent que lui accorder leurs suffrages et l'encourager à développer son utile entreprise.

— *Le Médecin des femmes*, manuel pratique contenant la description des maladies propres aux femmes, et le traitement qui leur est applicable. Par le docteur d'Huc. Un beau volume grand in 18 de près de 500 pages. Prix 5 fr. Paris, librairie des sciences médicales de Just-Rouvier et E. Lebouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 8.

munication entre l'ovaire ou la trompe remplie de sang, ou tout autre tumeur indépendante de l'utérus ou de l'intestin; car il est évident que le sang qui est sorti par l'anus était de même nature que celui qui est sorti par le vagin artificiel. Cette supposition est d'autant plus vraisemblable, qu'il n'est pas rare que des abcès de l'ovaire ou des trompes se fassent jour par le rectum. J'en ai observé plusieurs exemples. Dans quelques-uns il y avait grossesse extra-utérine; les débris d'un fœtus furent rendus par l'anus, et les malades guérirent parfaitement.

Les accidens consécutifs qui ont eu lieu long-temps après l'opération sont évidemment dus au défaut de dilatation de la fistule vulvo-utérine, et particulièrement de l'ouverture artificielle pratiquée à l'utérus. On aurait sans doute prévenu ces accidens par une dilatation soutenue, mais ménagée; heureusement la nature a eu assez de force pour se frayer un passage à travers une ouverture trop rétrécie, et, dès que la libre circulation a été établie, les règles ont coulé librement et avec une périodicite remarquable. La santé générale s'est rétablie, et, dès lors, mademoiselle S... s'est aussi bien portée que si elle n'avait pas subi une opération aussi grave et éprouvée tant d'accidens.

C'est ce que j'attendais pour publier avec tous ses détails une opération chirurgicale d'autant plus remarquable, que toutes celles qui sont citées par les auteurs ont été constamment suivies de mort.

Il ne me reste qu'un regret, c'est que l'état grave de la malade ne m'ait pas permis de pousser assez loin mes investigations pour m'assurer que le corps que j'ai incisé était bien le col utérin, ou une cloison cartilagineuse semblable à celle que rencontra Dehaën sur une jeune fille qui n'avait point de vagin, et qui succomba après avoir été opérée par ce chirurgien. Il est évident pour moi que chez cette jeune fille il n'y avait pas de vagin, et par conséquent point de membrane muqueuse, en sorte que les membranes cellules des organes voisins étaient seules accolées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers de septembre et octobre contiennent : 1° des *recherches sur quelques-unes des causes qui hâtent ou retardent la puberté* par M. Marc d'Epine; 2° *recherches sur la dysenterie*, suite et fin, par M. Thomas, de Tours; 3° *observations sur la résection du corps de la mâchoire inférieure*, par M. Gerdy; leçon clinique recueillie par M. Beaugrand, interne; article non terminé; 4° *observations de deux accouchemens, les enfans présentant le bras*, par M. Bisson; 5° *recherches sur l'état du pouls, de la respiration et de la température du corps dans les maladies, et sur les rapports qui existent entre ces divers phénomènes*, par A. Donné; 6° *recherches sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la compression et de la raréfaction de l'air, tant sur le corps que sur les membres isolés*, par Th. Junod; 7° *mémoire sur la péricardite*, premier article, par M. Hachette, interne; 8° *notice sur la méthode simple antiphlogistique dans le traitement de la syphilis*, par M. Devergie aîné; nous aurons occasion de traiter largement cette question en rendant compte du grand ouvrage du même auteur ayant pour titre : *Clinique de la maladie syphilitique*.

OBSERVATIONS DE DEUX ACCOUCHEMENS, LES ENFANS PRÉSENTANT LE BRAS. 1° Version céphalique, terminaison heureuse; 2° Version par les pieds, mort de l'enfant; par le docteur BISSON.

Lorsque l'enfant présente le bras, il est urgent, pour arriver à une issue heureuse, de remettre le fœtus dans une direction plus convenable. Mais faut-il ramener au détroit supérieur les pieds ou la tête? c'est une question qui a été tour à tour différemment résolue. Celse conseille de tirer l'enfant par la tête, mais il ne parle que du fœtus mort; Aëtius et Paul d'Égine conseillent indifféremment la version par les pieds ou la version céphalique. Guillemeau et Mauriceau suivaient, selon les circonstances, l'une ou l'autre pratique. Néanmoins Deventer, Levret, Smellie, Baudelocque, Gardien, Capuron, conseillent positivement d'aller chercher les pieds; et c'est le précepte qui a le plus de sectateurs.

Ce n'est pas que le précepte contraire ait manqué de partisans éclairés. M. Flamant de Strasbourg a voulu ériger en règle générale la version céphalique; Osiander, sans être aussi exclusif, lui donne néanmoins le plus souvent la préférence; un grand nombre d'accoucheurs ont plaidé plus ou moins en sa faveur; et M. Velpeau l'a conseillée tout récemment, comme plus avantageuse pour la vie de l'enfant.

Les deux observations de M. Bisson paraissent propres à confirmer cette dernière opinion. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme déjà accouchée une première fois d'un enfant venu par la tête; le travail avait été très long, ce qui fut attribué à l'étroitesse du bassin autant qu'à l'insuffisance des contractions utérines. Une seconde grossesse étant arrivée à son terme, après vingt-quatre heures de douleurs, l'accoucheur perça la poche des eaux; à l'instant la main sortit jusqu'à la vulve, la paume dirigée vers la cuisse gauche et le pouce vers les pubis, ce qui fit présumer que l'enfant se présentait en seconde position de l'épaule. M. Bisson voulut d'abord chercher les pieds; mais la matrice revenue sur elle-même génant cette manœuvre, il alla à la recherche de la tête qu'il trouva derrière la cavité cotyloïde droite; il ramena l'occiput en seconde position, et en une heure et demie, l'enfant était sorti naturellement. C'était une fille, très-bien portante, et qui fut vaccinée six mois après.

La facilité et l'heureux résultat de la version céphalique dans cette observation, sont d'autant plus remarquables qu'une troisième couche de la même femme, où elle fut assistée par un autre médecin, permit d'établir une comparaison assez rigoureuse avec la version podalique. L'enfant présentait encore le bras, on alla chercher les pieds; la tête resta une heure au passage, et quand l'accouchement fut terminé, l'enfant était mort.

Sans doute de deux faits isolés on ne saurait tirer de conclusions générales; aussi M. Bisson se restreint sagement à dire que la version céphalique est préférable à l'autre, quand elle est possible; et déjà plus d'une fois nous avons eu occasion d'émettre les raisons qui depuis longtemps nous ont rangé de cet avis. La version par les pieds est une opération souvent difficile, toujours pénible et dangereuse pour l'enfant, et il faut bien avouer qu'on l'a quelquefois employée jusqu'à l'abus. M. Bisson rapporte un cas dans lequel la tête du fœtus, présentée la première, était tellement enclavée qu'on ne put introduire la seconde branche du forceps; après quelques tentatives infructueuses, trois praticiens expérimentés furent d'avis d'aller chercher les pieds. Les membres et le tronc sortis, la tête, comme on peut le penser, fut arrêtée au passage; la difficulté d'appliquer le forceps était accrue encore par la présence du tronc; enfin on parvint à en passer une branche, et, en s'aidant de ce levier et en augmentant les efforts de traction, à faire descendre enfin la tête; l'enfant était mort; et la mère éprouva durant trois jours une grande sensibilité dans la région de la matrice. M. Bisson était l'un de ces trois accoucheurs; et il n'a pas craint de rapporter cet insuccès qui a servi à son instruction, et qui pourra servir d'avertissement à beaucoup de médecins encore dirigés trop exclusivement par la doctrine ancienne. C'est un acte de franchise scientifique qui mériterait d'être plus souvent imité.

RECHERCHES SUR L'ÉTAT DU POULS, DE LA RESPIRATION ET DE LA TEMPÉRATURE DU CORPS DANS LES MALADIES, et sur les rapports qui existent entre ces divers phénomènes; par le docteur DONNÉ.

Les recherches qui font le sujet de ce mémoire ont été faites sur une trop petite échelle pour que les résultats qu'elle pourrait fournir fussent d'une grande valeur; d'ailleurs la plupart sont négatifs; cependant, même sous ce rapport ils ne manqueraient pas d'intérêt si elles offraient plus de certitude. Nous allons cependant chercher à exposer ici quelques-uns de ces résultats qui, dans le mémoire, sont énoncés par des pages entières de chiffres.

D'abord M. Donné s'est occupé à rechercher dans quelles maladies le pouls et la respiration se montrent le plus fréquens, et la température du corps le plus élevée.

	Pouls le plus fréquent.	Tempér. la plus haute.	Respir. la plus fréquente.
Dans un cas d'hypertrophie du cœur.	150 pulsat.	Id. 39 1/2.	Id. 34.
De métrite puerpér.	168.	Id. 40	Id. 48.
De phthisie.	140	Id. 39	Id 62.
De fièvre typhoïde.	136	Id. 40	Id. 50.

Pouls le plus lent.		Température la plus basse.		Respir. la plus lente.	
Ictère.	38 36	Hypert. du cœur.	34 2/3	Lumbago.	16.
		Diabète.	36.		
		Ictère.	36.		

Dans le premier de ces tableaux, la chaleur du corps accompagne et suit assez bien la fréquence du pouls, et il y a aussi un rapport assez exact entre ces deux états et la respiration. Cependant on ne pourrait pas généraliser ces résultats; car ces rapports sont loin d'être constans

dans tous les cas. Ainsi, si nous prenons les tubercules pulmonaires qui ont fourni à M. Donné l'occasion d'établir dix séries d'expériences, nous trouverons que dans vingt-six expériences il n'y a eu aucun rapport entre la marche du pouls et celle de la température, et que dans seize cas seulement on pourrait, à la rigueur, trouver quelque rapport. Il en est de même des autres maladies telles que la pleurésie, la pneumonie et beaucoup d'autres encore où les mêmes recherches ont été faites. Cependant, parmi ces maladies, celles dans lesquelles les organes de l'hématose ne sont pas spécialement affectés, sont précisément celles où ce rapport existe le plus souvent.

L'auteur conclut avec raison des expériences qu'il a faites sur les sujets atteints de fièvre typhoïde, et chez lesquels la température du corps était très-élevée, bien que le pouls n'eût qu'une fréquence médiocre, qu'il existe dans l'économie d'autres sources de chaleur que l'hématose, l'assimilation et les frottemens.

RECHERCHES SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA COMPRESSION ET DE LA RARÉFACTION DE L'AIR tant sur le corps que sur les membres isolés; par Théodore JUNOD, D.-M.-P.

Les instrumens avec lesquels M. le docteur Junod produit soit la raréfaction, soit la compression de l'air sur le corps ou sur quelqu'une de ses parties seulement, sont des boîtes en cuivre ou en verre d'une capacité plus ou moins grande, et auxquelles est ajustée une pompe aspirante et foulante. Il examine dans ce mémoire qui avait été présenté à l'Académie des sciences et dont il a été déjà question dans la GAZETTE MÉDICALE (V. le n° du 28 août), les divers phénomènes auxquels donnent lieu soit la compression, soit la raréfactinn de l'air à des degrés différens. Cette partie de ce travail n'est pas susceptible d'être analysée; et d'ailleurs il est facile d'arriver, *à priori*, à déterminer quels doivent être ses effets.

Dans la seconde partie, il rapporte quelques observations où l'emploi des instrumens qu'il a inventés eut tout le succès que l'on pouvait en attendre. Ces faits ne sont au nombre que de quatre; et l'auteur aurait pu, il nous semble, en citer un plus grand nombre; il aurait été bon aussi de donner quelques détails sur les maladies dans le traitement desquelles ces instrumens peuvent être le plus utiles; et nous avons été étonnés de ne rien trouver sur l'emploi des instrumens de M. Junod dans le traitement de l'aménorrhée, maladie dans le traitement de laquelle ils pourraient être appliqués, nous croyons, avec beaucoup d'avantage.

La première observation est celle d'un individu qui éprouvait depuis près de deux mois des accès épileptiformes d'une très-grande intensité, tous les jours et à la même heure. M. Junod plaça les extrémités, un peu avant l'heure de l'accès, dans les cylindres; le vide fut fait; les premiers symptômes, qui déjà commençaient à se manifester, se dissipèrent, et l'accès n'eut pas lieu. Les jours suivans, le même traitement fut continué et suivi du même succès, et le malade est sorti de l'hôpital complétement rétabli.

La seconde observation a pour sujet un individu frappé d'hémiplégie, chez lequel l'emploi alternatif du vide, puis de la compression et de la vapeur, fut suivi, au bout de vingt jours de traitement, du retour de la sensibilité et du mouvement dans les parties paralysées, excepté dans le sphyncter de l'anus, qui est resté paralysé.

On concevra facilement les effets puissans qu'on peut obtenir de l'emploi de ces instrumens, quand on saura qu'on peut amener la syncope en quelques instans en les appliquant sur une large surface. De nouvelles recherches sur ce sujet sont nécessaires. Les occasions ne manqueront point à l'auteur ni les encouragemens, au moins nous osons l'espérer.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les cahiers de septembre et octobre contiennent : 1° *une consultation de Fagon, médecin de Louis XIV., pour le célèbre docteur Bayle*, 2° *mémoire sur l'efficacité du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes*, par M. Lalesque; suite et fin; 3° *recherches et observations sur l'épilepsie*, par M. Gibert; suite et fin; 4° *aperçu sur la nature chimique de la carie et de la nécrose*, par M. Mouret; 5° *les principes de la méthode naturelle appliqués à la classification des maladies de la peau*, par M. Martius; 6° *quelques réflexions sur l'état actuel de la science et en particulier de la physiologie et de la médecine*, par M. Fuster, 7° *observation d'un cas d'anévrisme partiel du cœur*, par M. Prus; 8° *observation sur quelques moyens de combattre la tendance au râle dans les catarrhes pulmonaires et dans les pneumonies*, par MM. Labonnardière père et fils; 9° *réflexions sur la nature et le traitement des affections vénériennes*, par M. Gely.

MÉMOIRE SUR L'EFFICACITÉ DU CHLORURE D'OXIDE DE SODIUM DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par F.-E. LALESQUE fils, D.-M., attaché à la compagnie de canalisation des landes de Bordeaux.

De tous les moyens employés en médecine, il en est peu de plus efficaces que le sulfate de quinine; mais malheureusement les fièvres intermittentes sont l'une des maladies les plus communes, et règnent surtout dans les contrées les plus pauvres; de là les efforts que font constamment les médecins philantropes pour trouver dans des substances d'un prix peu élevé un succédané du quinquina, tels que les essais tentés avec la poudre de feuilles de houx, avec la salicine, et une foule d'autres moyens. Le chlorure d'oxide de sodium, que l'on a employé dans le traitement de la plupart des maladies, ne l'avait point encore été dans celui des fièvres intermittentes, lorsque M. Lalesque publia l'observation d'une fièvre intermittente guérie par l'emploi de ce médicament. Peu de temps après M. Munaret annonça qu'il avait aussi, à peu près vers la même époque, employé cette médication dans quelques cas de fièvre intermittente, et avec succès. (V. GAZETTE MÉDICALE, année 1834, n° 25.) Le mémoire que nous allons analyser renferme la continuation des recherches de M. Lalesque sur ce point, qui est d'un grand intérêt pour le pays où il pratique, comme pour tous ceux où les fièvres périodiques règnent d'une manière endémique.

Le mémoire contient dix observations que nous allons résumer rapidement.

OBS. I. — Deux accès commençant tous les deux après midi, séparés par un jour d'apyrexie; immédiatement après le second accès, on donne 4 onces d'eau distillée avec demi-gros de chlorure d'oxide de sodium, et l'on continue pendant trois jours ce traitement. La fièvre ne reparait pas.

OBS. II.—Fièvre à peu près continue pendant deux jours; puis, après une intermission de quelques heures, accès à 4 heures, du soir; le lendemain matin, apyrexie. Prescription de chlorure d'oxide de sodium, qui est continué pendant trois jours. Deux autres accès reviennent dans la soirée, mais en diminuant. Guérison.

OBS. III. — Premier accès irrégulier chez une jeune fille de 16 ans; second accès après 36 heures d'apyrexie, après lequel elle prend la potion de chlorure d'oxide de sodium, qu'elle continue pendant trois jours durant lesquels les accès vont en diminuant graduellement d'intensité. Le quatrième jour, convalescence qui depuis s'est confirmée.

OBS. IV. — Premier accès semblable à une fièvre continue qui dure depuis 48 heures; après deux jours d'apyrexie incomplète, retour de l'accès le matin, et immédiatement potion avec chlorure d'oxide de sodium. Le troisième accès, après un jour d'apyrexie, est moins fort, et le quatrième, qui est le dernier, ne consiste qu'en un peu de malaise.

OBS. V. — Premier accès chez une femme de 25 ans, et sous l'influence d'une amenorrhée. Un jour d'apyrexie. Second accès vers midi. (Huit sangsues aux cuisses, et chlorure d'oxide de sodium.) Troisième accès aussi intense que les autres, mais sans jour d'apyrexie. Le quatrième accès est moins long, et le cinquième manque complétement.

OBS. VI. — Chez un homme âgé de 35 ans, toux sèche et fatigante, avec frissons qui reviennent chaque jour à midi, et sont suivis d'un peu de chaleur et d'une sueur peu copieuse. On administre le chlorure d'oxide de sodium. Le lendemain, la fièvre revient sans changement. Le deuxième jour, elle est encore forte, et cesse dès ce moment, bien que la toux eût continué.

OBS. VII. — Premier accès incomplet; second accès après un jour d'apyrexie, commençant à 5 heures du soir, à la suite d'un diner copieux; et immédiatement potion chlorurée. Le lendemain, le malade fait quelques imprudences dans son régime, et le troisième accès (en quotidienne) est très-fort; le quatrième l'est un peu moins, ainsi que le cinquième, qui revinrent dans la soirée. On remplace le chlorure d'oxide de sodium par le sulfate de quinine, et la fièvre n'est arrêtée qu'après trois prises de ce sel, le malade faisant continuellement des écarts de régime.

OBS. VIII. — Deux accès deux jours de suite; le troisième et le quatrième après un jour d'apyrexie. A la suite du quatrième, potion avec demi-gros de chlorure, et la fièvre ne reparait pas du tout.

OBS. IX. — Trois accès en quotidienne; le quatrième revient à 5 heures du soir. (Chlorure d'oxide de sodium.) Le cinquième est moins intense et le dernier.

OBS. X. — Après le premier accès qui dure 7 heures, avec frisson, chaleur et sueur, le chlorure d'oxide de sodium est administré immédiatement. Le lendemain, apyrexie. Le second accès (en tierce) est aussi intense que le premier; le troisième est léger et le dernier.

Après avoir rapporté ces dix faits, M. Lalesque discute quelques questions relatives à l'emploi du chlorure d'oxide de sodium, telles que son innocuité considérée comme substance irritante, l'économie considérable qui en résulterait pour les classes pauvres; et ici nous adopterions complétement l'opinion de l'auteur, si l'efficacité du moyen était

aussi démontrée pour nous qu'elle paraît l'être pour lui. Mais, quelque désir que nous ayons d'avoir à notre disposition une substance aussi efficace et aussi rarement malfaisante que le sulfate de quinine, nous ne pouvons adopter complétement les conclusions suivantes qu'il a tirées de ses recherches, et par lesquelles il termine son mémoire.

1° Le chlorure d'oxide de sodium est fébrifuge.

2° Il est préférable aux fébrifuges les plus usités (le sulfate de quinine et la salicine), parce qu'il peut les remplacer dans tous les cas où ces deux substances sont indiquées dans les fièvres périodiques.

3° Il est aussi actif que le sulfate de quinine et la salicine, et moins irritant qu'eux ; et il n'expose pas plus qu'eux à des rechutes.

Ces conclusions nous paraissent tirées avec un peu de précipitation, après un aussi petit nombre de faits et surtout après des faits dont quelques-uns sont assez mal caractérisés. En effet, pour qu'une fièvre intermittente soit parfaitement caractérisée, pour qu'on attribue sa guérison au moyen qu'on lui aura opposé, il faut que la fièvre dure depuis quelque temps, qu'elle ait eu au moins quatre ou cinq accès réguliers, que le sujet ne présente ni toux, ni autre signe d'aucune affection locale qui pourrait être la cause du paroxisme, que les accès ne viennent pas dans la soirée, que le moyen dont on veut faire l'essai ne soit employé qu'après que le malade aura été soumis pendant plusieurs jours à un traitement hygiénique convenable, et sans que la fièvre en ait éprouvé la moindre modification. Telles sont les conditions indispensables pour faire sur une petite échelle l'essai d'un moyen thérapeutique dans le traitement des fièvres intermittentes. Nous employons à dessein le mot essai, afin que la discussion que nous établissons ici ne soit point considérée comme une critique de ce qu'a fait M. Lalesque. Loin de là, nous l'engageons à continuer, et s'il réussit dans un grand nombre de cas tout en suivant le mode d'expérimentation qu'il a adopté, il sera impossible de ne pas regarder avec lui le chlorure d'oxide de sodium comme un fébrifuge puissant, et, ce qui est plus important encore, à bon marché.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR L'ÉPILEPSIE ; par le docteur GIBERT.

L'auteur de ce mémoire commence par examiner les opinions des anciens sur l'épilepsie ; il rapporte successivement celle d'Hippocrate, auquel il pense, avec Haller, qu'on a eu tort d'attribuer le livre sur l'épilepsie qui est contenu dans ses œuvres ; celle de Celse, d'Arethée, qui avait conseillé comme moyen de traitement la cautérisation du crâne jusqu'à la dure-mère, et qu'a vainement tentée M. Biett, qui, au rapport de M. Gibert, a plusieurs fois déterminé sur le cuir chevelu et sur le crâne des escarrhes et des nécroses au moyen du fer rouge, sans que ce remède héroïque ait fait autre chose que de suspendre pour un temps plus ou moins long le retour des accès. Il est vrai qu'il n'était tenté que dans les cas les plus graves et les plus invétérés.

Galien, Cœlius Aurelianus, Alexandre de Tralles, Sydenham et Van-Swieten surtout sont mis à contribution par M. Gibert, qui trouve que les opinions des anciens auteurs ne sont pas aussi différentes de celles qui sont encore en vogue aujourd'hui, qu'on le pense communément. Il termine son aperçu historique par le récit de cette belle observation de Dumas, qui parvint à rendre périodique une épilepsie dont l'origine se rattachait à une fièvre intermittente, et la guérit ensuite par le quinquina. M. Gibert nous apprend que M. Biett a voulu employer la même méthode à une époque où il avait une salle consacrée au traitement de l'épilepsie. « Les malades étaient à la même heure, à trois jours d'intervalle, plongés dans un bain froid de 5 à 8 degrés Réaumur au-dessus de zéro ; aussitôt se montraient des phénomènes de refroidissement tout-à-fait analogues à ceux que l'on observe dans le stade de froid d'une fièvre intermittente. Au bout d'un quart d'heure le malade était tiré du bain et laissé nu à la température commune pendant un quart d'heure, et placé ensuite dans un appareil fumigatoire à la température de 25 à 30 degrés Réaumur ; il éprouvait ainsi les phénomènes analogues à ceux de la seconde et de la troisième période de la fièvre périodique. « Chez aucun des sujets soumis à ces expériences, dit M. Gibert, qui alors était interne dans le service de M. Biett, nous ne pûmes arriver à provoquer de véritables accès de fièvre quarte, et les accès factices qui leur furent donnés n'eurent aucune influence sur l'épilepsie. Plusieurs éprouvèrent des attaques durant l'expérience, et notamment pendant le bain froid. »

Il rapporte aussi le résultat de quelques expériences tentées à cette époque avec le nitrate d'argent et l'huile essentielle de térébenthine ; et cite plusieurs exemples d'épilepsie sympathique qu'il considère, avec la plupart des auteurs, comme plus facile à traiter que l'épilepsie idiopathique. Parmi les faits curieux qu'il a réunis, le suivant, observé à Saint-Louis, nous a surtout paru remarquable : c'est l'histoire d'un jeune homme épileptique qui, plongé dans le bain froid, eut une attaque très-violente à la suite de laquelle le membre supérieur du côté gauche d'où partait l'*aura*, resta complétement paralysé. Les accès ne se reproduisirent plus, et la paralysie fut dissipée par l'action d'une pile de Volta.

APERÇU SUR LA NATURE CHIMIQUE DE LA CARIE ET DE LA NÉCROSE ; par M. MOURET, D.-M., pharmacien interne des hôpitaux de Paris.

La carie et la nécrose sont deux affections qui ont beaucoup occupé dans ces derniers temps les pathologistes. Tandis que fondé sur la marche de la maladie et l'examen anatomique, M. Malgaigne regarde la nécrose comme la gangrène sèche, et la carie comme la gangrène humide ou inflammatoire du tissu osseux, Delpech, s'appuyant de l'analyse chimique, trouve une énorme différence entre les deux maladies ; et récemment M. Sanson a ajouté à cette opinion tout le poids de son autorité. M. Pouget (thèses de Montpellier, 1821) a rapporté les expériences chimiques de Delpech et Bérard ; M. Sanson a publié les siennes dans sa thèse de concours (1833), et à l'article CARIE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* ; et ces observateurs sont unanimes pour annoncer que dans la carie *le principe organique de l'os* (gélatine) *a complétement disparu, remplacé par une matière grasse particulière qui remplit les cellules de l'os carié ; tandis que dans la nécrose, les principes constituans des os demeurent dans la même proportion qu'à l'état sain*. Plus d'une fois déjà nous avons eu occasion de montrer le vice de ces expériences, et plus encore de la conclusion pathologique qu'on en voulait tirer ; mais elles sont réfutées bien plus complétement encore par le travail remarquable dont nous allons rendre compte.

Les pièces d'os malades analysées par M. Mouret lui ont été fournies par M. A. Bérard, Maisonneuve, Dechambre, Saint-Yves et autres. Dépouillé des parties molles, l'endroit carié exhalait une odeur fort désagréable ; la couleur, d'un gris plus ou moins foncé, était quelquefois tout-à-fait noire ; sa substance ramollie se laissait pénétrer avec la plus grande facilité par un stylet mousse ; les cellules osseuses étaient gorgées de sucs purulens et sanieux d'un aspect graisseux. Toutes les pièces affectées appartenaient à des os spongieux ou à la partie spongieuse des os longs. Une suppuration notable existait dans tous les cas, et presque toujours depuis fort long-temps, dans les parties ambiantes.

Mis à macérer, ces os ont fourni une certaine quantité de graisse qui est venue surnager ; lavés ensuite à l'eau chaude et passés dans l'alcool chaud pour les débarrasser autant que possible de la matière grasse, ils ont été mis à dessécher. La dessiccation a été lente, et les portions d'os cariées ont conservé un aspect huileux. M. Mouret ne s'est pas aperçu que la matière grasse augmentât en quantité à mesure que la carie était plus avancée ; mais il ajoute que tous les fragmens soumis aux expériences étaient cariés au point que leur fragilité et leur mollesse étaient considérables. Depuis lors il a eu occasion d'analyser un fragment de carie qui ne contenait point de matière grasse, et un os non carié qui en contenait une grande quantité ; mais l'odeur qu'elle exhalait était fade ou presque nulle, tandis que celle fournie par la carie a l'odeur du lard très-rance indiquée par Delpech.

Suivons maintenant le détail des expériences.

1° Un fragment d'astragale carié et une portion d'astragale sain, pesant l'un et l'autre 2 gros, et ne contenant d'ailleurs ni sucs, ni sang, ni parties molles, furent soumis à la calcination. L'un et l'autre furent réduits au poids d'un gros, plus, pour l'os sain, 18 grains ; pour l'os carié, 14.

2° Un cuboïde presque entièrement détruit par la carie était réduit, sec, au poids de 46 grains ; traité par l'acide hydro-chlorique à 5° pendant huit jours, il se ramollit et perdit sa fragilité, mais sans se dissoudre ; au bout de ce temps il resta un résidu gélatineux, souple, élastique, ayant l'apparence d'un morceau d'éponge ou de mie de pain. Cette partie, desséchée, pesait 15 grains ; la partie saline, dissoute et enlevée, était donc représentée par 31 grains, ce qui donne le rapport de 1 à 2.

3° Un fragment de la tête d'un humérus, tellement gonflé qu'on pouvait à peine le toucher sans en briser quelques lamelles, pesait, sec, 16 grains. Soumis à l'acide hydrochlorique à 5°, il fut réduit au poids de 5 grains.

4° Une autre portion de la partie inférieure d'un humérus, analysée de la même manière, pesait, sèche, 41 grains ; le résidu gélatineux fut trouvé de 13.

5° Une portion de calcanéum cariée, pesant 38 grains, donna des résultats en tout semblables aux précédens.

6° Une portion de cette même carie traitée par l'acide hydrochlorique *concentré*, s'est dissoute *complètement* et sans résidu; pendant cette opération il se dégageait de l'acide carbonique faisant une assez vive effervescence, et il se précipita une matière floconneuse blanchâtre.

7° La moitié d'un radius fortement gonflé, présentant sur sa circonférence des lacunes qui laissaient apercevoir un séquestre contenu dans son intérieur, a été analysée. Le radius de nouvelle formation et le radius contenu ont donné des résultats semblables; la partie organique a été dans le rapport de 1 à 2 à quelques centièmes près.

8° et 9° Un fragment d'un sternum carié, mis en contact avec l'acide acétique durant huit jours, garda toute sa fragilité. Une autre portion du même os calciné à blanc et ainsi privé de matière organique, traité par l'acide acétique, ne perdit qu'un dixième de son poids; le reste demeura insoluble.

10° Un os iliaque d'une femme morte d'une affection viscérale aiguë à la Salpêtrière, présentait une mollesse telle qu'on le coupait avec la plus grande facilité; il était à l'intérieur rose, spongieux, rempli d'un suc graisseux; d'ailleurs élastique, point friable; on l'eût dit privé de sels calcaires. Une portion en fut desséchée avec difficulté; en cet état son poids était singulièrement diminué par rapport au volume. Soumis à l'acide hydrochlorique, il fut constaté qu'il était chimiquement le même qu'un morceau du même poids, mais d'un volume bien moindre, pris sur un bassin à l'état normal.

Ces expériences répétées nombre de fois ont toujours donné des résultats semblables; dans quelques cas même il est arrivé que c'était dans un os carié que se trouvait en plus le principe fibro-gélatineux. D'où venait donc l'erreur des écrivains qui ont annoncé le contraire? M. Sanson dit avoir dissous dans l'acide acétique sans résidu une portion de côte cariée; cependant cette portion d'os, dans sa théorie, devait être réduite à ses sels terreux, dont la base est précisément un sous-phosphate insoluble dans l'acide acétique. M. Pouget, qui seul a parlé des expériences de Delpech et Bérard, ne donne aucun détail sur la partie chimique de ces expériences. Il reste cependant à expliquer comment un chimiste aussi distingué que M. Bérard a pu tomber en cette erreur, à moins qu'on n'admette des cas de carie avec et sans disparition de la matière organique.

Mais quelques travaux de M. Berzélius sur la gélatine ont montré que l'acide hydrochlorique, à 15 degrés seulement, l'attaquait de manière à la décomposer, en dégageant de l'acide carbonique; il reste un petit détritus blanchâtre qui n'est plus de la gélatine. Cet effet est d'autant plus marqué que la gélatine, libre ou contenue dans un os, est plus divisée; en sorte que si l'on n'a point employé de l'acide hydrochlorique suffisamment affaibli, il aura pu dissoudre dans les portions d'os les plus poreuses toute ou presque toute la gélatine.

Les conclusions se tirent d'elles-mêmes; les voici textuellement:

« 1° La matière grasse indiquée par les auteurs existe toujours dans la carie fraîche; son odeur de lard rance est très-prononcée et pourrait servir à la caractériser.

» 2° Tous les os que j'ai analysés contenaient le principe fibro-gélatineux et le principe salin dans des proportions respectives qui sont celles des os à l'état sain.

» 3° La nécrose n'est point non plus altérée dans la quantité des principes qui constituent l'os avant la maladie.

» 4° Il a donc toujours été impossible dans les expériences que nous avons rapportées de distinguer la carie de la nécrose par les caractères chimiques qui ont été indiqués.

» 5° Des causes d'erreur très-grandes résulteraient nécessairement dans l'analyse des os, et surtout de ceux atteints de carie, de l'emploi de l'acide hydrochlorique trop peu affaibli.

» 6° Enfin la dernière expérience nous permet d'avancer que la mollesse et l'élasticité d'un os ne tiennent pas nécessairement à l'augmentation du principe organique ou à la diminution du principe terreux, et qu'il peut devoir ces propriétés aux sucs qui l'abreuvent, à la raréfaction de son tissu. »

M. Mouret termine par des réflexions très-judicieuses sur la nature du tissu osseux. Les physiologistes pensent que le tissu fibro-gélatineux ne s'ossifie que par la déposition dans ses mailles de sels calcaires; on est allé jusqu'à prétendre que la partie terreuse d'un os privé de son principe organique présentait des points cristallisés. Mais cette manière de considérer l'union de la matière inorganique avec la matière organique est en dehors de toutes les lois vitales connues; elle assimilerait le tissu osseux à la structure d'un calcul biliaire ou vésical; et l'étude approfondie des faits conduit à cette conclusion, que les deux principes sont intimement unis ensemble, et que c'est molécule à molécule, que, selon l'expression de M. Broussais, la chimie vivante opère cette combinaison. Dès lors comment la carie dépouillerait-elle ce tissu unique d'un de ses élémens chimiques constituans en respectant l'autre? Comment cet os, privé de matière organique, ne se réduirait-il point en poussière grossière? On aurait donc pu, en y réfléchissant mieux, prévoir à l'avance les résultats que les expériences directes ont d'ailleurs si complètement établis.

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE.

Nous avons laissé en arrière un assez grand nombre de numéros du *Journal hebdomadaire*, notre dernière analyse s'arrêtant au mois de juillet; en sorte que nous n'avons pas moins de quatre mois à passer en revue, savoir juillet, août, septembre et octobre. Ces quatre mois contiennent en articles originaux: 1° la fin du travail de M. Raciborski, *sur la méthode endermique appliquée à quelques lésions du système nerveux*, et un autre mémoire *sur la même méthode appliquée aux fièvres intermittentes*; 2° *comptes-rendus de la clinique de M. Bouillaud, depuis le commencement de l'année scolaire jusqu'au 1er avril 1835, et pendant les mois de mai, juin, juillet et août*, par M. J. Pelletan; 3° *méthodes opératoires pour l'amputation partielle de la main dans les articulations carpo-métacarpiennes*, par M. Gaïral; 4° *observations d'érysipèles de la face, suivies de réflexions*, par A. Sabatier; 5° *essai sur le fluide céphalo-spinal et la manière de disséquer le cerveau*, par M. Cavarra (de Noto); 6° *recherches médicales sur la nature et le traitement de la maladie connue sous le nom d'asthme*, par Amédée Lefèvre; 7° *observation de diathèse hémorrhagique héréditaire*, par M. Lafargue; 8° *considérations sur les causes de la rupture des tumeurs anévrismales internes*, par M. Pigeaux; 9° *diverses observations recueillies dans la clinique de M. Velpeau*, par M. Dufresse; 10° *note générale sur les altérations des liquides ou des humeurs dans les maladies*, par M. Bouillaud; 11° *note sur le choléra-morbus d'Alger*; 12° *rapport trimestriel de l'hôpital du Val-de-Grâce*, par M. C. Broussais; 13° *note sur la présence d'un fluide aériforme découvert dans le système vasculaire des cholériques*, par MM. Joanny Périer et Coudougnès; nous avons eu occasion de signaler cette découverte dans l'analyse toute récente de deux ouvrages publiés sur le choléra de Marseille; la note des deux auteurs se borne à constater le fait; 14° *cliniques des maladies du cœur*, par M. Bouillaud; 15° *observation d'empoisonnement par la teinture vineuse des bulbes de colchique*, par M. Caffe; 16° *observations de chirurgie pratique*, par M. Fardeau.

DE LA MÉTHODE ENDERMIQUE APPLIQUÉE A QUELQUES LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX; par le docteur RACIBORSKI.

Ce travail contient huit observations de maladies différentes dans le traitement desquelles divers médicamens ont été employés par la méthode endermique. Chacune de ces observations considérée isolément est digne d'intérêt; mais comme elles n'offrent rien d'extraordinaire soit sous le rapport de la maladie elle-même, soit pour l'emploi de la méthode endermique, nous nous contenterons de dire que cette méthode continue à offrir les avantages qui ont été déjà signalés, et sur lesquels nous ne croyons pas avoir besoin de revenir.

RECHERCHES MÉDICALES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA MALADIE CONNUE SOUS LE NOM D'ASTHME; par Amédée LEFÈVRE, D.-M.

Ce mémoire, qui a été couronné par la société de médecine de Toulouse dans sa séance annuelle du 7 mai 1835, est un traité que l'on pourrait dire complet de l'asthme. L'auteur, qui lui-même est affecté de cette maladie, a pu entrer dans des détails qui donnent un prix à son travail; aussi la première observation qu'il rapporte est la sienne propre, et elle est fort intéressante. Sept autres faits sont consignés à la suite, et ne nous offrent rien qui mérite une mention spéciale. Le travail de M. Lefèvre est trop vaste pour que nous cherchions même à l'analyser; d'ailleurs nous y retrouverions le plus souvent ce que l'on trouve partout ailleurs. Nous allons nous contenter de signaler quelques points où l'opinion de l'auteur semble s'éloigner un peu des opinions généralement admises.

L'asthme est dû, d'après M. Lefèvre, à une contraction spasmodique des bronches, qui peut être produite par toutes les causes qui agissent soit d'une manière directe, soit d'une manière sympathique, sur la membrane muqueuse pulmonaire. Ainsi c'est donc d'abord sur la muqueuse bronchique qu'agit la cause de l'asthme, et ce n'est que consé-

cutivement que les fibres musculaires des bronches sont affectées. Il repousse bien loin et l'opinion qui attribue l'asthme à une altération du cœur et des gros vaisseaux, et celle où cette maladie est considérée comme une névrose.

La plupart des altérations que l'on a trouvées chez les sujets affectés d'asthme, sont pour l'auteur non des causes, mais des effets de cette maladie.

L'art, dans l'état actuel, ne possède pas de moyen capable de guérir l'asthme dans ses divers états de simplicité ou de complication. Tout ce que l'on peut obtenir des soins les mieux entendus, c'est de suspendre l'invasion des accès ou tout au moins de les modifier avantageusement. Aussi l'auteur nous apprend qu'en Turquie l'usage des bains d'étuves humides et des frictions dont on les accompagne, l'a toujours préservé d'avoir un second accès, quand il y avait recours immédiatement après le premier. Le soin de faire chauffer son lit ou l'action d'un feu ardent avant de se coucher, produisent sur lui une dérivation qui l'a souvent préservé d'un accès quand déjà il en ressentait les avant-coureurs. Il dit encore avoir été soulagé deux fois par l'ipécacuanha pris en vomitif. Il pense que, s'il pouvait rester toujours soumis au même degré de chaleur, de pesanteur et de l'humidité de l'air, il n'éprouverait jamais de retour de l'asthme. Du reste, c'est à peu près à ces seules indications que se borne tout ce que M. Lefevre rapporte d'après son expérience personnelle; ensuite il conseille l'emploi de la belladone, du *datura stramonium*; et de tous les autres moyens indiqués par les auteurs.

CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR; par M. le professeur BOUILLAUD.

Ce travail est destiné par l'auteur à fournir de nouveaux exemples des faits dont il a donné les explications dans son ouvrage sur les maladies du cœur; et ici il s'occupe spécialement du triple bruit du cœur et du bruit de soufflet dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur avec induration, déformation, et par suite insuffisance de leurs valvules. Il rapporte avoir déjà observé plusieurs cas de triple et quadruple bruit du cœur, et toujours chez des individus atteints de rétrécissement de quelqu'un des orifices avec induration des valvules accompagnée ordinairement des suites d'une ancienne péricardite.

M. Bouillaud pense que, bien qu'il soit impossible de donner une explication très-précise du triple et du quadruple bruit du cœur, cependant en admettant, avec M. Rouanet, que le double bruit normal de cet organe résulte du jeu des valvules pendant les mouvemens de systole et de diastole, on devrait admettre aussi que ce triple et quadruple bruit ne peut être produit qu'autant que les mouvemens de cette pompe vivante sont eux mêmes au nombre de trois ou quatre au lieu de deux, comme à l'état normal. On concevra peut-être pourquoi le cœur se contracte ou se dilate deux fois au lieu d'une dans un temps donné, si l'on réfléchit que, dans le cas où l'un des orifices artériels est rétréci, le ventricule correspondant, ordinairement dilaté, ne peut plus se vider en une seule fois, de même que dans le cas où l'un des orifices auriculo-ventriculaire est rétréci, le ventricule correspondant peut ne se remplir qu'incomplètement au moyen d'une seule diastole, et de là tantôt une double diastole, tantôt une double systole.

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles le rétrécissement des orifices du cœur a coïncidé avec un bruit de frottement qui a présenté des différences en rapport avec celles qui existaient dans les conditions physiques des orifices altérés. Et pourtant dans un cas il y avait triple bruit du cœur, tandis qu'il n'existait pas dans l'autre. L'explication que nous venons de donner, d'après M. Bouillaud, de la production de ces bruits anormaux, quelque ingénieuse qu'elle soit, ne comprend donc pas tous les faits auxquels elle devrait s'appliquer.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR LA TEINTURE VINEUSE DE BULBES DE COLCHIQUE. Mort vingt-deux heures après l'ingestion; par le docteur CAFFE.

La rareté des cas d'empoisonnement par le colchique, et l'emploi plus fréquent depuis quelque temps de cette substance thérapeutique, nous engagent à faire connaître les principaux phénomènes offerts par le sujet de l'observation suivante.

OBS. — Une fille de 25 ans but, le 2 juin 1835, à sept heures du soir, après un très-léger repas et dans le but de se détruire, un verre de teinture vineuse de colchique qui était préparée depuis deux mois, et qui était composée de deux bulbes de colchique torréfiés et pulvérisés pour un demi-litre de vin blanc et autant d'eau-de-vie. Elle put boire environ 5 onces de ce liquide, et éprouva des douleurs atroces à la région épigastrique. Au bout d'une demi-heure on lui fait avaler deux pintes de lait, et un médecin appelé administre 2 grains d'émétique qui provoquent des vomissemens très-copieux et longtemps prolongés.

A une heure après minuit, M. Caffe, appelé, trouva : froideur générale, pâleur très-grande, point de raideur dans les membres, décubitus sur le dos, nul mouvement convulsif; épigastre douloureux surtout à la pression, serrement de la poitrine, gêne de la respiration. La paroi abdominale semble d'une température plus élevée que le reste du corps; la pupille n'est pas dilatée; la langue est froide; le pouls filiforme, très-lent; il n'y a pas eu de déjections alvines. Soif ardente; intégrité absolue de l'intelligence. Les crampes sont des plus vives, et bornées exclusivement aux deux régions plantaires. Cris plaintifs alternant avec une profonde prostration; vomissemens fréquens d'un liquide très peu abondant, incolore et inodore. Des synapismes sont appliqués à la plante des pieds.

Le 3 juin, dans la matinée, le pouls a repris de la force et de la fréquence; les crampes sont moins douloureuses. Dix sangsues sont appliquées à l'épigastre, mais la malade va continuellement en s'affaiblissant, et la mort arrive à 5 heures du soir.

L'autopsie, faite 92 heures après la mort, n'a offert aucun intérêt, tout le tube digestif ayant été enlevé pour être porté au Palais de Justice.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE PRATIQUE, par M. FARDEAU.

1° *Nouveau procédé pour l'ablation de quelques cancers du sein.* Lorsque les glandes mammaires indurées, cancéreuses, n'adhèrent que faiblement au grand pectoral, M. Fardeau les saisit, soit avec la main gauche, soit avec deux longues pinces à érignes appliquées en travers sur les extrémités de la tumeur et confiées à un aide, et tire ou fait tirer fortement la tumeur en avant, de manière à augmenter autant que possible l'espace qui existe entre elle et le grand pectoral. Il traverse vivement cet espace avec un couteau à double tranchant, qu'il fait agir de bas en haut dans le sens d'une ligne courbe, de manière à accommoder sa section à la forme de la tumeur, et à conserver cependant le plus de tégumens possible. La moitié supérieure de la tumeur se trouvant ainsi à découvert, on achève de l'enlever en faisant par en bas une section analogue.

Ce procédé assurément très-expéditif rappelle celui de quelques chirurgiens allemands et italiens, à qui il suffit d'un seul coup de couteau pour enlever le testicule. Cela séduit en théorie; il est douteux que la pratique en retire de grands avantages. Il est d'abord impossible d'avoir une plaie aussi nette par ce procédé que par la méthode ordinaire, il entraîne à sacrifier plus de peau qu'il ne serait souvent convenable; enfin son unique mérite, qui consiste à abréger l'opération, se réduit à bien peu de chose, puisqu'il ne s'applique qu'aux tumeurs non adhérentes et qui, après les premières incisions, pourraient s'enlever par énucléation.

2° *Sur le danger d'enlever certaines tumeurs pédiculées sans une ligature préalable.* L'auteur rapporte sous ce titre deux observations; la première concerne une tumeur érectile du volume et de la couleur d'une cerise, située sur le sternum, et attachée par un pédicule étroit, offrant le diamètre d'une seconde corde de violon; la malade était une petite fille âgée de trois ans. M. Fardeau emporta la tumeur d'un coup de ciseaux; un écoulement de sang eut lieu, qu'il crut pouvoir arrêter par une compression avec des boulettes de charpie; mais l'hémorrhagie persista; un stylet mince, rougi au feu, fut porté dans le canal osseux que traversaient les vaisseaux; ce fut en vain encore. L'enfant était froid et n'avait plus de pouls; le chirurgien essaya de tailler, avec du bois tendre et vert, une petite cheville qu'il introduisit dans le canal; le sang fut arrêté; quatre jours après, la cheville fut retirée sans danger et sans avoir d'ailleurs déterminé aucun accident.

Dans la seconde observation, la tumeur, pareille à la précédente, était fixée à la muqueuse du rectum, au niveau du sphincter interne, par un pédicule du volume d'une plume de corbeau et long au moins d'un pouce. L'excision de ce pédicule fut suivie d'une hémorrhagie qui résista au tamponnement; celui-ci ne servit qu'à produire une inflammation du gros intestin et du péritoine; et le sang coulait toujours. M. Fardeau parvint enfin à la modérer à l'aide d'un sorte de sonde en bois, longue de quatre pouces, fusiforme, de 8 à 10 lignes de diamètre, traversée d'un canal qui permet aux gaz de s'échapper. Il appliqua un simple bourdonnet sur le lieu d'où le sang s'échappait, et le maintint par sa sonde de bois. Le sang ne s'arrêta cependant complètement qu'au bout de huit jours.

On sait combien de semblables hémorrhagies sont fréquentes après l'excision des hémorrhoïdes internes. Dupuytren ne se servait alors que du fer rouge; sir A. Cooper préfère aller à la recherche des vaisseaux et les lier; ce qui n'est pas toujours possible. La presque certitude de l'hémorrhagie a même fait penser à M. Marx qu'il serait prudent de cautériser dans tous les cas, et sans attendre qu'elle soit déclarée. Depuis longtemps ce danger très-grave de l'excision nous a porté à donner à la ligature ne mériterait pas la préférence, même pour les tumeurs non pédiculées; et il est évident que, dans l'observation de M. Fardeau,

comme l'auteur le remarque très-bien, la ligature aurait mis le malade à l'abri de graves accidens.

III. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE DANS LE TRAITEMENT DE L'AMAUROSE, par M. MIQUEL.

L'amaurose est une des affections les plus rebelles à la thérapeutique. On a indiqué une foule de moyens pour la combattre; on a modifié le traitement selon les causes présumées qui la déterminent ou l'entretiennent; trop souvent tout échoue, et le malade semble condamné à une incurable cécité.

Il y a cinq ans environ que la GAZETTE MÉDICALE a rapporté les succès obtenus par le docteur Shortt, d'Edimbourg, de l'emploi de la strychnine par la méthode endermique; mais cette médication était restée comme tant d'autres dans un oubli à peu près complet. Il est probable que les heureux résultats que lui a dus M. Miquel appelleront sur elle d'une manière plus durable l'attention des praticiens.

Sur sept amaurotiques aveugles qu'il a soumis à cette méthode, trois ont recouvré la vue complètement; deux qui ne voyaient le jour qu'imparfaitement, sont assez clairvoyans pour se conduire et même pour lire les gros caractères; les deux derniers n'ont éprouvé aucune amélioration. Des trois personnes guéries, la première était un horloger aveugle depuis dix-huit mois; en deux mois et demi de traitement il a recouvré la vue de manière à pouvoir reprendre son état, qui exige, comme on le sait, une délicatesse de la vision toute particulière. Le second, aveugle depuis deux ans, a pu aussi reprendre son état de compositeur d'imprimerie. Parmi les malades qui ont obtenu une notable amélioration, se trouve une dame qui y voyait à peine pour se conduire, et depuis neuf ans n'avait ni lu ni écrit; elle écrit aujourd'hui d'une manière assez nette. Voici les indications que pose M. Miquel pour le traitement.

Il faut au préalable s'assurer que les humeurs de l'œil sont transparentes, et que le malade distingue au moins d'un œil la lumière des ténèbres. Si cette condition manque, il n'y a pas d'espoir de guérison; mais il suffit que la perception de la lumière ait lieu par un seul œil; ainsi M. Roussel, l'horloger dont il a été question et qui était dans ce cas, a recouvré complètement la vue de l'œil gauche, quoiqu'il ne pût distinguer de ce côté la flamme d'une bougie placée à un pouce de l'organe.

M. Miquel commence par appliquer 12 à 15 sangsues derrière l'oreille du côté qu'il veut d'abord attaquer. Si le sujet est pléthorique et disposé aux congestions cérébrales, il met les sangsues à l'anus; dans tous les cas aussi, il purge préalablement ses malades; ensuite il applique sur la tempe du même côté un vésicatoire de 15 lignes de diamètre qu'il laisse jusqu'au lendemain. C'est sur cette place, bien nette et bien rosée, que la strychnine doit être appliquée.

Mais il y a ici un inconvénient à éviter; la strychnine en poudre ou mêlée à la pommade de garou ou au cérat, détermine en peu d'heures sur la place une fausse membrane adhérente qui empêche l'absorption. Après plusieurs essais, M. Miquel s'en tient à la pommade suivante, qui lui a donné sous ce rapport les meilleurs résultats :

Prenez :	Pommade épispastique ou au garou	quatre scrupules.
	Cérat de Galien	cinq scrupules.
	Strychnine dissoute dans Q. S. d'alcool	quatre grains.

Faites une pommade bien homogène; on en applique environ 12 grains matin et soir. On peut augmenter progressivement la proportion de la strychnine; l'auteur l'a portée jusqu'à dix grains.

Du premier au troisième ou quatrième jour, le malade sous l'influence de ce traitement éprouve une sensation d'étincelles dans les deux yeux, mais surtout du côté du vésicatoire. C'est un signe très favorable. Cet étincelles varient de couleur; elles sont quelquefois noirâtres, d'autres fois blanches ou rouges. Les étincelles rouges sont les plus avantageuses. Quelquefois après avoir été abondantes elles se suppriment et ne reviennent pas, même en augmentant la dose de strychnine; il faut alors joindre au traitement des frictions sur les sourcils et la paupière inférieure avec une teinture de strychnine fortement chargée; si malgré cette addition, elles se suppriment encore, un vomitif les fait reparaître. Chez un malade, M. Miquel a été obligé de recourir trois fois au vomitif.

Il a aussi pour habitude pendant tout le traitement d'agir sur le tube intestinal, au moyen de pilules composées avec 2 grains de calomel et quatre grains de jalap. Si à la longue le calomel attaquait la bouche, on lui substituerait l'extrait d'aloès. Le séton à la nuque, les moxas aux tempes sont plus nuisibles qu'utiles dans les cas d'amaurose idiopathiques.

Quand le malade a un œil meilleur que l'autre, il faut commencer par celui-là; toujours le mauvais œil s'améliore en même temps; et même chez un malade il ne fut pas besoin de l'attaquer directement. Enfin M. Miquel recommande au praticien d'appliquer la strychnine lui-même tous les jours, et de ne pas perdre de vue que ce traitement, négligemment administré, peut être dangereux.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE.

— M. Fournier de Lempdes réclame la priorité d'invention relativement au principe sur lequel doit se fonder la construction des bandages herniaires. Ses droits sont établis, dit-il, par la publication qu'il a faite en 1824 d'un ouvrage où il expose le principe et ses applications.

Sir Astley Cooper, à la vérité, a proclamé ce principe dans son livre sur les hernies, mais seulement dans la seconde édition, laquelle n'a paru que postérieurement à l'ouvrage de l'auteur de la lettre.

MÉMOIRE SUR LA PARANAPHTALINE, par M. LAURENT.

L'existence de ce nouvel hydrogène carboné, que MM. Laurent ont les premiers fait connaître, ayant été niée par quelques chimistes qui soutiennent, sans d'ailleurs fournir aucune preuve à l'appui, que ce n'est qu'un mélange d'huile et de naphtaline; M. Laurent a été conduit à soumettre cette substance à de nouvelles expériences qui confirment l'idée émise par les deux chimistes, et mettent de plus en évidence quelques nouvelles propriétés communes aux divers hydrogènes carbonés.

NOTE SUR LA VÉRITABLE NATURE DES CANAUX BILIAIRES OU HÉPATIQUES DES INSECTES, par M. AUDOUIN.

Le nom donné à ces canaux indique assez l'usage que leur attribuent en général les entomologistes. Cette opinion cependant devient plus que douteuse par suite de l'examen que vient de faire M. Audouin de deux petits calculs trouvés par M. le docteur Aubé en disséquant un cerf-volant (*lucanus capreolus.*) Ces calculs irrégulièrement arrondis, rugueux à leur surface, d'un jaune grisâtre et d'un aspect un peu cristallin, s'étaient formés dans l'intérieur des canaux biliaires, qu'ils obstruaient de l'un et de l'autre côté, et qu'ils avaient considérablement distendus au point où ils furent trouvés. Le volume du plus gros n'était pas de moins de deux millimètres en tous sens, tandis que le diamètre du canal à l'état normal est à peine d'un millimètre. Au moyen d'une analyse délicate, M. Audouin est parvenu à démontrer que ces calculs étaient formés d'acide urique; traités par l'acide nitrique, ils donnent, par évaporation, la belle couleur rouge que les chimistes ont désignée sous le nom d'*acide purpurique*.

La présence d'un calcul d'acide urique à l'intérieur des vaisseaux biliaires des insectes, établit d'une manière péremptoire que ces canaux sont des organes de sécrétion urinaire.

EAUX THERMALES D'AIX.

M. Arago annonce que M. de Freycinet doit se rendre prochainement à Aix en Provence où il séjournera quelques temps, et que mu par son zèle ordinaire, il a souhaité savoir s'il n'y avait pas à faire dans ces lieux quelques recherches dont il pût se charger. J'ai pensé aussitôt, ajoute M. Arago, à des expériences sur les eaux thermales de cette ville, expériences déjà faites en partie dans un but qui n'avait rien de scientifique, mais qui, poursuivies convenablement, jetteront du jour sur un point important de la physique du globe. Ayant fait part à M. Freycinet de cette idée qu'il a aussitôt accueillie, nous avons pensé que, comme les recherches exigeraient le concours des autorités locales, il conviendrait peut-être que l'Académie demandât au ministre une recommandation spéciale pour notre confrère. Voici ce dont il s'agit :

On sait qu'il existe à Aix des eaux thermales dont la température est très-élevée, et qui étaient fréquentées par un grand nombre de malades. La source, dite de *Sextius*, la plus abondante, et qui est une propriété de la ville, fut, en 1705, entourée d'un bâtiment. Le nombre des baigneurs, l'année suivante, fut de plus de 1,000; mais dès 1707, on remarqua une diminution rapide des eaux; la source ne tarit pas à la vérité complètement, mais d'autres sources thermales voisines disparurent tout-à-fait.

Cela donna lieu de penser que ces eaux thermales étaient les mêmes que des eaux froides que des propriétaires d'un terrain voisin avaient trouvées depuis quelque temps en creusant, et employées pour les moulins du Barret, l'époque du jaillissement des sources froides et de la diminution des eaux chaudes coïncidant assez bien. Cela donna lieu à un procès qui n'était pas décidé en 1721, lorsqu'à l'occasion de la peste d'Aix, un médecin de Montpellier ayant été envoyé dans cette ville par le gouvernement, décida que des bains étaient nécessaires. En conséquence, M. de Vauvenargues, gouverneur de la province, força les propriétaires des moulins du Barret de reboucher leurs sources, et vingt-deux jours après, l'eau reparut dans les sources thermales taries, et reprit aux bains de Sextius son ancien volume.

La distance des moulins aux sources thermales n'est que de mille pas géométriques, et il est naturel de penser que les eaux descendent à une grande profondeur pour acquérir la température qu'elles ont lorsqu'elles sourdent dans les bains;

mais leur chaleur pourrait aussi provenir en partie de leur mélange avec d'autres eaux plus chaudes qu'elles rencontreraient à une petite distance de la surface. A la vérité, un mémoire adressé jadis à l'académie et auquel on n'avait peut être pas fait assez d'attention, dit que l'eau du Barret et celle des sources d'Aix renferment les mêmes élémens, et dans les mêmes proportions; mais à cette époque les procédés d'analyse n'étaient pas assez parfaits pour qu'on pût compter beaucoup sur leurs résultats. Ainsi, il reste encore à faire des recherches sur la composition de ces eaux, et on a mal vu sans doute en supprimant une place dont un des principaux devoirs était de poursuivre cette étude; outre ces travaux chimiques, il y a d'autres expériences à faire, et pour lesquelles on pourrait profiter du temps où ces eaux ne sont pas employées; ainsi, pour savoir si les eaux acquièrent leur température par un mélange avec d'autres eaux plus chaudes, ou par leur descente à de grandes profondeurs, il suffira peut-être de mesurer exactement la température de l'eau des bains de Sextius quand les sources du Barret auront leur libre cours; puis de voir lorsqu'elles seront rebouchées, si l'augmentation du volume d'eau au bain n'est pas accompagnée d'une diminution de chaleur.

L'Académie, conformément à la demande de M. Arago, décide qu'une demande sera adressée au ministre afin qu'il recommande aux autorités départementales et municipales de prêter leur concours aux expériences que M. Freycinet jugera convenable de faire.

JUMEAUX SIAMOIS.

M. Geoffroy-St-Hilaire annonce que les deux jumeaux siamois unis l'un à l'autre par les parois abdominales, sur lesquels il avait fait, il y a six ans, une communication à l'académie, et qui, à cette époque, n'avaient pu obtenir la permission d'entrer en France, quoique lui-même se fût intéressé au succès de leur demande, sont maintenant arrivés à Paris. Ce n'est pas seulement par le fait tératologique qu'ils présentent, que ces jumeaux, dit M. Geoffroy, sont un sujet curieux d'examen; mais comme appartenant à une race peu connue des Européens, ils ne peuvent manquer d'intéresser vivement tous les savans qui s'occupent de l'étude de l'homme considéré sous le point de vue zoologique, et qui savent combien sont rares les occasions d'observer directement.

PAPIERS DE SURETÉ.

M. Gay-Lussac demande que la commission à l'examen de laquelle ont été renvoyés les différens papiers dits de *sûreté*, proposés depuis quelque temps, se hâte de faire son rapport, afin d'empêcher le public d'être plus long-temps dupe de certains spéculateurs qui lui offrent des garanties presque toujours illusoires

NOUVEL APPAREIL DESTINÉ A OPÉRER DES DÉCOMPOSITIONS COMME LA PILE DE VOLTA, par M. BECQUEREL.

Volta en multipliant le nombre des couples métalliques pour accroître l'intensité de l'électricité libre aux deux extrémités, a introduit, dit M. Becquerel, deux causes qui tendent à affaiblir les effets électro-chimiques produits quand le circuit est fermé. Ces deux causes sont les intervalles liquides qui séparent chaque élément, et cette espèce de polarisation que chacun d'eux acquiert peu à peu et d'où résulte un courant dirigé en sens inverse du premier, qui tend par conséquent à diminuer son action.

Ne serait-il pas possible d'éviter ce double inconvénient dans la construction d'un appareil électro-chimique qui réunît d'ailleurs tous les avantages de la pile? c'est ce qu'a cherché à obtenir M. Becquerel.

Un grand nombre de faits, remarque-t-il, tendent à prouver que s'il était possible de transformer en un courant toute l'électricité qui se dégage dans la combinaison de deux corps, ce courant serait capable de décomposer cette combinaison.

Si donc dans la réaction d'un acide liquide sur une solution alcaline, on parvient à saisir une grande partie des deux électricités dégagées, on aura un appareil décomposant qui pourra remplacer la pile sans qu'on ait à craindre les effets des alternatives et de la polarisation. Pour réaliser cette idée, on prend un tube de verre de 5 ou 6 millimètres d'ouverture, contenant dans la partie inférieure de l'argile très-fine, humectée avec une solution concentrée de sel marin, dans laquelle on a fait dissoudre une certaine quantité de potasse ou de soude caustique; la partie supérieure du tube est remplie du même liquide; on le plonge ensuite par le bout préparé dans un flacon contenant de l'acide nitrique concentré, et l'on établit la communication entre l'acide et la solution alcaline au moyen de deux lames de platine unies ensemble avec un fil de même métal. A l'instant même il y a un dégagement de gaz assez abondant sur la lame plongée dans la solution alcaline, et aucun sur l'autre lame: le gaz recueilli est de l'oxigène pur.

Le courant électrique qui produit cette décomposition provient de la réaction de l'acide sur l'alcali, par suite de laquelle le premier prend l'électricité positive, et le second l'électricité négative; son intensité est suffisante pour décomposer l'eau; mais ce n'est pas là que s'arrête l'action, et il reste à voir ce que devient l'oxigène.

Si l'on examine avec attention ce qui se passe dans l'acide, on reconnaît que sa couleur change peu à peu et qu'il se forme de l'acide nitreux; dès lors l'hydrogène provenant de la décomposition de l'eau, en se transportant sur la lame négative, réagit sur les parties constituantes de l'acide nitrique, le désoxide et rend libre l'acide nitreux qui se dissout dans l'acide; aussi trouve-t-on en substituant une lame d'or à la lame de platine plongée dans l'acide, qu'elle se dissout en raison de l'action qu'exerce sur elle l'acide nitreux.

Si l'on plonge dans l'alcali un tube de verre préparé comme le premier avec de l'argile humectée, non avec une solution de sel marin et de potasse, mais avec une solution de sel marin seulement, et remplie dans la partie supérieure d'une solution de sel marin; que l'on reporte dans celui-ci la lame qui se trouvait primitivement dans l'alcali, on trouve que non-seulement le sel marin est décomposé, mais encore que le nitrate de potasse, produit dans la réaction de l'acide nitrique sur la potasse, l'est également.

La lame de platine qui se trouve dans la solution de sel marin est elle-même attaquée par l'acide hydro-chloro-nitrique formé. On voit donc que dans cet appareil, d'une construction excessivement simple, tous les corps employés sont ou décomposés ou attaqués comme s'ils étaient soumis à l'action d'une pile d'un certain nombre d'élémens. Dans une expérience où les lames avaient chacune un centimètre de long sur 5 millimètres de large, j'ai recueilli, dit M. Becquerel, un centimètre cubique de gaz oxigène dans l'espace de 12 heures. En substituant aux lames de platine deux petits fragmens d'anthracite, corps très-réfractaire comme on le sait, à l'action du feu, des acides et des alcalis, ces fragmens sont attaqués comme le platine. Rien ne résiste donc à l'action de cet appareil électro-chimique qui, lorsqu'il a été préparé convenablement, a sur la pile l'avantage de pouvoir fonctionner plusieurs jours sans interruption, et sans que l'intensité du courant, produit dans la réaction de l'acide sur l'alcali, soit modifiée d'une quantité appréciable aux instrumens les plus délicats.

Voilà donc un appareil qui fonctionne avec une certaine énergie comme la pile et dans lequel il ne se trouve aucun métal. On conçoit sur-le-champ les applications qu'on peut en faire aux sécrétions des corps organisés. C'est en étudiant cette question que M. Becquerel est parvenu à former l'appareil dont il se propose de faire connaître ultérieurement les applications.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE. —*Présidence de M. Lisfranc.*

Affluence aussi nombreuse que lors de la discussion sur la lithotritie.

La correspondance officielle comprend une lettre du ministre de l'instruction publique, qui invite l'académie à nommer dans son sein quatre juges et un suppléant, qui doivent compléter le jury du concours pour la chaire de clinique externe, vacante par la mort de Dupuytren. Ce concours s'ouvrira le 2 janvier prochain.

M. le doyen de la faculté adresse une lettre dans le même sens, il y joint la liste des candidats inscrits, ce sont: MM. Sanson, Guerbois, A. Bérard, Blandin, Jobert, Sédillot, Lepelletier du Mans et Langier.

Le conseil d'administration a décidé qu'une séance extraordinaire aurait lieu samedi prochain pour cet objet (1).

— L'Académie française envoie à l'Académie de médecine un exemplaire de la dernière édition de son dictionnaire. — Remercimens.

RÉSULTATS DES DIVERS TRAITEMENS DE LA SYPHILIS.

M. LEPELLETIER du Mans envoie une longue lettre en réponse à la réclamation de M. Desruelles de Rennes, en voici la substance:

1° Pendant le cours de son service comme chirurgien en chef de l'hôpital du Mans, M. Lepelletier a traité par le mercure toutes les syphilis à l'exception des blennorrhagies simples, et il n'a point vu rentrer de malades avec des récidives lorsqu'il a dépendu de lui que ce traitement fût complet.

2° Pendant la plus grande partie de ce temps, il a vu soit à l'hôpital, soit à la consultation, un assez grand nombre de malades avec des récidives de syphilis, traités d'après leur rapport à l'hôpital de Rennes, sans mercure, et le nombre lui en a paru assez considérable pour pouvoir approximativement le porter à 80. Ces deux faits capitaux seraient attestés par de nombreux médecins qui en ont été témoins et dont plusieurs sont cités dans cette lettre.

M. Desruelles a attaqué ces faits en publiant le relevé des registres de l'hôpital. Mais de quelle autorité peuvent être des registres où toutes les maladies indistinctement sont classées sous ces trois dénominations générales, *fiévreux, blessés, vénériens?* De plus, M. Desruelles n'a relevé les registres de l'hôpital du Mans que de 1829 à 1834; or, M. Lepelletier a pris le service de chirurgien en chef de cet hôpital en 1823 et l'a quitté en mars 1833. M. Desruelles avance aussi que tous les vénériens du Mans ont été traités par le mercure; ceci est inexact, les blennorrhagies syphilitiques simples, qui formaient les cas les plus communs, n'ayant jamais été soumises à ce traitement; enfin pour les malades traités à Rennes et revenus au Mans, plusieurs ont affirmé que, connaissant par expérience ou par tradition l'insuffisance des antiphlogistiques, ils y avaient joint à l'insu du médecin des pilules mercurielles.

— M. Lamontagne, médecin à Neufchâteau, adresse, par l'intermédiaire du ministre, des observations sur les bons effets de l'acétate de potasse dans le choléra. — Renvoyé à la commission du choléra.

Après quelques réclamations sur le procès-verbal, M. le président annonce à l'académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bourdois de la Motte, décédé lundi à 11 heures du matin. Le conseil d'administration a décidé que l'académie en corps assisterait au convoi, et que pour rendre cette manifestation de deuil plus complète, elle suspendrait ses travaux aujourd'hui. En conséquence la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SECONDE LETTRE DE M. BOUVIER SUR LA NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRER LE REDRESSEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE DE M. Jules GUÉRIN.

Monsieur et honoré confrère,

N'ayant pu obtenir à l'académie de médecine la lecture de ma réponse

(1) Jusqu'ici ces nominations se faisaient par la voie du sort, en excluant toutefois de l'urne les noms des membres étrangers aux sections chirurgicales. Une modification heureuse a été introduite depuis dans le réglement. L'Académie aura à nommer par scrutin individuel dix candidats; et c'est parmi ces dix noms seulement que le sort désignera les quatre juges et le suppléant.

à votre lettre, lue dans la séance du mardi 24 novembre, j'attends de votre loyauté que vous voudrez bien donner une place dans votre journal aux courtes explications que je vous adresse.

J'ai appelé *de la Feutrie* le premier des deux Levacher, comme le second, j'en conviens. Mais je n'ai attribué ni à l'un ni à l'autre l'invention d'un appareil à *flexion*. J'ai seulement prétendu, et je le maintiens, que les quatre cravates du fauteuil de Levacher sont la même chose que les trois cravates du lit de M. Mayor, que, par conséquent, on doit rapporter au premier l'idée d'une méthode consistant à exercer, non une flexion véritable, mais un double effort *tendant* à renverser l'épine latéralement.

Levacher de la Feutrie a clairement exposé dans le *traité de Rakitis*, p. 285 et 373, l'action du fauteuil de son prédécesseur et des moyens analogues sur les vertèbres, et le passage de Levacher que vous avez cité ne peut s'appliquer à une machine qu'il a imaginée plus tard, et dont il n'est pas question dans son mémoire.

Je n'ai dit nulle part, que le *problème de l'Orthopédie consiste à pouvoir saisir l'épine dans deux points pour la tirer en sens contraire*. La phrase détachée que vous avez citée a rapport uniquement au problème de la *localisation* de l'extension, au problème posé par M. Pravaz, et dont il a cru trouver la solution dans l'emploi des plateaux de Schaw. J'en appelle à tous ceux qui voudront prendre la peine de lire le paragraphe d'où vous l'avez extraite (1).

L'autre phrase, que vous avez tirée du même *endroit*, n'est pas plus que celle-ci en opposition avec mes théories actuelles. Elle exprime dans leur plus grande généralité les deux *seuls* modes d'action des appareils sur nos organes, *l'extention et la compression*, *l'écartement et la condensation*, et non tel ou tel procédé de redressement de l'épine en particulier (2).

Je n'ai nullement la prétention d'avoir réalisé l'idée *de fléchir l'épine dans le sens inverse de ses courbures*, et je me suis borné à dire, que mes appareils *tendaient* seulement à renverser l'épine déviée en S en sens contraire de chaque courbe. Si la double flexion était possible, elle serait le résultat de ma méthode, comme de la vôtre; je ne l'admets dans aucune : voilà l'explication nette que vous paraissiez désirer, et vous comprendrez actuellement comment j'ai pu, sans méprise ni confusion, trouver les deux méthodes au fond semblables. La question sera maintenant ainsi posée. Je soutiens, d'une part, qu'il ne peut résulter des tractions perpendiculaires sur l'épine déviée en S, *qu'une tendance des courbures à s'infléchir en sens opposé*, sans affirmer, d'autre part, que cette inflexion est produite en réalité par votre appareil. Les faits prononceront.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma considération distinguée.

BOUVIER.

RÉPONSE À LA LETTRE DE M. BOUVIER.

La seconde lettre de M. Bouvier simplifie quelque peu la question. Dans sa première réclamation mon estimable confrère prétendait que Levacher de la Feutrie avait eu la première idée de ma méthode, et que lui M. Bouvier mettait cette méthode en pratique depuis 9 ans. Aujourd'hui ses assertions ne vont plus que jusqu'à prétendre :

1° Que Levacher (non Levacher de la Feutrie) agissait au moyen de ses quatre cravates, comme M. Mayor.

2° Que les citations empruntées à l'article de M. Bouvier ne disent pas ce que je leur ai fait dire.

3° Que mes appareils ne produisent pas plus que les siens la flexion de l'épine.

Voici comment s'exprime Levacher de la Feutrie sur le premier point, aux pages 285, 372, 373 et 374.

« La première indication que l'on ait saisie dans ces vues nouvelles a été *d'étendre* la colonne épinière et de former un soutien aux os longs; la seconde de *comprimer* les endroits saillans pour faire *rentrer* les parties déjetées dans la direction *verticale*. » Plus loin, après avoir rapporté les principes donnés par M. Roux sur la manière d'appliquer les machines orthopédiques, il ajoute : « à ces conditions qui conviennent également aux machines *extensives* et aux machines *compressives*, je crois devoir en ajouter une propre et nécessaire à ces dernières : c'est que les *compressions* soient molles et se fassent toujours *sur une large surface*. Plus loin encore, page 373. « Mais dans la manière de tirer et d'attacher les bandeaux, il faut avoir soin de *comprimer* les endroits saillans, en tirant d'arrière en avant ou de devant en arrière, de bas en haut ou de haut en bas, selon les exigences des cas; on donne donc aux *compressions* des directions certaines, et ces directions sont contraires à la torsion... Enfin au moyen de petits cordages vous *comprimez* partout où vous voulez. » Un peu plus loin, page 374, le même auteur ajoute : « Le fauteuil employé de la manière que je viens de l'exposer réussissait; mais comme pour en faire usage l'enfant devait être sans corps, il était privé de la machine *extensive* ce qui *était un inconvénient*: j'ai trouvé moyen d'employer *l'un* avec *l'autre*. »

Ainsi *l'extension* et la *compression* constituaient pour Levacher de la Feutrie, comme pour M. Bouvier, les deux grands principes du traitement mécanique des déviations de l'épine, et ni l'un ni l'autre n'ont exprimé l'idée de produire ou *de tendre* à produire la flexion de l'épine en sens inverse de ses courbures.

Mais, ajoute M. Bouvier, les cravates de M. Mayor n'agissent pas autrement que celles de Levacher de la Fentrie; *donc* M. Mayor n'a fait que reproduire *l'idée* du premier de ces auteurs. D'abord M. Mayor n'emploie pas quatre cravates, se servant *mutuellement* de point d'appui pour produire la compression *de la bosse dans* TOUTE SON ÉTENDUE (Levacher de la Fentrie, p. 373); mais il conseille d'employer trois liens, dont l'un transversal croisant l'épine à angle droit au *point le plus saillant et le plus convexe* des vertèbres déviées, et les deux autres dirigés *obliquement* l'un en haut, l'autre en bas, *du côté opposé* à l'action du lien transverval, agissent de manière à *entraîner* l'épine dans le *sens opposé à sa courbure*, et tendent à produire une courbure *toute contraire* à la première (*Journal des progrès*, tom. 13, pag. 167). Voilà qui est clair de la part de M. Mayor, voilà l'idée d'opérer la flexion de l'épine en sens opposé à sa courbure pathologique. Je ferai remarquer d'ailleurs que ce n'est pas le procédé de M. Mayor qui m'a suggéré ma nouvelle méthode, mais l'idée même émise par ce médecin de chercher à *fléchir l'épine du côté opposé à sa courbure*; car, ainsi que je l'ai dit dans mon mémoire lu à l'Académie, le procédé de M. Mayor ne produit que très-imparfaitement ce résultat, et il expose à augmenter une courbure en voulant redresser l'autre.

M. Bouvier prétend que les citations empruntées à son article *Orthopedie* du Dictionnaire de médecine, ne veulent pas dire ce qu'elles disent : j'en suis fâché pour l'auteur; mais pour qu'il fût possible de leur donner une interprétation différente, il faudrait que l'idée contraire fût exprimée en quelque autre passage de ses écrits; ou, à défaut d'écrits, il faudrait que la pratique de ce médecin servît de commentaire à l'obscurité de ses aphorismes : or, j'ai relu l'article de M. Bouvier et j'ai visité de nouveau les malades qu'il traite dans les hôpitaux; j'affirme que je n'ai vu d'un côté comme de l'autre, que l'enseignement et la pratique de l'extension parallèle de l'épine, aidée de la compression latérale.

En dernier lieu M. Bouvier affirme que ses moyens et les miens sont incapables de produire la flexion de l'épine en sens inverse de ses courbures; j'accepte l'aveu de mon véridique confrère en ce qui concerne sa méthode : je suis au moins sûr qu'il ne se trompe pas; je ne l'accepte pas pour la mienne, parce que mes appareils fléchissent positivement, et même, dans quelques cas, *instantanément* l'épine, dans le sens inverse de ses courbures. C'est là une question de fait, comme le dit très-bien M. Bouvier; et si mon savant confrère avait eu une connaissance plus exacte de mes appareils, il se serait abstenu des expériences qu'il a faites en présence de l'Académie pour démontrer ce que personne ne conteste et se serait convaincu qu'ils ne *tendent* pas seulement à produire, mais produisent réellement la flexion de l'épine.

Pour marquer la complète différence qu'il y a entre l'extension parallèle employée par M. Bouvier, et l'extension sigmoïde que je propose, je soutiens que la première ne *tend* même pas et ne peut pas *tendre* à fléchir l'épine dans le sens opposé à ses courbures. Je dis qu'elle ne *tend* pas à ce but parce que tous les auteurs qui ont conseillé la compression latérale depuis Levacher de la Feutrie jusqu'à M. Bouvier, ne l'ont donnée que comme un moyen capable de faire *rentrer* les parties déjetées dans la *direction* VERTICALE (Levacher de la Feutrie, p. 374), pendant que l'extension parallèle cherche à produire le même résultat. C'est ici le cas de faire remarquer que j'ai pu citer la critique que Levacher fait des agens de compression, bien qu'il ait

(1) Voici le texte de M. Bouvier : « Il est clair que *tout* le problème consiste à pouvoir saisir invariablement l'épine dans *deux points*, pour les *tirer en sens contraire*, et que les liens employés dans ce but n'agiront pas autrement sur un lit en deux ou trois pièces, que *sur celui qui est formé d'une seule*. » (Dict. de médecine, t. 12, p. 300)

(2) Texte de M. Bouvier : « *Quelle que soit la force* que l'on mette en jeu, l'effet se réduit toujours à *pousser* ou à *tirer*. *L'extension* et la *compression* sont donc les *deux grands* moyens d'action qui renferment tous les autres » Id., page 298. En écrivant cette phrase il y a un an, l'auteur avait oublié d'excepter du mot *tous* certains autres moyens de *flexion* ou de *renversement* qu'il employait depuis neuf ans.

imaginé son fauteuil postérieurement au mémoire auquel cette critique est empruntée; car si, comme il n'y a nul doute, le fauteuil de Levacher est présenté par lui et Levacher de la Feutrie comme un agent de *compression*, on peut très-logiquement appliquer à l'action de cet appareil les reproches péremptoires que Levacher avait adressés à tous les appareils de compression en général. Je dis en second lieu que cette méthode ne *peut* pas tendre à fléchir l'épine dans le sens opposé à ses courbures, parce que, de deux choses l'une: ou bien l'extension parallèle à laquelle sont associées des pressions latérales agit ou n'agit pas; si elle agit, ce n'est qu'à la condition d'employer ses efforts à ramener l'épine aux *limites* de la ligne droite, et plus elle agit plus elle tend à produire ce résultat; elle s'oppose par conséquent, par une tension parallèle de plus en plus énergique à la flexion de l'épine dans le sens inverse de ses courbures: c'est là un principe de simple statique et un résultat de la plus vulgaire expérience. Si l'extension n'agit pas la compression est sans résistance et par conséquent sans résultat.

Maintenant, le caractère essentiel de ma méthode c'est précisément de rejeter l'extension parallèle qui s'épuise en efforts stériles pour ne reporter l'épine qu'aux limites de la ligne, et ne produit qu'un redressement incomplet et passager, à cause de la persistance de la force d'élasticité non vaincue; tandis que l'extension sigmoïde emploie directement toutes les forces à produire une courbure inverse, c'est-à-dire un redressement au-delà de la ligne droite, dans le but de vaincre la force d'élasticité et de prévenir le retour instantané ou consécutif de la courbure pathologique. Je rappellerai à M. Bouvier l'expérience de l'arc que l'on redresse en le courbant en sens opposé, afin que sa courbure ne se rétablisse pas après la cessation des efforts de redressement.

Pour résumer cette discussion, je dirai que:

1° Il n'est pas permis de confondre la *compression* avec la *flexion* de l'épine; les agens qui produisent ces deux effets diffèrent autant dans leur mécanisme que dans leurs résultats.

2° Levacher ni Levacher de la Feutrie n'ont eu l'idée de produire ou de *tendre* à produire *la flexion de l'épine en sens inverse de ses courbures*, parce que ces auteurs ne parlent nulle part dans leurs écrits de *flexion*, mais toujours de *compression*; et parce que leurs moyens étaient physiquement incapables de fléchir la colonne, ainsi que Levacher l'a démontré lui-même.

3° M. Mayor seul m'a donné l'idée de ma méthode, non parce qu'il a proposé un moyen peu propre à fléchir la colonne en sens inverse de ses courbures, mais parce qu'il a indiqué clairement et explicitement qu'il avait voulu atteindre ce but.

4° La méthode de M. Bouvier, ou autrement dit, l'extension parallèle et la compression simultanée, *ne produit* pas et ne *tend* même pas à produire la flexion ou le renversement de l'épine en sens inverse de ses courbures; l'extension sigmoïde tend au contraire sans cesse vers ce but et le réalise souvent instantanément.

J'ai cru devoir entrer dans ces explications en attendant la publication de mon mémoire, afin de donner une idée plus exacte du caractère essentiel et distinctif de ma méthode, et afin de prévenir toute réclamation ultérieure sur l'analogie qu'elle peut offrir avec ce qui a été fait précédemment. J'attendrai désormais que l'expérience et l'Académie aient prononcé sur la valeur de cette méthode; libre à mon ingénieux confrère de se persuader qu'il emploie depuis neuf ans l'extension sigmoïde, comme il est parvenu sans doute à se persuader que son établissement portait depuis la même époque le titre d'*Institut orthopédique*.

Jules Guérin.

Névralgies sciatiques traitées avec succès par les sels de morphine; par M. Berland, d'Oyé. (Saône-et-Loire.

Le traitement que j'ai employé dans les observations qu'on va lire, m'a été suggéré par les faits que j'ai vus lorsque je suivais la clinique faite par M. Trousseau en remplacement de M. Récamier.

Pendant le courant de l'année 1834, un grand nombre de femmes atteintes de névralgie de la face, du cou et du membre supérieur, furent traitées avec succès par les sels de morphine appliqués sur le derme dénudé. Une seule à ma connaissance fut traitée d'une névralgie sciatique, et elle en fut également délivrée après quinze jours environ de traitement.

Obs. I. — Le nommé Fayolle, âgé de 48 ans, constitution forte, tempérament sanguin, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de douleurs rhumatismales, me fit appeler le 27 septembre; il me raconta que cinq mois auparavant, il avait été pris tout à coup et sans cause connue d'une douleur extrêmement vive aux lombes, que cette douleur avait ensuite envahi la fesse, puis la partie postérieure de la cuisse, ensuite le jarret et la jambe du côté droit. Cette douleur était si vive qu'il n'avait pu fermer l'œil depuis cinq mois; il lui était impossible de se coucher ou de s'asseoir, parce que dans ces deux positions les douleurs étaient intolérables.

La douleur était plus vive au niveau de l'échancrure sciatique, et elle occupait tout le trajet du nerf de ce nom et celui des nerfs poplités. Le malade ne pouvait entièrement redresser sa colonne vertébrale, il était habituellement courbé et penché sur le côté affecté; il semblait traîner son membre; sa position ordinaire était intermédiaire entre celle assise et couchée. Très-souvent, par exemple, je l'ai trouvé appuyant son genou sain sur une chaise et son ventre sur le bord du lit, tandis que sa poitrine et ses bras étaient sur le lit même; c'était dans cette posture qu'il prenait ses repas. Les douleurs qu'il éprouvait étaient si atroces que ceux qui l'entouraient pouvaient rarement goûter les douceurs du repos, tant il poussait de cris; plusieurs fois pendant la nuit, sa femme était obligée de se lever pour essayer de calmer un peu ses souffrances par différens moyens. Ce malheureux se croyait estropié pour toute sa vie; il allait quelquefois jusqu'à se rouler sur la paille et à appeler la mort.

Avec cette douloureuse maladie, cet homme était dans un état général satisfaisant, il avait conservé sa fraîcheur et assez d'embonpoint.

Il avait employé plusieurs moyens qui ne lui avaient procuré aucun soulagement. Dans le début, un médecin distingué lui avait fait appliquer des sangsues sur la fesse, plus tard un vésicatoire, et enfin l'avait fait frictionner avec de l'huile ammoniacale, et tout cela sans succès.

La première fois que je le vis, je lui conseillai de prendre des bains de vapeur, je lui administrai en même temps la poudre de Dower tous les soirs; cela ne produisit aucun effet bien marqué. Alors je me rappelai un moyen que j'avais vu employer plusieurs fois par M. Trousseau, dans les névralgies de la face et dans un cas de sciatique, mais beaucoup moins grave que celle-ci. Je veux parler des sels de morphine par la méthode endermique. Je voulus essayer ce moyen, sans en espérer un grand avantage, tant je croyais la maladie grave et invétérée.

Je commençai par appliquer un large vésicatoire aux lombes, c'est-à-dire au point de départ de la douleur. Le lendemain matin je pansai ce vésicatoire avec du beurre frais et un demi-grain d'acétate de morphine; même pansement le soir du même jour; *idem* le lendemain. Puis la douleur ayant beaucoup diminué dans cet endroit, j'appliquai un nouveau vésicatoire à la partie moyenne et postérieure de la cuisse, qui fut pansé de même pendant deux ou trois jours; puis un autre à la partie externe du genou, et enfin à la partie moyenne de la jambe. La douleur des lombes n'étant pas entièrement calmée, je fus obligé d'y appliquer un nouveau vésicatoire. Je portai la dose d'acétate et de sulfate de morphine (car j'employai ces deux sels), jusqu'à un grain à chaque pansement, ce qui faisait deux grains par jour.

L'état du malade commença à s'améliorer dès les premiers pansemens; il put dormir, s'asseoir, et marcher avec une seule béquille. Au bout d'un mois il était dans des conditions très-satisfaisantes; il ne portait qu'un petit bâton, se tenait très-droit et boitait très-peu; il travaillait dans les champs presque toute la journée; seulement il ressentait encore un peu de douleur de temps en temps, et principalement les nuits.

Comme le malade était ennuyé de porter des vésicatoires, il voulut cesser ce moyen, disant qu'il se trouvait bien. Alors je lui fis prendre une mixture de miel rosat et d'huile essentielle de térébenthine, qui ne produisit à peu près aucun effet. Quelques jours après, ayant lu dans un journal de médecine qu'on avait employé avec succès l'essence de térébenthine en lavemens, je lui fis prendre en trois jours cinq quarts de lavement dans lesquels il entrait chaque fois une once d'huile essentielle. Ce moyen ne produisit encore aucun effet bien marqué. Au reste, il y avait un mois que le malade était dans un état satisfaisant, lorsque je le quittai, et cette amélioration ne paraissait pas devoir se démentir.

A côté de ce cas remarquable j'en rapporterai deux autres, qui sont moins intéressans en ce que la maladie datait d'une époque moins éloignée.

Obs. II. — Le nommé Lami, âgé de 54 ans, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de rhumatisme, éprouvait depuis un mois une douleur extrêmement vive à la fesse, à la partie postérieure de la cuisse et au jarret du côté droit sur le trajet du nerf sciatique. Cette douleur le faisait un peu boiter, et ne l'empêchait cependant pas de marcher et de travailler un peu pendant le jour; mais toute la nuit les souffrances étaient atroces; il était obligé de se lever plusieurs fois, et poussait des cris aigus; à peine pouvait-il dormir une heure ou deux.

On lui avait appliqué des sangsues sans succès, et un célèbre charlatan de mon pays l'avait frictionné ou magnétisé, ce qui avait enlevé la douleur pour le moment, mais elle était revenue au bout d'un quart d'heure aussi vive qu'auparavant.

Trois grains d'acétate de morphine appliqués dans l'espace de trois jours sur une partie de la fesse dénudée de son épiderme, suffirent pour l'entière guérison de ce malade.

Obs. III. — Le nommé Bertrand, tailleur d'habits, âgé de 44 ans, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu d'affection rhumatismale, éprouvait depuis huit jours une douleur extrêmement vive, partant du niveau de l'échancrure sciatique et s'étendant à la partie postérieure de la cuisse, du jarret et de la jambe du côté gauche. Cette douleur était si vive, que le malade ne pouvait marcher ni s'asseoir; il s'étendait sur son lit et était obligé d'en descendre à chaque minute, sans pouvoir dormir un seul instant de la nuit.

Je lui appliquai quatre vésicatoires successifs, en commençant par le point de départ de la douleur, et en descendant. Ces vésicatoires furent pansés avec l'acétate de morphine, et au bout de douze jours le malade fut complétement guéri. Huit grains de sel de morphine avaient été employés.

Je joindrai ici quelques remarques qui, bien qu'elles soient assez connues, ne seront peut-être pas sans utilité pour quelques praticiens.

On peut obtenir la vésication de deux manières, par les cantharides et la pommade ammoniacale. Ces deux moyens ont leurs avantages et leurs inconvéniens. La pommade ammoniacale produit la vésication en très-peu de temps; quatre à cinq minutes suffisent quand elle est bien faite; mais cette pommade est beaucoup plus coûteuse que l'emplâtre cantharide, et il est très-difficile de s'en procurer qui soit bien faite, surtout dans les campagnes. En effet, elle est presque toujours ou trop liquide, ou trop ferme, nu pas assez active. Elle doit être renfermée dans un flacon hermétiquement fermé, et malgré cela, l'ammoniaque se dégageant toutes les fois qu'on l'ouvre, la pommade a bientôt perdu toute sa force, et il est rare qu'on puisse se servir du même flacon pendant plus d'un mois. Ajoutons à cela qu'il est assez difficile de bien reconnaître le moment précis où la vésication est produite; et si on laisse la pommade un peu trop long-temps sur la peau, elle attaque le derme et produit une escarre qui tombe au bout de quelques jours, et laisse une cicatrice indélébile Pour éviter cet inconvénient, il faut surveiller attentivement l'action de la pommade, et l'enlever dès qu'on voit une auréole rouge autour d'elle. Dans tous les cas, il vaudrait mieux l'enlever un peu plus tôt que plus tard; on en serait quitte pour la réappliquer. La pommade étant enlevée, on passe légèrement sur la peau la pulpe du doigt, qui déchire et emporte l'épiderme. On essuie la surface dénudée avec un linge fin ou de la charpie, et on applique le sel de morphine, soit en poudre, soit réduit en pâte, soit mélangé avec le beurre ou le cérat employé à panser le vésicatoire.

J'ai dit que la pommade bien faite produisait son effet dans l'espace de quatre à cinq minutes, mais il y en a dont on est quelquefois obligé de prolonger l'application jusqu'à quinze et vingt minutes.

Le même vésicatoire ne peut recevoir des sels de morphine que pendant deux ou trois jours; au-delà de cette époque la surface est sèche ou saignante, et la morphine n'est plus absorbée.

Il est très-utile de faire les pansemens matin et soir, et de bien avoir le soin d'enlever les fausses membranes chaque fois; c'est peut-être parce qu'on a négligé cette précaution importante, que, dans les services de MM. Chomel et Rostan, les succès n'ont pas été à beaucoup près aussi beaux que ceux de M. Trousseau.

Dans les névralgies de la face, on est dans l'habitude de mettre des vésicatoires de la largeur d'une pièce de 20 à 40 sous; mais je crois qu'il convient mieux d'en appliquer de larges lorsqu'on a affaire à une névralgie siégeant dans les gros troncs nerveux situés profondément comme le nerf sciatique; car alors on opère une puissante révulsion qui contribue à guérir la maladie.

Quelle dose de sel de morphine doit-on employer? La réponse à cette question ne peut être absolue. La dose est variable suivant le sexe et l'idiosyncrasie. Pendant mes vacances de 1833, je vis se développer des symptômes d'empoisonnement pour avoir appliqué à peine un quart de grain de sulfate de morphine à une demoiselle atteinte d'une névralgie de l'oreille; il y eut des vomissemens très-abondans, ce qui épouvanta beaucoup les parens. Le lendemain j'appris que la malade avait dîné à peine deux heures avant ma médication, et qu'après on lui avait fait prendre un lait de poule. Alors je ne fus pas surpris de ce qui était arrivé. Depuis je n'ai pas oublié qu'on ne devait appliquer la morphine que plusieurs heures après que le malade a mangé, et qu'on devait lui recommander de ne prendre des alimens que quatre ou cinq heures après le pansement. Au reste, cette demoiselle, qui avait été traitée inutilement par les émissions sanguines, fut très-bien guérie au bout de quinze jours de l'emploi de la méthode endermique.

Je crois qu'on doit commencer par un sixième ou un quart de grain à chaque pansement chez les femmes, et un demi-grain chez les hommes. On élève graduellement la dose, et on peut la porter jusqu'à trois et quatre grains par jour sans inconvénient, comme je l'ai vu plusieurs fois.

On doit toujours commencer par le point de départ de la douleur, et la poursuivre successivement jusque dans ses derniers retranchemens. Je me rappelle que dans quelques cas, à l'Hôtel-Dieu, on fut obligé d'appliquer successsivement des vésicatoires d'abord à la tempe, puis au bas de l'oreille, au menton, au cou, à l'épaule, au bras, au coude, à l'avant-bras et enfin au poignet.

— *Nouvelles recherches sur le rhumatisme* articulaire aigu en général, et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie, ainsi que sur l'efficacité de la formule des émissions sanguines coup sur coup dans le traitement. Par J. Bouillaud, professeur de clinique-médicale à la faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8°, prix 3 fr. — J.-B. Baillière, libraire.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MÉMOIRE SUR LA DIATHÈSE OSSEUSE EN GÉNÉRAL, et la théorie de l'ankylose vraie des auteurs en particulier; par H. KUHNHOLTZ, bibliothécaire agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Montpellier, etc.

Cet opuscule sort de la ligne ordinaire des simples mémoires; et nous a frappés d'abord par deux caractères qui se trouvent rarement réunis. Ainsi, au lieu de s'en tenir au sujet qu'il traite, l'auteur ne manque jamais l'occasion de généraliser les déductions qu'il en tire; à une question qui semble appartenir purement à l'anatomie pathologique, il mêle et rallie sans cesse des vues de haute philosophie médicale. On y sent partout le parfum de cette grande et sévère école de Montpellier, qui va dogmatisant toujours, même quelquefois sans propos ni mesure; tandis que d'autre part on ne saurait méconnaître l'influence de l'école de Paris, avide de faits et d'autopsies, et qui, ne trouvant pas que ses cinq mille cadavres annuels lui en fournissent assez, commence même à en demander aux livres, et ne dédaigne plus tant qu'elle le faisait une érudition solide et raisonnée. Nous ne saurions sans doute donner place dans cette analyse à toutes les grandes questions qu'agite en passant M. Kuhnholtz. Quoique professant une haute et sincère estime pour l'école rivale, nous sommes cependant quelque peu de l'école de Paris, et nous nous attacherons plus spécialement aux faits que renferme son mémoire.

M. Kuhnholtz définit la diathèse osseuse *une disposition morbide générale à engendrer de la matière osseuse*. Ainsi considérée, la diathèse osseuse présente beaucoup d'analogies avec l'acte ostéologique normal, ou pour mieux dire, ils ne sont l'un et l'autre que la force plastique qui préside à la nutrition, mais qui agit d'une manière dans l'état normal, et de l'autre dans l'état morbide. On ne peut pas même alléguer, pour les distinguer, que l'acte ostéogénique normal suit dans ses opérations une marche régulière. Tantôt, en effet, on voit les os d'un côté du corps s'accroître d'une manière inégale; il n'est pas très-rare de voir des enfans, à l'époque de la naissance, boiter fortement du côté dont l'allongement des os est en retard, et cesser bientôt d'être boiteux pour le redevenir ensuite du côté opposé. M. Dax a communiqué un fait de ce genre à M. Lordat qui en connaissait déjà plusieurs exemples; et M. Kuhnholtz lui-même en a observé un semblable. D'autres fois on a vu le corps de moribonds s'allonger d'une manière notable; et récemment un jeune homme de Montpellier a présenté ce phénomène à la fin d'une maladie grave à laquelle il a succombé. Cet accroissement peut-il avoir lieu après la mort? Sigaud de la Fond en a cité un exemple que M. Kuhnholtz réfute, ou plutôt qu'il cherche à expliquer d'une autre manière.

La diathèse osseuse est, comme toutes les autres, un état morbide général *sui generis*, tout-à-fait inconnu. Il est à noter, comme une circonstance qui renforce les objections faites aux iatro-chimiques de tous les temps, que, dans le traitement de toutes les ossifications anormales, c'est en vain qu'on a cherché à combattre la diathèse, soit par le régime dont on écartait toutes les substances contenant du phosphate de chaux, soit par les acides pour décomposer ce sel dans l'économie; on n'a pu citer encore un seul exemple de succès.

Cette diathèse paraît être quelquefois héréditaire. Ribell cite un malade qui portait une exostose essentielle, c'est-à-dire sans cause connue; et il ajoute qu'on s'est assuré que, dans la famille de cet homme, les exostoses se transmettaient de génération en génération du côté maternel.

On a essayé d'expliquer diversement le développement de cette diathèse. Les uns l'ont rapportée à une *altération de la vitalité*, phraséologie qu'on ne saurait admettre comme explication théorique; d'autres plus précis n'y ont vu qu'une altération du tissu fibreux; et comme tous les tissus de l'économie sont susceptibles de devenir fibreux, tout se bornerait à regarder l'état fibreux comme une des premières périodes de l'ossification, et pas davantage. Mais encore même ce passage de l'état fibreux à l'état osseux ne se faisant que sous l'influence d'une disposition particulière, il y aurait toujours là, suivant les termes de la définition de M. Kuhnholtz, une véritable diathèse osseuse.

Les causes intimes ou la nature de cette diathèse ainsi mises à part, voyons quelles sont ses causes occasionelles soit prédisposantes, soit déterminantes.

D'après quelques auteurs il semblerait que les climats chauds favorisent le développement de cette diathèse; mais l'histoire des exostoses et

des épaississemens d'os prouve qu'elle s'observe également sous toutes les températures. Presque tous les auteurs de chirurgie regardent l'immobilité des membres comme cause déterminante de l'ankylose vraie; l'auteur le nie, en s'appuyant sur un fait dont nous donnerons l'analyse et qui fait la base de son second mémoire. On a signalé parmi les causes déterminantes des ossifications accidentelles, la dénudation, la contusion des os, les plaies de ces organes, les fractures réduites ou non réduites, les nécroses superficielles ou profondes par cause interne, et des diathèses d'autre nature. Enfin la diathèse osseuse peut être spontanée; dans cette classe l'auteur range les ossifications ou concrétions calcaires qu'on rencontre sur les séreuses, dans les veines, dans les artères; l'hypérostose partielle ou générale, les articulations mobiles restant libres; les exostoses éburnées partielles; les ankyloses, les loupes osseuses, et enfin les ossifications des divers tissus et des organes. Ce dernier article est surtout remarquable par le nombre et l'intérêt des faits qui s'y trouvent rassemblés. L'auteur cite des cas d'ossifications du tissu cellulaire, de tout le tube artériel, de la pie-mère, du péricarde, des plèvres, de l'épiploon, du crystallin, des testicules, du tissu cutané, de la vésicule du fiel, de la glande pinéale, du corps thyroïde, des tendons, des aponévroses, de l'épiglotte, de la membrane du tympan, de la choroïde, de la rétine, de la substance cérébrale, du tissu musculaire, etc.

M. Kuhnholtz distingue de la diathèse osseuse la diathèse *lithique* qui peut aussi engendrer dans tous nos organes des calculs ou concrétions pierreuses. En comparant les faits qu'il a laborieusement recueillis dans des ouvrages de toutes les couleurs doctrinales, il a reconnu qu'il existait: 1° de *véritables pétrifications* même dans l'intérieur de nos tissus; 2° de *vraies ossifications* des mêmes parties et dans des points fort éloignés du périoste; enfin 3° des tumeurs qui participent à la fois de la pierre et de l'os et pour lesquelles il propose la dénomination de *lithostéoses*. Les ossifications sont suffisamment connues; parmi les pétrifications l'auteur range les exemple de fœtus pétrifiés dans le sein de la mère; et il admet même une *cachexie pierreuse* dont il ne cite qu'un seul fait tiré de Rivière; il s'agit d'un homme qui avait des concrétions pierreuses dans toutes les parties du corps. Les lithostéoses sont bien moins connues encore; dans le mémoire d'Houstet sur les pierres enkystées dans la vessie, on trouve une observation d'Amyand relative à un kyste osseux rempli de substance pierreuse.

Une circonstance très-digne de remarque et qui atteste évidemment l'existence de rapports intimes et d'une sorte de solidarité entre les diathèses lithique et osseuse, c'est que quand une d'elles est fortement prononcée, l'autre diminue d'intensité d'une manière proportionnelle. M. Ribes a trouvé plusieurs centaines de pierres dans les reins, les uretères et la vessie de Séraphin, directeur des ombres chinoises; et il fait observer que les os étaient si ramollis que, serrés entre les doigts, ils cédaient aisément à la pression et se fracturaient avec une grande facilité.

M. Kuhnholtz admet en outre deux autres états morbides généraux qu'il appelle *cachexie* et *cacochymie* osseuses; la première consiste dans *l'accumulation des produits de la diathèse dans une partie, ou, ce qui est plus commun, dans tout l'ensemble du système vivant*; l'autre est pour lui *une disposition générale en vertu de laquelle il se produit de la matière osseuse en grande quantité, mais viciée dans sa nature*; et il promet d'y revenir dans un mémoire spécial.

Telle est l'analyse sans doute bien concise de ce mémoire. Si maintenant jetant un regard en arrière, nous recherchons si cette nouvelle diathèse est établie sur des bases bien solides, nous dirons qu'il nous semble d'abord que l'auteur n'est pas resté strictement dans les termes de sa définition. La diathèse étant une disposition morbide générale, n'est-ce pas contraindre quelque peu les faits que de forcer par exemple à entrer dans cette définition la plus petite ossification, le cal le plus simple, la plus légère exostose? Ou bien il n'y a pas de disposition morbide locale à engendrer de la matière osseuse, ou bien tous ces cas en sont les exemples les plus frappans; mais alors ils n'appartiennent point à une diathèse. Si M. Kuhnholtz n'admet pas de semblable disposition locale, le mot de *générale* qu'il a mis dans sa définition ne signifie plus rien; une disposition ne saurait être générale que par distinction de celles qui ne le sont pas. Maintenant cette disposition générale existe-t-elle réellement? Nous l'admettons dans certains cas, tels que l'ossification de tout le système artériel, d'une grande partie du système musculaire, de presque tout le système synovial; nous l'admettons encore dans les cas d'hyperostose générale, comme Saucerotte en a rapporté un; et dans cet autre fait emprunté à M. Cloquet, d'un jeune garçon chez qui le moindre coup développait une exostose. Mais nous devons avouer que nous ne concevons pas bien la différence qui sépare cette diathèse de la cachexie osseuse telle que l'auteur la définit; et nous désirerions beaucoup qu'il la traçât d'une manière nette et précise dans son prochain mémoire.

Le second mémoire relatif à la théorie de l'ankylose vraie des auteurs est écrit dans le même esprit que le précédent et ne présente pas moins d'intérêt. L'auteur s'attache surtout à combattre ces deux propositions; que l'immobilité prolongée produit l'ankylose vraie ou par fusion des surfaces articulaires; que l'immobilité complète et permanente d'une articulation est un signe pathognomonique de l'ankylose. Il a rencontré chez une femme de soixante ans, une soudure partielle du corps de la mâchoire inférieure avec la supérieure; cette soudure était congéniale; et malgré l'immobilité absolue à laquelle avaient été réduites pendant soixante ans les articulations temporo-maxillaires, les condyles, les cavités glénoïdes et les synoviales furent trouvés à l'autopsie à l'état normal. Trois planches très-bien lithographiées montrent cette pièce sous diverses faces. On trouve dans Walter un cas de ce genre; M. Cruveilhier en a rapporté un autre dans lequel, bien que l'articulation temporo-maxillaire droite fût complètement soudée et eût condamné l'articulation gauche à une immobilité absolue depuis quatre-vingt-trois ans, celle-ci n'était cependant point ankylosée.

Nous avons lu avec un grand intérêt ces deux mémoires. L'école de Paris est quelquefois trop sèche dans ses descriptions de faits, comme l'école de Montpellier trop abstraite dans ses considérations philosophiques; mais en réunissant et faisant marcher de front ces deux moyens de découvertes, on arrivera sans doute d'un pas plus sûr et plus prompt à la vérité.

ÜBER DIE AUGENKRANKHEIT WELCHE IN DER BELGISCHEN ARMEE HERSCHT, von J.-C. JÜNGKEN. Berlin, 1834. in-4°, 51 pages. — Sur la maladie des yeux qui règne dans l'armée belge.

Nous avons eu occasion il y a quelque temps, en analysant divers mémoires publiés sur l'ophthalmie épidémique de l'armée belge, d'exprimer notre avis et nos doutes sur cette singulière affection. On rapprochera avec intérêt des opinions des autres auteurs le résultat des observations de M. Jüngken, appelé de Berlin à Bruxelles pour en donner son avis.

M. Jüngken a observé la maladie à Bruxelles, à Gand, à Anvers, à Malines, à Louvain, et il la considère comme la même que celle qui depuis 1813 a régné épidémiquement à différentes reprises dans l'armée prussienne, et qu'on a appelée ophthalmie égyptienne, parce qu'elle a d'abord été bien observée pendant la campagne d'Égypte, et qu'on croyait que les armées française et anglaise l'en avaient rapportée en Europe.

La description que nous en donne M. Jüngken ne présente rien de nouveau. Les causes qui selon lui la font régner épidémiquement dans l'armée belge sont: la coupe défectueuse de l'uniforme et la mauvaise forme du schakos, qui occasionent des congestions vers la tête et surtout vers les yeux; l'encombrement et la ventilation défectueuse des casernes, les refroidissements de la tête aux quels s'exposent les soldats belges. Ce qui contribue à augmenter le nombre des malades, c'est la propriété contagieuse de la maladie, le manque de surveillance de la part des officiers de santé de l'armée, et la présence dans les rangs d'une foule de soldats qui ne sont qu'incomplètement guéris.

L'auteur croit qu'en éloignant les causes productrices de la maladie, signalées par lui, on empêcherait la reproduction de cette terrible ophthalmie. Mais avant tout il faudrait examiner tous les hommes de l'armée, et renvoyer dans les hôpitaux ou dans leurs foyers tous ceux qui sont affectés de la maladie, à quelque degré que ce soit.

Le traitement recommandé par M. Jüngken consiste surtout dans l'emploi des saignées, aussi long-temps que l'inflammation est prédominante; plus tard les collyres astringens et même l'application des caustiques pour détruire les granulations de la conjonctive; car aussi long-temps que celles-ci existent, le malade est sujet aux récidives.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 51. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

LE TUBERCULE, SON SIÉGE, SON ORIGINE, SES TRANSFORMATIONS; par le docteur CARSWELL, professeur d'anatomie pathologique à l'université de Londres (1).

La matière tuberculeuse est une substance non organisée, d'un jaune pâle ou d'un gris jaunâtre, opaque, dont la forme et la composition varient suivant la nature de la poche dans laquelle elle s'est formée, et l'époque à laquelle on l'examine. Il est indispensable de faire quelques remarques sur le siége de ce produit morbide considéré d'une manière générale, pour qu'il soit facile d'apprécier jusqu'à quel point ces dernières circonstances peuvent en modifier les caractères physiques.

SIÉGE DE LA MALADIE TUBERCULEUSE.

Le *système muqueux*, considéré d'une manière générale, et dans ses rapports avec les différens tissus, appareils ou organes du corps, est le siége le plus fréquent du tubercule. Ainsi la membrane muqueuse des appareils digestif, respiratoire, biliaire, urinaire et générateur, offre beaucoup plus fréquemment ce produit morbide qu'aucun des autres systèmes ou tissus qui entrent dans la composition de ces appareils.

Il n'est cependant pas également facile de découvrir la matière tuberculeuse dans le système muqueux de tous ces organes. Ainsi elle se manifeste à la première vue dans la trompe de Fallope et dans l'utérus, à raison de l'étendue de la membrane muqueuse qui recouvre leur surface interne. Il en est de même des uretères, des bassinets du rein et

(1) Ce travail est extrait de l'article *Tubercule* par le docteur Carswell, inséré dans le quatrième volume de l'*Encyclopédie de médecine pratique* publiée à Londres.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° VI.

Quoiqu'il y ait beaucoup de changement dans les idées sur ce sujet, le mot *opération* fait toujours une certaine sensation sur certains esprits. On conçoit qu'il en doit être ainsi lorsqu'on réfléchit sur le but que l'art se propose, détruire, retrancher ou mutiler une partie du corps pour sauver le reste de l'économie. Le fer et le feu, ces deux moyens extrêmes de la chirurgie, c'est là ce qu'il faut appliquer sur notre pauvre machine sensible, irritable, à demi usée par la douleur et la maladie, pour la préserver d'une entière destruction. Aussi rien de plus important, de plus grave, de plus décisif, qu'une grande opération de chirurgie. Deux choses sont alors dignes d'une attention sérieuse, le mode et les chances de l'opération. Le *comment*, quand il s'agit d'opérer, est certes très-essentiel; il exerce une grande influence sur le succès immédiat de l'opération; toutefois il y a ici des règles établies, règles précises, connues, presque mathématiques. D'ailleurs le chirurgien s'est long temps exercé sur le cadavre, il a donc pu acquérir cette dextérité, cette sûreté de la main si importante dans cette circonstance. Mais il n'en est pas de même quand il s'agit d'évaluer les suites probables de l'opération; c'est ici un pur acte de l'intelligence du chirurgien. Voilà le problème à résoudre problème dont les données sont presque toujours nombreuses, compliquées, quelquefois même contradictoires.

La nature du mal, ses progrès, son influence acquise et future sur l'économie, le climat, la saison, la disposition présente atmosphérique, le lieu même de l'opération, le procédé opératoire le plus convenable, la constitution du malade, son âge, l'état des principaux viscères, le moral du patient, son caractère plus ou moins impressionnable, les accidens qui peuvent survenir, les effets qui se produiront pendant l'opération, les changemens qu'elle doit amener, que de choses à considérer, de moyens à combiner, de chances à prévoir, sans compter l'imprévu, ce redoutable adversaire qu'il faut toujours savoir combattre! Ainsi opérer manuellement est donc une des moindres qualités dans la grande lutte de l'art contre la maladie; voir dans l'avenir est tout, parce que là est le succès définitif. Ceci prouve la distinction fondamentale à établir entre l'opérateur et le véritable chirurgien; heureux quand les deux qualités se confondent pour le salut de l'humanité et la gloire de la profession, exemples qui ne sont pas rares parmi nous. C'est alors que la chirurgie est digne de sa magnifique devise: *Consilio manuque* (1).

(1) Le comte de Rochefort ayant demandé à Voltaire une inscription pour des écoles de chirurgie, le philosophe lui proposa ce vers latin:

Arte manus regitur; genius prœlucet utrique.

L'art conduit la main, le génie les éclaire tous deux. (Corresp. génér., avril 1773.)

des vaisseaux lymphatiques; mais dans les organes où la disposition du système muqueux est extrêmement fine, comme le foie, la prostate, les glandes lymphatiques, les follicules intestinaux et les vésicules pulmonaires, il est quelquefois très-difficile d'y démontrer la présence du tubercule. Du reste, il est aisé de comprendre que la difficulté de constater sa présence dans le système muqueux de ces derniers organes, augmente suivant la rapidité avec laquelle la maladie a marché, avec les complications et surtout l'inflammation, et avec le degré de solidité que présente le poumon aux différens âges de la vie. Aussi nous recommandons aux personnes qui seraient désireuses de se livrer à des recherches spéciales sur ce point, de prendre une portion de poumon libre de ces complications, chez un vieillard, ne contenant qu'une petite quantité de matière tuberculeuse, et de le disséquer avec beaucoup de soin à l'aide de très-petits ciseaux, d'un scalpel à pointe très-fine, ou d'une lancette. On choisira une seule bronche, et on la mettra à découvert jusqu'à son extrémité avant de l'ouvrir. On peut se servir d'une loupe avec avantage; mais l'injection et la macération sont plus nuisibles qu'utiles.

Les séreuses sont aussi le siége du tubercule, de même que le tissu cellulaire en général, mais beaucoup moins fréquemment que la muqueuse.

Le sang. Il est très-rare que l'on découvre la matière tuberculeuse dans le sang lorsqu'il est contenu dans ses propres vaisseaux. Mais on la trouve souvent dans celui que renferment les cellules de la rate. C'est dans cet organe qu'il est le plus facile de s'assurer de la présence de la matière tuberculeuse dans le sang. La structure spongieuse de cet organe permet au sang de s'y accumuler en si grande quantité, qu'on peut voir la matière tuberculeuse se former dans ce liquide à quelque distance des parois des cellules dans lesquelles il est contenu. Ainsi, dans une cellule, nous trouvons le sang coagulé; dans une autre, il est coagulé et privé de sa matière colorante; dans une troisième, il est converti en une masse de fibrine solide présentant dans son centre un petit noyau de matière tuberculeuse. Il arrive aussi quelquefois que le sang est épanché par suite de la rupture de quelque cellule de la rate, et alors on peut suivre sa conversion successive ou simultanée en fibrine et en matière tuberculeuse. On ne peut reconnaître la présence de la matière tuberculeuse dans le sang, que quand ce liquide a cessé de circuler, ou au moyen des sécrétions; car alors on la voit se séparer des autres élémens du sang, le sérum, la fibrine et la matière colorante, avec les caractères physiques qui lui sont propres.

L'un des faits les plus frappans dans l'étude du siége du tubercule, c'est que nous ne l'avons jamais trouvé dans le tissu moléculaire d'aucun des organes du corps.

Quant aux organes où l'on rencontre de la matière tuberculeuse, ils sont très-nombreux, car il y en a bien peu où on ne l'ait pas observée. Les seuls où nous n'en ayons pas trouvé, sont le cartilage, le tissu fibreux, synovial, les membranes muqueuses, les tendons et les muscles.

Les poumons sont l'organe où on l'a observée le plus fréquemment; et même chez les adultes, toutes les fois que nous avons trouvé de la matière tuberculeuse sur un autre point de l'économie, constamment il y en avait dans les poumons, à l'exception, toutefois, de la péritonite tuberculeuse. Nous avons vu de nombreux cas de cette dernière maladie, où l'abdomen était farci de tubercules, et où il n'y en avait pas un seul dans les poumons. Il en est de même de l'affection tuberculeuse des glandes bronchiques chez les enfans. Ainsi la loi établie par M. Louis, que l'on trouve constamment des tubercules dans les poumons lorsqu'il en existe dans d'autres organes, reconnaît donc un certain nombre d'exceptions.

C'est spécialement dans la portion supérieure et postérieure des lobes supérieurs des poumons et du poumon gauche surtout, que se développent les tubercules. Il arrive même si fréquemment que cet endroit est le premier où se dépose la matière tuberculeuse, que l'on peut considérer son existence sur d'autres points comme secondaire; et d'après ce que nous avons observé nous-mêmes, nous serions disposés à dire que cette loi n'a pas d'exception quand le dépôt de la matière tuberculeuse n'a pas été précédé par une maladie locale, comme une bronchite circonscrite, une pneumonie, une pleurésie; car dans cette dernière circonstance toute partie du poumon peut devenir le siége du dépôt de la matière tuberculeuse.

Les organes de la circulation présentent rarement des traces de matière tuberculeuse. Dans quelques cas où on en a trouvé dans le cœur, elle était contenue dans le tissu cellulaire intermusculaire, et nous ne croyons pas avec M. Andral que la matière terreuse ou crétacée que l'on trouve si souvent dans les parois artérielles, soit un dépôt de matière tuberculeuse. L'âge des sujets qui offrent cette altération, l'absence très-fréquente chez eux de tubercules dans tous les autres organes, la différence que l'on observe dans les caractères physiques et chimiques de ces deux substances, ne permettent pas de croire qu'elles aient la même nature.

La rate, qu'on peut regarder comme un appendice du système vasculaire, contient souvent des dépôts tuberculeux chez les enfans, rarement chez les adultes. Dans quelques cas nous avons trouvé cet organe presque entièrement rempli de matière tuberculeuse sous forme de grosses masses; mais le plus souvent elle y existe sous celle de petits points ronds du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de chenevis.

Avant de terminer ce qui concerne le siége de la maladie, nous allons chercher s'il n'y aurait pas quelque moyen d'expliquer certaine préférence qu'elle offre pour plusieurs organes ou pour quelques portions d'organes.

L'inflammation peut être suivie d'un dépôt de matière tuberculeuse dans la plupart des organes. Nous avons vu fréquemment les glandes sous-maxillaires et sous-cutanées du col devenir tuberculeuses après une inflammation aiguë, bien qu'auparavant elles ne fussent point altérées. Telle est aussi probablement la cause pour laquelle on voit si fréquemment un testicule, un rein, un poumon, être tuberculeux, tandis que l'autre est parfaitement sain. Nous nous rappelons l'observation d'une femme dont l'histoire confirme bien ce que nous établissons ici. Cette malade était âgée de vingt-un ans, et avait eu une pneumonie et une bronchite pour être restée la plus grande partie du jour et pendant plusieurs semaines d'une saison froide entre une porte ouverte et le feu de la cheminée. Pendant tout ce temps elle eut le côté gauche tourné vers la porte, et ce fut de ce côté que les deux maladies se déclarèrent. Après sa mort on trouva presque tout le poumon gauche à l'état d'infiltration tuberculeuse, et la muqueuse bronchique du même côté plus ou moins enflammée, jusqu'à la bifurcation de la trachée. Là s'arrêtait

---

Il est difficile de rendre en aussi peu de mots ce que doit être la chirurgie.

Mais, de toutes les chances probables de l'opération, la plus importante, la plus difficile peut être à estimer, est celle qui se tire du caractère moral du malade. Soit insouciance, soit impossibilité de parvenir à des résultats précis, beaucoup de chirurgiens, il faut le dire, négligent cette évaluation, et c'est précisément par là très-souvent que tout périclite. Feu Pelletan, homme remarquable sous tant de rapports, avait à cet égard des principes qu'on ne saurait trop méditer. Qu'on me permette une courte digression sur ce chirurgien si distingué.

Quiconque n'a pas vu Pelletan, au commencement de ce siècle, faisant la chirurgie à l'Hôtel Dieu de Paris, alors beaucoup plus rempli de malades qu'aujourd'hui, pourra difficilement se faire une idée de l'éclat que peut jeter notre profession. Pelletan était l'homme le plus capable de la faire honorer et respecter. Sa taille élevée, sa tête magnifique légèrement portée en arrière dans l'attitude du commandement, ses cheveux blancs comme la neige, la mobilité de ses traits, son sourire fin, son abord réservé mais plein de bienveillance, la haute réputation dont il jouissait, frappaient toujours d'un certain respect. Et l'effet qu'il produisait à l'Hôtel-Dieu était d'autant plus grand, que sa personne, son langage, ses manières, contrastaient davantage avec la lourde gravité, la ronde bonhomie de Giraud son adjoint. En opérant, Pelletan n'avait pas l'*acier rapide*, mais sa main était ferme et son coup d'œil très juste. Doué d'un esprit sagace très-cultivé, sachant les choses et les hommes de son temps, s'il se vantait, c'était franchement, sans orgueil de modestie, sans hypocrisie d'humilité, du reste, se gardant d'obscurcir à force de bruit et de fumée son mérite réel. Il était naturellement porté à la raillerie, quelquefois même à la causticité. Rival de Desault qui lui avait été préféré, il lança contre lui plus d'un trait qui portait sinon toujours juste, au moins profondément. On sait que dans une opération de taille, Desault, ordinairement brusque et colère, avait fait une incision trop petite à la vessie. Ne pouvant alors extraire le calcul, il se fit aider par un chirurgien gagnant maîtrise, homme assez borné et connu pour tel. Pelletan qui l'apprit, dit : « Il n'y avait pas assez d'un cheval, il fallait encore y atteler un âne. » Il soutenait, dans ses leçons, qu'une grosse tête suppose toujours une intelligence étendue, mais il ajoutait : ne vous en rapportez pas aux apparences, gardez-vous de confondre une grosse tête avec *une grosse mâchoire*. Sa plaisanterie s'exerçait même sur les élèves quand l'occasion s'en présentait. Dans un examen, il fit cette question à l'un des concurrens : Que feriez-vous dans un cas de syncope extrême pendant une saignée? Monsieur, répondit le jeune homme avec un accent tout-à-fait méridional, d'abord j'arrêterais le sang, puis je ferais prendre à mon malade un petit verre d'eau *spiritueelle*.—Allez, allez, s'écrie aussitôt Pelletan, vous feriez mieux de la prendre vous-même, car vous en avez grand besoin.

Mais le triomphe véritable de cet homme remarquable était dans ses leçons; et je ne crains pas d'assurer que sur ce point aucun professeur ne l'a surpassé. Cette élégance, cette grâce captivante d'élocution qui lui étaient particulières, le choix heureux de ses expessions toujours sans apprêt et sans recherche, le faisaient écouter avec une attention extrême. On aurait imprimé immédiatement une leçon clinique de Pelletan, qu'elle aurait été lue avec le même intérêt qu'on l'avait entendue. Nous appelions ses leçons le *miel chirurgical*; malheureusement ce miel ou cette manne nous était donné avec une extrême parcimonie. Pelletan, comme tous les esprits vifs, ennemi de la méthode et de la persévérance, ne faisait jamais que des cours imparfaits; aussi sa carrière de chirurgien n'a-t-elle pas été

subitement l'inflammation. Le poumon droit était sain dans toute son étendue, excepté au sommet du lobe supérieur, où il y avait un petit nombre de tubercules crus, juste assez pour attester l'existence de la diathèse qui avait produit un effet si remarquable dans le poumon gauche, sous l'influence d'une stimulation morbide.

Mais il y a d'autres causes que l'inflammation qui déterminent la présence de la matière tuberculeuse dans certains organes et dans certains points de quelques organes, plutôt que dans les autres. Il est facile de concevoir que la diminution ou l'augmentation de l'activité fonctionnelle d'un organe puisse favoriser sur certains points le dépôt de matières tuberculeuses. Si, comme nous croyons l'avoir démontré, la matière tuberculeuse est séparée du sang et déposée à la surface libre des séreuses et des muqueuses, ne peut-on pas penser que la présence de cette matière dans une partie d'un organe, et son absence dans une autre, dépendent en grande partie du plus ou moins de facilité qu'elle trouve sur ces différens points à sortir des vaisseaux où elle est contenue avec le sang? En considérant la question sous ce point de vue mécanique, il est probable que nous trouverons le moyen d'expliquer pourquoi la maladie se fixe sur certains points, tandis qu'on ne l'observe pas sur d'autres. Ainsi, si nous comparons l'activité fonctionnelle ou plutôt la mobilité des lobes supérieurs et inférieurs des poumons, nous trouverons une différence remarquable en faveur du dernier. Le lobe inférieur monte et descend dans un espace égal à celui que parcourt le diaphragme, en se contractant; et il se dilate dans toutes les directions avec la puissance que lui donnent l'étendue et l'extensibilité de la partie inférieure du thorax. Le lobe supérieur, au contraire, n'a qu'un mouvement très-rétréci de monter et de descendre, et une expansion latérale extrêmement limitée. Quelle serait l'influence de ces conditions sur une matière fluide comme la matière tuberculeuse épanchée dans les vésicules de ces deux lobes? Il est probable que dans le premier il y aurait une disposition continuelle à ce que cette matière fût chassée au dehors, tandis que dans le dernier, toutes les circonstances tendraient à la faire s'y accumuler. Le résultat de l'observation est tout-à-fait en faveur de cette explication, car, outre qu'on observe très-fréquemment le dépôt de la matière tuberculeuse dans le lobe supérieur du poumon, tandis qu'il est très-rare dans le lobe inférieur, il y a encore une autre circonstance qui semble singulièrement en faveur de cette explication, c'est que le dernier est souvent le siége de l'inflammation, bien qu'il présente si rarement de la matière tuberculeuse, et que le premier en est beaucoup plus rarement affecté, quoiqu'il soit très-souvent le siége de dépôts de matière tuberculeuse. N'est-ce pas encore à la facilité avec laquelle la matière tuberculeuse peut en être expulsée, que l'on doit attribuer de ne pas la trouver accumulée à la surface des bronches, de la trachée, et même des intestins? Rien ne prouve qu'elle n'est pas déposée à la surface de la muqueuse de ces canaux; les faits sembleraient même prouver le contraire, puisque nous voyons cette matière se déposer si fréquemment dans les follicules muqueux et dans les vésicules aériennes des mêmes organes; et il est probable qu'elle ne s'y accumule que parce qu'elle ne trouve pas la même facilité à en être enlevée que sur les autres points de la membrane muqueuse.

Il y a encore d'autres circonstances qui nous semblent favoriser le dépôt de la matière tuberculeuse sur quelques points spéciaux que nous venons d'exposer. Ces circonstances sont : une conformation étroite de la poitrine dépendant ou de causes naturelles, ou de l'action des instrumens mécaniques qu'emploient les femmes pour opérer ce changement dans la partie inférieure du thorax; l'influence des professions qui ne permettent pas l'expansion entière des poumons, soit par l'effet de la gêne du corps et surtout de la poitrine, soit par le défaut d'action des muscles respiratoires. Un fait très-important ici, c'est que, malgré la plus grande fréquence des affections tuberculeuses chez l'enfant que chez l'adulte, cependant les poumons en sont plus rarement le siége chez le premier que chez le second. Il serait difficile d'expliquer cette différence d'une manière satisfaisante, et pourtant nous sommes disposés à croire qu'elle doit dépendre de la plus grande activité dont jouisse l'appareil pulmonaire chez les enfans, ne sait-on pas qu'une vie active et dans laquelle la respiration se fait avec liberté et activité, est généralement considérée comme un moyen puissant d'empêcher ou d'arrêter le développement de la phthisie tuberculeuse. Nous sommes loin pourtant de croire que ces moyens n'opèrent que d'une manière mécanique pour empêcher le dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons, car quand ces organes sont dans les conditions favorables que nous venons d'indiquer la circulation, les sécrétions, la nutrition et l'innervation y acquièrent nécessairement une vigueur et une harmonie d'action qui diminuent leur impressionnabilité aux causes morbides. L'examen des autres organes tels que les follicules intestinaux, le foie, les glandes bronchiques et mésentériques où l'on trouve des dépôts de matière tuberculeuse, nous montreraient que ces dépôts s'y forment dans des circonstances analogues qui toutes tendent a empêcher l'expulsion de cette matière au dehors.

DIATHÈSE TUBERCULEUSE.

Nous désirons qu'il soit bien compris que l'influence des causes que nous venons d'étudier est exclusivement bornée à la localisation de la maladie, et que l'on doit établir une grande différence entre la présence actuelle de la matière tuberculeuse sous une forme appréciable et la condition générale de l'économie, sous l'influence de laquelle elle se développe; car nous croyons qu'il est démontré que la diathèse tuberculeuse héréditaire ou spontanée peut exister chez un individu sans qu'il y ait en même temps de dépôts de matière tuberculeuse; de même que la diathèse calculeuse existe souvent sans qu'il se forme de calculs. La distinction que nous venons d'établir est d'une nécessité absolue pour le cas dont il est question ici, comme pour toutes les maladies qui consistent essentiellement en deux élémens : une modification locale ou générale d'une fonction et la présence d'une lésion organique ou d'un produit. Il est impossible de dire exactement en quoi consiste la condition morbide que l'on nomme *diathèse tuberculeuse.* L'étiologie du tubercule nous fournit les preuves les plus évidentes, indépendamment de celles que nous avons déjà fait connaître, qu'on ne peut douter de son existence et qu'on doit l'attribuer à l'influence des circonstances qui agissent sur la nutrition générale. La maladie tuberculeuse que l'on détermine chez les lapins en changeant, pour ainsi dire, les conditions de leur existence, c'est-à-dire en les forçant à vivre d'une nourriture qui ne convient pas à leur espèce, et en les tenant renfermés dans un lieu froid, sombre, étroit et humide, démontre combien est grande l'influence des agens physiques auxquels la plupart des pathologistes attribuent l'ori-

tout ce qu'elle aurait dû être. Eh bien! pour en revenir à mon sujet, j'ai bien souvent entendu dire à ce grand chirurgien qu'il attachait une extrême importance à bien connaître le moral du malade qu'il devait opérer; et il répétait que s'il eût pu, dans tous les cas, répondre de ce moral, il aurait répondu du succès. D'ailleurs personne ne savait mieux que lui soutenir le courage du malade confié à ses soins; il méprisait surtout cette éloquence du lieu commun qu'on tâche d'édulcorer le mieux possible, ce verbiage de consulation banale qu'on prodigue à tout venant et sans y attacher le moindre intérêt.

Il me paraît donc que l'étude approfondie du caractère moral d'un malade qu'on va opérer, doit entrer pour beaucoup dans la balance des probabilités du succès. C'est ou une force qui seconde puissamment le chirurgien, ou une cause cachée, mais certaine de ses revers. Si le malade est nerveux, irritable, inquiet, susceptible, s'il craint éminemment la douleur, s'il s'informe à chaque instant du temps que dure l'opération, des instrumens qu'on y emploie, des accidens qui peuvent survenir; bien plus encore, s'il lit secrètement, comme cela a lieu quelquefois, la description de l'opération qu'il doit subir, croyez-le bien, il y a peu de chances en sa faveur, et les suites de l'opération sont presque toujours funestes. Combien de fois n'ai-je pas vu des personnes sur le point d'être opérées de la cataracte, avoir sans cesse l'esprit tendu, l'imagination preoccupée jour et nuit de l'opération. Celle-ci est à peine faite, et souvent avec une rare dextérité, que de graves accidens se déclarent plus ou moins promptement; on en conçoit physiologiquement et pathologiquement la raison.

Au contraire, si le malade est courageux, patient, résigné, mais surtout s'il demande lui-même à être opéré, les chances de succès augmentent prodigieusement; c'est un fait constamment observé. On sait que lorsque l'illustre Latour-Maubourg eut une jambe emportée par un boulet de canon sur le champ de bataille de Leipsick, son domestique pleurait à côté de lui. « Ne te désole pas, mon pauvre François, lui dit le général : j'ai perdu une jambe, eh bien! *tu n'auras plus qu'une botte à cirer* » Cette sorte d'insouciante gaîté dans un tel moment, fit bien augurer de l'amputation, qui en effet eut un succès complet. A la vérité, de pareils traits d'héroïsme sont rares, et il ne faut pas exiger de l'humanité plus qu'elle ne peut tenir. Cependant on rencontre encore de ces caractères d'une forte trempe, véritable égide dans les circonstances extrêmes où la vie est en péril.

Ainsi, connaître avec soin le caractère moral de l'homme condamné par la nature et l'art au supplice d'une opération, est un précepte de la plus haute importance. Toutefois, avouons-le, cette étude est bien souvent imparfaite et oubliée; le procédé matériel frappe d'abord, et on s'en occupe particulièrement. Mais ce qu'on peut appeler la partie expérimentale de l'ame du malade, chose si grave, est parfois négligée ou au moins traitée avec une grande légèreté. D'un autre côté, il faut convenir que cette étude est très-difficile, surtout dans certains cas. Il est des malades qui dissimulent avec un soin extrême la terreur cachée au fond de leur ame; il en est aussi qui font une estime démesurée des forces de leur caractère. Le chirurgien a besoin alors d'une grande perspicacité pour découvrir la vérité. Il faut qu'il redouble d'attention et de vigilance s'il veut pénétrer dans les secrets replis de la conscience où se cachent la peur et la pusillanimité. Qu'on se garde bien surtout de s'en rapporter aux apparences extérieures de la constitution, on s'exposerait à de graves erreurs. Tel corps d'athlète renferme une ame sans énergie, et tel autre individu débile, usé, fait preuve d'un courage inébranlable; c'est ce que l'expérience démontre tous les jours. On voit

gine de la maladie dans l'espèce humaine. Cette maladie se développe chez la vache dans des circonstances analogues à l'exception du froid. Les conditions dans lesquelles se trouve cet animal lorsqu'il est renfermé dans une laiterie, nous offrent une expérience semblable à celles qu'avait faites Jenner sur les lapins et que nous avons répétées et qui est suivie des mêmes résultats, mais sur une bien plus grande échelle. Telle est encore la condition des singes transportés dans nos climats froids, et qui nous fournissent une expérience encore plus décisive.

Les circonstances dans lesquelles se développe la maladie tuberculeuse chez l'homme offrent tant d'analogie avec celles dont nous venons de parler, qu'il est logique d'admettre que leur influence doit agir sur lui de la même manière.

FORMES DIVERSES SOUS LESQUELLES SE PRÉSENTE LA MATIÈRE TUBERCULEUSE.

La première condition qui est nécessaire pour la formation du tubercule est une altération préalable du sang, puisque c'est du sang que sort cette matière; ensuite il est facile de concevoir comment une surface sécrétoire à l'état normal peut séparer de ce fluide ainsi modifié, non-seulement les élémens de sa sécrétion spéciale, mais encore ceux de la matière tuberculeuse; c'est ce qui arrive dans les cellules pulmonaires et à la surface des séreuses où la présence de corps gris, demi transparens, précède ordinairement la formation de la matière tuberculeuse jaune ou opaque. Ces corps ont singulièrement embarrassé les anatomistes lorsqu'ils ont voulu établir un rapport intime entre leur existence et celle de la matière tuberculeuse; car il est des organes où cette dernière se rencontre fréquemment et où l'on n'a jamais observé ces corps demi-transparens et grisâtres. Voici comment nous expliquons le développement de ces derniers dans des circonstances spéciales et leur connexion avec la formation de la matière tuberculeuse proprement dite.

La sécrétion muqueuse fournie par la membrane qui revet l'intérieur du vésicule pulmonaire s'accumule sur le point où elle est formée; mais ce n'est pas du mucus pur, il est mélangé avec de la matière tuberculeuse qui au bout d'un certain temps se sépare, et apparaît généralement sous la forme d'un point opaque, jaunâtre, occupant le centre du mucus gris, demi-transparant et souvent épaissi. La manière dont la matière tuberculeuse se sépare des fluides sécrétés est extrêmement facile à suivre dans la péritonite tuberculeuse. Lorsqu'on examine le péritoine dans cette maladie, on trouve fréquemment les trois périodes suivantes extrêmement bien marquées. On voit d'abord, sur quelques points de cette membrane, une certaine quantité de lymphe plastique (coagulable) épanchée; ensuite on trouve sur d'autres points cette même lymphe plastique durcie, demi-transparente, en partie organisée, et contenant dans son centre une masse globuleuse de matière tuberculeuse; et enfin, dans d'autres endroits, la lymphe coagulable est convertie en un tissu cellulaire vasculaire ou pâle, recouvert d'une membrane séreuse accidentelle entre laquelle et le péritoine se trouve la matière tuberculeuse, sous la forme d'une éminence ronde et globuleuse, ressemblant pour la couleur et la consistance à du fromage un peu ferme. Il est impossible de ne pas reconnaître dans ce cas, comme dans le précédent, que la matière tuberculeuse est produite à la manière d'une sécrétion, et qu'en se séparant du sang, elle peut se trouver mêlée à d'autres sécrétions normales ou morbides. C'est pourquoi ses caractères physiques sont quelquefois très-obscurs, surtout pendant la première période de sa formation.

Les variétés que présente cette matière sous le rapport du volume, de la consistance et de la couleur, dépendent entièrement de l'influence des agens externes. Chez quelques animaux, et surtout chez les vaches, elle présente fréquemment une disposition lamellée concentrique qui n'appartient pas à la matière tuberculeuse, et est causée par de l'albumine et de la fibrine, qui sont sécrétées en même temps que la matière tuberculeuse. On voit ces substances, mêlées à la matière tuberculeuse, tapisser les tuyaux bronchiques ou remplir entièrement leur cavité, présentant alors des masses qui ont quelquefois un pouce de diamètre. Quelquefois elles prennent la forme d'un kyste membraneux sphérique lorsqu'elles sont contenues dans des vésicules pulmonaires dilatées, et alors elles ont une ressemblance frappante avec les hydatides; ou bien elles offrent la forme d'un tube détaché, ou d'une membrane globuleuse, mêlées avec de la matière tuberculeuse comme des couches d'albumine cuite ou comme des hydatides mortes, circonstance dont on a profité pour appuyer la théorie qui rapporte l'origine du tubercule à l'hydatide.

C'est la même disposition qui a fait croire à l'existence de *tubercules enkystés*, tandis qu'il n'en existe pas réellement. Ainsi, dans les poumons, on a probablement pris pour des kystes les parois distendues des vésicules pulmonaires, et l'on a décrit comme des tubercules enkystés l'extrémité des canaux biliaires dilatés et remplis de matière tuberculeuse.

Ramollissement des tubercules. D'après ce que nous avons établi jusqu'ici, il est évident que quand la matière tuberculeuse se ramollit, ce changement n'est pas dû, comme Laënnec le croyait, à une modification développée dans le produit morbide. Lorsque la matière tuberculeuse a acquis de la fermeté par l'absorption de la partie la plus fluide, elle finit ordinairement par se changer en une pulpe granuleuse ou en fluides grumeux de différentes couleurs, par le mélange de la sérosité, du pus, du sang et autres liquides que l'irritation déterminée par la présence de ce corps étranger fait affluer à sa surface.

On a dit et on croit encore généralement que le tubercule commence à se ramollir par son centre. Cette opinion est extrêmement incorrecte, ainsi qu'il est facile de le comprendre d'après ce que nous avons dit jusqu'ici. Cependant il doit y avoir quelque circonstance réelle ou apparente qui se lie à ce *ramollissement central* si minutieusement décrit par Laënnec. Voici ce que nous croyons avoir donné lieu à cette erreur. Lorsque la matière tuberculeuse ne remplit pas exactement soit une bronche, soit une vésicule pulmonaire, il reste à la partie centrale une petite cavité plus ou moins étendue. Si alors on fait une section transversale ou trouve au centre une petite cavité contenant une faible quantité de mucus ou d'autres fluides sécrétés. Lorsqu'au contraire on n'observe pas cette petite cavité, et que le tubercule est placé, c'est alors qu'on dit qu'il est encore à l'état de *crudité* que l'on croit précéder le ramollissement.

Progrès et terminaison de la maladie tuberculeuse. Nous ne nous arrêterons pas à décrire les différentes périodes que présente le ramollissement du tubercule, qui se fait toujours de dehors en dedans, et par l'action des tissus qui l'environnent, ni les différentes complications qu'il offre dans son cours, ni enfin le traitement qu'on lui oppo-

---

des femmes délicates, épuisées par de longues souffrances, supporter tanquillement de graves opérations, tandis que pour les plus légères, des individus robustes manquent quelquefois de constance et de résolution. Il n'y a pas long temps que, voulant appliquer des ventouses scarifiees à un de ces individus dont je viens de parler, je le vis pâlir à l'aspect même de l'instrument, puis il éprouva une syncope et des spasmes assez violens. Au reste ces effets sont quelquefois hors du domaine de la volonté.

Il est surtout une classe de malades dont il faut singulièrement se méfier, ce sont ceux qui, étant guidés par l'amour-propre ou par le désir de se *faire une raison*, comme ils le disent, se montent artificiellement l'imagination. Ces individus supportent ordinairement très-bien l'opération, puis, leur courage se brisant tout à coup, ils tombent dans un état de prostration d'autant plus profonde, que l'excitation morale précédente a été plus forte. Alors surviennent des spasmes, des raideurs tétaniques, et une foule d'accidens nerveux. Décidément Montaigne a raison, il faut toujours que le patient « évapore sa douleur. » Quelquefois même ces accidens se déclarent, bien que le malade ait montré une ferme résolution. C'est ainsi que périt le professeur Hallé, quoique l'opération de la pierre eût été faite avec habileté par Béclard. Au reste, ici comme en d'autres choses, l'espèce humaine en général se tient dans la voie commune. Les esprits tout-à-fait lâches et mous sont aussi rares que ceux qui, dans certaines occasions, savent bander leur ame et l'élever à la hauteur stoïque. Parmi ces derniers, il faut assurément compter ce religieux de la Trappe, qui, dans une grave opération, indiquait au chirurgien, avec un calme imperturbable, et comme s'il s'agissait d'un autre, les instans de l'opération qui lui étaient le plus douloureux. Un littérateur du 17e siècle, le savant Guiet, fut tout aussi courageux. A l'âge de 51 ans, il fut opéré de la pierre. Il ne souffrit pas qu'on le liât, ne poussa pas un cri, n'exhala pas un soupir, et resta les yeux arrêtés sur son Lucain, aux vers que ce poëte avait, dit-on, récités en mourant. Dans Guiet, ce n'était pas vaine fanfaronade d'esprit; il en était précisément là de son commentaire. Il ne mourut que dix-neuf ans après. Il est évident que chez de pareils malades le chirurgien n'a rien à faire sous le rapport moral. Mais il n'en est pas de même quand le courage faiblit. Or, rien ne produit un effet plus stupéfiant, plus nerveusement glacial que la peur; elle enchaîne l'action musculaire, elle dispose aux congestions viscérales, elle ralentit même l'action du cœur et des gros vaisseaux. Irez-vous donc, dans ces circonstances, hasarder une grave opération? n'est-ce pas à la fois risquer la vie du malade et compromettre la profession? Que doit faire alors le chirurgien? pénétrer avec art dans l'ame du malade; car, je le répète, le véritable état moral de ce malade est quelquefois profondément caché. Il faut soutenir la défaillance de la volonté, l'animer, la reconforter non pas en s'enveloppant toujours dans la robe du docteur Pangloss, moyen peu sûr avec certains malades très-clairvoyans, mais en faisant sentir avec force et douceur la nécessité de l'opération, sa brièveté et surtout ses heureux résultats. Il est des cas où cette marche est difficile, rien de plus vrai; mais n'avez-vous pas à votre disposition deux puissans leviers pour agir sur l'esprit humain, la crainte et l'espérance. D'ailleurs, ceci fait partie de l'habileté d'un opérateur, manier le fer et le feu avec adresse et sang-froid, est chose importante; mais manier l'esprit d'un malade, le dompter, le convaincre, l'amener au point le plus désirable pour le succès d'une opération, est ce qui constitue l'homme de l'art consommé.

Il est aussi quelques chirurgiens qui pensent que l'opération faite, le moral du malade est et doit être parfaitement en repos; grave et fatale erreur. De toutes

se; nous nous contenterons d'établir un certain nombre de faits qui démontrent que la maladie tuberculeuse se termine quelquefois d'une manière heureuse.

Il est peu de médecins qui nieraient que les tumeurs scrophuleuses puissent guérir, même sans qu'elles aient suppuré. Quelques-uns, il est vrai, considèrent ces tumeurs comme le résultat d'une simple inflammation chronique; mais cette opinion est erronée, car toutes les fois que nous avons examiné ces glandes, et qu'il y en avait beaucoup qui fussent malades, constamment nous y avons trouvé de la matière tuberculeuse, quelquefois même en très grande quantité. Lors donc que nous voyons disparaître définitivement des glandes scrophuleuses, nous pouvons dire que nous avons vu guérir une maladie tuberculeuse. On a vu aussi des cas de carreau, quoique bien rarement, se terminer par la guérison. Nous n'avons eu nous-mêmes qu'une seule occasion de constater ces deux points importans. La malade qui, dans son enfance, avait eu le carreau et un gonflement des glandes cervicales dont même quelques-unes s'étaient ulcérées, mourut à l'âge de vingt-un ans d'une métrite, sept jours après être accouchée. Plusieurs des glandes mésentériques contenaient une matière sèche, granuleuse, mêlée avec une substance terreuse; d'autres étaient remplies d'une substance crétacée. Une tumeur du volume d'un œuf de poule, enveloppée dans les plis du péritoine, et qui paraissait être le reste d'une grosse masse agglomérée de glandes, était pleine d'une substance semblable à un mélange de mortier sec humecté avec un peu de sérosité; au col, et immédiatement au-dessous d'une ancienne cicatrice de la peau, il y avait des glandes qui contenaient de petites masses de matière crétacée dure. Nous avons fait la même observation plusieurs fois pour les glandes bronchiques tuberculeuses, et il n'est pas d'anatomiste qui n'ait trouvé ces glandes, surtout chez des vieillards, changées en matière crétacée perforant même la trachée par laquelle elles passent quelquefois, et sont rejetées avec les crachats.

On a souvent trouvé dans les poumons des personnes qu'on savait avoir été, à une époque antérieure, atteintes de phthisie tuberculeuse, les mêmes caractères, qui prouvent que la sérosité et l'albumine de la matière tuberculeuse ont été absorbées et ses sels condensés. Ces faits sont connus depuis les recherches de Laënnec; aussi nous noterons seulement deux circonstances importantes qui se lient aux changemens survenus dans la matière tuberculeuse, dans les vaisseaux sanguins et dans les bronches pendant et après la guérison de la phthisie tuberculeuse; et elles ont rapport à la situation du poumon dans lequel ces changemens s'opèrent, et à l'âge du sujet. Ce n'est que dans les lobes supérieurs que l'on observe cette heureuse transformation, car je n'en ai vu que deux ou trois cas dans la partie supérieure du lobe moyen du poumon droit, et dans le lobe inférieur du poumon gauche. Nous l'avons aussi rencontrée moins fréquemment chez l'homme que chez la femme. La différence la plus remarquable est surtout relative à l'âge. Nous l'avons presque exclusivement observée entre 50 et 70 ans, tandis que nous n'en avons recueilli que deux ou trois cas à un âge moins avancé, et jamais chez des enfans.

Il n'est pas possible, après avoir considéré les faits qui ont été publiés sur ce sujet, de douter que la phthisie tuberculeuse soit une maladie curable, et l'on n'a élevé aucune objection sérieuse contre les inductions tirées de l'examen de ces modifications survenues dans l'état de la matière tuberculeuse. Nous sentons de quelle importance il serait de connaître exactement les conditions dans lesquelles la phthisie tuberculeuse a guéri chez les nombreux sujets chez lesquels nous avons trouvé cette preuve anatomique de l'heureuse terminaison de cette maladie. Sous ce rapport cependant, les informations que nous avons obtenues sont trop vagues et trop incomplètes pour être de quelque utilité pratique. Nous terminerons en énonçant positivement qu'il n'est pas de maladie dont l'anatomie pathologique ait démontré la curabilité d'une manière plus évidente qu'elle ne l'a fait pour la phthisie tuberculeuse.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

REVUE DES CLINIQUES DE CET HÔPITAL PENDANT LES MOIS DE JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE 1835.

Prédominance des exanthèmes fébriles parmi les maladies du trimestre. — Préjugés des classes inférieures contre la vaccine. — Scarlatine irrégulière. — Rougeole suivie de pneumonie, terminée par abcès circonscrits du poumon. — Pleuro-pneumonie primitive avec hépatisation rouge et grise de la totalité du poumon droit chez un enfant de trois ans. — Tubercule du lobe médian du cervelet, hydrocéphale aiguë consécutive. — Emploi des bains d'immersion contre la chorée.

Les maladies prédominantes dans ce trimestre ont été les exanthèmes fébriles. Plus de la moitié des malades admis dans la division dite des fiévreux, étaient atteints de variole, de rougeole ou de scarlatine. Le premier de ces exanthèmes a frappé un grand nombre d'individus à Paris pendant les mois de juillet et août; il n'a pas plus épargné les adultes que les enfans non vaccinés. M. le professeur Chomel en a compté quinze cas à sa clinique pendant le seul mois de juillet; on en a reçu un certain nombre dans les autres hôpitaux d'adultes. Nous ignorons quelle a été la mortalité dans ces établissemens. A l'hôpital des Enfans elle a été, chez les varioleux, de 1 sur 4.

On ne saurait trop déplorer l'aveuglement des parens qui privent leurs enfans du bienfait inappréciable de la vaccine. La négligence ou le préjugé sont portés à un tel point dans les classes inférieures, qu'un tiers environ des enfans admis à l'hôpital n'ont point été soumis à la vaccination. Ainsi sur 183 malades admises dans la seule division des filles pendant ce trimestre, 62 n'avaient point été vaccinées; dans ce dernier nombre se trouvaient comprises 16 filles qui avaient déjà eu la variole, dont elles portaient les traces indélébiles. Cette proportion a été à peu près la même dans les deux premiers trimestres de 1835.

Désirant remonter aux causes de cet éloignement des parens pour la vaccine, nous en avons interrogé plusieurs sur ce point, et nous avons acquis la certitude que chez quelques-uns c'était pure négligence, que chez d'autres c'était un préjugé qui leur faisait regarder la vaccine comme un véritable fléau. Quelques faits nous en ont fourni la preuve. Une jeune fille est apportée à l'hôpital pour une affection convulsive; ses bras, examinés, offrent des traces douteuses de vaccine; on attend la visite des parens pour savoir d'une manière positive si l'enfant a été vacciné. Dès que nous eûmes acquis la certitude qu'elle ne l'avait point été, nous leur annonçâmes qu'elle serait soumise dès le lendemain à cette

les potions cordiales pour un opéré, il n'en est pas de plus efficace que les paroles douces et consolantes du chirurgien qui fait entrevoir la fin des douleurs et une guérison assurée. Tenez pour certain que le malade couve l'inquiétude au fond de son ame, quoi qu'il soit tranquille en apparence. C'est alors qu'il faut s'observer, calculer avec prudence l'effet d'un mot, d'un regard, d'un signe, car ce malade épie, pour ainsi dire, le chirurgien: il étudie sa physionomie avec une surprenante sagacité. Bien plus encore, s'il survient après l'opération quelque accident particulier; on ne saurait croire tout ce que produit alors de force et de courage sur l'esprit du malade, l'à propos et le calme de celui qui l'a opéré. Marc-Antoine, Petit, cet illustre chirurgien de Lyon, rapporte qu'ayant taillé un homme d'un caractère assez inquiet, une forte hémorrhagie se déclara vingt quatre heures après l'opération. Le chirurgien accourt, mais en le voyant, le malade effrayé, lui dit: M. Petit, vous avez beau faire, ma mort est certaine, car je perds tout mon sang. — *Vous en perdez si peu*, lui répliqua celui-ci, malgré son inquiétude intérieure, *que vous serez saigné dans une heure*. Ce peu de mots dits avec un admirable sang-froid, releva à l'instant même le courage du malade, et les autres secours eurent un plein succès.

Non-seulement après l'opération, mais jusqu'à la complète guérison, il est un art de ranimer l'esprit du blessé, qui hâte singulièrement l'efficacité des remèdes matériels. Les recueils d'observations abondent en faits qui démontrent pleinement cette vérité. Une bonne ou mauvaise nouvelle, mais subite, une impression forte et rapide, un mot, un geste, même une plaisanterie à contre-temps, aussitôt l'économie s'agite, la suppuration s'arrête ou change de nature, la fièvre s'allume, des spasmes ont lieu, et le malade succombe souvent. On lit dans un des mémoires de l'Académie de chirurgie, qu'un jeune élève de l'Hôtel-Dieu pansant un homme amputé depuis trois jours, lui dit en riant: *dépêche-toi de mourir, car nous avons besoin de cadavres*; atroce plaisanterie qui coûta la vie au pauvre malade qui en était l'objet. On voit par cet exemple et par une infinité d'autres que l'on pourrait citer, combien il importe de relever constamment le courage quand il s'agit d'opération de chirurgie. Un axiome pathologique bien connu est que l'affaiblissement moral détermine toujours une diminution proportionnelle de puissance vitale. C'est une chose commune et connue, dira-t-on; en principe, j'en conviens, mais les applications n'en sont ni communes, ni banales. Employer des formules vulgaires de consolation auxquelles personne ne croit; avoir sans cesse recours à ce sourire artificiel et mécanique qui ne dépasse pas la lèvre, n'est-ce pas oublier le principe fondamental, connaître à fond son malade pour le diriger; à vrai dire, c'est *chirurgicailler* et non exercer noblement une utile et noble profession. Mais le talent de la persuasion, cet art de parler à l'ame et de s'en faire comprendre, voilà le seul moyen d'atteindre le but, faculté, il faut le dire, dont les capacités pratiques ordinaires ne sont pas largement dotées. Il est d'autant plus difficile de l'acquérir, qu'il n'y a point ici de règles positives, écrites dans les livres, proclamées dans les cours. Il faut tout tirer de son propre fonds, savoir penser, réfléchir, exprimer ce qu'on sent et surtout connaître le cœur humain. Cette connaissance n'est pas la science d'un jour, plus qu'ailleurs on y a besoin de tact et de sagacité, car les qualités morales ne sont soumises ni au calcul, ni aux formules des équations. Un *psychomètre* certain, invariable, est un problème dont la solution est encore à trouver, y parviendra-t-on un jour? C'est là une de ces espérances que l'on puise dans la féconde et consolante doctrine du progrès infini de l'humanité!

R.-P.

opération, désirant la soustraire au danger qu'elle courait dans une salle où se trouvaient des malades atteints de variole. A peine les parens eurent-ils entendu prononcer le mot de vaccine, qu'ils retirèrent leur enfant de l'hôpital. Mais il était trop tard : la malade avait déjà absorbé le virus variolique, et elle fut ramenée au bout de quelques jours avec la variole, qui s'accompagna d'horribles convulsions et se termina par la mort le deuxième jour de l'éruption.

Un garçon, qui fut admis durant le cours de l'année dernière pour une bronchite, portait à l'un des bras deux cicatrices arrondies qui paraissaient le résultat de la vaccine. Comme ces traces nous parurent douteuses, nous interrogeâmes les parens, qui répondirent que leur enfant avait été vacciné. Nous nous en rapportâmes à leur témoignage. Mais au bout de huit à dix jours nous vîmes survenir des douleurs lombaires, des vomissemens, de la céphalalgie, qui furent suivis au bout de deux jours d'une éruption variolique des plus confluentes, à laquelle le malade succomba. Pendant le cours de cette dernière maladie, les parens nous racontèrent que l'enfant n'avait pas été vacciné; que les cicatrices qu'il portait à l'un des bras étaient les traces d'anciens furoncles; mais qu'ils nous avaient laissés dans l'erreur, regardant la vaccine comme la source d'un grand nombre de maladies.

Rien ne nous semble autoriser de pareils préjugés contre la vaccine; elle n'a pas cessé de jouir de sa vertu préservatrice. Depuis trois ans que nous nous livrons à des recherches sur les maladies des enfans, nous avons vu se manifester des varioloïdes ou des varioles modifiées chez des enfans vaccinés. Mais nous n'avons jamais vu cette maladie se terminer par la mort lorsqu'elle est survenue chez un enfant qui portait des traces évidentes de vaccine, et qui était sain au moment de l'invasion. Or, nous avons vu que dans ce trimestre la mortalité a été de 1 sur 4; cette proportion n'a jamais été moindre dans les autres saisons de l'année; elle est, année moyenne, à l'hôpital, de 1 sur 3.

Le nombre des scarlatines a été moins considérable que celui des varioles et des rougeoles. Cet exanthème s'est généralement présenté sous une forme assez bénigne; sa mortalité n'a été que d'un sur 7. Un malade a succombé au milieu des symptômes ataxo-adynamiques les plus graves le quatrième jour de l'éruption. Chez un autre malade la mort est arrivée à une époque beaucoup plus éloignée du début. Nous rapporterons ce dernier fait avec quelques détails.

SCARLATINE IRRÉGULIÈRE; DISPARITION BRUSQUE DE L'ÉRUPTION LE QUATRIÈME JOUR DE LA MALADIE; ENGORGEMENT DES GANGLIONS DU COU LE DOUZIÈME JOUR; PUIS ANASARQUE; DISPARITION DE L'OEDÈME SOUS L'INFLUENCE D'UN BAIN DE VAPEUR; SYMPTÔMES ATAXO-ADYNAMIQUES; MORT; ROUGEUR SCARLATINEUSE DES VOIES AÉRIENNES ET DIGESTIVES, ET DE LA SURFACE INTERNE DES GROS VAISSEAUX.

Obs. I.—Mussot Victor, âgé de sept ans, né à Paris, ayant eu, d'après le rapport de ses parens, une fièvre cérébrale à deux ans et demi et une variole confluente à l'âge de quatre ans, ayant joui d'une bonne santé pendant les années suivantes, fut pris de scarlatine au commencement de septembre. L'éruption disparut le troisième jour à la suite d'un refroidissement; aucun malaise ne survint dans les huit jours qui suivirent.

Vers le 15 du même mois, les ganglions du côté droit du cou s'engorgèrent et devinrent le siège d'une vive douleur accompagnée d'un mouvement fébrile qui persista huit jours environ. Enfin, vers le 24, survint un œdème de la face qui gagna rapidement le tronc et les jambes. L'hydropisie était générale lorsque le malade fut admis à l'hôpital le 28. On lui administra un bain de vapeur le 29. L'hydropisie diminua notablement; mais le 1er octobre de nouveaux accidens survinrent. Nous trouvâmes le malade en proie à une vive agitation; il poussait sans cesse des cris aigus; il ne répondait à aucune de nos questions. La face était violacée, les paupières closes; les pupilles contractées; la sensibilité cutanée persistait à droite comme à gauche; au désordre des fonctions cérébrales se joignait une dyspnée intense; la respiration costale et diaphragmatique se répétait quarante-deux fois par minute; le côté droit de la poitrine rendait un son obscur. L'auscultation permettait d'entendre du râle crépitant au niveau des lobes inférieur et moyen du poumon droit. Les lèvres étaient sèches, fendillées, noirâtres; la langue fuligineuse; la soif très-vive, les selles liquides, nombreuses et involontaires; le pouls donnait 136 pulsations. On pratiqua une saignée du bras : le sang tiré de la veine ne présenta pas de couenne inflammatoire. On prescrivit en outre deux pots de chiendent édulcoré et des sinapismes aux membres inférieurs.

Aucune amélioration ne suivit l'emploi de la saignée; l'agitation persista; il y eut du délire pendant une partie de la journée; le malade reconnut sa mère, mais il lui tint les propos les plus incohérens.

Le 2 octobre, l'anasarque, qui la veille était notablement diminué, a presque complètement disparu; le scrotum, qui le 28 offrait le volume des deux poings d'un adulte, est revenu à l'état normal. Le délire a été très-violent et a persisté toute la nuit. Il a été nécessaire d'employer la camisole de force. Il y a eu également pendant la nuit trois vomissemens et plusieurs selles liquides. Ce matin le malade est plus calme, mais la langue est toujours fuligineuse, la soif vive, le ventre météorisé et douloureux à la pression dans toute son étendue. La dyspnée persiste; la toux est fréquente; la voix éteinte; on observe toujours un gonflement douloureux du côté droit du cou; 120 pulsations; 40 inspirations. On prescrit un julep gommeux avec addition d'un gros de sous-carbonate d'ammoniaque, qui n'est pas administré.

Le 3, retour du délire, altération profonde des traits, carphologie, même ballonnement du ventre, même diarrhée que la veille, aphonie, orthopnée. (Vésicatoire à chaque jambe.) Mort à une heure après midi.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT HEURES APRÈS LA MORT, PAR UNE TEMPÉRATURE PEU ÉLEVÉE.

Crâne. L'arachnoïde, légèrement opaline, est épaissie et indurée; elle crie sous le scalpel. La pie-mère ne contient ni pus, ni sérosité, ni granulations. Les vaisseaux de la périphérie du cerveau sont assez fortement injectés. La substance blanche et grise de l'encéphale ne présentent pas de coloration anormale; leur consistance est bonne partout. Les ventricules contiennent chacun une cuillerée à café de sérosité parfaitement transparente.

Cou et poitrine. Les ganglions du côté droit du cou sont tuméfiés, rouges et ramollis; le pharynx, le larynx, la trachée-artère et les bronches présentent une teinte rouge uniforme. Les vaisseaux du cou et de la poitrine sont gorgés de sang très-fluide. Les cavités pleurales contiennent chacune deux ou trois onces de sérosité sanguinolente. Le lobe supérieur du poumon droit est engoué; les lobes inférieurs et moyens, d'une teinte brunâtre, offrent la consistance d'une rate qui a subi un commencement de ramollissement; ils sont à l'état de splénisation. A gauche on retrouve les mêmes altérations. L'intérieur de l'aorte offre une rougeur lie de vin qui ne disparaît point par le lavage. La même coloration se retrouve à l'intérieur des cavités de cœur, que remplit un sang liquide.

Abdomen. La rate est augmentée de volume et se réduit en bouillie par la plus légère pression; le foie est également injecté et friable. Les reins offrent une rougeur plus vive dans la substance corticale que dans la tuberculeuse, et offrent la même friabilité que le foie; on n'y observe pas la plus petite trace de granulations. La muqueuse de l'estomac et de l'intestin présente une vive rougeur dans toute son étendue.

Tout a été insolite dans la marche de cette affection. L'éruption scarlatineuse disparaît le troisième jour, à la suite d'un refroidissement, sans qu'aucun accident se manifeste. L'enfant prend des alimens et retourne à ses jeux. Huit jours se passent ainsi; mais au bout de ce temps, les ganglions du côté droit du cou se tuméfient et deviennent le siège d'une douleur vive; la fièvre s'allume; l'enfant est obligé de se soumettre de nouveau à la diète et de garder le lit. Après sept à huit jours de malaise, nouvelle convalescence qui dure encore quatre ou cinq jours; puis œdème de la face qui gagne rapidement les membres, et nécessite le transport du malade à l'hôpital. A cette hydropisie du tissu cellulaire sous-cutané, si commune à la suite de la scarlatine, on oppose les bains de vapeur, moyen dont les avantages sont incontestables dans cette forme particulière d'anasarque. Sous l'influence de ces bains de vapeur, l'hydropisie diminue brusquement; mais il se manifeste en même temps un ensemble formidable de symptômes ataxo-adynamiques contre lesquels tous les moyens sont impuissans, et qui amènent rapidement la mort. Que trouvons-nous à l'ouverture du cadavre pour expliquer tous ces désordres? Une rougeur vive de la surface interne des principaux viscères membraneux et un ramollissement des organes parenchymateux contenus dans le thorax et l'abdomen.

Cette rougeur des voies aériennes, du canal digestif et des principaux troncs vasculaires ne saurait être considérée comme une lésion cadavérique, l'ouverture du sujet ayant été pratiquée par une température peu élevée et à une époque peu éloignée de la mort. On ne saurait non plus la regarder comme le résultat de l'une de ces hypérémies mécaniques que l'on observe chez quelques sujets qui succombent à l'asphyxie : les hypérémies sont rarement aussi étendues; elles ne s'accompagnent pas d'ailleurs d'un ramollissement des organes parenchymateux. Cette teinte scarlatineuse de l'intestin, de l'aorte, des bronches, etc., ne semblerait-elle pas indiquer que le virus de la scarlatine n'ayant pas épuisé son action à la périphérie cutanée, s'est porté sur les viscères intérieurs? L'inflammation des ganglions du cou, qu'on observe assez souvent durant le cours de la scarlatine, alors qu'elle est accompagnée d'une angine intense, survenue dans ce cas à une époque assez éloignée de la rétrocession, ne semblerait-elle pas indiquer aussi que le virus n'était pas encore épuisé? Nous ne pousserons pas plus loin ces réflexions. Nous avons exposé ce fait avec quelques détails; il sera libre à chacun d'en tirer les inductions qu'il jugera convenables.

Quant à la lésion de l'arachnoïde, consistant dans une induration, elle nous a paru indépendante de la maladie actuelle, et être la trace de la méningite dont ce garçon avait été affecté à l'âge de 2 ans.

Le nombre des rougeoles a été très-considérable. La mortalité chez les malades atteints de cette affection a été de 1 sur 9. C'est à des phlegmasies des organes respiratoires qu'ont succombé ces jeunes malades; les uns ont été rapidement emportés par des inflammations aiguës du poumon; quelques-uns ont traîné encore un ou deux mois dans les salles, où ils ont succombé à la phthisie pulmonaire. Chez l'un de ces malades qui ont été affectés de pneumonie, cette inflammation s'est terminée par abcès. Nous allons rapporter cette observation, qui nous parut offrir de l'intérêt sous plusieurs rapports.

ROUGEOLE IRRÉGULIÈRE; PLEURO-PNEUMONIE TERMINÉE PAR DES ABCÈS CIRCONSCRITS DANS LES DEUX POUMONS; INFLAMMATION DU LARYNX; PERFORATION D'UN CARTILAGE; ABCÈS A LA PARTIE ANTÉRIEURE DU COU; ENTÉRITE PSEUDO MEMBRANEUSE.

OBS. II. — Charles Boncher, âgé de 6 ans, d'une constitution grêle, contracte la rougeole avec deux de ses frères dans la dernière quinzaine du mois d'août. Chez ceux-ci, l'éruption morbilleuse parcourut régulièrement sa marche, mais chez Charles, elle disparut, sans cause connue, le lendemain de son apparition. Dès ce moment, raucité de la voix, douleur dans le trajet du larynx et du sternum; dyspnée, exaspération de la toux et de la fièvre qui avaient précédé et accompagné l'éruption. Ces symptômes persistent pendant les quinze jours qui suivent; malgré l'emploi de deux saignées locales pratiquées l'une à l'épigastre, l'autre à la partie antérieure du cou, et l'application d'un vésicatoire sur le sternum, secondée par l'usage de boissons pectorales et la diète.

Admis à l'hôpipal le 3 septembre, quinze jours environ après la disparition subite de l'éruption rubéolique, ce garçon nous présente à la visite du lendemain: face pâle émaciée; décubitus dorsal; douleur dans le trajet du larynx et du sternum, ne se faisant sentir ni à droite, ni à gauche de la poitrine; toux sonore, non suivie d'expectoration; voix rauque et affaiblie; gène de la respirtion qui se répète trente-six fois par minute. L'auscultation du thorax fait reconnaître en arrière du souffle bronchique et de la bronchophonie dans le tiers supérieur et dans le tiers inférieur du côté droit en arrière; le bruit respiratoire se fait entendre mêlé de quelques râles dans le tiers moyen droit; le son est obscur dans les points où l'oreille perçoit la respiration bronchique; à gauche et antérieurement le son est clair; le murmure respiratoire est à peine accompagné de quelques légers râles. La langue est pâle; la soif médiocre; le ventre indolent; les selles quotidiennes. Le pouls est accéléré; 120 pulsations par minute. L'intelligence est nette; le malade accuse une légère céphalalgie sus-orbitaire. On prescrit trois ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine; un julep gommeux avec addition de quinze grains d'oxide blanc d'antimoine, et deux pots d'infusion de mauve.

Le 5 et le 6, pas de changement notable; 18 grains d'oxide blanc d'antimoine.

Le 7, on applique un large vésicatoire sur le côté droit pour remplacer celui du sternum, qui est complétement desséché.

Le 8, on entend au sommet du poumon droit un râle crépitant à groses bulles, qui semble indiquer la résolution de la pneumonie dans ce point; du reste même matité, même souffle bronchique dans le tiers inférieur; râle sous-crépitant à gauche; persistance de la douleur du larynx; aphonie; fièvre avec paroxisme le soir; dépérissement progressif. Les voies digestives restant toujours en bon état, on accorde du lait. Pas de changement notable jusqu'au 12.

Le 12, la face est plus altérée; la respiration plus gênée; on applique deux nouvelles ventouses sur le côté droit.

Le 13, infiltration œdémateuse de la face et du bras droit; peau pâle et sèche; pouls filiforme donnant 124 pulsations par minute; le son est toujours mat à droite; le souffle bronchique a reparu au sommet du poumon droit et persiste à la base; on entend toujours du râle crépitant à grosses bulles en arrière et à gauche. Toux plus fréquente la nuit que le jour, insomnie; endolorissement du ventre, diarrhee. On prescrit deux gros de sirop d'opium pour le soir.

Les jours suivans, la diarrhée devient très-abondante, et résiste à la décoction blanche et aux lavemens laudanisés; le dépérissement fait des progrès rapides; dans la nuit du 17, le malade est en proie à un délire violent à la suite duquel il succombe.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons le poumont droit adhérent dans toute sa hauteur à la plèvre costale à l'aide de fausses membranes épaisses et de récente formation. Des adhérences existent également entre les trois lobes. Le supérieur est complétement impermeable à l'air et renferme trois abcès dont le plus grand pourrait loger un gros marron. Chacun d'eux est rempli d'un pus bien lié et de bonne nature. Les parois des deux plus petits sont lisses; celles du grand sont tapissées d'une fausse membrane. Le lobe moyen est simplement engoué; le lobe inférieur contient trois autres petits foyers très-superficiellement placés et correspondant à une plaque blanchâtre, siégeant à la surface externe. Chacun de ces foyers est entouré d'un tissu hépatisé soit en gris, soit en rouge. A gauche, on trouve enfin deux petits abcès et plusieurs portions du tissu imperméable à l'air. Les bronches sont remplies de mucosités puriformes; le larynx présente plusieurs ulcérations; l'une d'elles située à la partie antérieure, a détruit le cartilage qui offre un pertuis, ayant une ligne et demie de diamètre, et communiquant avec un foyer purulent situé entre les muscles de la partie antérieure du cou.

Les ganglions bronchiques sont tuberculeux; mais les poumons ne renferment pas un seul tubercule L'estomac est sain, ainsi que l'intestin grêle. Mais la muqueuse du colon présente à sa surface une multitude de petites plaques jaunâtres, qu'enlève le dos du scalpel et au-dessous desquelles il n'existe pas d'ulcération. Le cœur et les principaux troncs vasculaires ne présentent pas d'altération.

Lorsque le malade fut soumis à notre observation, les signes sthétoscopiques ne nous laissèrent aucun doute sur l'existence d'une phlegmasie pulmonaire qui affectait surtout le côté droit. Le souffle bronchique et la bronchophonie indiquaient que le parenchyme du poumon était devenu imperméable à l'air dans une assez grande étendue. Pendant quelques jours l'inflammation du poumon gauche sembla marcher vers la résolution, mais bientôt la pneumonie reprit sa première intensité, et l'auscultation du thorax nous permit de suivre le développement de l'inflammation qui se manifesta dans le poumon gauche. Sans le secours de la percussion et de l'auscultation, cette double pneumonie eût été complétement méconnue. L'expectoration manqua pendant tout le cours de la maladie. Il n'exista jamais de douleurs de côté. Si les signes sthétoscopiques nous ont révélé l'existance de l'inflammation du poumon, ils n'ont pas pu nous faire reconnaître les foyers purulens qui étaient formés au sein de cet organe. Pas de pectoriloquie ni de gargouillement. Aucun signe enfin qui indiquât que des excavations existaient dans le tissu pulmonaire. Ces vomiques étaient incontestablement le résultat d'une simple phlegmasie. Aucun tubercule n'a été trouvé dans le poumon, et d'ailleurs le pus rassemblé en foyer était crêmeux, homogène et ne contenait aucun fragment des matières tuberculeuse. Rien ne porte à croire aussi que les abcès fussent de la nature de ceux qu'on a appelés *métastatiques*; aucune plaie n'existant à la périphérie cutanée, et aucune trace de phlegmasie n'ayant été trouvée dans les veines.

Cette terminaison de la pneumonie par abcès est aussi rare chez l'enfant que chez l'adulte. Sur plus de cent ouvertures de pneumoniques pratiquées à l'hôpital, depuis trois ans, nous n'avons rencontré que deux fois cette altération.

Quant aux ulcérations du larynx observées chez ce sujet, elles sont assez communes à la suite de la rougeole. Mais c'est la première fois que nous voyons une ulcération détruire les cartilages et établir une communication avec un foyer ayant son siége dans le tissu cellulaire extérieur.

De quelques travaux récemment publiés, sur la pneumonie des enfans, il semblerait résulter que chez les enfans âgés de moins de six ans, la phlegmasie du poumon se présente constamment sous la forme dite *lobulaire*. Cette affection est tout-à-fait contraire à l'observation. Le fait suivant, auquel nous pourrions en joindre un grand nombre d'autres, prouvera que la pneumonie chez les très-jeunes enfans peut occuper, soit la totalité d'un lobe, soit la totalité d'un poumon; qu'elle peut se montrer d'une manière primitive, et se traduire par des signes physiques aussi tranchés que la pneumonie de l'adulte.

PLEURO-PNEUMONIE PRIMITIVE CHEZ UN ENFANT DE 3 ANS; SON MAT ET RESPIRATION BRONCHIQUE DANS TOUTE L'ÉTENDUE DU CÔTÉ DROIT; MORT LE SEPTIÈME JOUR DE LA MALADIE; HÉPATISATION ROUGE ET GRISE DE LA TOTALITÉ DES TROIS LOBES.

OBS. III. — Eugène Martin, âgé de 3 ans, d'une forte constitution, d'un embonpoint considérable, d'une stature élevée pour son âge, apporté à l'hôpital dans la soirée du 26 septembre, nous offre, à la visite du lendemain, les symptômes suivans.

Décubitus dorsal; face pâle exprimant l'anxiété et la souffrance; respiration haute, costale, se répétant 60 fois par minute; dilatation des ailes du nez à chaque mouvement inspiratoire; toux fréquente, sèche; son mat et respiration bronchique dans toute l'étendue du côté droit; bronchophonie sous la clavicule, au niveau de l'omoplate et dans le creux de l'aisselle; à gauche le son est clair et le bruit respiratoire net et fort; le côté du thorax affecté ne présente pas de dilatation; le pouls donne 140 pulsations par minute; la peau du tronc et des membres inférieurs est chaude, mais celle des extrémités supérieures est froide; la langue est rouge; les papilles de sa surface sont saillantes; la soif est extrêmement vive; le ventre est météorisé, mais peu douloureux à la pression; une seule évacuation liquide depuis vingt-quatre heures. Au milieu de ces graves désordres des fonctions respiratoires, l'intelligence reste nette; l'enfant reconnait sa mère, qui vient le visiter dans la journée, et témoigne de l'inquiétude à son départ. (4 ventouses scarifiées sur le côté droit du thorax; mauve édulcorée; demi-looch blanc.)

D'après les renseignemens qui nous sont fournis par les parens, ce garçon, bien portant le 21 septembre, éprouva le 22, sans cause connue, du malaise fébrile, de l'inappétence, de la toux et des vomissemens; ces symptômes persistèrent le 23, et il s'y joignit les jours suivans une dyspnée intense. On ne fit usage d'aucune médication active; on tint l'enfant à la diète les trois derniers jours, parce qu'il repoussait tous les alimens qu'on lui offrait.

Le 28, aucun amendement n'a suivi l'application des ventouses, qui ont tiré une assez grande quantité de sang; la dyspnée a persisté; la respiration a été plaintive toute la nuit; le malade n'a pas fermé un seul instant la paupière. Ce matin, le decubitus a lieu tantôt sur le dos, tantôt sur le côté droit, jamais sur le côté gauche; la toux est moins fréquente; la gêne de la respiration persiste; 54 inspirations par minute. L'auscultation et la percussion du thorax fournissent les mêmes résultats que la veille; le son et toujours complétement mat dans toute l'étendue du côté droit; la respiration bronchique et la bronchophonie sont des plus évidentes. Le côté gauche reste toujours intact. Le pouls est difficile à compter, à cause de sa petitesse et de sa fréquence La face est violacée; la langue conserve sa rougeur; la soif est toujours ardente, le ventre ballonné, les selles diarrhéiques. On administre un bain chaud d'un quart d'heure, et on applique un large vésicatoire sur le côté droit; mais la dyspnée devient de plus en plus grande, et le malade succombe à trois heures après midi.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons le poumon droit adhérent en quelques points à la plèvre costale à l'aide de fausses membranes molles et faciles à déchirer. La cavité pleurale renferme deux ou trois cuillerées de liquide séro-albumineux; les trois lobes du poumon adhèrent entre eux; leur surface externe n'offre pas une teinte uniforme; elle est rouge en quelques points, grisâtre dans d'autres, et de couleur fauve dans une assez grande étendue; la surface des incisions présente à peu près les mêmes nuances; partout le tissu pulmonaire est imperméable à l'air; il se laisse couper par tranches minces et se précipite au fond de l'eau. Les trois lobes sont hépatisés dans leur totalité; on y observe les deux degrés de l'hépatisation rouge et grise. A la base du lobe inférieur seulement, on rencontre quelques lamelles de tissu pulmonaire à l'état de simple engouement.

Le poumon gauche est libre d'adhérences. La cavité pleurale renferme un demi-verre de sérosité transparente. La partie postérieure offre extérieurement

une teinte violacée, et intérieurement un engouement séreux et sanguinolent. Toute la moitié antérieure est rosée; le tissu est mou et crépitant.

Quelques glandes bronchiques sont hypertrophiées; mais on n'y trouve pas la plus légère trace de tubercule. Les bronches présentent une teinte rosée; le larynx et la trachée-artère sont à l'état sain.

L'estomac et l'intestin grêle ne présentent rien de remarquable. Dans le dernier tiers du colon et dans le rectum, la muqueuse est rouge et épaissie. Les autres viscères abdominaux sont exempts d'altération.

La toux, la gêne de la respiration et l'anxiété à laquelle le malade était en proie au moment de son admission, l'intensité du mouvement fébrile, indiquaient chez lui l'existence d'une phlegmasie des organes thoraciques; mais sans le secours de l'auscultation et de la percussion, il eût été impossible de décider si la maladie avait son siége dans la plèvre, dans les bronches ou dans le parenchyme pulmonaire, la toux, la fièvre et la dyspnée étant des signes communs aux phlegmasies de ces différens organes. L'expectoration manqua, comme chez le sujet de l'observation précédente. La douleur de côté ne pouvait être accusée par un enfant qui touchait à peine à sa troisième année. Les signes stéthoscopiques furent on ne peut mieux caractérisés : à droite, son complètement mat, respiration bronchique, et bronchophonie appréciable lorsque l'enfant poussait quelques cris; à gauche, bruit respiratoire net et pur, sonoréité normale. Plus de doute sur le côté du thorax affecté.

Comme il est rare de trouver chez l'enfant un son aussi complètement mat dans la pneumonie, nous dûmes rechercher s'il n'existait pas dans la plèvre un épanchement considérable de sérosité. Pour nous en assurer, nous pratiquâmes l'auscultation et la percussion après avoir fait prendre différentes positions au malade; les résultats furent toujours les mêmes. Nous mesurâmes les deux côtés de la poitrine, et nous ne reconnûmes pas de dilatation du côté droit. Nous restâmes convaincus que la maladie avait principalement son siége dans le parenchyme pulmonaire, et que la phlegmasie était parvenue au deuxième degré. Le seul symptôme qui nous fit soupçonner la participation de la plèvre à l'inflammation du poumon, ce fut le vomissement, qui, chez les enfans, marque presque constamment le début des phlegmasies des membranes séreuses.

Cette inflammation de la plèvre et du poumon se manifesta sans avoir été précédée d'aucun signe d'une affection antécédente des bronches; elle parcourut rapidement sa marche, puisque le cinquième jour, où le malade fut admis à l'hôpital, le poumon droit était déjà imperméable à l'air dans toute son étendue.

Quant aux altérations trouvées sur le cadavre, elles étaient en tout semblables à celles qu'on rencontre chez l'adulte : même exsudation pseudo-membraneuse de la plèvre, même hépatisation du parenchyme pulmonaire, parvenue en quelques points au deuxième degré, en d'autres au troisième.

Passons à d'autres séries de faits.

CÉPHALALGIE OCCIPITALE ACCOMPAGNÉE DE DIVERS TROUBLES DES FONCTIONS LOCOMOTRICES, ET REVENANT A DES INTERVALLES IRRÉGULIERS PENDANT CINQ MOIS; PUIS CÉPHALALGIE GÉNÉRALE, VOMISSEMENS, DÉLIRE, COMA, CONVULSIONS GÉNÉRALES; MORT; TUBERCULE DU LOBE MÉDIAN DU CERVELET; MÉNINGITE DE LA BASE ET DES VENTRICULES.

OBS. IV. — Marie Brouet, âgée de 8 ans, née de parens qui ont succombé à la phthisie pulmonaire, se plaignait depuis cinq mois de la tête, et éprouvait divers troubles des fonctions locomotrices lorsqu'elle fut apportée à l'hôpital le 15 juillet. Pendant les deux premiers jours la malade ne nous offrit que les signes encore incertains de la phthisie pulmonaire; le pouls était sans fréquence, la peau sans chaleur; la tête n'était le siége d'aucune douleur; l'intelligence était nette. La malade demandait instamment à se lever. Pour constater d'abord l'état de la motilité, nous fîmes habiller la malade et l'engageâmes à marcher; mais elle ne put faire un pas sans le secours d'un aide; ses jambes se croisaient et s'exécutaient que les mouvemens les plus irréguliers. Dans l'état de repos elles n'étaient cependant le siege d'aucun mouvement spasmodique.

Le 18, la céphalalgie revient, et la douleur, au lieu d'être bornée à la région occipitale comme cela avait lieu depuis cinq mois, occupe la totalité de la tête; il survient en même temps des vomissemens bilieux, de l'agitation, de l'insomnie; le pouls donne 76 pulsations; il existe depuis plusieurs jours une constipation opiniâtre. (Lavement purgatif; sinapismes aux membres inférieurs.)

Le 20, délire violent pendant la nuit, qui cesse le matin, mais laisse chez la malade une inquiétude extrême. On ne peut approcher d'elle sans qu'elle pousse des cris; elle dit n'éprouver aucune douleur, et réclame avec instance des alimens.

Le 21, pendant la nuit, criailleries continuelles auxquelles a succédé le matin un assoupissement assez profond. Pas de réponse; renversement de la tête en arrière; saillie des globes oculaires; dilatation des pupilles; demi-occlusion des paupières; persistance de la sensibilité cutanée à droite et à gauche (Quatre sangsues derrière les oreilles.)

Le 22, l'assoupissement de la veille a cessé; la malade répond aux questions qu'on lui adresse, affirme ne pas éprouver de céphalalgie, quoique toute la nuit elle n'ait cessé de crier : *La tête! la tête!* La rigidité des muscles de la partie postérieure du cœur persiste; les membres ne sont le siége d'aucun mouvement spasmodique; la sensibilité est conservée à droite comme à gauche; la vue est trouble, mais non entièrement abolie; le pouls s'est élevé à 108; la constipation qui avait cédé il y a deux jours au lavement purgatif, est revenue. (Nouvelle application de 8 sangsues aux apophyses mastoïdes; lavement émollient; sinapismes.)

Le 20, nous constatons l'état suivant. *Intelligence*. perte absolue de connaissance; coma. *Motilité*. Raideur des muscles de la partie postérieure du cou; renversement de la tête en arrière; trismus incomplet; demi-résolution des membres. *Sensibilité*. La peau répond encore aux stimulations extérieures; le pincement arrache quelques plaintes à la malade. *Organes des sens*. Les yeux sont toujours saillans; les paupières entr'ouvertes; les pupilles dilatées; la vue et l'ouïe sont complètement abolies. *Digestion*. La langue, dont nous apercevons la pointe, paraît naturelle; la deglutition est encore facile; pas de vomissemens; ventre rétracté, indolent à la pression; pas de selles. *Circulation*. 130 pulsations; peau chaude. *Respiration*. 40 inspirations par minute; pas de toux. *Sécrétions*. Excrétion des urines involontaire. On prescrit l'émétique en lavage.

Rien de remarquable dans la journée. A 8 heures du soir convulsions générales, ronflement apoplectique. Mort à 10 heures.

OUVERTURE DU CADAVRE 33 HEURES APRÈS LA MORT, PAR UNE TEMPÉRATURE DE 25 DEGRÉS.

État extérieur. Amaigrissement, ballonnement considérable de l'abdomen, teinte verdâtre de sa paroi antérieure; pas de rigidité cadavérique.

Crâne. Les méninges qui recouvrent toute la partie convexe des hémisphères, sont exemptes d'altération; mais à la base l'arachnoïde a perdu sa transparence au niveau du polygone artériel, de la protubérance et d'une partie du cervelet; la pie-mère sous-jacente est infiltrée par une petite quantité de sérosité verdâtre. Dans les ventricules nous trouvons quatre onces du même liquide, tenant en suspension quelques flocons albumineux. La membrane qui tapisse ces cavités est rugueuse, inégale et parsemée de fausses membranes de la largeur de l'ongle, qu'on peut facilement détacher; la cloison demi-transparente est détruite; la voûte à trois piliers est ramollie. La substance cérébrale n'offre d'ailleurs dans les hémisphères et dans les parties centrales qu'un pointillé peu vif; les circonvolutions sont aplaties et serrées les unes contre les autres.

En incisant le cervelet dans sa partie moyenne, le scalpel divise en deux portions égales un tubercule du volume d'un marron, situé au centre de cet organe. La pulpe nerveuse qui l'entoure est très-injectee, mais elle n'a subi aucune diminution notable dans sa consistance normale.

Poitrine. Ganglions bronchiques transformés en masses tuberculeuses dont quelques-unes sont ramollies au centre. Nombreux tubercules miliaires dans les deux poumons.

Abdomen. Les organes contenus dans cette cavité ne présentent rien de remarquable.

Résumons en peu de mots les lésions et les symptômes que nous a offerts le sujet de cette observation. Nous trouvons dans l'encéphale : 1° un tubercule occupant le lobe médian du cervelet; 2° une injection assez vive de la pulpe nerveuse ambiante; 3° un épanchement dans les ventricules, avec ramollissement des parties centrales; 4° enfin une infiltration séreuse verdâtre de la pie-mère de la base. Parmi les lésions trouvées hors du crâne, nous noterons les tubercules des glandes bronchiques et des poumons.

La plus ancienne des lésions de l'encéphale, celle dont la présence a déterminé toutes les autres altérations, est sans contredit le tubercule qui a été trouvé au centre du cervelet. Il serait difficile de préciser l'époque à laquelle cette production morbide a commencé à se développer. Les personnes qui nous ont donné des renseignemens sur les antécédens de cette jeune fille ne la connaissaient que depuis cinq mois, et depuis cette époque elle présentait, à des intervalles irréguliers, des désordres de la sensibilité et de la motilité qui indiquaient une lésion plus ou moins profonde de l'encéphale. Ces symptômes, que nous n'avons fait qu'indiquer dans l'observation, étaient assez remarquables pour que nous les exposions avec quelques détails. La céphalalgie, que la malade éprouvait fréquemment, avait toujours son siége à l'occiput. Tantôt elle survenait la nuit, arrachait des cris à la malade, qui appelait une surveillante, lui racontait que son oreiller lui *brûlait le derrière de la tête*, et demandait instamment qu'on lui appliquât un cataplasme sur cette partie; d'autres fois la céphalalgie surprenait cette jeune fille au milieu de ses jeux. Il était rare que la douleur de tête ne s'accompagnât pas de quelque trouble du mouvement; souvent la malade chancelait sur ses jambes comme une personne ivre, et ne pouvait faire quelques pas sans s'exposer à une chute. Plusieurs fois, nous disait la directrice de l'établissement où résidait cette jeune fille avant son admission à l'hôpital, on a été obligé de la porter comme un enfant au maillot; elle éprouvait surtout une grande difficulté à descendre un escalier. Nous trouvons dans quelques affections organiques du cervelet, rapportées par les auteurs, des symptômes analogues. Abercrombie rapporte un cas de tumeur cancéreuse du cervelet dans lequel *la marche était tremblante et vacillante, comme celle d'une personne qui tient en équilibre un fardeau sur la tête*. Ces faits pathologiques confirment d'ailleurs quelques expériences physiologiques, desquelles il résulterait que le cervelet est l'organe régulateur du mouvement.

Quoique la lésion du cervelet fût permanente, les symptômes se sont long-temps présentés sous forme intermittente. Les tubercules se développent d'une manière lente et restent souvent latens. Ce n'est que lorsque, à la manière d'une épine implantée dans nos tissus, ils appellent le sang autour d'eux, et déterminent une congestion de la pulpe encéphalique, qu'on voit apparaître différens désordres de la sensibilité et de la motilité. Ces congestions sont ordinairement passagères; elles se dissipent fréquemment, soit d'une manière spontanée, soit sous l'influence de quelques moyens curatifs; mais après s'être long-temps répétées, elles aboutissent à une phlegmasie de l'encéphale et de ses membranes, qui vient clore la scène. C'est ce qui est arrivé chez cette jeune fille; elle a succombé à une inflammation des méninges de la base et des ventricules.

Quant aux tubercules de la poitrine, ils avaient été annoncés par une toux opiniâtre et par un dépérissement progressif. L'exploration du thorax ne doit jamais être négligée dans les cas où un enfant présente les signes d'une lésion organique de l'encéphale. Si l'auscultation et la percussion révèlent dans ces cas l'existence de tubercules pulmonaires, on sera porté à croire que la lésion de l'encéphale est de nature tuberculeuse; car elle est vraie pour l'enfant comme pour l'adulte, la loi posée par M. Louis, en vertu de laquelle on ne trouve de tubercules dans le crâne ou l'abdomen que lorsque le poumon en contient.

CHORÉE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LES BAINS D'IMMERSION.

La méthode de traitement que Dupuytren employait exclusivement dans la chorée consistait dans les bains d'immersion, auxquels il joignait l'usage interne de quelques antispasmodiques insignifians. Le malade était saisi par deux infirmiers vigoureux qui lui tenaient l'un, les bras, l'autre, les extrémités inférieures, et faisaient passer tout son corps à travers deux lames d'eau. Ce passage, qui ne durait qu'un instant, était renouvelé cinq à six fois dans l'espace de quelques minutes; on essuyait ensuite soigneusement le corps du malade, qui reprenait ses vêtemens et se réchauffait en se livrant pendant une demi-heure à un exercice plus ou moins violent. Il suffisait de recourir à ce moyen pendant huit ou dix jours consécutifs pour voir disparaître les mouvemens irréguliers qui caractérisent la chorée. Dupuytren répétait souvent dans ses leçons cliniques que cette méthode lui avait constamment réussi. A raison des difficultés de son application, on l'avait presque entièrement abandonnée à l'hôpital des Enfans. On l'a reprise cet été, en lui faisant toutefois subir quelques légères modifications. Au lieu de faire passer le corps de l'enfant entre deux lames d'eau, on le plaçait dans une baignoire à demi remplie d'eau à la température de 18 à 12 degrés, et on le laissait se plonger lui-même dans le liquide, ce qu'il faisait en s'abaissant et se relevant alternativement plusieurs fois dans l'espace de quatre à cinq minutes. A la sortie du bain, on le plaçait dans un lit chaud, lorsque la progression était impossible; dans le cas contraire, on lui faisait prendre de l'exercice pendant une heure. Cette méthode de traitement a complètement réussi chez les malades qui y ont été soumis, et nous pouvons affirmer que l'action thérapeutique de ce moyen nous a paru beaucoup plus puissante que celle de tous ceux que nous avons vu employer depuis trois ans; elle n'a été et ne nous paraît devoir être employée que pendant l'été, et, de plus, que chez les sujets dont les voies respiratoires ne donnaient aucun signe de phlogose. Les faits suivans viendront à l'appui de ces réflexions.

CHORÉE GÉNÉRALE; DIX JOURS DE MALADIE AU MOMENT DE L'ADMISSION; DIX BAINS D'IMMERSION; GUÉRISON AU BOUT DE TREIZE JOURS.

Obs. V. — Jean-Baptiste Dufour, enfant de chœur, âgé de 13 ans, cheveux blonds; yeux bleus; peau fine et blanche, nerveux; irritable; constitution grêle; né de parens qui n'ont jamais été atteints d'affection nerveuse; sujet à la migraine depuis deux ans, et aux épistaxis, ayant beaucoup grandi depuis quelque temps; accusait dix jours de maladie lorsqu'il fut admis à l'hôpital, le 28 septembre. La chorée avait débuté chez lui sans cause connue; les premiers mouvemens s'étaient manifestés au bras droit; ils avaient ensuite envahi la jambe du même côté; les muscles de la face et les membres du côté gauche étaient seulement affectés depuis quatre à cinq jours, époque à laquelle le malade avait été obligé de renoncer à ses fonctions d'enfant de chœur, provoquant le rire des assistans par ses grimaces.

Le 29, face colorée; céphalalgie occupant le pourtour de la tête; mouvemens irréguliers des muscles du côté droit de la face et de la langue; bégaiement peu marqué; les membres du côté droit sont sans cesse en mouvement; le malade ne peut se servir pour prendre ses alimens que de la main gauche; les membres de ce côté étant beaucoup moins affectés; la force musculaire est sensiblement affaiblie à droite. La sensibilité de la peau est égale des deux côtés. Aucune douleur ne se fait sentir dans le trajet du rachis, ni dans les membres. Le pouls donne 108 pulsations; la respiration est difficile à compter à cause de l'agitation du malade; pas de toux; pas de douleur thoracique. Voies digestives en bon état. (Bain d'immersion à 15 degrés; pédiluve sinapisé pour le soir; tilleul-oranger, une demi-portion).

Le 30, la céphalalgie ainsi que la rougeur de la face ont disparu. Le pouls est descendu à 72. Les mouvemens choréiques n'ont pas encore subi de modifications notables. Le bain a été très-bien supporté; le malade s'est promené pendant une heure dans les vastes cours de l'hôpital à la sortie du bain.

Le 2 octobre, l'amélioration est notable; les mouvemens sont beaucoup moins marqués.

Le 7, il survient de la toux après le bain. On n'en donne pas le 8, on les reprend jusqu'au 10; et le 11, ce garçon quitte l'hôpital entièrement guéri. Nous l'avons revu au bout de 15 jours, la guérison s'était soutenue.

CHORÉE GAUCHE DE TROIS SEMAINES DE DURÉE AU MOMENT DE L'ENTRÉE A L'HÔPITAL; GUÉRISON AU BOUT DE DOUZE JOURS.

Obs. VI. — François Gautier, âgé de 13 ans, apprenti menuisier, entré à l'hôpital le 14 septembre, raconte qu'il y a un mois il reçut un violent coup de pied à la partie inférieure de la colonne vertébrale qui le renversa par terre, et que trois jours après il commença à éprouver quelques mouvemens irréguliers dans les membres du côté gauche. Les mouvemens augmentèrent progressivement les jours suivans, au point de rendre très-difficile la progression et la préhension des corps avec la main gauche. Les parens ajoutent que depuis l'invasion de la maladie, le caractère de cet enfant est entièrement changé; il est devenu querelleur, irascible, et il injurie tout le monde sans motif. Il a éprouvé quelques contractures des doigts. Pour se rendre à l'hôpital, il a fait une partie de la route à pied; mais des chutes répétées l'ont empêché de la continuer. On lui a administré trois bains tièdes, et on lui a appliqué, probablement à cause de la contracture des doigts, un vésicatoire à la nuque.

Le 15, mouvemens irréguliers très-prononcés dans les membres du côté gauche et dans les muscles de la face du même côté. L'ouïe est obtuse à gauche; la vue n'est pas affaiblie, mais l'œil gauche est plus sensible à la lumière. Le côté droit est toujours resté intact. La progression a lieu d'une manière très-irrégulière et par saccades. Le malade traîne la jambe gauche. Du reste, nulle douleur à la tête et à la partie du rachis où le coup de pied a été reçu. 84 pulsations; langue large et humide; selles quotidiennes; le malade n'a pas rendu de vers depuis l'invasion de sa maladie. On sèche le vésicatoire de la nuque et on prescrit un bain d'immersion à 16 degrés.

Le 16, le malade dit avoir éprouvé du soulagement après le premier bain. Les mouvemens des muscles de la face nous paraissent moins prononcés que la veille.

Le 18, la progression est plus régulière. Le malade a pu s'habiller sans le secours d'un aide, ce qu'il n'avait pas fait depuis quinze jours. On continue l'emploi des bains.

L'amélioration fait des progrès les jours suivans; la guérison est complète le 28 septembre.

Chez un troisième malade, la chorée avait commencé dix-huit mois avant son admission; elle n'avait été combattue que par l'usage de pilules dont nous n'avons pu connaître la composition. Les mouvement choréiques s'étaient affaiblis au bout de sept à huit mois, et avaient laissé une paralysie incomplète des muscles du côté droit qui en avaient été le siége. Enfin, un mois avant l'entrée du malade à l'hôpital, il était survenu une chorée des membres du côté gauche. Dix-huit bains d'immersion et un séjour de vingt jours à l'hôpital ont suffi pour triompher de ces accidens.

Chez un quatrième garçon âgé de 12 ans, adonné à la masturbation, la maladie remontait à deux ans. On avait employé inutilement une foule de moyens pour la combattre. Après le troisième bain, tout a disparu. La maladie touchait-elle à sa fin? Aurait-elle disparu sans le secours du traitement? C'est ce que nous ne saurions affirmer. Nous n'en devons pas moins signaler la coïncidence qui a eu lieu entre l'administration de quelques bains d'immersion et la disparition brusque d'accidens dont l'invasion remontait à une époque déjà ancienne, et qui donnait de vives inquiétudes à la famille du malade. L'enfant nous a assuré que depuis quelques mois il avait cessé de se livrer à la masturbation. Cette circonstance n'a pas été probablement sans influence sur l'heureuse terminaison de la maladie.

T. Constant, D.-M. P.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 décembre.

Le ministre des affaires étrangères transmet à l'Académie deux ouvrages de M. Jœger de Stuttgard et la lettre qui les accompagne.

Le premier ouvrage, dédié à la mémoire de notre illustre Cuvier, traite des ossemens fossiles des mammifères trouvés dans le royaume de Wurtemberg. L'auteur, dans la letre d'envoi, rappelle qu'il a commencé dans les collections du jardin des Plantes ses études sur cette branche de l'histoire naturelle. Il a depuis, à diverses reprises, communiqué à Cuvier les résultats des recherches qu'il avait faites aux environs de Cronstadt et de Stuttgard, pays que le grand naturaliste avait lui-même exploré à deux époques différentes : la première avant qu'il eût

encore un nom dans la science, et la seconde lorsqu'il avait déjà publié dans les *Mémoires de l'Institut*, une partie de ses beaux travaux sur les fossiles.

Peu de temps encore avant sa mort, Cuvier avait reçu de M. Jœger l'annonce d'ossemens fossiles récemment découverts dans diverses localités, d'os de mammifères dans la Molasse, dans les couches de fer pisiforme des fentes des montagnes du Jura qui traversent le Wurtemberg, et dans un dépôt d'eau douce des environs de Steinheim; des ossemens de reptiles et de poissons avec des coquilles appartenant à des espèces perdues.

Depuis l'époque de cette communication, le nombre des débris trouvés s'est augmenté de telle sorte, que les couches de fer pisiforme seules ont fourni plus de cinquante espèces différentes de mammifères; et que dans le Wurtemberg ensemble il y en a plus de soixante, dont plusieurs semblent non-seulement être nouvelles, mais même appartenir à des genres nouveaux.

Le second ouvrage, publié en commun par MM. Jœger et Kielmeyer, est un rapport officiel sur la réunion des naturalistes et médecins allemands qui a eu lieu à Stuttgard à la fin de l'année 1834; réunion à laquelle assistaient en assez grand nombre des savans français.

ÉLECTRICITÉ.

M. Peltier communique à l'Académie la suite de ses expériences sur la différence d'aptitude des métaux à coercer l'électricité statique. Il a fait un électroscope en zinc, composé de plateaux et d'une tige centrale. Il n'a pas attaché de feuilles d'or à cette tige, afin d'éviter tout contact hétérogène; il les a reportées sur les armatures mobiles qui permettent de les approcher autant qu'il est nécessaire. Lorsque la tige centrale contient quelque peu d'électricité libre, les feuilles d'or de l'armature se précipitent sur elle. Cet instrument accuse de préférence l'électricité positive.

M. Peltier a fait aussi quatre plateaux en glace, recouverts l'un en platine, le second en or, le troisième en argent et le quatrième en étain. En se servant alternativement de ces plateaux, soit comme collecteurs, soit comme condensateurs d'un électroscope, et en les chargeant de l'une ou de l'autre électricité prise à une source constante, le platine s'est montré plus apte à coercer l'électricité négative, puis l'argent, l'or ensuite, et enfin l'étain.

Il a fait ainsi un couple voltaïque de deux de ces disques pour l'interposer entre ses deux plateaux servant de condensateurs, et il a eu les mêmes effets qu'avec les plateaux zinc et cuivre, à l'intensité près. L'ordre négatif obtenu fut aussi platine, argent, or et étain.

M. Peltier conclut de ses expériences que les métaux, dans leur contact, prennent des états différens qui sont témoignés par des phénomènes statiques, ordre de phénomènes qu'il faut, suivant lui, soigneusement distinguer de celui des courans, qui n'a pas la même cause immédiate. Il annonce une prochaine communication sur les courans et la fonction de l'hétérogénéité dans un circuit.

Appareil thermo-électrique. Nous avons parlé, dans le compte-rendu de la séance précédente, d'un appareil fort simple à l'aide duquel on peut opérer des décompositions comme avec la pile de Volta. M. Aymé annonce à l'Académie qu'il a répété avec succès les expériences de M. Becquerel, et qu'il a fait subir à l'instrument une modification qui lui paraît devoir en rendre l'usage plus commode; cette modification, qui n'est que le retour à une disposition déjà souvent employée par M. Becquerel, consiste à substituer au tube droit et au flacon dans lequel plonge sa partie inférieure, un tube en U dont la partie inférieure est occupée par du sable fin.

CRAPAUDS CONTENUS DANS L'INTÉRIEUR DE PIERRES.

M. Arambert écrit de Mezy (Seine-et-Oise) qu'ayant laissé tomber par accident une pierre qu'il avait recueillie à la promenade, parce que la forme lui en avait paru remarquable, cette pierre se brisa, et du milieu des fragmens il vit sortir un *énorme* crapaud qui s'enfuit aussitôt et se perdit dans un buisson voisin. M. Arambert ne paraît pas avoir examiné les débris de la pierre qui, si le crapaud y avait été réellement contenu, aurait montré les restes de la cellule intérieure, cellule qui eût été très-vaste, puisque le crapaud était énorme. On peut donc croire que dans ce cas l'animal était sur le sol, près du lieu où est tombée la pierre dont la chute l'a obligé à prendre la fuite. Au reste, si on ne peut rien conclure du récit de M. Arambert relativement à l'existence de crapauds dans l'intérieur de corps solides, et *en apparence* parfaitement clos, on en a quantité d'autres qui ne prêtent à aucune objection fondée.

— M. Constant Prevost transmet copie de la lettre qu'il a adressée à la commission chargée de présenter la liste des candidats pour la place vacante dans la section de minéralogie et de géologie, lettre dans laquelle il déclare qu'il renonce à la candidature, et fait connaître les raisons qui le déterminent à se retirer ainsi. Il demande qu'il en soit donné lecture.

Le président, M. Dupin, s'oppose à cette demande. Sans rien préjuger, dit-il, sur les raisons que peut avoir à alléguer M. Constant Prevost, je crois que l'Académie ne peut les entendre. Ce serait établir un fâcheux précédent, et dont il serait bien difficile qu'on n'abusât pas par la suite.

COMMUNICATIONS VERBALES. — PHYSIQUE DU GLOBE.

Tremblement de terre. M. Cordier donne, d'après une lettre de M. Philippe, quelques détails sur certains effets du tremblement de terre qui s'est fait sentir le 27 octobre dans les Pyrénées. L'observateur se trouvait alors en un site fort remarquable, le cirque de Troumouse, situé au nord du mont Perdu, et à peu de distance du célèbre cirque de Gavarnie. Le fond de ce bassin, composé de roches primitives, est à 1 800 mètres environ au-dessus du niveau de la mer; et les montagnes qui le couronnent s'élèvent en divers points à plus de 3,000 mètres. La première secousse eut lieu à quatre heures moins un quart du matin; elle fut courte (quatre ou cinq secondes), mais très-forte, et il semblait que le cirque entier allait s'abîmer, des blocs roulant de tous côtés des pentes des montagnes; à ce moment, des bouffées d'un air brûlant se firent sentir; elles étaient d'une odeur sulfureuse très-prononcée, et pendant plus d'une minute elles rendirent toute respiration impossible. Dix minutes après eut lieu une seconde secousse beaucoup moins forte que la première, et, au bout d'une demi-heure, une troisième à peine perceptible.

RAPPORTS DES COMMISSIONS POUR LES PRIX.

Le président de l'Académie demande aux présidens des diverses commissions quand ils pourront faire leurs rapports, la séance publique devant avoir lieu nécessairement avant la fin de décembre.

Plusieurs des commissions sont prêtes, et il est décidé que la séance publique aura lieu le 28 de ce mois.

La commission de médecine représente qu'elle a eu 76 ouvrages à examiner; et que, outre les travaux particuliers de ses membres, qui presque tous font partie de quelque autre commission, elle s'est déjà réunie vingt-quatre fois pour discuter les titres des meilleurs ouvrages présentés. Cependant elle n'espère pas avoir fini avant le 28.

Le président propose en conséquence que la distribution des prix de médecine soit renvoyée à une seconde séance publique qui suivra de près la première.

— M. Costaz fait, au nom de la commission de statistique, un rapport sur les ouvrages examinés. La commission a arrêté qu'une médaille d'or de 330 fr. serait décernée à M. Delacroix, pour sa statistique du département de la Drôme, et une de 200 fr. à M. Genty de Bussy, pour son travail statistique sur l'établissement des Français dans la régence d'Alger. Elle indique aussi comme ayant paru mériter des mentions honorables quatre autres ouvrages; mais nous n'avons pu entendre distinctement ni leurs titres ni le nom des auteurs.

SUITE DE LA SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE.

FORMATION DES CÔNES VOLCANIQUES ET DES CHAÎNES DE MONTAGNES, par M. Constant PREVOST.

Quels que soient, dit M. Prevost, la nature et l'état des parties projetées ou épanchées par une ouverture du sol, l'expérience démontre que ces parties s'accumulent en une quantité qui va toujours décroissant des bords de l'ouverture jusqu'à la limite circulaire, où le sol n'est pas recouvert par les déjections. Le produit d'une première émission est donc déjà l'élément d'un cône que les émissions successives élèveront graduellement, quelle que soit la forme du terrain où la bouche s'est ouverte. L'établissement en couches horizontales, poursuit l'auteur, n'est possible qu'à une certaine distance des bouches d'émission, et ces couches horizontales qui ne peuvent même jamais l'être parfaitement, ne sont que la continuation des dépôts en talus qui entourent les bouches, comme on le voit dans les terrains volcaniques de la Sicile (Val di Noto) et dans ceux des environs de Naples (champs Phlégréens).

Chaque éruption du Vésuve et de l'Etna, continue M. Prevost, donne lieu, soit au sein du cratère, soit sur les flancs ou au pied de ces volcans, à un nouveau cône dont on peut suivre la formation. En avril 1832, j'ai vu dans le cratère du Vésuve un cône de 60 pieds qui n'existait pas en novembre précédent, et qui évidemment n'était que le résultat de l'entassement des matières projetées pendant cinq mois.

Comme autres exemples de ce mode de formation, l'auteur cite encore le Monte Nuovo, qu'on vit apparaître par suite du tremblement de terre du 19 septembre 1538; un cône de 450 pieds de haut sur les flancs de l'Etna, effet de l'éruption qui, en 1669, ravagea Catane; les îles apparues près des côtes de l'Islande et celles des Açores, en 1783 et en 1811, îles qui, comme l'île Julia, ne sont que des matières successivement projetées et entassées après être retombées autour d'une cavité centrale.

Il n'existe, je pense, poursuit-il, aucun doute sur la structure des montagnes coniques ainsi formées, dont la coupe présente une série de strates, à surfaces plus ou moins parallèles au plan d'inclinaison des parois extérieures du cône, et descendant en divergeant du sommet tronqué de celui-ci vers sa base. En comparant, sous le rapport de leur structure et de leur forme, le cône qui s'était élevé dans l'intérieur du cratère du Vésuve en 1832 au Vésuve lui-même, et celui-ci à la Somma, il m'a semblé qu'on ne pouvait trouver de différences essentielles entre eux, et que l'on devait y voir trois effets d'une cause évidemment analogue.

Le second point que M. Prevost se propose de prouver, c'est que les matières rejetées pendant les éruptions ne viennent pas toujours et toutes d'une grande profondeur; que souvent ce sont des débris du sol traversé provenant des fentes et cheminées, débris quelquefois peu ou point altérés. A l'appui de cette assertion, il cite le volcan du Pal, dans le Vivarais; celui de Denise, près du bassin du Puy; un grand nombre de cratères de l'Eifel, offrant chacun, au milieu de cendres et de scories, des fragmens de la roche au travers de laquelle il s'est fait jour. De même, au sommet de l'île Julia, il a trouvé parmi les cendres pyroxéniques, des cailloux roulés et des fragmens de calcaire blanc provenant du fond de la mer. Après l'éruption du Vésuve, en 1631, Braccini et le P. Ignazio disent avoir trouvé des coquilles marines qui semblaient avoir été rejetées.

Les blocs de roches primaires et secondaires qu'on trouve en abondance dans la Somma, sont tantôt en totalité modifiés, et tantôt ils ne le sont qu'en partie ou même pas du tout.

Le troisième point que l'auteur veut établir, c'est que le mouvement des matières fondues, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du cratère, est, en raison de leur grande viscosité, extrêmement lent; ce qui leur permet d'acquérir une grande épaisseur en se figeant sur des plans plus ou moins inclinés, et même verticaux. A l'appui de cette assertion l'auteur décrit la marche du courant de lave qui, en 1669, détruisit Catane et combla son port: ce courant employa quarante-quatre jours pour franchir les six lieues qui séparaient le point d'où il était sorti des murailles de Catane. Arrivé au mur, qu'il ne renversa point, au lieu de s'étendre sur les côtés, comme cela aurait eu lieu si la lave avait eu une fluidité aqueuse, il s'éleva jusqu'à atteindre le sommet de la muraille par-dessus lequel il se déversa, en

enduisant la face intérieure d'une lame verticale de plusieurs pieds d'épaisseur; puis, traversant la ville, il alla combler le port, où il forme aujourd'hui un cap à bords abruptes.

La quatrième proposition avancée par l'auteur, c'est que dans les masses ou strates dont le sol sous-jacent aux volcans est formé, on ne voit pas le moindre dérangement que l'on puisse faire coïncider avec l'existence des foyers volcaniques. Du moins, dit M. Prevost, je n'en ai vu aucun dans les volcans que j'ai observés; ou plutôt les dislocations que présentent ces terrains sont arrangées suivant un système propre à toute la contrée.

Une cinquième proposition que l'auteur appuie sur les mêmes faits qu'il a cités en preuve des quatre précédentes, est celle-ci : Que dans les phénomènes volcaniques rien n'autorise, et que tout s'oppose à admettre sous les couches solides du globe une puissance capable de soulever celle-ci.

Mais, pour uit M. Prevost, la question des cratères de soulèvement étant intimement liée à celle des soulèvemens des montagnes, on voit d'abord que si les laves n'ont fait que profiter, pour sortir, des dislocations du sol qu'elles n'avaient pas produites, il y a tout lieu de supposer qu'il en a été de même des roches ignées de tous les âges. Maintenant ces dislocations qui ont causé le redressement des couches dont se composent les chaînes, est-il l'effet d'un soulèvement dans le sens absolu du mot? l'auteur pense que non. En effet, dit-il, les faits géologiques montrent que sur presque toute la surface des terres aujourd'hui couvertes, d'immenses dépôts marins ont été mis à sec en conservant leur position normale. Or, en supposant submergées toutes ces parties, il ne resterait plus de terres pour l'habitation des animaux et pour les végétaux, à moins qu'on ne suppose que des fonds de mer ont été mis à sec par suite des dislocations où de grandes surfaces terrestres ont été englouties. Telle était, en effet, l'opinion de M. Deluc, et telle était aussi celle de M. Cuvier : ce n'est donc point, poursuit M. Prevost, une idée nouvelle que je cherche à établir, mais l'ancienne que je voudrais rehabiliter.

En terminant, l'auteur met sous les yeux de l'Académie un tableau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 décembre. —*Présidence de M. Lisfranc.*

L'ordre du jour est la nomination au scrutin de dix candidats parmi lesquels seront tirés au sort les quatre juges et le suppléant que l'Académie a droit de nommer pour le concours de clinique externe.

Une courte discussion s'engage sur ces deux points : Les concurrens ont-ils droit de voter; et les professeurs de la Faculté ne devraient-ils pas aussi s'abstenir du vote? Deux concurrens appartiennent à l'Académie; l'un M. Guerbois, est absent; l'autre, M. Sanson, déclare qu'ils s'abstient. Pour les professeurs, M. Adelon répond qu'aucune raison ne les empêche de remplir leurs fonctions académiques.

Le premier tour de scrutin ne donne la majorité à personne. Six candidats sont ensuite nommés dans l'ordre suivant : MM. Breschet, Ribes, Baffos, Lisfranc, Amussat et Gimelle.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Séance du 11 décembre.

Après une correspondance sans intérêt, l'ordre du jour appelle la suite du scrutin pour les juges du concours. M. Ribes ayant écrit que si son nom sortait de l'urne, sa santé ne lui permettrait pas d'accepter; l'Académie décide qu'il y a lieu à le remplacer comme candidat. Il y a donc encore cinq nominations à faire.

M. Murat est nommé au premier tour de scrutin. Le second ne donne pas de majorité; à un renouvellement d'épreuve, M. Husson l'emporte. Il faut également deux scrutins pour donner la majorité à M. Réveillé-Parise; et deux scrutins pour M. Roche. Il est cinq heures, l'assemblée, composée d'abord de 104 membres presens, est réduite à 47. M. Adelon fait observer que pour la validité du scrutin, le règlement exige la moitié au moins des membres qui ont signé la feuille de presence. En conséquence la nomination du dixième candidat est ajournée à mardi prochain.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de finances présenté par son trésorier.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR DIVERS CAS DE PRATIQUE CHIRURGICALE; par M. Prosper Meynier, D.-M. à Ornans.

Mon cher confrère,

Je prends la liberté de vous adresser quelques réflexions qui m'ont été suggérées par différens cas de médecine et de chirurgie pratiques. Deux motifs m'enhardissent à vous faire cet envoi : c'est d'abord l'utilité que me semblent offrir des observations que j'aurais aimé à trouver moi-même dans les livres; puis ces remarques m'ont paru conformes à l'esprit qui préside à la rédaction de votre excellent journal.

Pour ne pas lasser la patience de vos nombreux lecteurs, je tâcherai d'être aussi clair et surtout aussi bref que possible. Je vais donc diviser sous deux chefs principaux ce que j'ai à vous communiquer.

L'attention toute spéciale que vous accordez à l'étude des fractures et des luxations, le zèle avec lequel vous cherchez à porter la lumière là où il semblait ne plus exister de ténèbres, vous feront, je pense, accueillir ce que j'ai à vous communiquer sur cet important sujet. Je dois d'abord le dire : ma position de praticien en province m'interdit de nombreuses recherches d'érudition, auxquelles pourtant un goût très-vif m'entraînerait aisément. Sans négliger de consulter les ouvrages des maîtres de l'art, j'ai pris pour point de départ, et comme devant résumer l'état actuel de la science, le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

§ Ier. *Remarques sur la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus, dite en avant.*

Suivant l'ouvrage que je viens de citer, voici les signes de la luxation du cubitus en avant (1). Cet os « vient croiser le radius, *au-devant duquel il se place*; *la main est portée en supination*, *ainsi que l'avant-bras*, *qui est également fléchi* et *retréci* à sa partie inférieure par l'effet du croisement des os; les tendons fléchisseurs sont rassemblés en faisceaux sur la partie antérieure et externe du membre. On observe le même état de demi-flexion des doigts » (que dans la luxation du cubitus en arrière), « mais c'est *en devant* que l'on observe la saillie formée par le cubitus. »

Tout ceci est, comme on voit, énoncé et donné comme règle absolue; on n'y mentionne aucune exception comme possible; et cependant il s'agit spécialement là de pratique. Eh bien! voici ce qu'une observation toute récente vient de me montrer.

Obs. I. — Un voiturier, dans un état d'ivresse assez prononcée, veut retenir son cheval qui s'emporte; les guides cassent; le conducteur, qui est debout sur le devant de la voiture, tombe et se trouve froissé par le cheval et par le char lui-même.

Sans parler ici d'autres lésions étrangères à mon objet, je dirai que le blessé, apporté peu après chez lui, où il ne put me rendre qu'un compte imparfait de la manière dont il était tombé, avait l'avant-bras droit comme il suit : Tout le membre thoracique était *étendu* sur la couverture du lit, à côté du corps; on pouvait le plier, puis *l'allonger* à volonté; la main elle-même *n'était point fléchie*; les doigts seuls se voyaient ployés. *Les mouvemens de pronation et de supination s'exécutaient avec assez d'aisance*; *l'avant-bras était dans une position moyenne entre ces deux états*; il reposait sur son bord cubital. Sa partie inférieure, au-dessus du poignet, était *à peine plus étroite*, d'un côté à l'autre, que la partie correspondante de l'autre avant-bras. Cependant elle était plus arrondie, mais d'une manière assez peu marquée pour qu'on pût prendre cette apparence pour celle produite par le gonflement qui commençait à se manifester.

Le symptôme qui attira le plus mon attention, fut l'absence de cette saillie si prononcée de l'apophyse styloïde du cubitus là où cette extrémité de l'os forme la malléole postérieure de l'avant-bras. Et pourtant il n'y avait pas en ce lieu de cavité visible à la place de l'éminence qu'on y aperçoit d'ordinaire. Cette saillie avait disparu, et c'était tout. En pressant où elle aurait dû être, on constatait encore mieux son absence, et cela conduisait à reconnaître le genre de déplacement, auquel je remédiai facilement par le procédé connu et conseillé d'ailleurs dans le livre où j'ai pris le passage ci-dessus. Le bruit que fit le cubitus en rentrant dans la cavité sigmoïde du radius, la réapparition de la malléole anti-brachiale, le rétablissement complet des mouvemens de cette partie du membre, etc.; tout prouva que la luxation était bien réduite. Après cela, j'appliquai deux compresses graduées sur les deux faces de l'avant-bras, et par-dessus, les *larges attelles de Pouteau*. Une *douzaine* de jours après, le blessé se servait, *malgré mes avis* (2), de son bras entouré d'un simple bandage roulé.

Cette observation fait naître une foule de réflexions que les passages soulignés ont dû suggérer d'avance aux lecteurs. Mais d'abord, que veulent dire ces mots du *Dictionnaire* : « Cet os vient croiser le radius, *au-devant* duquel il se place? » Ainsi que l'a très-judicieusement fait observer M. Malgaigne, il serait grand temps de préciser, mieux qu'on ne l'a fait depuis Hippocrate, le langage destiné à faire connaître le sens dans lequel s'effectuent les divers déplace-

(1) Tome II, p. 250 et 258.

(2) Ceci était écrit quand j'ai reçu l'un de vos derniers numéros, où j'ai lu avec plaisir l'exposition sommaire des idées de mon ancien collègue Malgaigne sur le même sujet. De mon côté, j'avais été conduit par le raisonnement et l'expérience à reconnaître la nécessité de laisser à une articulation luxée un temps beaucoup plus long que celui qui est généralement indiqué (quand il l'est) pour donner aux parties intérieures divisées une solidité parfaite. Il ne serait peut-être pas trop téméraire d'avancer que la plupart des praticiens l'avaient reconnue, cette nécessité, quoiqu'on ne l'eût pas formellement, textuellement formulée. Et pourtant il était urgent de le faire! Dans le même article du même ouvrage que j'ai cité, on termine ce qui a rapport au traitement en disant : « Ce n'est qu'après » quinze jours ou trois semaines que l'on doit permettre au malade de se servir » de son membre! »

mens des ns. Quand le membre supérieur tombe et pend naturellement le long du corps, sa portion inférieure est dans une position moyenne entre la pronation et la supination; alors le côté radial de l'avant-bras et de la main se trouve réellement en avant; ses rapports restent les mêmes si l'on fléchit l'avant-bras sur le bras. En ce sens, le passage cité plus haut serait inintelligible; car il est évident que le cubitus ne peut pas venir se placer au bord antérieur du radius.

Que si l'on avait dit: « Cet os vient croiser le radius, *en dedans* » duquel il se place, » la chose n'en aurait pas été plus claire. En effet, certains auteurs appellent le bord cubital de l'avant bras *bord interne*! En laissant le membre dans sa position naturelle, il aurait donc été plus lucide et plus exact de dire: « Cet os vient croiser le ra- » dius, *à la face interne* duquel il se place. » Peut-être même aurait-il mieux valu dire: « *A la face palmaire*, ou *volaire*, comme di- saient les anciens, et avec eux le professeur Lauth, de Strasbourg.

D'autre part, ni la main, ni l'avant-bras ne sont portés en supination; ils ne sont point fléchis. Le second est peu rétréci à sa partie inférieure; et cela se conçoit. En se croisant, les deux os se rapprochent; mais les muscles, dont la plupart n'y adhèrent pas vers cette partie inférieure; les muscles qui restent tendus comme à l'ordinaire, car ici leurs extrémités ne se rapprochent pas comme dans une fracture complète; les muscles enfin ne suivent point les os, et conservent en grande partie au bout du poignet son apparence de largeur. C'est là, je pense, une chose bonne à dire; car partout on vous répète que « la » partie inférieure de l'avant-bras est *rétrécie*; » et, pour établir le diagnostic, on se fie là-dessus!

Nous voyons donc que le signe le plus certain est l'absence, à l'œil et au doigt, de la malléole cubitale.

Au surplus, veut-on que je dise toute ma pensée au sujet de ces physionomies si diverses qu'affectent les mêmes membres dans les mêmes lésions? Je crois que ces différences dépendent de circonstances extérieures au malade, plutôt que de causes anatomiques. Il en est de cela comme du fameux problème de la rotation du membre inférieur en dedans, à la suite des fractures du col fémoral. La solution la plus simple, celle qui satisfait tout d'abord, est précisément celle à laquelle on a songé le plus tard, et que j'ai vu avec plaisir dernièrement exposée dans la GAZETTE MÉDICALE.

Dans l'article du livre sur lequel j'établis ma glose, il est dit, en parlant du traitement: « Le meilleur moyen de s'opposer au déplace- » ment consécutif de l'extrémité inférieure du cubitus est l'appareil » usité dans les cas de fracture de l'avant-bras près du poignet, au- » quel (à l'appareil, sans doute) on ajoute l'attelle cubitale de » M. Dupuytren. »

Qu'on me permette encore quelques réflexions sur ce point. Il me semble évident qu'alors, si l'on place l'attelle *cubitale* sur le cubitus, comme l'indique son nom, on tend à enfoncer de nouveau cet os vers son voisin. Si au contraire, et c'est ce dont le livre ne parle pas, on place l'attelle sur le côté radial du membre, à la bonne heure; mais encore aurait-il fallu le dire. D'ailleurs son secours serait bien faible; car la main, qui s'incline aisément vers son bord postérieur, ne le fait qu'à grand'peine vers le bord opposé.

Quant à moi, dans le cas de luxation comme dans celui de fracture des os de l'avant-bras, je préfère à tout les attelles plus larges que le membre lui-même. Sans elles, et quelque bandage qu'on emploie, il est plus clair que le jour que les tours de bande presseront toujours sur les deux os et tendront à les rapprocher, *quand même, au moyen de compresses graduées ou autres moyens analogues*, on changerait le sens du plus grand diamètre transversal de l'avant-bras.

§ II. *Remarques relatives à certaines fractures de la clavicule.*

On divise généralement les fractures de la clavicule en *directes* et en *indirectes*. Moins fréquentes, les premières sont occasionées par une percussion directe, tandis que les autres, beaucoup plus communes, sont produites par une chute sur le moignon de l'épaule. On verra, dans l'observation suivante, une lésion de cette nature, qui ne peut être rangée ni dans l'une ni dans l'autre catégorie.

OBS. II. — Un gendarme d'une cinquantaine d'années, jouissant actuellement d'une bonne santé, et père d'une belle famille, était assis devant son foyer au commencement de cet automne. En voulant ôter une marmite de fonte pleine, et de la capacité d'environ dix litres qui se trouvait devant lui, il sentit son bras céder en même temps qu'un bruit pareil à celui d'une baguette qu'on aurait brisée, et une vive douleur à la partie droite et inférieure du cou le força à lâcher prise.

Cet homme est mon voisin; il vint me trouver de suite. Son membre thoracique droit, demi fléchi, était supporté par l'autre.

Au premier examen, il me fut aisé de reconnaître une fracture de la clavicule à un pouce à peu près de son extrémité sternale. Les deux fragmens faisaient une saillie *en avant*, et l'on sentait entre eux un écartement peu large, mais où le doigt déprimait facilement la peau.

Chez ce militaire, les deux clavicules offrent, dans leur moitié sternale, une courbure antérieure très-prononcée. L'attache claviculaire des sterno-mastoïdiens est très-large. Il ne fallait pas omettre ces détails essentiels

J'ai obtenu déjà et une consolidation aussi solide que possible depuis l'époque où l'accident a eu lieu, et une coaptation rare à la suite des solutions de continuité de cet os. Pour tout appareil, je n'ai employé, outre le coussinet axillaire en forme de coin, que deux serviettes, dont l'une en bandage de corps, l'autre en écharpe ordinaire, et non à la manière de Mayor.

Par cette observation, on voit que la cause de la fracture ne peut être rangée dans les deux divisions établies par les auteurs classiques. Ici point de chute sur le moignon de l'épaule, point de coup reçu directement. Il faut donc admettre un troisième ordre de causes, celles où la clavicule a fonctionné comme un levier du premier genre; car c'est ce qui a dû arriver ici. Le point d'appui était sur la première côte; la force et la résistance aux extrémités de l'os brisé. Un instant j'ai pensé que la clavicule avait agi comme un levier du troisième genre ou inter-puissant. Dans cette hypothèse, la portion inférieure et externe du sterno-mastoïdien aurait été la puissance. Mais il m'a fallu renoncer à cette opinion en, considérant qu'alors la fracture se serait faite en dehors de l'insertion du muscle que j'ai nommé. Or, la solution de continuité était de quelques lignes plus en dedans que le bord externe de cette grande corde rotatrice de la tête. L'observation de ce point de la fracture va même donner lieu à d'autres considérations.

On a vu que les fragmens formaient entre eux un angle saillant *en avant*. Or, dans les solutions de continuité de la portion interne de la clavicule, le poids du bras produit *presque* toujours, dans l'endroit cassé, un angle à sinus inférieur. Je dis *presque* toujours, Delpech ayant en effet observé dans un cas une fracture dont l'angle était obtus et pointait *en bas*. Quelle était donc la cause qui a empêché, d'une part, la saillie en haut ou en bas; qui a causé, d'autre part, la saillie *en avant*? Cette recherche est intéressante, et voici où elle m'a conduit. Les extrémités interne du fragment scapulaire, externe du bout sternal de l'os cassé, étaient toutes deux tirées en haut par la portion inférieure externe du sterno-mastoïdien; mais elles étaient en même temps retenues en bas par le ligament costo-claviculaire. C'est du moins ce que le lieu de la cassure rend probable. Reste maintenant à expliquer la saillie en avant. Je crois en trouver la raison dans l'action du muscle sous-clavier. Faut-il en outre l'attribuer à la résistance qu'aura opposée en arrière le scalène antérieur? Ici encore la clavicule, considérée dans son entier, serait un levier inter-mobile; mais alors le sens où agirait le point d'appui serait changé et deviendrait postérieur.

A propos du scalène antérieur et de son attache à la première côte, je hasarderai une remarque qui est bien un hors-d'œuvre dans la question qui nous occupe actuellement; mais l'importance m'en semble telle, que je la risque ici. Partout on parle du tubercule de la première côte, où aurait lieu cette attache. Quant à moi, je déclare que je n'ai jamais pu le trouver, *et je crois qu'il n'existe réellement pas*.

J'en reviens à mon observation. Il me reste à démontrer que je n'ai pas eu affaire à une fracture incomplète, et pour cela, deux mots suffisent: la mobilité des fragmens l'un sur l'autre, puis l'écartement qu'on sentait entre eux. Dans ce cas, les fibres du sterno-mastoïdien et celles du ligament costo-claviculaire, lesquelles s'insèrent à peu près perpendiculairement à la clavicule, ont dû être écartées.

Je termine ici la partie de mes remarques relative à la chirurgie. Si vous les accueillez avec faveur, j'aurai l'honneur de vous adresser prochainement la partie médicale de ce travail.

Agréez, etc.,

Prosper MEYNIER, D.-M. P.

ASPHYXIE PAR LA VAPEUR DU CHARBON DURANT DEPUIS PLUS DE SEPT HEURES; TRAITEMENT PAR LA SAIGNÉE ET LES AFFUSIONS FROIDES; GUÉRISON. Par M. MALGAIGNE.

Peu de jours après avoir publié dans la GAZETTE MÉDICALE le résultat de mes recherches sur cette affection, l'occasion s'est offerte d'expérimenter de nouveau le mode de traitement auquel je donne la préférence; l'observation m'a paru présenter assez d'intérêt pour mériter d'être publiée avec quelques détails.

Obs. — Le 24 novembre 1835, à sept heures et demie du matin, on vint me chercher en hâte pour une domestique qui avait tenté de s'asphyxier par le charbon. C'était une fille de 28 ans, forte et bien constituée; mais depuis deux ans qu'elle avait quitté sa famille pour des contrariétés de cœur, elle n'avait jamais eu régulièrement ses menstrues; de là une teinte de visage un peu pâle, des crises nerveuses revenant de temps à autre, pour lesquelles même j'avais été auparavant consulté; et enfin, depuis six à huit mois elle manifestait un ennui de la vie dont on ne pouvait pénétrer la cause. La veille au soir, elle avait paru très-gaie et s'était retirée à onze heures. Vers sept heures et quart du matin; le concierge de la maison, entendant râler dans le cabinet où elle couchait, en avait fait ouvrir la porte; il avait trouvé un énorme réchaud déjà refroidi et ne contenant plus qu'un peu de cendre; la malade étendue sur son lit, pâle, l'écume à la bouche et râlant; aussitôt il était venu me chercher.

Je la trouvai dans le même état, mais surtout offrant par tout le corps une chaleur très-intense; tous les muscles en résolution complète. Je pratiquai une saignée de 16 onces; à mesure que le sang coulait, les membres commençaient à reprendre quelque fermeté et quelques mouvemens. Puis je la fis déshabiller, porter sur le palier, et là je la recouvris du cou jusqu'aux jambes de serviettes trempées dans de l'eau froide, marquant au thermomètre 8° R. Presqu'à l'instant ces linges fumaient et s'échauffaient, en sorte que pour maintenir la température basse, toutes les trois ou quatre minutes je versais de l'eau froide exprimée d'un linge sur tout le corps, ou je changeais les linges. Ces affusions durèrent près d'une heure avant que la température du corps revint au rhythme normal. J'essayai aussi de la faire boire un peu d'eau fraîche; mais les dents étaient serrées; l'isthme du gosier contracté; je ne réussis qu'en versant du liquide dans le nez, ou bien encore en fermant les narines et introduisant le liquide dans la bouche. De temps à autre, elle ouvrait les yeux et remuait les bras, mais ne parlait pas. Si elle tenait les yeux fermés, et qu'on l'appelât à haute voix par son nom, elle ouvrait les yeux à moitié, mais nous ne pûmes pour l'instant en tirer une seule parole. Je la fis remettre dans son lit, vêtue seulement d'une chemise, et à neuf heures je la quittai.

Lorsqu'elle avait paru ouvrir les yeux, quelques symptômes de nausées m'avaient fait soupçonner une indigestion; je lui avais fait avaler en conséquence quelques gouttes d'Hoffmann dans un verre d'eau pour aider le vomissement. Cette potion ne fit aucun effet. Vers dix heures, elle vomit naturellement, sans reprendre connaissance; et dans les matières, qui semblaient être des alimens en partie digérés, se trouvait un gésier de poulet presque entier, rouge, comme s'il eût été cru. A onze heures, je la revis; elle paraissait tourmentée d'envies de vomir; je plongeai à plusieurs reprises une barbe de plume dans la gorge, mais sans résultat. Sa main grattait sans cesse l'épigastre; si on appuyait en ce point, elle paraissait souffrir; les muscles du visage se contractaient; les dents grinçaient avec force. Elle ouvrait de temps à autre les yeux; je l'appelai fortement et lui dis d'ouvrir la bouche; elle prononça, mais d'une voix à peine articulée: *Je ne peux pas*. Ce furent les seuls mots que je pus obtenir. Un effort naturel de vomissement amena entre les dents un morceau de viande rouge et paraissant tout à-fait cru.

A une heure, sommeil tranquille, mais très-profond; elle ne s'éveille point quand on l'appelle. Elle a rendu sous elle ses excremens. Le soir, le sommeil continuait; si on l'appelait très-haut par son nom, elle se réveillait, mais pour se rendormir presque aussitôt. Le pouls et la respiration avaient le rhythme normal; la chaleur était naturelle; je la laissai dormir jusqu'au lendemain. Elle se réveilla dans la nuit et se leva même pour chercher quelques objets; après elle se recoucha et dormit jusqu'au matin. Alors elle se réveilla tout naturellement, ne se sentant de douleur à la tête ni nulle part, et dans un calme complet de toute l'économie. Ses souvenirs s'arrêtaient au moment où elle avait apporté le charbon dans son cabinet; elle s'était couchée et peu après s'était endormie sans douleur. Le reste n'était pas même un rêve; et elle fut fort étonnée lorsqu'on lui apprit que trente-six heures s'étaient passées depuis le début de son asphyxie, et en même temps ce qui avait eu lieu dans cet intervalle. Elle voulait se lever et faire son service à l'ordinaire; sa maîtresse ne le permit pas. Elle resta donc au lit cette journée encore, et le lendemain elle reprit ses occupations accoutumées. Seulement elle a gardé une langueur qui persiste encore, et un affaiblissement de l'intelligence qui fait que souvent ou elle n'écoute pas, ou elle ne comprend pas du premier coup ce qu'on lui dit.

C'est la première fois que j'ai été appelé pour une asphyxie datant d'aussi long-temps; et il est vraiment étonnant que la malade ait si fortement résisté. Le cabinet quelle occupait n'a guères plus de six pieds de long sur cinq de large; il offre deux lucarnes vitrées, dont une condamnée, l'autre était soigneusement fermée; et la porte, dernière ouverture de communication avec l'air extérieur, avait été soigneusement calfeutrée en dedans avec des linges, en sorte que l'air du cabinet ne pouvait être renouvelé. Le fourneau qui contenait le charbon était plus grand que ceux qui avaient servi aux malades dont j'ai rapporté l'histoire; elle l'avait rempli autant que possible; seulement il importe de noter peut-être qu'elle l'avait allumé à un étage inférieur, en sorte que les premiers gaz résultant de la combustion s'étaient dégagés en dehors du cabinet. Toutefois les effets de l'asphyxie avaient été très-prompts, à ce que la malade nous raconta; car à peines'était-elle mise au lit qu'elle avait été prise, sans aucune douleur, d'un sommeil insurmontable. Je n'ai point eu d'éclaircissemens sur le fait des substances qu'elle avait mangées auparavant; il y avait cependant, témoin les vomissemens, une indigestion qui compliquait l'asphyxie; et soit qu'il faille attribuer l'intensité des symptômes à cette complication ou à la durée de l'asphyxie elle-même, on a vu, malgré la vigueur des secours apportés, combien il a fallu de temps pour obtenir un réveil complet.

La figure de cette femme était pâle, malgré l'énorme chaleur de tout le corps. Le même phénomène avait lieu, si l'observation est exacte, sur le jeune homme dont la *Gazette des tribunaux* a raconté l'histoire. Il paraîtrait donc que la rougeur éclatante ou livide de la face ne persiste pas au-delà d'un certain temps; et cependant, chez deux sujets dont Portal a publié l'observation, elle se soutenait encore douze heures après l'asphyxie, et dix heures après la mort. Chez ma malade en particulier, la pâleur ne tiendrait-elle pas à l'espèce de chlorose dont elle étaient atteinte depuis long-temps?

J'ai eu soin d'observer cette fois et la couleur du sang et la manière dont il s'est comporté dans le vase. Il a jailli de la vessie tellement rutilant que, si je n'avais piqué bien loin de l'artère, j'aurais craint de l'avoir lésée. Dans le vase il a gardé cette même couleur et s'est pris de suite en un caillot compact. Deux heures après il n'y avait encore que très-peu de sérosité isolée; mais le lendemain, la proportion du caillot au sérum n'était pas autre que dans une saigcée de précaution faite sur un individu sain. Le caillot lui-même était devenu noir en dessous, et ne gardait la couleur rutilante qu'à sa surface supérieure.

Réflexions sur l'emploi des sondes de M. Mayor dans les rétrécissemens de l'urètre, et sur le mémoire de M. Devergie; par M. Boinet, interne à l'Hôtel-Dieu.

En médecine comme en chirurgie, pour bien juger de l'efficacité d'un agent thérapeutique, il faut l'expérimenter en suivant scrupuleusement les indications posées par l'auteur qui le propose. Si l'on s'en écarte d'une manière notable, les résultats quels qu'ils soient n'appartiennent plus à la méthode primitive, mais aux modifications qu'on lui a fait subir. La différence des résultats obtenus par M. Sanson et par M. Devergie, ne viendrait-elle pas de quelque circonstance de ce genre; et ces deux chirurgiens ont-ils suivi avec une égale fidélité les préceptes de M. Mayor sur le cathétérisme forcé dans les rétrécissemens de l'urètre? C'est ce qu'il est assez important de savoir, pour fixer l'opion des praticiens sur la méthode de M. Mayor.

M. Devergie pose en principe général: « Que les cathéters dans leur grosseur progressive, ne doivent être employés les uns après les » autres qu'à des intervalles variant de deux à trois ou quatre jours, » suivant la largeur de l'urètre et la facilité avec laquelle ils sont supportés. » Cette règle est sans donte fort sage; mais elle s'accorde mal avec les recommandations de M. Mayor. « Plus le rétrécissement est » prononcé et opiniâtre, dit ce dernier, ou en d'autres termes plus l'urètre offre de difficultés au cathétérisme et à la libre excrétion des » urines, plus aussi j'ai soin de m'armer d'un cathéter de plus en plus » volumineux. » Le rétrécissement vaincu, dit-il ailleurs..., si vous » êtes pressé de dompter le mal, substituez immédiatement à cette » sonde un pareil corps dilatant d'un diamètre un peu plus fort »; et il revient sur cette idée presque à chaque page de son mémoire.

On voit du premier abord que M. Devergie s'éloigne beaucoup de la méthode qu'il prétend appuyer par ses succès. Nous ne saurions blâmer sa prudence; mais nous ne reconnaissons nullement dans ces introductions de sondes graduées, à longs intervalles, la manœuvre énergique, rapide, brillante de M. Mayor.

Dans un autre endroit, M. Devergie s'élève contre le volume des sondes employées à l'Hôtel-Dieu. Il oublie que M. Mayor a recommandé des sondes d'un bien plus gros calibre, puisqu'il ne regarde le traitement comme complet qu'après avoir poussé dans l'urètre un cathéter de quatre lignes et demie de diamètre.

Les reproches de M. Devergie tombent donc d'à-plomb sur la méthode même qu'il veut défendre; car il faut bien rappeler ici que M. Sanson, dont la prudence est bien connue, n'a pas même été aussi loin que M. Mayor. Si la dilatation modérée du canal a causé de tels accidens qu'il a fallu y renoncer, qu'aurait-ce été avec le cathétérisme forcé et les sondes de quatre lignes et demie de diamètre? Mais, répond M. Devergie, l'urètre n'a pas le même calibre chez tous les individus; et vos sondes étaient déjà trop volumineuses. Etait-il prudent et rationnel, par exemple, d'introduire, séance tenante, les numéros 1, 2, 3, 4, à des malades qui témoignaient une vive douleur lors du passage des numéros 1 et 2? Je demande pardon à M. Devergie si je rectifie les faits; voici ce qu'il y a dans mes observations: Dans la même séance (obs. 3) les numéros 1, 2, 3, 4 sont introduits, mais l'introduction des deux derniers numéros a été douloureuse; il n'est pas question de

la douleur causée par les numéros 1 et 2; et dans aucun cas, lorsque deux numéros causaient une vive douleur à l'introduction, on n'a persisté à en passer un troisième.

Dans un seul cas le méat urinaire a été douloureux à l'introduction du cathéter; mais on sait bien que cette ouverture est ordinairement plus étroite que le reste de l'urètre, et l'on ne peut même ici conclure que le cathéter était trop gros pour le canal.

En résumé, c'est pour avoir essayé d'appliquer la méthode de M. Mayor dans toute sa rigueur, que M. Sanson a éprouvé les insuccès que j'ai fidèlement rapportés; et c'est pour s'être arrêté à temps, pour avoir consulté, de préférence à l'autorité de M. Mayor, les effets produits sur les malades, que les accidens n'ont pas été plus redoutables. Les résultats meilleurs de M. Devergie, dus à des procédés très-différens du cathétérisme forcé, ne prouvent rien en faveur de celui-ci; bien plus, il résulte de cette discussion que M. Devergie n'a pas osé appliquer la méthode du chirurgien de Lausanne dans toute sa vigueur, et qu'il la regarde même comme des imprudens ceux qui s'en rapprocheraient autant que M. Sanson l'a fait dans ses essais. Nous n'en avons vraiment pas dit davantage; et nos conclusions demeurent donc un peu mieux appuyées qu'auparavant.

NOUVELLES OBSERVATIONS DE CATHÉTÉRISMES DIFFICILES; AVANTAGES DES SONDES EN ARGENT DE GROS CALIBRE. Réflexions communiquées par M. le docteur CHAUMET, de Bordeaux (1).

OBS. I. — M. C..., bijoutier, cours du Chapeau-Rouge, n° 9, quoique jeune encore, a eu plusieurs urétrites dans sa vie qui, sans avoir causé de rétrécissement organique circonscrit, ont au moins déterminé un resserrement du canal près de la prostate dans l'étendue de 8 à 10 lignes. La dernière affection de ce genre qu'ait eue M. C... remonte seulement à l'été dernier, et comme les accidens phlegmasiques se montrèrent d'abord peu intenses, il crut pouvoir se dispenser d'appeler son médecin ordinaire, et voulut se traiter par des préparations de copahu et des pilules qu'il acheta chez un pharmacien.

Mais soit l'abus de ce médicament, soit une course de nuit que fit imprudemment M. C..., il fut pris subitement, dans la nuit du 6 octobre dernier, d'une rétention complète d'urine qui le força à appeler mon collègue et ami M. le docteur Martin, son médecin habituel. Celui-ci, dont le savoir et l'expérience sont bien connus, conseilla d'abord à son client, pour la journée du 7, une forte saignée, un bain et quelques tasses d'une boisson mucilagineuse édulcorée avec le sirop d'orgeat, se promettant de tenter le cathétérisme dans la soirée. L'exacte administration de tous ces soins soulagea bien un peu le malade, mais ne l'empêcha point de souffrir encore et d'éprouver des ténesmes horriblement douloureux. Pas une goutte d'urine n'avait été rendue dans la journée; la vessie était extraordinairement distendue, et le malade dans un accablement extrême, lorsque M. Martin se décida à porter dans l'urètre une sonde d'environ une ligne de diamètre et à une grande courbure. Cette opération, quoique parfaitement bien exécutée, fut sans fruit pour le malade, et vu l'irritation qui existait autour du col vésical, le médecin crut prudent d'ordonner une nouvelle perte de sang au moyen de 40 sangsues, plutôt que d'irriter davantage par de nouvelles manœuvres.

Le 8, à neuf heures du matin, M. Martin me fit appeler et me chargea d'opérer moi-même le cathétérisme. A cette époque, le malade était dans un état affreux qu'il est inutile de décrire, mais qui nous plaçait dans la terrible nécessité de ne plus attendre; il fallait vider la vessie par l'urètre ou par une voie artificielle.

Le malade assis sur le bord d'un lit de repos, fortement soutenu par des aides, et les cuisses médiocrement écartées, j'introduisis non sans peine au travers du méat urinaire, mais facilement dans le restant du canal jusqu'à la prostate, une sonde de trois lignes du choix de mon confrère et du mien. Arrivé à cette profondeur, je fus arrêté par un obstacle solide et résistant, contre lequel je pressai sans avantage pendant quelques minutes. Je portai alors le doigt indicateur dans le rectum, et je reconnus que la prostate, énormément tuméfiée, était le seul obstacle au passage de ma sonde comme à l'écoulement de l'urine. Cette circonstance, loin de nous arrêter, nous fit insister davantage, et en combinant la pression à la direction que le doigt porté dans l'intestin imprimait à la sonde, je parvins enfin dans la vessie. Le malade, immédiatement soulagé, fut placé à l'instant dans un bain, où il demeura pendant une heure. Ne voyant plus qu'une prostatite aiguë à combattre, mon confrère et moi conseillâmes une nouvelle application de sangsues pour le lendemain.

Le 9 (cinquième jour de la maladie), le malade avait goûté un repos qui lui était étranger depuis plus de cinq jours; mais l'urine n'ayant pas coulé, nous fûmes obligés de répéter le cathétérisme dans la soirée; il fut peu douloureux et aussi heureux que celui de la veille.

Enfin, le 10 et le 11, C... fut encore sondé, toujours avec le même instrument, et cette fois, comme nous l'avions prévu, immédiatement après le retrait du cathéter il s'écoula par l'urètre une abondante quantité de pus, qui, en soulageant instantanément notre malade, nous fit lui prédire la possibilité d'uriner désormais sans le secours de la sonde.

Notre pronostic fut confirmé: le malade rendit en effet dans la soirée une petite quantité d'urine limpide et du pus dans l'intervalle. Les jours suivans amenèrent une amélioration manifeste; le malade a pu venir me remercier lui-même le vingt-septième jour de sa maladie, complétement guéri de sa double affection.

OBS. II. — Je fus appelé dans la matinée du 8 novembre par mon honorable confrère M. le docteur Paillou, pour me rendre sur-le-champ rue Sainte-Croix, n. 24, chez M. Papin, âgé de 67 ans, l'un de ses malades, auprès duquel il m'attendait.

Cet homme avait été atteint le 6 au soir, pour la première fois de sa vie, d'une rétention d'urine que mon collègue et moi attribuâmes à une chute faite sur le siége quelques jours auparavant, et à l'usage d'alimens trop épicés et de difficile digestion. Peut être aussi que le déplacement d'une ancienne irritation rhumatismale n'y était pas entièrement étrangère.

Quoi qu'il en soit, M. le docteur Paillou n'avait rien omis de tout ce qui pouvait combattre les accidens survenus chez son malade. Les déplétions sanguines générales et locales, les boissons mucilagineuses, les bains, les quarts de lavemens, les frictions avec la belladone, le cathétérisme sagement tenté au moyen de sondes déliées, avaient été sans succès, lorsque mon confrère m'écrivit une lettre de convocation, de laquelle j'extrais le passage suivant:

« Il s'agit d'une rétention d'urine. Je vous prie de ne pas oublier les sondes » Mayor, les autres devenant inutiles au moins entre mes mains. »

Rendu auprès de M. Papin, muni des cathéters de M. Mayor et de mes sondes ordinaires, je dus, comme par le passé, essayer ces dernières avant d'en venir aux instrumens en plomb. Je pris ma sonde de 3 lignes de diamètre, et après l'avoir chauffée et enduite d'huile de jusquiame, le malade étant couché sur le bord gauche de son lit, les cuisses médiocrement écartées, je portai la sonde lentement dans l'urètre jusque vers la portion bulbeuse, et sans difficulté. Là, je fus arrêté par un léger resserrement, mais qu'une pression médiocre de quelques secondes me fit surmonter. Arrivé à la prostate, nouvelle difficulté; mais un nouveau temps d'arrêt et une pression plus forte et de plus longue durée que la précédente, suffit enfin pour faire franchir la portion prostatique et conduire la sonde dans la vessie. Dès que la vessie fut débarrassée de la grande quantité d'urine qu'elle renfermait, le malade fut mis dans un bain, et nous conseillâmes quelques légers moyens propres à calmer l'irritation qu'avait pu causer le cathétérisme. Le lendemain, M. Papin n'ayant versé que quelques gouttes d'urine, l'opération fut répétée cette fois par M. Paillou lui-même, avec le même bonheur que nous avions eu la veille.

Des faits qui précèdent on est porté à conclure:

1° Que les sondes (cathéters) de gros volume pénètrent généralement plus facilement et avec moins de douleur dans l'urètre que les sondes minces, quelle qu'en soit la nature;

2° Que les sondes en argent sont infiniment préférables, quand il s'agit de vaincre un obstacle récent, à celles en plomb ou en étain; et, à plus forte raison, à toute autre espèce de bougie;

3° Que les sondes à faible courbure sont d'un emploi plus sûr et moins douloureux que celles qui en présentent de trop considérables;

4° Qu'une pression soutenue et successivement croissante surmontera plus aisément les obstacles qu'un cathétérisme violent et trop précipité;

5° Que, dans les cas difficiles où la sonde butte au niveau de la prostate, on peut favoriser son introduction en la soutenant sur la face palmaire de l'indicateur porté préalablement dans le rectum;

6° Enfin que, hors tous les cas de rétrécissemens organiques et anciens où la cautérisation devient indispensable, le cathétérisme que je propose, précédé des antiphlogistiques généraux et locaux, devra être préféré au cathétérisme forcé tel qu'on l'entend généralement, et tel que l'a conseillé M. Mayor lui-même.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

RECHERCHES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES DU NORD DE L'AFRIQUE; par F.-C. MAILLOT, D.-M. — Broch. in-8° de 46 pages.

Ce mémoire, dont l'auteur a été chargé pendant un an de la direction du service médical de Bone, nous semble devoir amener des résultats d'une grande importance non seulement pour la localité spéciale où les observations qui en font la base ont été recueillies, mais encore pour une grande partie de la côte nord de l'Afrique, et peut-être aussi pour quelques-uns de nos départemens où les fièvres intermittentes qui y règnent presque continuellement se cachent sous les formes les plus variées, et plus fréquemment peut-être qu'on ne le pense sous celle de fièvres continues. L'objet de ce travail est donc d'une utilité pratique hors

(1) L'importance pratique de cette question est telle, que nous attachons un grand prix à publier et à mettre en regard tous les documens qui peuvent l'éclairer. Si d'abord la solution a paru douteuse, les faits nombreux publiés par la GAZETTE MÉDICALE montrent déjà dans quel sens peut être pratiqué sans danger le cathétérisme de M. Mayor. (N. du R.)

de doute; aussi nous allons en donner une analyse aussi complète que possible, après avoir dit quelques mots sur l'état des hôpitaux de Bone, à l'époque où M. Maillot y prit le service.

La force de la garnison de la ville de Bone, qui est occupée depuis 1832, varie de 3,000 à 5,000 hommes. Du 16 avril 1832 au 16 mars 1835, on reçut 22,350 malades, dont 19,612 sont sortis guéris, et 2,513 sont morts; d'où il résulte que la garnison a passé dans les hôpitaux plusieurs fois par année. Voici maintenant la mortalité comparative pendant ces trois années.

En 1832 1 mort sur 7 sortans.
En 1833 1 mort sur 3 et 1/2.
En 1834 1 mort sur 20 sortans.

Rien n'avait encore été publié sur les épidémies si meurtrières de 1832 à 1833, lorsque M. Maillot prit le service en janvier 1834. Mais comme il avait observé les fièvres intermittentes sur une vaste échelle en Corse et à Alger, et qu'il trouvait les mêmes conditions à Bone, mais avec des circonstances plus favorables encore au développement des fièvres périodiques, il s'attendait à y retrouver les mêmes fièvres. Voici maintenant le résultat de son service.

Du 9 janvier 1834 au 21 février 1835, il reçut dans ses salles 3765 malades, sur lesquels 135 sont morts, ce qui donne une moyenne d'un mort pour 27 sortans environ.

Sur ces 3765 malades, 2,354 étaient atteints d'affections franchement intermittentes, 1,332 d'affections continues, 79 seulement d'affections rémittentes bien tranchées.

L'auteur nous apprend dans quel ordre se sont développées ces différentes affections sous l'influence de l'élévation de la température. Les fièvres intermittentes simples des mois d'hiver firent place à des fièvres intermittentes et rémittentes plus graves, et à des affections qui ne commencèrent à se montrer qu'à cette époque. Bientôt les fièvres rémittentes disparurent à leur tour, et furent remplacées par des fièvres continues, de même qu'elles-mêmes avaient remplacé les fièvres intermittentes. Cependant, jusque dans les premiers jours de juin, on parvenait encore, par de larges déplétions sanguines, à établir une espèce de rémitence dans ces affections continues; mais une fois la saison des fortes chaleurs arrivée, on chercherait vainement à Bone la rémittence et la subintrance que l'on trouve encore à Alger et surtout en Corse. A Bone, dès la fin de juin, toutes les affections sont partagées en deux grandes sections, si l'on s'en rapporte aux symptômes, les intermittentes et les continues. Un médecin transporté du nord de la France, dit M. Maillot, dans nos villes, verra dans toutes ces gastro-céphalites des affections continues et les traitera comme telles, et tombera presque nécessairement dans cette erreur, parce qu'il n'y a plus de rémitteoce, plus de subiotraoce, plus de paroxisme saisissable; et cependant ces affections se rattachaient bien au même principe que les fièvres intermittentes; car c'est là le point de vue sous lequel le travail de M. Maillot nous paraît le plus important, et dans lequel il avait été précédé par Tort et par Coutanceau, avant que ce dernier eût adopté aussi exclusivement qu'il l'a fait dans les dernières années de son existence la doctrine physiologique.

Quand l'auteur vit que par l'encombrement des hôpitaux les malades qui ne pouvaient y être admis à temps, y arrivaient toujours dans un état fort grave, souvent désespéré, et avec des symptômes typhoïdes, il commença à donner le sulfate de quinine à haute dose dans tous les cas d'affections continues, excepté dans quelques cas insolites où il en différa (à tort, il croit), l'administration.

Voici l'énumération des principales affections continues où il eut recours à ce moyen pendant le cours du mois de juillet. 98 gastro-céphalites, 29 irritations gastro-céphaliques, 7 gastro-entérites aiguës et fébriles, etc.

De tous ces cas, aucun n'a passé à l'état typhoïde; tous, sauf quelques exceptions fort rares, ont été jugés en quelques jours. Presque constamment le troisième ou le quatrième jour au plus tard, les malades ont commencé à manger quelques alimens légers, et leur régime a dû être brusqué et porté en quelques jours aux trois quarts de la portion, à cause du grand nombre des malades qui attendaient leur entrée; et cependant, malgré ces circonstances défavorables, sur les 98 gastro-céphalites du mois de juillet, cinq seulement se sont terminées par la mort; et dans les circoostaoces où leur guérison était à peu près impossible. Lorsque M. Maillot commença à employer cette médicatioo, il donnait le sulfate de quinine immédiatement après les saignées; plus tard il l'administrait avant toute déplétion sanguine, parce que plusieurs hommes avaient été emportés par des paroxysmes pernicieux quelques heures après l'ouverture de la veine. La conclusion que l'auteur tire de ces faits, c'est-à-dire de l'efficacité du sulfate de quinine, de la rapidité de la convalescence, et des rechutes qui se faisaient en fièvres intermittentes, c'est que ces maladies n'avaient que l'apparence des fièvres continues et étaient réellement des fièvres intermittentes.

Quant aux fièvres intermittentes à caractère tranché, voici quelques résultats obtenus par M. Maillot, et qui ne sont pas dépourvus d'intérêt. Sous le rapport de la fréquence, les fièvres des trois types principaux se sont présentées dans les proportions suivantes : 1582 quotidiennes, 730 tierces et 26 quartes.

Les heures auxquelles les accès sont revenus ont offert les variations suivantes : 1° sur les 1582 quotidienoes, 1089 revenaient de minuit à midi, et 493 de midi à minuit.

2° Sur les 730 tierces 550 revenaient de minuit à midi, et 180 de midi à minuit.

3° Sur les 26 fièvres quartes, 13 reveoaieot de minuit à midi et le même nombre de midi à minuit.

En considérant les fièvres sous le rapport des complications, l'auteur a trouvé que dans 658 cas elles étaient simples, et que daos 1680 elles étaient compliquées; il entre ensuite dans d'assez longs détails sur la fréquence relative des complications dans les divers types et sur chacune de ces complicatioos en particulier.

Dans l'étude de l'anatomie pathologique qui n'est esquissée que d'une manière très-superficielle, l'auteur nous apprend un fait sur lequel nous aurions aimé à trouver de plus amples détails. C'est lorsqu'il dit que l'anatomie pathologique a coostamment démontré une altération plus ou moins profonde de la moelle épinière ou du cerveau, depuis le degré où la substance nerveuse est simplement injectée jusqu'à celui où elle est ramollie et désorganisée.

La dose à laquelle il a porté le sulfate de quinine dans les cas les plus graves et même daos ceux où il y avait les symptômes de gastro-céphalite les plus aigus non-seulement sans déterminer d'accidens, mais encore avec un succès constant, est considérable. Ainsi, dans un cas de fièvre intermittente comateuse qui est rapporté ici, nous le voyons prescrire dès le premier jour, 40 grains de sulfate de quinine en potion, et 60 graios dans un quart de lavement. Le soir même le coma commençait à se dissiper; 24 grains fureot encore admioistrés en potion; le lendemain 24 grains étaieot encore prescrits, et la journée se passait sans accès; le surlendemain le malade était mis au bouillon, et le dixième jour il était à la demi-portion. « Pour faire sentir toute la puissance de cette médication, je me conteoterai de dire que peodant le seul mois de janvier, huit hommes fureot apportés dans mes salles dans des accès comateux et dans des accès délirans; que tous furent soumis au même traitement; que tous furent sauvés, à l'exception d'un seul, et que, à de légères nuances près, les choses se passèrent comme dans l'observation précédente. »

Dans la fièvre *algide*, il associait quelquefois au sulfate de quinine l'éther, qu'il administrait à la dose de plusieurs gros.

M. Maillot nous dit qu'il n'est arrivé que graduellement à administrer d'aussi fortes doses de sulfate de quinine, qu'il donnait d'abord à la dose de 12 à 16 grains.

Les faits consignés dans cette brochure sont d'une haute importance; ils doivent contribuer à éclairer quelques-unes des questions de pathologie eocore en discussion aujourd'hui, et n'auraient-ils d'autre effet que de diriger la pratique des médecins appelés à exercer leur art dans le nord de l'Afrique, déjà ils auraient pour nous une immense importance, à une époque où taot de liens s'établissent entre ces cootrées et la France, et où un grand nombre de nos compatriotes y sont exposés à ces influeoces morbides si puissantes; mais nous croyons qu'ils ne seront pas sans influence même dans nos contrées, où des médecins attribueot au sulfate de quinine des propriétés irritantes dont nous n'avions pu encore apercevoir les traces dans les cas où l'on admioistre habituellement cette substance, et qui doivent être bien faibles, puisque les doses énormes auxquelles on l'a donné en Afrique, sous un climat où se développe si facilement l'irritation, n'ont eu aucun effet défavorable. Aussi nous recommandons la brochure de M. Maillot à tous les praticieos, et le seul reproche que nous lui adresserons, c'est de n'avoir pas, au lieu d'une brochure de 45 pages, publié un volume dans lequel il aurait pu donner plus de développement à ses idées, et citer un plus grand nombre de faits.

LETTRE A RIBES, DE MONTPELLIER, SUR DIVERS SUJETS DE CHIRURGIE; DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE; par le docteur GUÉPIN, professeur de chimie à l'école secondaire de médecine de Nantes. — Brochure in-8° de 62 pag. Nantes, 1835.

L'auteur de cette lettre, après avoir rappelé les projets d'association médicale pour le midi et l'ouest de la France, et qui ont déjà reçu un commencement d'exécution cette année dans la ville de Nantes, passe successivement en revue les questions qui l'ont le plus occupé depuis deux ou trois ans, et adresse le résultat de ses remarques sur ces différens sujets à M. Ribes, afin d'établir une espèce d'échange entre les médecins du midi de la France et ceux de l'ouest, en attendant que de vastes associations aient couvert tout le sol de la France, et facilitent les communications entre tous les hommes qui peuvent contribuer aux progrès des sciences médicales.

Parmi ces questions, nous citerons celles qui nous paraissent le plus susceptibles d'inspirer de l'intérêt, soit par la nouveauté, soit par les résultats obtenus.

Emploi de l'électricité et du galvanisme dans le traitement de la paralysie suite de l'hémiplégie. M. Guépin dit avoir soigné quatre cas de ce genre au moyen du galvanisme, et un seul par l'électricité proprement dite. Voici les résultats qu'il a obtenus :

Le traitement par l'électricité n'a presque rien produit; il n'y a point eu d'amélioration.

Sur les quatre autres malades, deux seulement ont consenti à suivre le traitement tout entier, et ont obtenu une amélioration notable, mais non point guérison.

Quatre cas de *paralysie de la face* ont été traités par le galvanisme et avec tout le succès que l'on pouvait désirer. Celui dont la guérison s'est fait le plus attendre a nécessité vingt séances. Ce résultat est extraordinaire. On a déjà vu le galvanisme réussir dans le traitement de la paralysie de la face, mais jamais dans une aussi forte proportion. Aussi en parcourant avec attention l'observation rapportée par M. Guépin avec le plus de détails, nous trouvons une circonstance qui nous indique que cette maladie n'était pas de la nature de celles que l'on est convenu aujourd'hui d'appeler *paralysie de la face ou du nerf facial*; car, dans ce dernier cas, la maladie est entièrement locale, et bornée au nerf facial, et il n'y a que paralysie du mouvement des muscles de la face auxquels se distribuent les branches de la portion dure de la septième paire; le cerveau est ordinairement étranger à la cause qui produit cette paralysie. Quand, au contraire, à la paralysie du mouvement se joint celle de la sensibilité dans les mêmes parties, on a lieu de soupçonner que la cause agit sur une plus grande surface, et probablement sur le cerveau lui-même. Or, cette circonstance se présentait dans les quatre faits observés par M. Guépin. « Chez ce malade, dit cet habile observateur, il y avait dans le principe une grande insensibilité au front et dans la partie de la peau qui recouvrait le buccinateur. Ce dernier caractère s'est constamment offert chez les quatre paralysés de la face que j'ai soignés. Sa disparition a été constamment le signe précurseur de la guérison. » Il est évident que chez ce malade le nerf facial n'était pas seul malade, et que quelque branche de la cinquième paire l'était également. Du reste, les faits présentés ici par M. Guépin n'en sont pas moins importans, et sous le rapport pathologique, car c'est une maladie qu'on doit regarder comme rare, et sous celui du traitement qui a eu un succès si complet.

L'auteur dit avoir employé le galvanisme dans une foule de maladies, et avec des succès variables; aussi il rapporte huit observations d'amaurose, dont une seule avec guérison complète, six avec amélioration, et une sans succès. Chez plusieurs rhumatisans ce moyen lui a produit les effets les plus heureux. Il cite aussi deux cas d'aménorrhée où l'électricité, appliquée aux parties inférieures, a amené le retour des règles; et il pense qu'un pourrait employer avec avantage ce moyen dans des aménorrhées qui ont résisté aux traitemens habituels. Enfin il cite même des cas de scrophule et d'entorse où le galvanisme a produit d'heureux effets.

Conservation des denrées alimentaires. Sous ce titre, M. Guépin nous apprend qu'après un an de recherches sur les moyens de conserver les viandes autrement que par le procédé Appert, il est arrivé à ce résultat, qu'il ne faut pas songer à les envelopper d'une atmosphère factice d'hydrogène, acide carbonique, etc., mais qu'il est plus simple d'absorber l'oxigène que renferme leur atmosphère naturelle. Parmi les substances qui peuvent remplir ce but, il préfère à toutes les autres le gaz deutoxide d'azote, qui, au contact de l'air atmosphérique, s'empare de son oxigène pour passer à l'état de gaz nitreux. Dégager du gaz deutoxide d'azote dans le vase qui renferme du poisson ou de la viande à conserver, et laisser ensuite cette viande pendant vingt-quatre heures au contact de l'acide produit, tel est le procédé auquel il s'est arrêté, et qui lui paraît encore susceptible de nombreuses améliorations pratiques.

M. Guépin traite encore plusieurs autres questions importantes; mais nous en avons assez dit pour faire connaître qu'il a pris une place honorable parmi les hommes de progrès de notre époque, et que sa brochure mérite également de fixer l'attention des médecins et de ceux qui s'occupent d'économie industrielle et politique.

VARIÉTÉS.

— *Recherches sur le siége et la nature des teignes*, par M. Mahon jeune, D.-M., spécialement chargé du traitement spécial de ces affections dans les hôpitaux; un beau volume in-8° de plus de 400 pages, avec cinq planches coloriées. — L'auteur de cet ouvrage est mort; le remède qu'il employait pour guérir les teignes est resté un secret dans sa famille; et quelques reflexions générales qu'on trouve dans son livre sur la manière de l'employer, ne satisferont nullement le praticien qui aime avant tout que le progrès de l'art soit utile à l'humanité. Du reste, le titre l'annonce assez clairement, Mahon n'a pas voulu tromper le public. Ce livre est donc simplement un traité de pathologie spéciale où la thérapeutique manque; mais sous ce rapport il mérite encore l'attention; personne sans aucun doute, n'a jamais vu et traité autant de teigneux que MM. Mahon frères. Cependant, publié en 1829, il s'en faut beaucoup qu'il ait obtenu même le succès qu'il méritait. Le prix élevé auquel l'auteur l'avait maintenu en est sans doute une cause puissante; au lieu de 10 francs le volume, le libraire Bury l'offre aux médecins à 5 francs. — A la librairie de Bury, rue de l'Observance, n° 5.

PRIX D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Les rédacteurs des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, désirent contribuer de tout leur pouvoir à l'avancement des sciences auxquelles est consacré leur Recueil, proposent deux prix de trois cents francs chacun, l'un sur l'hygiène publique, l'autre sur la médecine légale. Les sujets sont au choix des concurrens. Les mémoires, écrits en latin, en français, en allemand, en anglais, en italien ou en espagnol, devront être remis, avant le 1er novembre 1836, à la librairie de J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. 13 *bis*, à Paris. Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté, suivant les formes académiques.

Seront chargés de l'examen des mémoires, pour l'hygiène publique, MM. Andral, d'Arcet, Esquirol, Gaultier de Claubry, Keraudren, Parent-Duchâtelet et Villermé; pour la médecine légale, MM. Adelon, Barruel, Chevalier, Devergie, Leures, Marc et Orfila.

— Le concours ouvert à Strasbourg pour la chaire de médecine légale s'est terminé d'une manière toute nouvelle. Deux candidats seulement avaient suivi jusqu'au bout les épreuves; le jury a décidé à l'unanimité qu'il n'y avait pas lieu à nomination.

— Le concours ouvert dans la même Faculté pour la chaire de médecine laissée vacante par la mort de Lobstein, s'ouvrira le 2 janvier. M. Forget, qui depuis un an dirigeait la rédaction du Journal hebdomadaire, est parti de Paris pour prendre part comme candidat à ce concours.

— *Agenda médical pour l'année* 1836; sixième année; contenant les noms et l'adresse de tous les médecins de la capitale, un code manuel des lois et réglemens relatifs à l'exercice; suivi d'un formulaire pratique dans lequel on a réuni avec soin les formules des nouveaux médicamens les plus usités; augmenté de la liste des médecins de l'association de prévoyance des médecins de Paris.

Demi-reliure en mouton maroq.,	3 fr. 25 c.
Maroquin crayon,	3 50
Id. à patte maroquin,	4
Id. *id.* doublé soie crayon,	5
Id. à patte,	5 50
Reliures plus élégantes.	7 et 8 f.

ERRATUM. — Il s'est glissé dans la lettre de M. Bouvier, insérée p. 797 de notre dernier numéro, une faute d'impression qui dénature le sens de la phrase. Première colonne, lig. 40, au lieu de : *sans affirmer*, lisez : *vous affirmez*.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 52. (TOME III. — 1835.) SAMEDI 26 DÉCEMBRE 1835.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATION SUR UNE OPÉRATION DE VAGIN ARTIFICIEL PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS, PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ, suivie de quelques réflexions sur les vices de conformation du vagin, par J.-Z. Amussat. Lue à l'Institut dans la séance du lundi 2 novembre 1835.

(Suite et fin. Voir le n° 50.)

Dans le mois de juillet 1834, c'est-à-dire deux ans après l'opération, Mlle S. est revenue à Paris dans un état parfait de santé; toutes ses fonctions et surtout celle de la menstruation s'exécutaient à merveille; on n'aurait pas supposé que cette jeune demoiselle avait supporté une opération si grave, et dont les suites avaient été si pénibles et si chanceuses.

Le toucher pratiqué par le vagin artificiel, au lieu de me faire reconnaître un conduit fistuleux vulvo-utérin, comme je l'avais laissé, me fit constater un cul-de-sac long d'un pouce à 18 lignes. En voulant forcer le passage avec mon doigt pour arriver à l'utérus, je découvris que la vulve s'était enfoncée vers la fistule, et avait contracté des adhérences avec un corps dur que je sentais au bout de mon doigt, et que je pris pour l'utérus. Ce qui me confirma dans l'idée que c'était bien la vulve qui se prolongeait vers l'utérus, c'est que le petit vagin qui occupait la moitié inférieure de la fistule était tapissé par une membrane muqueuse lisse, polie et d'ancienne formation. Il me parut donc très-probable que la cicatrice de la fistule s'était faite de haut en bas par le raccourcissement du trajet, de telle sorte que l'utérus avait été attiré en bas, et la vulve au contraire en haut et en dedans. C'est à cette double traction qu'était dû l'infundibulum que l'on est aujourd'hui forcé de nommer vagin.

Feuilleton.

COUP D'OEIL SUR LES TRAVAUX ET LES ÉVÉNEMENS DE L'ANNÉE.

Le mouvement des esprits que nous signalions à la fin de l'année dernière, ne s'est pas ralenti : un retour de plus en plus marqué à l'observation consciencieuse des faits; une étude analytique et patiente des phénomènes et des circonstances où ils se produisent; des recherches expérimentales sur presque toutes les branches de l'art; le goût de l'érudition et des études fortes; par-dessus tout une ardeur et une activité scientifique infatigables : tels sont les caractères de notre époque médicale. Ces caractères marquent une heureuse révolution dans les esprits, dans les méthodes, et annoncent de véritables richesses pour l'avenir. Les spéculations et les discussions théoriques sont délaissées; la phase critique a fait place à la phase organique; et s'il est vrai que les directions ne sont pas suffisamment arrêtées, il est incontestable que chacun cherche à s'ouvrir une voie, et que déjà de nombreux résultats ont été produits, malgré l'espèce d'hétérogénéité de principes et d'idées qui ressort de l'ensemble des travaux actuels.

En effet, ce n'est plus ni le vitalisme, ni l'humorisme, ni le physiologisme, qui préoccupent les esprits; on n'a égard qu'aux faits. Ces doctrines semblent considérées comme trop vieilles par rapport aux faits nouvellement observés; il n'en est plus question; personne ne se passionne plus pour elles; elles n'existent plus dans les esprits que par les vérités qu'elles ont produites et les points où l'observation les confirme; mais leur nom n'est plus prononcé. En un mot, la médecine est dans l'anarchie, mais dans une anarchie qui précède l'époque positive de chaque science. Il en résulte qu'il est impossible de systématiser ce qui a été produit depuis une année, et qu'au lieu d'une exposition philosophique enchaînant méthodiquement les travaux inspirés par une même série d'idées, nous ne pouvons présenter qu'une nomenclature aride, mais qui aura au moins le mérite de rappeler des ouvrages estimables, utiles, conçus et exécutés dans des vues profitables à la science, et composant un de ces répertoires que l'on consulte à toutes les époques, parce qu'ils sont le fruit de l'observation et de l'expérience. Sous ce rapport, la médecine du jour présente donc un peu du positivisme et du morcellement de la chirurgie : est-ce un mal? est-ce un bien? Nous n'examinerons pas cette question, dont la solution, quelle qu'elle fût, trouverait bon nombre de partisans et d'adversaires.

L'anatomie prend une nouvelle direction : au lieu d'être purement descriptive et de se borner à l'étude du corps humain, elle tend à s'établir dans les voies où l'ont poussée Cuvier, MM. Geoffroy St-Hilaire et Serres. Les leçons de M. Serres surtout ne contribueront pas peu à ce progrès : elles feront entrer l'anatomie comparative et l'organogénésie dans le domaine des études anatomiques ordinaires, et mettront ainsi en évidence deux ordres de faits qui n'ont encore été aperçus jusqu'ici que par le petit nombre, et dans leur signification transcendentale. Déjà quelques anatomistes commencent à s'inspirer de cette triple alliance. M. Leuret prépare un grand travail sur le cerveau : ce que l'auteur en a publié suffit pour faire considérer l'ouvrage comme d'une haute importance. Dans la ligne classique, je citerai la continuation de la belle anatomie de MM. Bourgery et Jacob, aussi remarquable par la vérité scientifique que par la richesse artistique; les recherches de M. Gerdy, sur le tissu osseux, et celles de M. Delmas, de Montpellier, sur les nerfs de l'oreille. Je mentionnerai à part les observations intéressantes de MM. Dechambre et Hourmann, sur quelques points de l'anatomie des vieillards.

L'anatomie pathologique a aussi subi de salutaires influences. Au lieu de continuer à servir les prétentions systématiques, elle est revenue à sa véritable desti-

Le contact du doigt contre le corps dur qui correspondait au cul-de-sac du petit vagin, déterminait une sensation pénible chez la malade. Il était difficile de trouver l'ouverture par laquelle devaient s'écouler les règles ; il m'a semblé cependant la reconnaître.

En touchant par le rectum, j'ai reconnu l'utérus, et au-dessous une petite traînée noueuse qui aboutissait au cul-de-sac du vagin. Il me semblait que l'utérus était effilé par en bas, et plus rapproché de la vulve que dans son état habituel.

Le méat urinaire et l'utérus étaient fort dilatés. La pudeur naturelle à une jeune fille lui faisant repousser autant que possible une main étrangère, elle se chargea elle-même de continuer l'introduction des éponges préparées destinées à dilater le vagin artificiel. Mais, par une erreur très-préjudiciable, elle confondit le méat urinaire avec l'orifice vaginal, et introduisit dans le premier de ces deux conduits ce qui était destiné à la dilatation du second. Cette dilatation inutile fut la cause d'accidens qu'on attribua à l'élargissement du véritable conduit. Cependant il ne reste plus aujourd'hui qu'un peu d'élargissement dans la moitié antérieure du conduit excréteur de l'urine, élargissement qui ne présente heureusement aucun inconvénient, parce que la dilatation n'a pas eu lieu trop profondément.

Comme il s'agissait de décider si mademoiselle S. était maintenant en état de remplir le but du mariage, ou plutôt si elle était dans des conditions telles qu'elle pût se marier sans danger, j'ai demandé que MM. Marjolin et Magendie, qui avaient assisté à la première consultation avant l'opération, fussent consultés de nouveau. Boyer n'existait plus.

Le 18 juillet 1834, MM. Marjolin, Magendie et moi nous nous réunîmes en consultation chez madame K.

Après avoir rendu compte à mes confrères de l'état de mademoiselle S., il fut convenu qu'une exploration plus minutieuse devait avoir lieu pour éclairer la question. Madame Boivin fut chargée de ce soin.

Le 27 juillet 1834, cette sage-femme explora avec beaucoup de soin les organes de la génération, et m'en rendit compte immédiatement. Voici les détails que j'écrivis séance tenante.

« Le vagin est long de 15 à 18 lignes, et il s'allonge sous le doigt. » La surface intérieure est lisse et d'un aspect en tout semblable à l'intérieur des grandes lèvres. *Il n'existe pas de petites lèvres.* Le clitoris est très-bien conformé.

» A l'extrémité du vagin, on découvre avec le doigt une petite cicatrice comme celle de l'ombilic d'un enfant nouveau-né. Le doigt ne distingue pas de trou. En haut et en arrière des pubis, on trouve un corps oblong, élastique, de 5 ou 6 lignes de diamètre, et que je prenais d'abord pour le col de la matrice; mais ce n'était que la procidence de la paroi antérieure du vagin artificiel repoussé par l'urètre; et très-probablement la conséquence de la dilatation occasionnée par l'introduction des éponges dans ce canal : le cathétérisme en a donné la preuve.

» A l'extrémité du vagin, là où j'avais remarqué une petite cicatrice, j'ai découvert avec le spéculum une ouverture dans laquelle j'ai fait entrer, à cinq ou six lignes de profondeur, un gros stylet. Le doigt introduit dans le rectum m'a fait reconnaître un petit corps oblong et légèrement recourbé à son extrémité supérieure qui se termine à un corps plus gros qui me paraît être l'utérus; et cet organe me semble être à l'état normal. »

Le bassin m'a paru être bien conformé. M. A. Dubois fut consulté le 29 juillet. Il constata tout ce qui avait été avancé par mon exploration et celle de madame Boivin. Il conseilla de dilater l'ouverture qui établissait une communication entre le petit vagin de nouvelle formation et l'utérus. Dans une dernière consultation avec MM. Marjolin et Magendie, il fut d'abord établi : qu'il existait un petit vagin qui s'était formé aux dépens des petites et même des grandes lèvres, la muqueuse ayant été attirée dans le vagin artificiel par la cicatrice; et qu'au fond de ce vagin on découvrait un trou ou fistule qui conduisait à la matrice, et par lequel l'écoulement des règles se faisait librement;

Que la vie de mademoiselle S... avait été assurée par l'opération que j'avais pratiquée; résultat d'autant plus heureux, dirent les consultans, que c'était la première fois que cette opération réussissait; mais qu'il n'était pas certain que cette opération eût placé mademoiselle S... dans les conditions de conformation nécessaires à l'accomplissement du mariage.

C'est dans de telles circonstances que les médecins consultans furent appelés à discuter les réflexions suivantes que je m'étais chargé de rédiger, et qui furent lues en leur présence.

Il s'agissait de rechercher si cette jeune fille, dans l'état actuel, pouvait remplir toutes les fonctions de la génération, et ce qui pourrait arriver dans le cas où elle se marierait. C'était, du reste, le principal objet de ce voyage et de la dernière consultation.

Pour procéder avec ordre il convenait d'examiner ce qui pourrait arriver relativement :

A l'acte de la génération;
A la conception;
A la grossesse;
A l'accouchement.

Chez cette jeune fille le défaut de longueur du vagin et l'abaissement de l'utérus peuvent s'opposer à l'accomplissement de l'acte de la génération et déterminer des accidens nerveux (spasmes, hystérie). Cette opinion est basée sur les douleurs occasionnées par le contact du doigt sur le cul-de-sac du vagin.

Quoique incomplet, cet acte peut être suffisant pour amener ses conséquences naturelles, comme dans le coït sans défloration, lorsque le vagin est plus ou moins oblitéré; lorsque la matrice est déplacée: comme dans l'abaissement, l'antéversion, la rétroversion, et enfin dans tous les cas où une tumeur comprime le vagin et diminue sa longueur.

La conception peut avoir lieu puisque les règles passent librement de l'utérus dans le vagin. Nous manquons de faits absolument semblables pour étayer notre opinion.

Nous possédons cependant des exemples qui prouvent que malgré de grands obstacles, la conception a pu avoir lieu; par exemple, lorsque le vagin était presque entièrement oblitéré, comme le rapporte Planque (1), et enfin les cas où la fécondation a eu lieu par une fistule recto-vaginale.

Chez notre jeune malade il y a peut-être encore un obstacle de plus:

(1) Bibliot. raisonnée de méd., tom. VI, p. 68. Édit. in-4°.

nation, c'est-à-dire à former un des élémens historiques des maladies. C'est dans cet esprit qu'ont été conçues les recherches de M. Nichet, de Lyon, sur les tubercules de la colonne vertébrale; les observations de M. Dubreuil, sur quelques maladies du tissu médullaire des os; celles de M. Rognetta, sur la formation des exostoses; celles de M. Leint, sur l'état du cerveau dans quelques apoplexies. Je citerai encore, quoique le produit d'une vue spéculative, la thèse de M. Rufz, sur les granulations tuberculeuses de l'arachnoïde.

La pathologie générale et particulière ont fait quelques bonnes acquisitions. M. Double a rappelé dans un lumineux rapport sur la statistique des affections calculeuses, les idées de la vraie philosophie médicale; la science des maladies du cœur doit un nouveau chapitre à M. Bouillaud sur la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec le rhumatisme.; M. Velpeau a publié un bon mémoire sur les maladies du système lymphatique ; M. Gibert de savantes recherches sur l'épilepsie, recherches qui sont un modèle de l'alliance d'une érudition bien digérée avec l'observation actuelle des faits; M. Donné a fait d'utiles expériences sur l'état chimique de la salive dans certaines maladies; sur le pouls, la respiration et la température du corps; M. Gintrac, de Bordeaux, a fourni quelques nouveaux faits et quelques nouvelles idées à l'histoire de l'angine de poitrine. La pathologie interne doit encore quelques aperçus à M. Baumès sur la formation des gaz du corps humain; à M. Chervin de nouveaux efforts tendant à éclairer le fait si important de la non contagion dans plusieurs maladies. La pathologie chirurgicale n'a pas fait de moins bonnes acquisitions. M. Ribes a éclairé le diagnostic comparatif des anévrismes et des abcès; notre ami M. Malgaigne a ajouté d'importans caractères et plusieurs distinctions lumineuses à l'histoire des luxations de l'épaule; M. Civiale a publié d'utiles remarques sur les névralgies de l'urètre et du col de la vessie; M. Goyrand a complété par de nouvelles observations son premier travail sur la rétraction des doigts; M. Mercier a discuté avec talent quelques circonstances encore obscures de la fracture du col du fémur. Enfin nous rappellerons de bonnes observations de M. Bonnet sur la coxalgie, et les recherches chimiques de M. Monret sur la carie et la nécrose.

Tout ce qui regarde le traitement des maladies a été l'objet de travaux bien plus nombreux. C'est là une preuve de la tendance de l'époque au positivisme et à l'abandon des idées et des discussions doctrinales. Connaître et guérir, voilà les deux mots de l'époque : connaître en particulier, sans liaison systématique, sans rapports prématurés, et guérir spécialement si non spécifiquement, c'est-à-dire en ne transportant point, par des analogies forcées, tel remède ou telle méthode à des maladies qui les repoussent; voilà ce qu'on cherche à faire en ce moment. Quelques-uns appellent cette tendance le retour à l'empirisme : il faut distinguer l'empirisme qui ne tient compte d'aucune circonstance, de l'expérience sans système, sans idées préconçues qui enregistre les faits avec les circonstances où ils se sont produits : l'un est réellement l'empirisme sans lumière et sans progrès; l'autre constitue la véritable médecine d'observation, qui ne conclut que du fait au fait, et travaille ainsi lentement à la recherche des lois pathologiques, et non à l'établissement d'un système général qui ne sera jamais possible. C'est dans cet esprit qu'ont été produites les expériences cliniques de MM. Delaroque, Piédagnel, Prus, Mondière, Archambault, sur l'emploi des purgatifs dans les fièvres typhoïdes; celles de MM. Lalesque et Munaret, sur l'emploi du chlorure de sodium contre les fièvres intermittentes; celles de M. Lombard de Genève, relatives au traitement des affections du cœur et des gros vaisseaux; celles de M. Gariel, sur de nouveaux procédés relatifs à la méthode ectrotique de M. Serres; celles de M. Velpeau, sur l'emploi de l'alun dans les amygdalites. Nous y ajouterons les essais tentés par M. Martin Solon avec quelques nouveaux médicamens, ou avec quelques médicamens tombés en désuétude, et les applications en grand des appareils pneumatiques de M. Junod, pour produire la compression ou la raréfaction de l'air sur la

on se rappelle que le 18 avril, après trois selles bilieuses, elle rendit, par le rectum, une grande quantité de sang semblable à celui qui s'était écoulé pendant l'opération. Ce sang contenu dans l'ovaire ou dans la trompe, s'était frayé un passage dans le gros intestin; en se cicatrisant, la trompe ou l'ovaire ont probablement enlevé à la nature une chance de conception de ce côté; mais on sait qu'un seul ovaire et une seule trompe peuvent suffire.

Nous pensons donc que, malgré tous les obstacles, la conception est possible, puisque d'un côté au moins l'ovule peut descendre de l'ovaire dans la trompe et dans l'utérus, aussi librement que chez toute autre femme bien conformée.

Dans le cas où la grossesse aurait lieu, qu'arriverait-il? L'utérus se développant et montant dans l'abdomen, gêné dans son mouvement d'ascension par le défaut de longueur du vagin, l'entraînerait à sa suite, ainsi que les parties externes de la génération. Celles-ci résistant forceraient le vagin à s'étendre, à s'agrandir et à gagner des dimensions à peu près normales, comme le prouve une observation rapportée par Planque.

En supposant que le développement ne se fît pas; que la résistance des parties externes de la génération et les adhérences de la trompe ou de l'ovaire au gros intestin empêchassent le mouvement d'ascension de l'utérus, et ne permissent pas à cet organe de porter jusqu'à terme le produit de la conception, et qu'un avortement fût inévitable, alors quel parti prendre?

Je pense qu'on serait probablement forcé de débrider le conduit fistuleux pour favoriser la sortie de l'œuf.

Mais si l'avortement n'a pas lieu, si la grossesse se prolonge jusqu'à la fin, nous arriverons à examiner les phénomènes de l'accouchement.

L'orifice fistuleux de l'utérus et le trajet de la fistule utéro-vaginale peuvent-ils se développer, se ramollir et se dilater comme le col utérin à l'état normal?

On ne peut répondre qu'en citant des cas qui ont quelque analogie avec celui-ci, et en général la nature a dépassé les espérances des chirurgiens appelés dans de pareilles circonstances. Mais si le développement de la fistule ne s'opérait pas, si la nature ne produisait pas un travail de dilatation suffisant, il faudrait nécessairement débrider le trajet fistuleux et surtout l'ouverture utérine.

Peut-être serait-il plus prudent de dilater progressivement à l'aide de bougies et d'éponges préparées, à dater du huitième mois, l'orifice fistuleux, pour faciliter le passage du produit de la conception.

Au reste, je crois qu'il ne faudrait avoir recours à l'opération césarienne ou à la symphyséotomie que dans le cas où l'on ne pourrait réussir par le vagin artificiel.

Supposons qu'on fût forcé d'agrandir le passage fistuleux avec le bistouri, quelles seraient les suites probables de cette opération? Je ne puis affirmer qu'elles seraient sans danger, mais dans des cas qui avaient quelque analogie avec celui-ci, elles ont eu un plein succès; l'art et la nature ont déjà tant fait pour moi opérée, que j'ose croire qu'ils feront le reste. (Voir Planque déjà cité.)

D'après ce qui précède, nous sommes portés à conclure que, quoique les organes de la génération soient imparfaits, ils peuvent remplir leurs fonctions; mais nous ne saurions l'affirmer ni nous porter garans des conséquences graves que peut amener le mariage.

Une consultation nouvelle avec MM. Marjolin et Magendie ayant eu lieu, après avoir résumé ce qui avait été fait et discuté, on a conseillé d'examiner les parties génitales à l'aide d'un spéculum, afin de rechercher le conduit fistuleux et d'y introduire un gros stylet d'argent mousse, pour le diriger dans le trajet de ce conduit avant d'y placer des bougies très-fines, dont on augmentera progressivement le diamètre.

Ces bougies devront être maintenues par une éponge préparée grosse comme une noix.

On exécutera cette manœuvre pendant huit ou dix jours de suite. Si elles occasionaient trop de douleurs, on emploierait de temps en temps les éponges préparées.

A l'époque des règles, on cessera toute espèce de manœuvre; on aura recours aux bains de siége, aux bains entiers. Si les douleurs persistaient, on emploierait les injections dans le rectum et dans le vagin, en même temps qu'on ferait usage des boissons adoucissantes.

Depuis le départ de mademoiselle S..., j'ai reçu des nouvelles confirmatives de sa bonne santé et de la réussite de la dilatation de sa fistule utéro-vaginale avec des bougies de corde à boyau. Au fond du vagin on voyait très-bien, à l'aide du spéculum, l'ouverture de la fistule, et les bougies pénétraient à 27 ou 28 lignes de profondeur, ainsi que le cathéter même. Les bougies sont supportées toute la nuit sans douleur.

Le 29 novembre 1835, madame K... m'a écrit: « Ma fille se porte
» bien; elle est très-exactement réglée sans aucune douleur; on peut
» introduire dans le vagin artificiel des bougies de corde à boyau de
» 6 lignes de diamètre, et les faire pénétrer, sans rencontrer d'obsta-
» cle, à 4 pouces et demi ou 5 pouces. La cicatrice fistuleuse se dilate
» facilement maintenant. »

D'après ces derniers renseignemens, je pense que la fistule permettra au cul-de-sac du vagin artificiel de remonter jusqu'à l'utérus. Alors les chances favorables relatives à l'accomplissement de toutes les fonctions de l'organe de la génération augmenteront et pourront permettre à cette jeune fille de se marier avec moins de danger.

Aucun autre succès de ma pratique ne m'a donné autant de satisfaction, et ne m'a révélé à un si haut degré la puissance de la chirurgie.

J'ai raconté ce fait longuement et avec des détails circonstanciés, parce que j'ai pensé qu'il méritait par lui-même tous les développemens que je lui ai donnés, et parce qu'il me semble du devoir de tout praticien qui découvre un chemin nouveau de retracer scrupuleusement tout ce qu'il a vu et observé, afin d'être utile à ceux qui pourraient avoir la même route à suivre.

Des expériences directes sur le dédoublement des organes creux prouvent qu'il vaut infiniment mieux déchirer les adhérences que de les couper avec le bistouri.

Il est évident que si l'on proposait à un chirurgien de séparer le vagin du rectum, par exemple, il préférerait les désunir en déchirant les adhérences avec les doigts qu'en se servant du bistouri. Il suffit de répéter une ou deux fois cette expérience sur le cadavre pour se convaincre que c'est le plus sûr moyen de ne pas s'égarer. Eh bien! il est évident que lorsque le vagin manque, et que l'urètre et la vessie sont collés au rectum, il est tout aussi chanceux de les séparer avec le bistouri que le rectum et le vagin. Il est surprenant qu'on n'ait pas

---

surface du corps. La thérapeutique chirurgicale s'est enrichie du mémoire de M. Lisfranc sur l'emploi des chlorures dans le traitement des brûlures. Nous ne rappellerons pas ici les nombreux préceptes de ce grand chirurgien, reproduits dans ses leçons sur le traitement des tumeurs blanches, des engorgemens de la matrice, des abcès, et sur une foule de points pratiques qu'il éclaire tous les jours davantage de sa vaste expérience; ni les brillantes opérations qu'il a communiquées à l'Académie: ce n'est qu'une continuation de succès, que le développement d'un génie chirurgical qui a fait connaître depuis long-temps ses ressources et sa portée. A côté de ce maître de l'art il s'en élève d'autres qui ont donné de bonnes pages à nos éphémérides chirurgicales. M. Amussat, doué d'une originalité inventive que personne ne conteste, vient de faire connaître deux nouveaux procédés pour pratiquer un anus et un vagin artificiels. M. Mayor, l'ingénieux M. Mayor, a continué, dans ses discussions lumineuses avec M. Munaret, ses enseignemens sur l'hyponarthécie; il a remis en vigueur le cathétérisme simple et forcé; il a fait justice d'un procédé barbare qu'on avait cherché à substituer à son procédé si simple pour pratiquer l'extirpation de la langue. M. Bérard a proposé, concurremment, avec M. Josse d'Amiens, l'emploi des irrigations d'eau froide dans le traitement des fractures; il a naturalisé parmi nous l'opération chirurgicale de l'élytroraphie contre les chutes de matrices; d'un autre côté, M. Blandin s'efforce de perfectionner l'art des restaurations de la face, auquel il avait déjà donné d'excellens procédés. Plus récemment, M. Malgaigne a appelé l'attention sur le traitement consécutif des luxations. MM. Sichel et Leroy-d'Étiolles ont d'ailleurs enrichi leurs spécialités, l'un de fort belles recherches sur les maladies des yeux, qui n'attendent qu'une publication en grand, l'autre de plusieurs instrumens qui continuent à attester l'esprit inventif de l'auteur.

Comme cette rapide revue le prouve, les noms distingués ni les bons travaux n'ont pas manqué pendant le cours de cette année. Qu'on ajoute à cette liste celle de quelques ouvrages, tels que la réimpression des traités des maladies de la peau de MM. Alibert et Rayer, ouvrages si différens par le fond et la forme, et néanmoins si indispensables pour donner une idée complète des affections de la peau; le traité des secours à donner aux asphyxies par M. Marc; le traité des affections du cœur, par M. Bouillaud; la traduction par M. Jourdan de l'anatomie de Carus; la pathologie générale de M. Dubois, d'Amiens, ouvrage conçu et exécuté d'après de nouvelles vues et sur lequel nous reviendrons prochainement; la philosophie de l'histoire naturelle de M. Virey, qui est aussi instructive pour les médecins que pour les naturalistes: et l'on aura une idée des produits médicaux de l'année. Je ne parle pas des dictionnaires ni des journaux sans nombre qui se publient de tous côtés; la plupart ont été commencés les années précédentes; leur multiplicité toujours croissante explique la rareté des ouvrages de longue haleine, et atteste la rapidité des communications et une ardeur infatigable de produire.

Les évènemens n'ont pas été en rapport avec l'activité des intelligences. Le seul grand fait de l'année, c'est la mort de Dupuytren. Cet homme extraordinaire a prouvé qu'il ne fallait ni faire beaucoup de livres, ni produire de grandes découvertes pour être le premier de son époque. C'est qu'une haute intelligence qui ne fléchit jamais, un jugement droit et une sagacité s'appliquant à tous les ordres de faits et fonctionnant tous les jours sous les yeux du public, un caractère qui garde constamment la même fermeté et les mêmes résolutions, commandent l'admiration et le respect, gravent dans les esprits le sentiment d'une supériorité incontestable. Mais la supériorité de Dupuytren ne passera pas dans l'histoire, parce que les élémens de son mérite, de sa science et de son caractère, écrits pour la plupart dans notre mémoire seulement, s'effaceront avec les souvenirs contemporains. Quelques autres évènemens de l'année ont tiré leur origine de la mort de Dupuytren. Ainsi la création du Musée anatomique, due à la

eu cette idée plus tôt, car en y réfléchissant il faut avoir une grande confiance dans son bistouri pour penser qu'on séparera deux membranes sans percer l'une ou l'autre. Mais d'un autre côté ne peut-on pas craindre que, dans la désunion par la déchirure, une des membranes n'arrache l'autre, comme cela s'observe lorsqu'on désunit deux feuilles de papier ou deux cartes collées. Cela n'arrive point lorsqu'on désunit des organes creux avec précaution; cependant il ne faut pas croire que tous ces organes creux soient faciles à séparer; par exemple, l'urètre, la vessie et le rectum chez l'homme.

La désunion par arrachement est un moyen puissant dont j'ai tiré grand profit, non-seulement dans ce cas, mais dans tous ceux où des tumeurs sont placées sur le trajet de gros vaisseaux ou accollées à des membranes qui ferment une cavité ou un organe creux.

Le procédé que j'ai employé me paraît seul rationnel; pour l'exécuter il suffit d'avoir une sonde droite, de l'huile, et une grosse canule flexible à olive.

Si je rencontrais un cas analogue à celui qui fait le sujet de cette observation, après avoir préparé la malade par des délayans, des laxatifs et peut-être une saignée, je procéderais à l'opération comme je l'ai fait sur mademoiselle S.; mais je tenterais de détruire la soudure des organes dans une seule séance, et de faire la ponction de l'utérus immédiatement après.

Je ferais pénétrer l'olive de ma canule jusque dans l'utérus, s'il pouvait supporter la présence du corps étranger, et je diminuerais journellement seulement la portion qui serait destinée à empêcher l'utérus de se trop rétrécir.

Dans le cas où l'on serait consulté pour une jeune fille sur laquelle on aurait découvert une absence du vagin avant l'âge de la puberté, il me semble qu'il ne serait pas convenable d'entreprendre l'opération avant que l'utérus fût un peu distendu par les règles. Je dis un peu, car je trouve beaucoup d'inconvéniens à attendre comme on le voit dans l'exemple que j'ai cité, et dans plusieurs autres que l'on trouve dans les auteurs; peut-être même serait-il préférable d'opérer dans l'enfance, parce qu'il y a toute sorte d'avantages à opérer à cet âge. De ce fait et des expériences directes sur les adhérences des organes creux, nous concluons qu'il vaut mieux dédoubler les organes soudés ou accolés *en déchirant* les adhérences qu'en les coupant, parce qu'il est très-facile de se fourvoyer avec un instrument tranchant, tandis qu'il est difficile ou presque impossible de produire le même accident en déchirant avec précaution.

A notre avis, il importe de tenir la séparation ou fistule vulvo-utérine *dilatée* avec précaution jusque dans l'utérus, pour prévenir la rétention des règles et les accidens qui peuvent en être la suite. Peut-être serait-il convenable que le corps dilatant fût conique et assez gros à sa base pour favoriser, par la compression de bas en haut, le déplissement des petites lèvres et le prolongement de la vulve vers le vagin.

Enfin nous pensons que, par analogie avec les cas de rétrécissemens accidentels du vagin, les fonctions de la génération peuvent s'accomplir même après une réparation aussi incomplète des organes génitaux.

Les cas analogues à celui qui fait le sujet de cette observation sont extrêmement rares, puisqu'on n'en trouve qu'un très-petit nombre cités par les auteurs et par les praticiens.

Parmi les faits publiés et qui ont de l'analogie avec le mien, on trouve un exemple fort remarquable dans Dehaën, et un autre dans Boyer.

Dans le premier, on fit l'opération, mais on ouvrit la vessie au lieu de pénétrer dans l'utérus, et la jeune fille mourut des suites de la rupture des trompes remplies de sang.

Dans le deuxième, Boyer ne fit aucune opération, et la malade mourut des suites de sa maladie à l'hôpital de la Charité de Paris.

Voici l'opinion de ce chirurgien, consignée dans le tome 10 de sa chirurgie, page 416.

« La mort est le résultat inévitable de l'accumulation des règles » dans l'utérus, lorsqu'il y a absence complète du vagin. Le seul » moyen de prévenir cette terminaison funeste, serait de se frayer une » voie jusqu'à la cavité de la matrice, ce qui permettrait au sang de » couler. L'opération qu'on pratiquerait dans ce but pourrait être » tentée du côté du périnée ou dans le rectum. *Elle n'est praticable* » *par le périnée que lorsqu'il y a à la place du vagin une sub-* » *stance plus ou moins épaisse au travers de laquelle l'instrument* » *peut être conduit jusqu'à l'utérus sans intéresser la vessie ni le* » *rectum.* On reconnaît que cette substance compacte existe, en intro- » duisant une sonde dans la vessie et le doigt dans le rectum, ainsi » qu'il a été dit précédemment. Si la vessie et le rectum ne sont sépa- » rés que par une cloison mince, la blessure de l'une ou de l'autre se- » rait *inévitable*. On n'a d'autre ressource alors que de tenter la ponc- » tion de l'utérus par le rectum avec un trocart courbe.

» Une observation rapportée par De Haën vient à l'appui de ce que » nous avons dit sur le danger de pénétrer dans la vessie lorsqu'on » veut se frayer un chemin jusqu'à l'utérus, dans le cas d'occlusion » du vagin dans sa moitié supérieure. »

Plus loin, pag. 427, Boyer dit : « L'ouverture de la vessie et du » rectum n'est pas le seul accident à craindre dans l'opération par la- » quelle on cherche à remédier à l'espèce d'imperforation qui nous oc- » cupe. L'inflammation de la matrice et des parties voisines a fait *pé-* » *rir deux femmes* sur lesquelles on avait pratiqué cette opération, » et dont l'histoire est venue à ma connaissance.

» Chez l'une on avait fait la ponction de la matrice par le rectum » avec un trocart; chez l'autre, pour laquelle j'avais été consulté avec » plusieurs de mes confrères, on avait plongé le bistouri au travers » de la substance fibreuse et celluleuse qui occupait la place du va- » gin, et on était parvenu jusqu'à la matrice sans intéresser la vessie » ni le rectum. L'une et l'autre moururent trois ou quatre jours après » l'opération. (1) »

(1) Après beaucoup de recherches, j'ai enfin trouvé dans les cartons de l'Académie royale de médecine une observation inédite de notre honorable confrère le docteur Villiaume, de Metz, qui fait exception à ce que dit Boyer. Voici ce fait très-intéressant :

« Au mois de mars 1823, dit M. Villiaume, je fus appelé dans le grand-duché de Luxembourg pour voir une demoiselle réduite à toute extrémité, me disait-on, par un défaut de menstruation provenant de l'occlusion du vagin. Voici ce que m'offrit l'examen des parties sexuelles. Conformation régulière de celles des parties qui sont extérieures et du bassin; intervalle ordinaire entre le méat urinaire et la commissure postérieure, où l'on voit la membrane hymen; mais nulle trace de l'ouverture vaginale. Au moyen d'une sonde de femme introduite dans la vessie, et d'un doigt porté dans le rectum, je sens entre eux deux une assez grande épaisseur de tissu cellulaire dense, mais rien qui puisse donner l'idée de l'existence d'un conduit libre, encore moins distendu. Il existe entre l'urètre et

haute intelligence et à l'activité infatigable de M. Orfila, l'établissement d'une chaire d'anatomie pathologique à l'école, la nomination si légitime de M. Breschet à l'académie des sciences, l'arrivée de M. Roux à l'Hôtel-Dieu, la prochaine ouverture de deux concours à la faculté, concours qui promettent un grand intérêt et par leur objet, et par le nombre et le nom des compétiteurs, sont le produit de la mort de Dupuytren. Après cet événement principal, nous mentionnerons l'établissement du magnifique amphithéâtre des hôpitaux pour les dissections et l'enseignement de l'anatomie; cette belle et utile institution due encore à l'influence de M. Orfila dans le conseil des hôpitaux, et aux grandes vues de M. Serres, comme chef des travaux anatomiques, n'ont rien de comparable en Europe. Voilà de ces choses auxquelles on ne saurait trop applaudir, parce qu'elles ne donnent aucune récompense à ceux qui les ont faites.

L'Académie n'a eu de remarquable que sa discussion sur la lithotritie, discussion qui a parfaitement représenté toutes les guerres systématiques de l'histoire de la médecine. Les partisans absolus de la taille et de la lithotritie ont soutenu, chacun de leur côté, la prééminence de ces deux méthodes; quelques esprits plus rigoureux ont fait comprendre qu'il n'y avait aucune prééminence à établir, mais qu'il fallait déterminer seulement la valeur relative des deux méthodes, la limite respective de leur emploi, et l'indication des circonstances où l'une est préférable à l'autre. Mais ces bons reprits n'ont converti personne. Il y a des idées qui sont d'une langue étrangère pour certaines intelligences, et l'idée de la méthode est de ce nombre. L'Académie de médecine s'est fait remarquer en général cette année par plus de tenue, plus d'ordre, plus de dignité dans ses discussions, qui étaient autrefois des disputes scholastiques. Cette amélioration est due sans doute à un progrès dans les esprits; mais il faut tenir compte aussi de l'influence du président, dont la parole sévère et grave, dont le sang-froid, dont le tact et l'intelligence n'ont pas peu contribué à cet heureux résultat. Plus d'une fois on a reconnu avec quel art il savait prolonger une discussion importante, ou amener l'ordre du jour contre les inutilités ou la loquacité de quelques-uns. Il fallait pour cela du tact, de l'intelligence et de la fermeté, et M. Lisfranc en a constamment fait preuve pendant le cours de sa présidence. Il sera remplacé par un homme éminemment bon, estimé et aimé de tous, d'un sens droit, mais dépourvu des moyens physiques que réclame parfois la présidence de l'Académie. Il est à espérer que la turbulance académique sera proportionnée, l'année prochaine, aux efforts que pourra faire le président pour la réprimer et la conduire.

En dehors des Académies, de la Faculté et des hôpitaux, rien de saillant ne s'est passé dans le monde médical. Le choléra-morbus a continué ses fatales excursions dans le Midi, et a donné aux médecins l'occasion de prouver le zèle et le dévouement qui ne leur manquent jamais dans ces grandes circonstances. Quelques-uns ont succombé à l'épidémie; un petit nombre a obtenu des distinctions méritées par tous, et tous ont rempli leur devoir sans autre espoir de récompense que leur propre satisfaction. L'art ni la profession n'ont retiré jusqu'ici aucun profit de leurs services. Le choléra-morbus est toujours aussi formidable, aussi meurtrier qu'à son arrivée en Europe; et la profession médicale aussi dédaignée, aussi déconsidérée qu'avant que des milliers de médecins se vouassent à la mort pour rassurer, consoler, sinon guérir les populations consternées. C'est ainsi que le fisc continue à nous frapper de l'ignoble impôt de la patente; que le charlatanisme déhonté absorbe, en se jouant de lois usées, tous les produits que la société devrait à l'art éclairé et exercé consciencieusement; c'est ainsi que, dans des procès où l'indépendance médicale a été mise en question, nous avons subi l'arbitraire et l'ignorance des tribunaux. Par compensation nous avons eu cette année, dans M. Crémieux, un éloquent défenseur de nos droits, dont la parole puissante et philosophique a préparé le triomphe de notre cause pour un meilleur avenir. — Tels ont été les travaux et les événemens médicaux de cette année.

Les vices de conformation du vagin peuvent être classés sous cinq divisions principales :

1° La vulve ou le vagin sont rétrécis;
2° La vulve est soudée;
3° La membrane hymen est imperforée;
4° Le vagin manque;
5° Le vagin s'ouvre dans le rectum.

1° Lorsque la vulve ou le vagin sont rétrécis, la dilatation doit être mise en usage pour faciliter l'écoulement des règles et permettre l'acte de la génération.

2° Lorsque la vulve est imperforée, les parois des grandes lèvres sont collées ou soudées, comme chez les jeunes garçons lorsque le prépuce est adhérent au gland. Dans ce cas, il suffit d'opérer de légères tractions pour décoller les membranes muqueuses. J'ai rencontré deux imperforations de cette espèce, et il m'a suffi d'opérer des tractions pour obtenir la désunion. L'hymen se trouvait derrière le cul-de-sac de la vulve, dans sa position et avec sa forme ordinaire; sa couleur était blafarde.

Dans le premier cas, c'était chez une jeune demoiselle de 7 ans; ses parens s'étant aperçus de l'imperforation de la vulve consultèrent un médecin accoucheur, qui conseilla d'attendre l'époque de la puberté avant de rien entreprendre.

Je fus aussi consulté. On me dit que c'était pour une jeune personne de la province. J'engageai les parens à faire examiner l'enfant, et à la faire opérer dans le cas où il n'y aurait qu'une simple occlusion de la vulve. Je donnais alors des soins à la fille aînée de la dame qui me consultait. La mère m'ayant un jour prié de venir plus tard que de coutume, me prit à part à mon arrivée, et me dit que la petite fille pour laquelle elle m'avait consulté était sa plus jeune fille; elle me pria de l'examiner pendant son sommeil et de l'opérer si je le jugeais convenable. La mère et la gouvernante devaient se placer de manière que je ne fusse pas vu par l'enfant dans le cas où elle se serait réveillée par la douleur.

Effectivement, après avoir reconnu une simple soudure des grandes lèvres, je fis des tractions qui désunirent les parties soudées, et une sonde de femme acheva la désunion en déchirant une pellicule qui s'étendait d'un côté à l'autre. La petite fille se réveilla; la mère lui persuada que c'était en la nettoyant qu'on lui avait fait un peu de mal, et elle ne se douta ni de ma présence ni de l'opération.

Le lendemain, elle jouait comme de coutume, et le surlendemain la mère me dit que sa petite fille était animée, gaie et même extraordinaire; qu'elle faisait des prévenances à tous les messieurs, et ne voulait que des poupées de garçon qu'elle habillait en leur faisant des complimens et les appelant monsieur, etc.; son visage était coloré. (Ne pourrait-on pas reconnaître à ces symptômes les caractères d'une petite fièvre hystérique, qu'il serait possible d'attribuer au contact de l'air sur les organes de la génération?)

Ce fait me paraît fort remarquable sous beaucoup de rapports, et peut-être aussi relativement au siége de l'hystérie, qu'on avait dans ces derniers temps placé dans le cerveau. Des bains et des délayans firent cesser cette agitation inaccoutumée.

Le deuxième fait d'imperforation de la vulve est relatif à une petite fille de 4 à 5 ans, forte et bien constituée d'ailleurs.

Elle fut amenée à ma consultation par sa grand'mère le 10 janvier 1833. J'opérai comme dans l'observation que je viens de citer, et la désunion fut encore plus facile, c'est-à-dire que la déchirure s'opéra sans de grands efforts de traction et sans le secours de la sonde. La petite fille se prêtait fort peu à l'opération. La membrane hymen présentait la même disposition que dans le cas précédent.

Quatre jours après, on me ramena la petite fille en bonne santé. On me dit seulement *qu'elle avait eu la fièvre* et des boutons sur tout le corps. Je regrette beaucoup de n'avoir pas constaté si cette *fièvre* avait le même caractère que j'avais observé dans le cas précédent.

Dans un troisième cas d'imperforation de la vulve, qui ne m'est pas personnel, l'opération a été faite avec succès de la même manière; voici le fait :

Le 9 mars 1830, Barre, médecin des vénériens, amena à l'Académie de médecine une petite fille dont la vulve était imperforée. En présence de MM. Breschet, Chomel, et quelques autres membres de l'Académie, il nous demandait, avant la séance, ce qu'il faudrait faire dans ce cas, en nous montrant la vulve soudée. Ayant aperçu la ligne du raphée et de la soudure, je lui dis de tirer fort, puis plus fort sur les grandes lèvres, et de pousser au milieu avec son petit doigt. Alors il fit une vulve à son grand étonnement, et à celui des assistans.

Par la déchirure, on est bien plus sûr qu'avec le bistouri de ne pas prendre plus d'un côté que de l'autre; et la dilatation ou guérison est bien plus simple et plus facile.

3° Lorsque la membrane hymen est imperforée, je crois qu'on doit la perforer dès qu'on a reconnu ce vice de conformation, car il y a beaucoup d'inconvéniens à attendre. On aura donc soin d'en faire l'ouverture avec le bistouri en conservant la portion de cette membrane qui existe habituellement; pour cet effet, on fera une incision en T en commençant par la transversale et terminant par la perpendiculaire, qui aura son point de départ au-dessous du méat urinaire et se terminera au milieu de la première.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de laisser un corps étranger dans l'ouverture artificielle, pour la dilater; il suffirait par précaution, de faire introduire deux fois par jour un corps mousse et poli, comme une sonde de femme, jusqu'à ce que les petites divisions fussent cicatrisées.

4° L'absence plus ou moins complète du vagin n'exige pas d'autre opération que celle que j'ai longuement indiquée et que j'ai rapportée minutieusement, pour servir à ceux qui auraient une pareille opération à pratiquer.

5° Lorsque le vagin s'ouvre dans un autre organe, et que les parties extérieures sont bien conformées et seulement soudées, je pense qu'on doit suivre le procédé que j'ai indiqué.

Enfin, les vices de conformation du vagin sont, je crois, moins nombreux que ceux du rectum, du moins si l'on en juge par les observations que l'on trouve dans les auteurs. L'absence du vagin, par exemple, me semble beaucoup plus rare que l'absence du rectum; ce dernier organe est cependant bien plus essentiel que l'autre, le rectum étant indispensable pour l'entretien de la vie, tandis que le vagin ne sert qu'à la reproduction de l'espèce.

Ces imperfections de la nature sont également graves, les unes immédiatement, les autres à l'époque de la puberté, ce qui tient à la différence de fonction des deux organes; leur gravité est si grande, qu'elles mettent la vie en danger, et causent souvent la mort. Il n'en est pas de même des vices de conformation des ouvertures médianes de l'autre extrémité du tronc.

En bas ce sont des imperforations, des rétrécissemens, des ouvertures anormales de l'anus, de la vulve, du méat urinaire : ce dernier conduit est plus souvent rétréci (hypospadias) qu'obturé. En haut, ce sont au contraire des défauts de soudure : comme le bec-de-lièvre, la division du voile du palais. Remarquons que les ouvertures inférieures sont toutes charnues, et que la bouche a des os dans ses parois. A quoi donc tient cette différence? C'est à l'ostéogénie à nous l'expliquer, et à nous dire aussi pourquoi, par exemple, le larynx n'est point, je crois, soumis à de pareilles anomalies, ainsi que les autres canaux intérieurs.

le rectum un certain espace qui permet d'y cheminer avec l'espérance de n'intéresser aucun d'eux; la matrice, distendue, se fait sentir au doigt, dans le dernier de ces conduits, dure et rénitente. Après avoir vidé la vessie et donné la sonde à tenir à un aide, un autre aide place son doigt huilé dans le rectum. Ecartant les grandes lèvres de la main gauche, et tendant moi-même cet espace; je fais à sa partie moyenne, au bas de la vulve que j'ai mise à découvert par une incision verticale de la membrane hymen, et de la pointe du bistouri, une incision transversale par rapport à l'axe du corps, et de 8 à 10 lignes d'étendue; j'en augmente à petits coups la profondeur; j'avance avec précaution, et l'attention m'éloigne également des deux conduits entre lesquels je fais un chemin, en ayant soin d'explorer de temps en temps avec le bout du doigt indicateur de la main gauche. J'arrive enfin dans un espace libre; je retire le doigt, et m'attends à voir le sang retenu s'écouler : rien ne s'écoule. J'introduis de nouveau l'index de la main gauche dans la plaie, et de son extrémité je touche très-distinctement une surface étendue, lisse, rénitente, convexe comme une portion de sphère, que je reconnais pour le côté droit du corps de l'uterus, dont le col échappe à mes recherches. Je portai de nouveau, jusque sur le centre de la surface saillante et convexe que j'avais reconnue, l'indicateur de la main gauche; je glissai sur lui et à plat un pharyngotome avec lequel je fis dans ce point une large ponction avec une plaie transversale pénétrant dans la cavité de l'organe. Un sang épais, gluant, sans odeur, assez semblable à de la lie de vin, s'écoula aussitôt par la plaie extérieure en assez petite quantité d'abord. Dans l'après-midi, après deux bains, on introduisit un long bourdonnet de charpie liée dans la plaie, non sans causer beaucoup de douleur; mais il était essentiel d'en prévenir la réunion. (Vingt sangsues sur l'épigastre, cataplasmes émolliens, lavement, diète; quelques gorgées d'une boisson rafraîchissante.)

» Divers accidens occasionés par l'opération et par des vers lombrics, ont été combattus efficacement, et au bout d'un mois la malade était guérie. Il y a aujourd'hui deux ans et demi (1825) que cette opération lui a été pratiquée. Elle continue à se bien porter, quoique sujette à une leucorrhée incommode et fatigante. Le canal s'est un peu rétréci, et l'on ne peut vaincre sa répugnance à introduire de temps en temps une canule ou tout autre corps dilatant, pour empêcher la coarctation progressive qui est à redouter.

» Dehaën paraît s'être livré à de nombreuses recherches sur les atrésies, à l'occasion de l'opération malheureuse qu'il rapporte. Il paraît, par l'examen des pièces auquel il assista, que ce cas avait quelque analogie avec le nôtre, savoir : une substance solide, au-dessus de laquelle se trouvait un espace libre et formant la partie supérieure du vagin qui entoure le col de l'uterus. »

En attendant que la physiologie nous dévoile ces mystères, le point important pour la chirurgie, c'est de remédier aux aberrations de la nature.

En haut, il faut réunir, souder, rétrécir; en bas, il faut désunir, pratiquer des ouvertures artificielles.

L'art est déjà fort avancé pour remédier aux imperfections des ouvertures de l'extrémité supérieure; et M. Roux a comblé la lacune par ses nombreux succès de staphyloraphie.

Il restait à chercher le moyen de désunir le vagin soudé, ou de rétablir l'absence d'un organe comme le rectum, etc.

Je me trouve heureux d'avoir imaginé deux opérations nouvelles, qui me semblent plus importantes encore que celles qui étaient pratiquées pour les imperfections des ouvertures supérieures, car il est démontré qu'on peut vivre avec ces dernières. La puissance de la chirurgie est donc plus indispensable dans un cas que dans l'autre, puisque dans le premier on corrige une difformité, en perfectionnant ce qui était inachevé, tandis que dans l'autre on sauve la vie, ou plutôt on la donne, en établissant des organes qui n'existaient pas.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le cahier trimestriel d'octobre contient en articles originaux : 1° *un choix d'observations communiquées par la société médico-chirurgicale d'Edimbourg*; 2° *sur les positions anormales des ovaires, de la vessie et de l'urètre*, par Ingleby; 3° *observations sur le traitement de la fistule lacrymale*, par Edward Lubock; l'auteur emploie le stylet de Ware, et se sert seulement d'un instrument particulier pour ouvrir le sac lacrymal. Cet instrument figure un poinçon conique, portant une profonde gouttière sur une de ses faces pour diriger le stylet; 4° *observation de méningite*, par David Maclagan; 5° *deux cas d'hématémèse*, par Graham; 6° *note pour servir à la statistique de l'armée britannique*, par Henry Marshall; 7° *observations sur les fièvres et les éruptions pétéchiales*, par Peebles; 8° *sur les maladies qui simulent une inflammation aiguë de divers organes importans et qui dépendent d'une irritation des ganglions ou de la moelle épinière*, par J. Torbet; 9° *extraits du compte-rendu des inspecteurs des factoreries, pour montrer le degré de salubrité de diverses professions*, par J. Harrison.

Les deux articles suivans sont extraits des observations de la société d'Edimbourg.

CAS D'ICTÈRE TERMINÉS PAR LA MORT, AVEC DÉLIRE ET COMA, ET DANS LESQUELS LES VAISSEAUX BILIFÈRES FURENT TROUVÉS A L'AUTOPSIE VIDES ET COMPLÈTEMENT LIBRES; SUIVIS DE RÉFLEXIONS; par le docteur ALISSON.

Ces cas ne diffèrent pas de ceux recueillis par les docteurs Marsh, Arrowsmith, Griffin et autres médecins anglais, et dont il a été déjà plusieurs fois question dans la GAZETTE MÉDICALE (voyez année 1834). Aussi nous n'en citerons aucun et nous nous contenterons de faire remarquer que ces faits n'ont pas été recueillis seulement en Irlande où (nous n'en connaissons pas la cause) les maladies du foie paraissent être beaucoup plus communes que dans le reste de l'Europe et où certainement elles sont beaucoup plus fréquentes qu'à Paris, mais qu'ils ont été observés sur divers points des trois royaumes; et cependant c'est en vain que nous chercherions dans les recueils périodiques français des faits analogues. A quoi tient cette circonstance, nous ne pourrions le dire, mais il nous suffit de le faire connaître pour appeler l'attention de nos compatriotes sur ce point de pathologie important, et pour les engager à publier les faits analogues qui pourraient être venus à leur connaissance.

L'auteur de cette communication qui avait déjà parlé de cette forme morbide dans un ouvrage (Elements of pathology) et qui à cette époque était dans le doute sur la cause à laquelle il devait attribuer la gravité que prenaient tout à coup les symptômes dans quelques cas d'ictère, semble aujourd'hui plus disposé à admettre l'explication qui, comparant ces cas à ceux où l'urine ayant tout à coup cessé d'être sécrétée, on trouve dans le sang l'urée en une quantité assez notable: il suppose donc que dans ces cas l'ictère dépend de la rétention dans le sang de la matière bilieuse qui, dans l'état normal, est séparée par le foie et non formée dans cet organe, et qui, accumulée dans le sang, agit sur le système nerveux comme un poison narcotique.

CAS DANS LESQUELS UNE PORTION DU CYLINDRE DU CANAL INTESTINAL, COMPRENANT LES TROIS TUNIQUES, A ÉTÉ ÉVACUÉE PAR LES SELLES, sans que la continuité du tube digestif fût interrompue; par le docteur THOMSON.

Cette communication contient d'abord un des cas dont il est question dans le titre, et qui n'avait point encore été publié, et ensuite une indication de tous les cas analogues que l'auteur a pu recueillir dans les recueils périodiques ou autres publications. Ces derniers sont au nombre de trente-cinq, et sont distribués par l'auteur en trois séries. La première, qui en comprend seize, renferme ceux dont les sujets étaient vivans à l'époque où leur observation a été publiée. La seconde série, composée de quatre cas, comprend ceux qui étaient morts quand leur observation fut publiée, mais dont l'autopsie n'avait point été faite. La troisième série comprend, au nombre de quinze cas, ceux qui étaient morts aussi à la même époque, mais dont on avait fait l'autopsie.

Il est inutile d'entrer dans de longs détails sur les procédés que suit la nature dans ces cas pour que la continuité du canal soit conservée, bien qu'une portion en soit complètement détachée, et avec ses trois tuniques. Il suffira de rappeler les trois conditions qui sont essentielles, 1° l'invagination d'une partie de l'intestin; 2° la séparation, par l'absorption disjonctive, de la portion invaginée; 3° et en même temps l'épanchement d'une certaine quantité de lymphe plastique autour des bords de l'intestin vivant, et une organisation de cette lymphe assez avancée pour qu'elle puisse résister aux mouvemens des intestins qui tendraient à séparer les deux parties nouvellement jointes.

M. Thomson rapporte, avec tous les détails qu'il a pu trouver, tous ces trente-cinq cas, et établit ensuite sur ces données quelques considérations générales dont les suivantes nous ont paru offrir le plus d'intérêt.

Influence du sexe. Sur les 35 sujets il y avait 20 hommes et 14 femmes. Dans un cas le sexe n'a pas été indiqué.

Sur 32 cas où l'on a indiqué la portion d'intestin qui avait été expulsée, on trouve que dans 22 cette dernière appartient exclusivement aux petits intestins. Dans trois cas elle paraissait avoir été fournie en partie par l'intestin grêle et en partie par le gros intestin, et enfin, dans les sept autres, elle appartenait exclusivement au gros intestin. Quant à la longueur de la portion d'intestin ainsi détachée, elle a varié depuis 6 pouces jusqu'à 40; et l'on ne peut établir aucun rapport entre cette longueur et la partie du tube digestif dont elle avait été séparée.

Parmi les altérations que l'on a trouvées chez les sujets qui ont succombé quelque temps après l'accident, la péritonite a été l'une des plus fréquentes. Or, il est facile de concevoir comment une portion d'intestin entraînant avec elle le péritoine qui la recouvre, et même quelquefois une portion du mésentère, l'inflammation doit envahir la partie du péritoine la plus voisine, et gagner successivement toute l'étendue de cette membrane. Aussi a-t-on trouvé plusieurs fois, tous les intestins réunis en une seule masse par l'agglutination des circonvolutions.

L'une des circonstances les plus remarquables dans l'histoire de la plupart de ces cas, c'est la rapidité avec laquelle les malades ont paru revenir à la santé. Plusieurs d'entre eux avaient déjà repris leurs travaux après un très-court espace de temps. L'appétit devenait aussi très-vif pendant le cours de la convalescence; et chez quelques-uns de ceux qui ont succombé, la mort paraît avoir été occasionnée par une trop grande indulgence sous ce rapport. La connaissance de ce fait doit suffire pour indiquer les mesures que l'on doit prendre dans des cas de ce genre, même lorsqu'ils semblent n'offrir aucun motif de crainte.

SUR LES POSITIONS ANORMALES DES OVAIRES, DE LA VESSIE ET DE L'URÈTRE; par J.-B. INGLEBY, professeur d'accouchemens à l'école de médecine de Birmingham.

Ce travail n'est guère qu'un résumé de faits généralement connus; nous y avons trouvé cependant une observation de cystocèle vaginal durant la grossesse, avec des symptômes assez rares pour mériter d'être reproduite ici.

OBS. — Mistriss N., arrivée au huitième mois de sa douzième grossesse, fut prise tout à coup, à quatre heures du matin, d'une rétention d'urine. On fit dans la journée des tentatives répétées pour introduire une sonde dans la vessie; ni sonde d'argent, ni sonde élastique de quelque calibre et de quelque courbure qu'on les choisit, ne purent pénétrer; et chaque essai était suivi d'un écoulement

de sang. Le vagin était rempli par une tumeur qui mit obstacle à un effort que l'on voulait tenter pour repousser la tête du fœtus, qu'on présumait appuyée sur les os pubis. M. Porter, chirurgien de la malade, lui fit administrer une dose d'opium, et fit appeler M. Ingleby; et celui-ci constata les phénomènes suivans :

Des efforts très-énergiques, poussant en bas comme les vraies douleurs de l'enfantement, revenaient à intervalles réguliers, et avaient pour résultat la sortie d'environ une demi-once d'urine qui sortait évidemment par l'urètre; et malgré la modicité de cette évacuation, elle produisait un mieux-être marqué. Les muscles abdominaux se contractaient si violemment durant le paroxysme, qu'on aurait dit un travail arrivé à son plus haut degré d'intensité. L'orifice et le trajet de l'urètre étaient fortement tuméfiés, et néanmoins l'orifice était suffisamment ouvert pour admettre le bout du doigt. Une large tumeur sphérique, rénitente, remplie évidemment par un liquide et continue avec l'urètre, remplissait entièrement le vagin. Comme le doigt ne suffisait pas pour atteindre le museau de tanche, on passa avec précaution la main dans le vagin, et on trouva l'orifice utérin tout-à-fait au-dessus du rebord des pubis, incliné en arrière, et suffisamment ouvert pour recevoir le bout du doigt. La tête du fœtus, placée au-dessus de la symphyse pubienne, était sentie obscurément à raison de la tumeur volumineuse qui emplissait le vagin. La main placée au dessus des pubis n'y sentait rien qui ressemblât à la vessie, et la pression en ce point ne déterminait aucun besoin d'uriner. L'utérus très-aminci permettait de sentir les membres du fœtus avec une précision inaccoutumée.

Le cathéter pénétrait dans l'urètre jusqu'à la distance d'un pouce; mais toute tentative pour le pousser plus loin fut inutile. On prescrivit une seconde dose d'opium, et les chirurgiens quittèrent la malade à onze heures du soir. Une demi-heure après, une énergique contraction des muscles parvint à faire évacuer trois ou quatre onces d'urine; et après sept ou huit efforts du même genre, environ deux quartes (deux pintes) d'urine furent évacuées en quelques heures. Sur le matin, une autre quarte sortit encore, et le mieux alla en proportion. A midi, les chirurgiens revinrent; la douleur avait cessé, la tumeur, de beaucoup diminuée, contenait encore évidemment du liquide; et le cathétérisme tenté de nouveau, échoua encore. Après s'être assuré que l'urètre se dirigeait d'abord en haut et ensuite en bas, de manière à former exactement un angle, et après avoir senti cette fois la tête du fœtus sur les pubis, M. Ingleby fit un effort pour relever cette tête, tandis que M. Potter dirigeait dans l'urètre et faisait enfin pénétrer dans la vessie une très-grosse sonde de gomme élastique, courbée à angle comme l'anse d'un pot, et maintenue en cette figure par un solide mandrin, sa concavité étant tournée vers le sacrum. Environ douze onces d'urine sortirent encore, la tumeur s'affaissa; le vagin redevint libre, la tête de l'enfant parut placée comme à l'ordinaire; et l'orifice utérin, revenu à la portée du doigt, était suffisamment dilaté pour recevoir les extrémités de trois ou quatre doigts.

Il est très-rare de rencontrer un cystocèle aussi volumineux et une rétention d'urine aussi intense; en général, le signe le plus constant du cystocèle est au contraire une impossibilité de garder long-temps l'urine. Les contractions spasmodiques des muscles sont également rares; et il n'est pas moins remarquable que le col utérin, qui s'était assez largement dilaté sous leur influence et mécaniquement en quelque sorte, revint sur lui-même dès que la vessie fut évacuée. L'accouchement se fit un mois après, et sans récidive de la rétention urinaire.

Dans un cas de cystocèle pareil à celui-ci, M. Ingleby raconte qu'un chirurgien fit la ponction de la vessie avec un canif, et la femme guérit heureusement sans fistule vésico-vaginale; mais il n'ose recommander un pareil procédé.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE PÉTÉCHIALE ET LES ÉRUPTIONS PÉTÉCHIALES; par le docteur PEEBLES.

Ce mémoire se compose de deux parties bien distinctes : dans la première, l'auteur présente quelques recherches historiques sur la plupart des fièvres pétéchiales qui ont ravagé l'Europe depuis le commencement du seizième siècle, et quelques considérations générales sur le caractère de ces fièvres, parmi lesquelles il range la fièvre des prisons, des vaisseaux, les fièvres typhoïde, putride, etc., mais qu'il distingue de la fièvre rémittente ordinaire et des fièvres gastrique et nerveuse.

Les caractères les plus constans des fièvres pétéchiales, sont la présence des pétéchies, qu'il faut bien éviter de confondre, comme on le fait encore tous les jours, avec les exanthèmes qui se présentent pendant le cours de quelques fièvres, et leur transmission par la contagion.

La seconde partie est consacrée à l'étude de la fièvre pétéchiale, que l'auteur observa à Livourne en 1817, et qui, ayant commencé dans le mois de février, alla continuellement en s'aggravant jusqu'au mois de juin, époque où elle commença à décliner graduellement, jusqu'à ce qu'elle eût entièrement disparu vers les mois de septembre et d'octobre. L'auteur attribue la disparition de la maladie à l'influence de la chaleur et aux précautions sanitaires qui furent prises dans cette circonstance.

Nous chercherions en vain dans ce mémoire une bonne description de la fièvre pétéchiale de Livourne; mais en compensation nous trouvons d'assez longues discussions sur la cause de cette fièvre, dont la première origine est toujours, d'après l'auteur, dans des temps de désastres publics, de famine ou de guerres désastreuses. Mais une fois qu'elle est développée, la contagion la répand même parmi ceux qui n'ont point à souffrir de ces malheurs.

M. Peebles croit en outre que cette fièvre est restée endémique sur tout le continent et en Angleterre, où elle constitue la fièvre typhoïde des auteurs modernes.

SUR LES MALADIES QUI SIMULENT DES INFLAMMATIONS AIGUES DE DIVERS ORGANES IMPORTANS, ET DÉPENDENT DE L'IRRITATION SPINALE ET GANGLIONNAIRE; par M. TORBETT.

Deux très-longues observations, et qu'il serait complétement impossible d'analyser, font la base de ce travail, dont l'auteur paraît ignorer les nombreuses recherches faites par ses compatriotes sur *l'irritation spinale*; car il se plaint que ces maladies n'aient été signalées nulle part. Les deux femmes dont il rapporte la maladie ont présenté une longue série d'accidens avec des symptômes si graves, que, s'ils eussent dépendu d'une inflammation, les malades auraient très-promptement succombé. La gravité et la variété des maladies que semblaient avoir ces sujets, pourraient presque suffire pour caractériser la nature de l'affection. On est étonné de la violence que prennent chez eux tous les symptômes, et de la rapidité avec laquelle on les fait disparaître. On voit des paralysies, des cécités, des aphonies venir subitement et disparaître de même, et à plusieurs reprises. Tantôt les symptômes semblent tous se rapporter à l'encéphale ou à ses annexes; d'autres fois c'est la poitrine qui semble affectée, et alors une toux violente (mais le plus souvent sans expectoration), des douleurs extrêmement vives dans la poitrine, des palpitations, des étouffemens, pourraient faire croire à des maladies très-graves si le médecin n'était prévenu de cette cause d'erreur. Chez d'autres malades, c'est l'appareil digestif qui semble le siége de la maladie, et alors le sujet éprouve des vomissemens que rien ne peut expliquer, ou des douleurs très-vives dans la région de l'estomac. Quand ce sont les organes du mouvement volontaire qui sont affectés, ce sont des spasmes ou des crampes, quelquefois un état semblable au tétanos ou à l'hydrophobie, ou à la catalepsie, ou même une paralysie plus ou moins complète, plus ou moins étendue.

I. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCE.

OBSERVATION D'UNE FRACTURE DU BASSIN ACCOMPAGNÉE DE GANGRÈNE DE L'URÈTRE ET DE FISTULES URINAIRES TRÈS-ÉTENDUES; guérison de ces fistules par une opération après un an et demi de durée. Lue à la société royale d'Irlande, par J. HOUSTON, démonstrateur d'anatomie, etc.

L'observation qu'on va lire est assurément un des plus beaux exemples de ce que peut faire la chirurgie dans une main habile, secondée toutefois par la nature et la constitution du malade. Bien que les cas semblables doivent très-rarement se rencontrer dans la pratique, on en pourra néanmoins tirer cette conséquence que, dans les fistules urinaires les plus compliquées, il ne faut pas désespérer, et qu'en s'appliquant à reconnaître d'une manière précise l'état des tissus qui environnent la vessie, on trouvera toujours, s'il en existe, la chance de salut invoquée à la fois par le malade et par le chirurgien.

OBS. — John Fortune, âgé de 18 ans, fut admis à l'hôpital de la Cité de Dublin, le 8 septembre 1833. Deux jours auparavant il s'était trouvé pris, sur un chemin de fer, entre deux waggons venant en directions opposées, et sur le coup il était tombé sans mouvement et sans connaissance. Transporté chez lui d'abord, et ensuite à l'hôpital, il offrit à son entrée une faiblesse extrême; le pénis, le scrotum, le périnée gonflés et livides; l'ecchymose s'étendant jusque sur la hanche droite; ni fracture, ni luxation de la cuisse, mais une fracture des os du bassin telle que l'ischion semblait séparé de l'ilium; la mobilité et la crépitation étaient facilement produites; mais la direction précise de la fracture ne put être reconnue. Toutefois, à la douleur qu'occasionnait la pression sur le grand trochanter, on présuma que la cavité cotyloïde était comprise dans la fracture. La vessie était remplie d'urine, elle fut évacuée à l'aide d'une sonde, en sorte qu'on était assuré qu'elle n'avait subi aucune rupture.

A l'aide de soins multiples, le malade revint peu à peu à un état meilleur, lorsque le 23 septembre, après une nuit assez bonne, on découvrit une large issue au périnée, résultant d'une escarre gangréneuse détachée de l'urètre, et par laquelle avait coulé une grande quantité d'urine fétide, mêlée de pus. A cette complication se joignirent des escarres au dos, produit du décubitus; un abcès profond dans la région lombaire droite qu'on ouvrit, et qui contenait une matière très-fétide; et par toutes ces causes, le malade ne pouvait supporter l'application du bandage autour du bassin.

Avec le temps les escarres tombèrent, les plaies se guérirent; au mois de janvier la fistule du périnée donnait un libre passage à l'urine qui ne traversait plus l'urètre, et une tumeur dure, sensible à la pression, et qui sans aucun doute était formée par la matière du cal, occupait le bord droit du bassin au niveau des vaisseaux iliaques, et était tellement volumineuse qu'elle repoussait les viscères à gauche et semblait avoir diminué de moitié la capacité du bassin.

Au mois de mars, une petite tumeur se forma au dos, vis-à-vis le bord supé-

rieur du sacrum, et un peu à gauche de la ligne médiane; elle offrait ce phénomène remarquable que, durant les efforts faits pour uriner, elle était pleine et tendue; tandis qu'après l'évacuation de l'urine elle s'affaissait considérablement. Une ponction avec la lancette en fit sortir du pus fétide et de l'urine; et ce fut une nouvelle fistule urinaire. L'urètre se rétrécissait de jour en jour; et il est à noter que depuis la formation de la fistule périnéale, les chirurgiens les plus expérimentés avaient vainement tenté d'introduire une sonde dans la vessie, soit par l'urètre, soit par la fistule même. L'urine était toujours chargée de mucus catarrhal.

En avril, une autre tumeur se montra à la face interne de la cuisse, à trois pouces du ligament de Poupart; on l'ouvrit après avoir en vain tenté de la résoudre; et il survint encore en ce point une troisième fistule urinaire. Celle-ci se comporta d'une manière singulière. L'orifice cutané se rétrécit au bout de quelques semaines; et quand le malade voulait uriner, le liquide sortait par un jet ténu, arqué, limpide, qui pouvait être reçu dans un vase placé à plusieurs pieds de distance. Presque en même temps la fistule dorsale se ferma, mais non point profondément; car quand la vessie se remplissait, la cicatrice était soulevée par un liquide; et si on la ponctionnait, il en sortait de l'urine; mais elle se refermait quelques jours après.

Le malade resta ainsi au lit la plus grande partie de l'été; la hanche droite finit par s'ankyloser, et cette ankylose amena une grande diminution dans les douleurs qu'il n'avait cessé de ressentir. De temps à autre il éprouvait des rétentions d'urine, d'autant plus alarmantes qu'aucune sonde n'arrivait jusqu'à la vessie, et qui étaient quelquefois suivies d'une incontinence durant plus de quinze jours.

Au mois de septembre, il se trouva mieux et demanda à sortir du lit; mais il fut long-temps avant de pouvoir se tenir debout, et la crainte d'une rétention l'empêchait de s'éloigner de l'hôpital. En novembre, les symptômes appartenant à la fracture diminuèrent de jour en jour; ceux des fistules urinaires devinrent plus graves. La fistule périnéale s'oblitéra en dépit de tous les efforts tentés pour la tenir ouverte; et l'urine était donc forcée de passer par celles du dos et de la cuisse. Le malade s'émaciait; toutes ses sécrétions avaient l'odeur urineuse; la fièvre hectique s'en emparait. Que fallait-il faire dans de semblables circonstances?

M. Houston eut d'abord l'idée de pratiquer la ponction sus-pubienne et d'y laisser une sonde à demeure; mais la vessie, revenue sur elle-même, ne montait plus au-dessus des pubis, et les injections faites par les fistules ou par l'urètre ne parvenaient point dans sa cavité. La même objection s'opposait à la ponction par le rectum; le périnée, rétréci par le déplacement en dedans de l'ischion fracturé, était en outre comblé par un tissu de cicatrice très-dur, et une incision en ce point se serait fermée encore plus tôt que la fistule.

Dans cet embarras, un jour qu'il explorait le rectum, il sentit en avant, à travers la paroi de cet intestin, vis-à-vis la portion membraneuse de l'urètre, une petite poche, molle au centre, cernée à la circonférence par un anneau très-dur, et qui avait l'étendue de l'ouverture d'un dé à coudre. Il songea que ce pouvait être là le réservoir où arrivait l'urine avant de traverser les fistules; et ayant appelé en consultation les docteurs Colles et Cusack, l'opération fut résolue.

Le 22 janvier 1835, une incision fut faite au périnée jusqu'à cette petite poche, le doigt dans le rectum servant à diriger l'instrument et à protéger l'intestin. Il n'y eut aucune perte de sang, et une grosse bougie fut portée dans la poche ouverte, mais ne put parvenir dans la vessie. Toutefois le cours de l'urine fut assuré, et le malade dès-lors alla mieux. Tout à coup, le quatrième jour, arriva une hémorrhagie formidable et par la plaie et par l'urètre, qui revint encore le jour suivant et pensa emporter le malade. D'où venait-elle? C'est ce qui ne put être décidé. Quoi qu'il en soit, elle ne revint plus; et en février, quelques gouttes d'urine commencèrent à passer par l'urètre; et le 15 de ce même mois, la bougie qu'on portait dans la plaie parvint inopinément dans la vessie.

Ces deux circonstances ouvraient une nouvelle voie à l'opérateur. Cette entrée directe dans la vessie, si long-temps cherchée, était trouvée enfin; on pouvait donc essayer d'y faire de nouveau aboutir l'urètre. On essaya donc de dilater celui-ci; d'abord les sondes eurent quelque peine à le traverser; mais, à force de ménagemens et d'essais, on parvint à mettre la sonde de l'urètre en contact avec la bougie de l'incision. Enfin, le 22 février, ayant substitué à cette bougie un cathéter cannelé pour diriger la sonde, on put faire arriver celle-ci jusque dans la vessie.

Le reste du traitement peut se pressentir; l'urine recommença à suivre son chemin naturel; l'urètre dilaté s'y prêta; cependant le chirurgien désirait maintenir ouverte l'incision périnéale, comme un tube de sûreté en cas de rétention d'urine, mais il ne put y réussir. Le malade sortit le 20 avril en bonne santé, évacuant l'urine par un aussi fort jet que dans l'état normal, et ne conservant d'incommodité que celle qui résultait de son ankylose. Il rentra immédiatement au service de la compagnie du chemin de fer sur lequel il travaillait lors de son accident, et y fut employé comme sonneur. M. Houston l'a revu le 27 juin, en pleine santé, sans aucune fistule urinaire, et marchant avec activité à l'aide d'un soulier plus haut que l'autre, et sans bâton ni béquilles.

OBSERVATIONS SUR CETTE QUESTION : PEUT-ON DIRE QU'IL Y A BEAUCOUP DE CAS DANS LESQUELS ON A TORT D'ATTRIBUER A LA COMPRESSION DU CERVEAU LE COMA ET LES AUTRES SYMPTÔMES QUE L'ON OBSERVE DANS L'APOPLEXIE, L'HYDROCÉPHALE, ETC.? par J. MACDONNEL, M.-D.

Cette question étonnera beaucoup de pathologistes, et cependant elle a déjà été posée par Abercrombie dans son ouvrage sur les maladies de l'encéphale, et résolue par lui affirmativement. C'est aussi de cette manière qu'elle est considérée par le docteur Macdonnel, qui conclut de ses recherches que, dans le plus grand nombre des cas, la compression du cerveau n'est pour rien dans les causes qui déterminent ces symptômes. Quelque paradoxale et même absurde que doive paraître cette proposition, cependant, comme même parmi nous on commence à croire que dans un assez grand nombre de cas les fonctions des centres nerveux (sensibilité et mouvement) peuvent être altérées sans qu'à l'autopsie on trouve aucune lésion qui puisse en expliquer le mécanisme, et comme on semble assez généralement disposé à abandonner des idées prématurément peut-être arrêtées, nous allons exposer rapidement les raisons sur lesquelles repose l'argumentation de M. Macdonnel.

1° Les cas nombreux où, pendant la vie, on avait observé tous les symptômes attribués à la compression, et dans lesquels l'examen nécroscopique n'a pu fournir aucune preuve que cette compression ait existé;

2° L'analogie presque complète qui existe entre le cerveau de l'homme et celui de plusieurs animaux qui supportent cependant une pression considérable sans inconvénient pour les fonctions du cerveau. Ainsi les cétacées, dont le cerveau offre une si grande ressemblance avec celui de l'homme, et qui pénètrent à d'immenses profondeurs dans la mer (800 brasses, d'après le capitaine Scoresby, équivalant à une augmentation de pesanteur de 211,200 tonneaux) sans cesser d'y exécuter leurs mouvemens habituels;

3° Les hommes qui se servent de la cloche du plongeur, et descendent à des profondeurs de 50 à 60 pieds dans la mer, n'y éprouvant point les effets de la compression cérébrale, malgré la pesanteur considérable qu'ils y supportent, et dont le cerveau a certainement sa part. « Mon père, dit l'auteur, qui descendit dans une cloche de ce genre à la profondeur de 36 pieds et y resta de trois à quatre heures pour faire quelques expériences sur la respiration, m'a assuré qu'il n'y avait rien éprouvé du côté de la tête, si ce n'est une sensation pénible dans les oreilles, et qui disparut au bout de deux ou trois minutes. »

Le docteur Macdonnel, allant encore plus loin, se demande même si, dans les cas où l'on trouve, après avoir observé les symptômes de la compression du cerveau, une collection de sang ou de pus, etc., on ne pourrait pas attribuer ces symptômes à la diminution qui survient nécessairement dans la quantité de sang que doit recevoir le cerveau pour l'intégrité parfaite de ses fonctions.

PROPOSITIONS SUR LES MALADIES DE L'ESTOMAC; par le docteur J. OSBORNE, président du collége de médecine d'Irlande, etc.

Ce mémoire contient une série de treize propositions qui sont toutes appuyées par des réflexions ou des observations dont plusieurs avec autopsie. Nous allons choisir les plus remarquables de ces propositions, soit par leur importance pratique, soit par leur nouveauté, laissant de côté les développemens qui demanderaient plus d'espace que nous ne pouvons en accorder ici.

«Les éructations acides et le vomissement d'un fluide acide avec sentiment d'une distension de l'estomac après avoir mangé, sont produits par une sécrétion anormale des glandes gastriques irritées; et cette irritation, ainsi que ses effets, est en rapport avec l'indigestibilité des alimens introduits dans l'estomac.

Lorsque cet état a persisté long-temps, la sécrétion acide peut devenir très-considérable lors même qu'il n'y a pas d'alimens dans l'estomac, produire la maladie nommée pyrosis, et se terminer par le développement du squirrhe ou du cancer.

»La question soulevée ici par M. Osborne est de la plus haute importance. Il est certain que, dans la première période du squirrhe de l'estomac, le pyrosis tourmente cruellement la plupart des malades. Mais comme il y a des malades qui souffrent depuis long-temps du pyrosis, et cependant n'ont pas de cancer de l'estomac, c'est la filiation de ces deux états morbides qu'il serait important de constater.

»Lorsque les glandes de la petite courbure de l'estomac sont malades, le trouble est beaucoup moins prononcé que quand ce sont celles de la grande courbure. »

Trois cas suivis d'autopsie sont rapportés à l'appui de cette proposition, et dans lesquels les troubles fonctionnels de l'estomac ont été si peu prononcés, que l'appétit persista jusqu'au moment de la mort, tandis que, nous dit l'auteur, il n'a rien observé de semblable lorsque l'altération était du côté de la grande courbure. Quant à la cause de cette différence qui serait une circonstance extrêmement remarquable si elle était bien constatée, l'auteur avoue ne pouvoir la déterminer exactement. Peut être, dit-il, tient-elle à ce que la petite courbure est moins fréquemment en contact avec les alimens contenus dans l'estomac.

« Parmi les moyens dont on peut espérer le plus de succès dans le traitement de cet état morbide, l'opium, administré à petites doses avant chaque repas, doit être préféré après pourtant qu'on aurait réglé le régime alimentaire, activé les fonctions intestinales, et employé les astriogens, les aromatiques et les alcalis.

Lorsque j'essayai, dit l'auteur, l'opium à petites doses, et sans employer aucun autre moyen, je fus étonné de l'effet obtenu. L'acidité et

la distension de l'estomac disparurent immédiatement dans les cas peu graves, et dans ceux où le squirrhe était déjà formé et probablement ulcéré, l'amélioration obtenue fut sous tous les rapports beaucoup plus prompte et plus prononcée que par tout autre mode de traitement. Il paraît que la teinture d'opium administrée une demi-heure avant le repas à la dose de six à huit gouttes, n'agit dans ce cas que localement; on n'observe point les effets narcotiques qu'il produit à plus haute dose sur les intestins; ce qui peut dépendre de ce qu'il est digéré avec les alimens avant d'arriver dans l'intestin grêle. »

Quelques astringens, et en particulier le nitrate d'argent, la rhubarbe, peuvent aider très-efficacement l'action de l'opium. Quelques cas sont encore apportés à l'appui de cette proposition.

III. THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL,

PARALYSIE CHEZ LES ENFANS, par le docteur J. BADHAM.

Quatre cas remarquables de paralysie des extrémités inférieures survenue subitement chez des enfans, sans signes apparens d'aucune lésion cérébrale ou cérébro-spinale sont rapportés dans ce mémoire.

Aucun des quatre sujets de ces observations n'ayant succombé, il serait impossible de dire si réellement il n'y a point eu de lésion, soit dans le cerveau, soit dans l'épine chez ces quatre enfans, ainsi que le titre de cette communication semblerait l'indiquer. Cependant, comme les observations de ce genre sont rares, surtout chez des enfans aussi jeunes et dans les mêmes circonstances, et comme d'ailleurs les quatre observations rapportées par le docteur Badham offrent entre elles la plus grande analogie, nous allons en analyser une afin de fixer l'attention de nos lecteurs sur ce sujet, d'appeler la communication des faits analogues qui pourraient être connus, et d'obtenir quelque lumière sur les questions qui s'y rattachent.

OBS — Anne Hace, âgée de 2 ans, me fut apportée par sa mère le 14 août, ayant une paralysie de la jambe droite. Sa mère me dit que, jusqu'au jour où elle fut frappée de paralysie, elle avait joui d'une bonne santé. Cependant, deux jours avant elle avait offert un peu d'altération et de tendance au sommeil.

Le 13 au soir, l'enfant avait été couché comme d'habitude, après avoir joué et couru toute la journée. Le lendemain matin, la première chose qui frappa l'attention de la mère, fut la direction des yeux, qui semblaient être tournés en dedans. En même temps elle vit qu'elle ne pouvait se tenir sur les jambes. Un bain froid et un laxatif lui furent administrés sans avantage.

Le 14, on me l'apporta; et après l'avoir examinée avec soin, je trouvai paralysie complète du mouvement dans la jambe droite, et la motilité de la jambe gauche légèrement diminuée; en même temps la sensibilité, qui était parfaite dans le membre gauche, était un peu diminuée dans le droit. A cette époque, il n'y avait ni abaissement de la température dans les parties paralysées, ni amaigrissement. Le strabisme était très-prononcé; la pupille étant tournée vers l'angle interne, et du même côté que l'œil paralysé. L'enfant ne souffrait point de la dentition; ses intestins étaient en bon état; il jouait dans les bras de sa mère, et l'examen attentif de l'épine n'y fit découvrir aucun point sensible. J'ordonnai le calomel à doses répétées, des applications froides sur la tête, des vésicatoires sur l'épine, et des cataplasmes sur le membre malade.

Sous l'influence de ce traitement, l'engourdissement disparut en cinq jours; les deux yeux reprirent graduellement leur rectitude normale. Aujourd'hui, 15 octobre, le membre malade semble recouvrer un peu de sa sensibilité, mais sa température est beaucoup plus basse que celle de l'autre extrémité, et il a beaucoup perdu de son volume. L'influence de la volonté sur le membre malade, quoique entièrement détruite au commencement, a déjà été un peu recouvrée, car elle ne traîne plus le membre derrière elle, comme elle le faisait d'abord; mais elle le jette en avant de manière à faire croire qu'elle ne peut modérer la force avec laquelle elle produit ce mouvement.

SUR L'EMPLOI DE L'EAU DE MER A L'INTÉRIEUR DANS DIFFÉRENTES MALADIES; par le docteur GREENHOW.

Après avoir rapporté que l'eau de mer était un moyen très-vulgairement employé dans différentes maladies, à une époque déjà bien éloignée de la nôtre, l'auteur se plaint de ce que néanmoins ce moyen thérapeutique n'a jamais été étudié comme il aurait dû l'être, et n'a pas obtenu la place qu'il méritait parmi les autres moyens thérapeutiques.

L'eau de mer prise à l'intérieur exerce une influence puissante sur divers organes, mais c'est spécialement sur les intestins et les reins que ses effets sont le plus prononcés par les abondantes évacuations auxquelles elle donne lieu; elle agit aussi sur la circulation dont elle active la vitesse en même temps qu'elle élève la température de la surface du corps. Mais ces effets ne s'arrêtent pas là; elle stimule le foie, et exerce une influence spéciale sur le système glandulaire et lymphatique, et d'une grande utilité dans le traitement des tumeurs et des ulcères scrophuleux; ses effets sont même plus prompts et plus énergiques que ceux de l'iode ou de tous les autres moyens employés dans le même cas.

L'attention de l'auteur sur l'efficacité de l'eau de mer employée dans le traitement de la dyspepsie et des affections chroniques du foie fut éveillée par le grand nombre d'ouvriers travaillant aux mines de plomb d'Alstormoon qui viennent tous les ans, pendant l'été, à Tynmouth, et restent sur les bords de la mer pendant deux ou trois semaines, et par le changement considérable qu'ils éprouvent pendant ce temps dans leur santé. Lorsqu'ils arrivent ils sont ordinairement pâles, maigres, sans appétit; leurs digestions se font difficilement, et il y a constipation souvent opiniâtre. Pendant leur séjour ils boivent chaque matin une assez grande quantité d'eau de mer pour obtenir un léger effet purgatif et se baignent à la mer, une, deux et même trois fois par jour. Tout en tenant compte de l'effet du changement d'air, des habitudes et des bains de mer, on ne peut méconnaître que la cause principale de l'amélioration est due à l'usage interne de l'eau de mer. C'est ce qui engagea M. Greenhow à employer ce moyen dans le traitement de la dispepsie, ce qu'il dit avoir fait avec le plus grand succès, après en avoir tontefois fait l'essai sur lui-même.

Dans l'été de 1834 étant affecté d'une dyspepsie grave et qui avait résisté à tous les moyens que l'on emploie d'ordinaire dans les cas analogues, enfin il résolut d'employer l'eau de mer et en prit chaque jour une pinte le matin étant encore au lit, et continua sans interruption pendant quarante jours. Au bout de huit jours les symptômes du côté de la tête étaient déjà beaucoup moins prononcés, l'appétit était revenu, l'urine était plus considérable et la douleur de côté beaucoup moins vive. Au bout de quinze jours l'amélioration avait fait des progrès très-rapides, et après six semaines il ne restait plus de traces de la dyspepsie qui l'avait tant tourmenté.

Quant à l'action de l'eau de mer sur les intestins, voici les remarques faites par l'auteur sur lui-même. Elle est prompte, sans désagrément, et ne dure qu'une couple d'heures; et au lieu de perdre son effet par la répétition elle est plus énergique au bout de quelques jours qu'au commencement, et bien qu'il en eût continué l'usage pendant quarante jours elle n'avait rien perdu au bout de ce temps de son énergie des premiers jours.

OBSERVATIONS SUR LA PNEUMONIE TYPHOÏDE; par M. HUDSON.

Quelques médecins de notre époque admettent encore avec les auteurs du dernier siècle, des pneumonies typhoïdes ou adynamiques, et cependant on chercherait en vain dans la littérature médicale, un bon travail sur ce sujet. C'est une lacune que l'auteur se propose de remplir ici. Bien que son travail ne nous offre pas une histoire complète de la pneumonie typhoïde, considérée sous ses divers points de vue, cependant nous regrettons que la manière dont il expose ses idées ne nous permette d'en donner qu'une analyse très-incomplète. Toutes les inductions sont placées à la suite des faits dont elles sont le complément et ne pourraient être présentées isolément.

Huit observations de pneumonie typhoïde sont rapportées dans le cours de ce travail et rangées dans l'ordre suivant. 1° Les cas dans lesquels la forme typhoïde se liait à une congestion pulmonaire indépendante de l'inflammation dont même elle obscurcissait plus ou moins complètement les signes; 2° ceux où cet état latent coexistait avec une gastrite; 3° les cas de pneumonie typhoïde non latente compliqués d'une gastrite plus intense. Parmi ces faits deux ont spécialement fixé notre attention: ce sont deux cas de gangrène du poumon droit, un terminé par la mort et dont l'autopsie a confirmé le diagnostic, l'autre a guéri sous l'influence d'un traitement un peu compliqué comme celui qui est encore généralement employé dans les hôpitaux de Dublin, mais dans lequel nous avons surtout remarqué le chlorure de soude. L'auteur s'appuie sur ces faits et sur quelques autres circonstances telles que des taches semblables aux taches scorbutiques de la peau qu'il a observées sur le cœur chez quelques sujets pour attribuer la modification principale qu'offrent ces phénomènes à une altération du sang. Il a encore remarqué, ainsi qu'on l'a déjà fait ailleurs, que, dans la plupart des cas de ce genre, la pneumonie est à l'état latent; c'est-à-dire qu'elle n'offre pas tous les symptômes que l'on regarde comme pathognomonique de cette affection.

Enfin, la dernière remarque que nous ferons sur son travail a rapport à ce que le docteur Graves avait désigné sous le nom de pneumothorax simple, c'est-à-dire sans lésion de la plèvre. Les cas observés par le docteur Graves s'étaient tous terminés par la guérison. L'autopsie n'avait pu démontrer si le son clair et semblable à celui du pneumothorax qu'il avait observé chez quelques sujets affectés de pneumonie dépendait réellement de la présence dans la plèvre d'une certaine quantité d'un fluide aériforme. M. Hudson dit avoir observé quatre cas semblables à ceux rapportés par le docteur Graves, et dans lesquels l'autopsie n'a révélé la présence d'aucune accumulation de gaz. Ainsi

l'explication proposée par le savant professeur de Dublin pour ce fait anormal ne peut être admise. M. Hudson n'en propose aucune qui puisse la remplacer.

III. THE LANCET.

EMPLOI DE LA CRÉOSOTE DANS LE TRAITEMENT DES NAUSÉES ET DES VOMISSEMENS; par M. TAYLOR.

Les faits sur lesquels cette communication est appuyée, ont tous été recueillis dans les salles du docteur Elliotson, dans le North London hospital; ils sont au nombre de 19, et dans tous, les symptômes que la créosote était destinée à combattre ont disparu peu de temps après les premières doses. Dans un seulement cet effet n'a pas eu lieu, et tous les autres moyens employés ont également échoué. Nous citerons au hasard l'observation suivante, qui est la einquième du mémoire de M. Taylor.

Obs. — William, admis le 16 décembre, se plaint de fortes coliques, et vomit tout ce qu'il prend. Il est malade depuis plusieurs jours, dit avoir eu déja plusieurs fois la même indisposition, et en avoir été traité dans tous les cas comme d'une colique des peintres. D'après cette circonstance et d'après l'amaigrissement de l'avant-bras et du pouce, on suppose qu'il a subi l'influence du plomb, bien qu'on ne puisse le demontrer. Il prendra trois gouttes de créosote toutes les trois heures.

Le 17, les vomissemens ont cessé, mais les coliques sont encore si vives qu'on lui administre un opiat à la suite des purgatifs. Il sort au bout de quelques jours, n'ayant plus eprouve de vomissemens.

Deux conditions sont indispensables, dit l'auteur, pour le succès de cette médication : la première, c'est que la maladie qui détermine les nausées ne soit point inflammatoire. Ici l'auteur cherche à établir le diagnostic de l'inflammation de l'estomac, mais il ne le fait qu'imparfaitement; car, ainsi qu'il le dit lui-même, il est un grand nombre de cas où une simple modification de la sensibilité nerveuse de l'estomac peut simuler parfaitement la gastrite aiguë, surtout chez les femmes hystériques, les épileptiques, etc.

La seconde condition, c'est de régler avec soin les doses que l'on administre, commençant par une ou deux gouttes dissoutes dans de l'eau distillée au moyen d'un mucilage, et augmentant graduellement et même rapidement.

NÉVRALGIE DU PLEXUS SOLAIRE GUÉRIE PAR L'AIMANT; par le docteur BRUCK.

Les névralgies du plexus solaire sont assez rares et le traitement qui paraît avoir réussi dans le cas suivant, est assez peu connu pour que nous croyions devoir le rapporter avec quelques détails.

Obs. — M. G., âgé de 43 ans, a eu depuis son enfance la digestion un peu difficile. La mort de son père l'ayant obligé de quitter l'université où il faisait ses etudes, il eprouva un froid très-vif pendant le voyage. De cette époque la disposition au trouble intestinal alla en augmentant, et il la combattit en vain par les moyens les plus variés, les purgatifs et les toniques. Voici les symptômes qu'offrit cette maladie, lorsqu'elle fut entièrement developpée. Absence d'appetit, desir des alimens stimulans, constipation flatulence, sensation de vertiges, cephalalgie et insomnie. Le malade prit, pendant l'eté de 1825, les bains de Carlsbad sans aucun effet avantageux. En 1830 et 1831 il essaya aussi, et avec le même insuccés, les bains de mer. Malgré divers traitemens qui se succedèrent pendant six ans sans interruption, tous les symptômes s'étaient aggraves, et le malade se plaignait spécialement d'une oppression vers le creux de l'estomac, symptôme que l'auteur considère comme pathognomonique de la névralgie du plexus solaire. Cette oppression, qui avait commence sous une forme très-legère, augmenta graduellement et au point que le malade, pour lequel la moindre pression etait la cause de douleurs insupportables, ne pouvait se tenir debout. Peu à peu même ses facultés intellectuelles s'altérèrent, et il tomba dans un état d'hypocondrie très-prononcé.

Après avoir employé en vain tous les moyens qui pouvaient procurer du soulagement, on eut enfin recours à l'aimant. Un fer aimanté de la force de trois livres fut donc appliqué immediatement au creux de l'estomac; et telle fut la rapidite avec laquelle son action se fit sentir, qu'au bout de cinq ou six heures le malade se trouva merveilleusement soulagé, et que le lendemain il n'éprouva presque plus de souffrances. Cet état persista pendant sept à huit semaines, durant lesquelles le malade parut jouir d'une parfaite santé. Cependant ses garderobes étaient restées crayeuses, et la digestion difficile; et au bout du temps dont nous venons de parler, il retomba dans son ancien état de souffrances. L'aimant fut de nouveau appliqué, mais sans effet. Cependant, les crampes abdominales étant devenues presque insupportables, l'auteur crut pouvoir essayer l'emploi de deux aimans appliqués l'un à l'epigastre, l'autre dans le dos. Une heure après les crampes avaient déjà perdu de leur violence, et au bout de quelques heures elles avaient entièrement disparu. Mais, dit le malade, après un ou deux jours, j'éprouvai une sensation singulière et qui m'empêchait en même temps de marcher et de parler; et même le lendemain la douleur etait si vive, que je fus obligé d'ôter les aimans que j'avais gardés pendant vingt quatre heures. Depuis cette époque, dit le malade, j'ai continué de jouir d'une bonne santé, et n'ai point eu besoin de recourir de nouveau à l'aimant.

EMPOISONNEMENT PAR LE CARBONATE DE POTASSE, par le docteur COX.

Les exemples d'empoisonnement par le carbonate de potasse sont assez rares pour que le fait suivant obtienne une place dans nos colonnes.

Obs. — Huret, âgée de trois ans, fille d'une respectable marchande, entrant dans une pièce et croyant trouver de la bière au fond d'un vase qui était sous sa main, le porta immédiatement à sa bouche, et but une certaine quantité de carbonate qui était devenu liquide par déliquescence. Une heure après, on m'apporta l'enfant ayant les lèvres, la langue et la gorge gonflées; la respiration était laborieuse et s'accompagnait de râles très-forts; le pouls était petit et fréquent, la peau froide. Un émétique lui fut aussitôt ordonné, et ensuite on lui fit prendre autant de suc de citron étendu d'eau qu'il fut possible; et un vésicatoire fut appliqué sur l'épigastre. Il n'y avait point eu de vomissement, et l'émétique ne produisit que peu d'effet. L'enfant alla continuellement en s'affaiblissant, il eut des convulsions et mourut au bout de 24 heures.

AUTOPSIE FAITE 14 HEURES APRÈS LA MORT.

La muqueuse des lèvres, de la langue et de la gorge est gangréneuse, et le tissu cellulaire de ces régions très-ramolli. A l'ouverture du larynx, on trouve la glotte rétrecie par une injection vasculaire, et une forte extravasation dans le tissu sous-muqueux. Au-dessous, la trachée et les poumons paraissent sains; l'œsophage présente dans toute sa longueur des taches couleur de chocolat, que l'on retrouve également dans l'estomac, et où l'on dirait que manque la muqueuse, qui tout autour fait une saillie en bourrelet assez prononcée; mais en examinant avec plus de soin, on reconnait que la muqueuse n'est pas détruite, et que cette saillie est produite par une injection vasculaire. Tous les autres organes paraissent à l'état normal.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LA STRYCHNINE, par M. JENNKÉ.

Voici comment l'auteur de cette communication dirige ce traitement. A quelque époque de la maladie qu'il soit appelé, il donne un douzième de grain de strychnine pure en une pilule et qu'il répète tous les quarts d'heure pendant la première heure; toutes les demi-heures pendant la seconde et la troisième; diminuant graduellement la dose jusqu'à ce que les symptômes les plus violens aient disparu; ce qui arrive ordinairement après douze pilules et exige rarement qu'on les porte jusqu'à dix-huit.

Il permet ensuite au malade de boire autant d'eau froide qu'il peut le désirer. Le premier symptôme qui cesse sous l'influence de ce traitement ce sont les crampes; ensuite la chaleur et la circulation reviennent lentement dans les extrémités; les vomissemens diminuent, et lorsque le fluide séreux que contiennent les intestins est évacué ils disparaissent tout-à-fait. Quand la chaleur commence à revenir il permet une grande tasse de thé de bœuf fort ou une demi-pinte de porter, et on remplace la strychnine par le sulfate de quinine, à la dose de douze grains, toutes les trois ou quatre heures.

Dès le lendemain le malade reste en convalescence et se plaint d'une faim excessive; il conserve de la constipation pendant trois ou quatre jours.

Ce traitement, dit l'auteur, n'a dans aucun cas déterminé d'effet désavantageux, et il a réussi dans tous ceux où il a été suivi exactement.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE.

SUR LA THÉORIE DE L'IDENTITÉ DES AGENS QUI PRODUISENT LA CHALEUR ET LA LUMIÈRE.

Tel est le titre d'un travail présenté par M. Melloni, et dont M. Arago donne une rapide analyse.

S'il est difficile de rendre plausible cette identité des agens, quand on admet pour les phénomènes de la lumière la doctrine de l'émission, on rencontre des obstacles beaucoup plus grands encore lorsqu'on adopte, comme le font aujourd'hui la plupart des physiciens, la théorie des ondes. M. Ampère cependant a récemment essayé de faire disparaitre ces obstacles à l'aide d'une hypothèse qui consiste à supposer une différence dans la longueur des ondes excitees dans l'ether par les vibrations du corps éclairant ou echauffant, suivant que c'est de la lumière ou de la chaleur qui est produite. Même en admettant cette hypothèse, M. Melloni pense que la théorie de M. Ampère ne fournit pas d'explications pour certains faits, et est inconciliable avec quelques autres : c'est ce qu'il s'applique à démontrer d'abord par des raisonnemens, et en discutant les faits anciennement connus, puis à l'aide d'expériences qui lui en fournissent de nouveaux.

On sait que Rochon ayant imaginé de porter un thermomètre dans les diverses parties du spectre résultant de la décomposition d'un faisceau lumineux par le prisme, reconnut que la températnre n'était pas la même dans toutes les parties.

Herschell, qui probablement n'avait pas connaissance des expériences de Rochon, arriva au même résultat; mais il alla plus loin, et reconnut qu'au-delà de la partie lumineuse du spectre, du côté du rayon rouge, la chaleur était très-sensible. Seebeck revint sur ce sujet qu'il étudia beaucoup plus complètement; mais les observations de M. Melloni ajouteront encore à nos connaissances sur ce point.

Si on décompose un faisceau de rayons solaires par un prisme de sel gemme, et qu'on mesure le degré de chaleur propre aux diverses bandes qui composent le spectre, on trouve que la température augmente du violet au rouge, et continue à s'accroître dans l'espace obscur jusqu'à une distance de la limite rouge à peu près égale à celle du jaune; après quoi il y a décroissement assez rapide et cessation complète de l'action calorifique à une distance de la limite rouge égale à peu près à un tiers de la longueur du spectre lumineux.

Si l'on fait passer toutes les parties du spectre par une couche d'eau de 2 à 9 millimètres, renfermée entre deux lames de verre, et que l'on prenne les températures des rayons émergens, on trouvera le *maximum* de température et la dernière limite obscure rapprochée de la limite rouge. En augmentant successivement l'épaisseur du liquide interposé, on voit passer le *maximum* sur les diverses parties du rouge, de l'orangé et du jaune. Il vient se fixer au commencement du vert lorsque les rayons ont traversé une couche d'eau de 300 millimètres d'épaisseur.

Au lieu du diaphragme liquide, une simple lame de verre reproduit les mêmes variations, quoique sur une moins grande échelle; mais si le verre est coloré, le spectre est complètement altéré. Si on emploie, par exemple, un verre bleu de cobalt, l'orangé disparaît ainsi qu'une grande partie du vert et le milieu du rouge, de manière que le spectre présente alors une série de zones lumineuses, plus ou moins intenses, d'inégale largeur, entremêlées de bandes obscures. Des verres différemment colorés produisent d'autres altérations, mais toujours avec une alternance de bandes obscures et de bandes lumineuses. Ces modifications altèrent plus ou moins l'énergie calorifique, mais ne changent point sensiblement la position du maximum, qui reste toujours dans l'espace obscur au-delà du rouge. A partir de ce point, en avançant vers la partie opposée du spectre, on voit la température décroître d'une manière continue, sans que le passage par les bandes obscures donne lieu à aucun changement brusque, ou mouvement rétrograde.

Les résultats de ces expériences ont conduit naturellement M. Melloni à l'idée de séparer tout-à-fait la lumière de la chaleur; le procédé qu'il a employé consiste à faire passer le rayonnement des sources lumineuses par un système de corps diaphanes qui absorbent tous les rayons calorifiques en n'éteignant qu'une partie des rayons lumineux. Les seules substances qu'il ait employées jusqu'ici sont l'eau et une espèce particulière de verre vert, coloré par l'oxide de cuivre. La lumière pure, émergente de ce système, contient beaucoup de jaune et possède cependant une teinte verte bleuâtre: elle ne donne aucune action calorifique sensible aux thermoscopes les plus délicats, lors même qu'on la concentre par des lentilles de manière à la rendre tout-à-fait aussi brillante que la lumière directe du soleil.

M. Arago fait remarquer en terminant qu'il y aurait à faire sur les rayons chimiques du spectre des expériences analogues à celles qui viennent d'être indiquées pour les rayons calorifiques. J'ai déjà, ajoute-t-il, songé à la manière dont elles pourraient être faites, mais comme M. Melloni, quoiqu'il ne l'exprime point dans son mémoire, a peut-être déjà eu en vue ces recherches, je ne voudrais pas le prévenir.

M. Biot dit qu'en effet, dans les communications qu'il a eues avec M. Melloni à l'occasion d'un précédent mémoire dont il était nommé rapporteur, il a appris que ce physicien s'était déjà occupé du problème dont parle M. Arago, et il en est même fait mention au rapport.

ANOMALIES ANATOMIQUES DANS LES ORGANES DE LA CIRCULATION.

M. Chassinat adresse une note sur des anomalies anatomiques de l'appareil central de la circulation, lesquelles n'ont donné lieu pendant la vie à aucun symptôme particulier.

Le sujet de cette observation est une petite fille qui naquit à terme affectée d'un hépatocèle ombilical, et succomba le douzième jour à une gastro-entérite.

Le cœur, d'un volume plus considérable que ne semblait le comporter l'âge du sujet et sa stature, offrait trois cavités ventriculaires distinctes.

L'artère pulmonaire manquait, ou plutôt était réduite à un petit cordon fibro-celluleux, sans cavité.

Le canal artériel persistait ainsi que le trou de Botal.

Le système veineux pulmonaire du côté droit était réduit à un seul vaisseau qui se séparait de la base du poumon, traversait le diaphragme par une ouverture particulière, et venait se jeter dans la veine cave ascendante, au-dessus des veines sus-hépatiques.

ÉLECTIONS.

Le président annonce que la section de minéralogie et de géologie a présenté la liste suivante de candidats pour la place devenue vacante dans son sein par la mort de M. Lelièvre.

En première ligne, M. Élie de Beaumont;
En seconde, M. Dufresnoy;
En troisième, M. Puillon Boblaye.

Le nombre des votans est de 51. Au premier tour de scrutin, M. Élie de Beaumont obtient 45 suffrages; M. Constant Prévost, 3; M. Dufresnoy, 2; et M. Boblaye, 1. M. Élie de Beaumont est déclaré élu. Sa nomination sera soumise à la sanction du roi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE. — *Présidence de M. Lisfranc.*

Nous remarquons dans la correspondance officielle une lettre du ministre qui invite l'Académie à lui faire un rapport sur la demande de M. Maisonabe, tendant à obtenir du gouvernement une subvention à titre de bourses, pour traiter les difformités de la taille chez les jeunes gens pauvres qui pourraient faire valoir des droits à cette faveur. On se souvient que M. Maisonabe est tellement convaincu qu'on ne peut redresser la taille, qu'il a offert un prix de 500 francs au premier orthopédiste qui aurait obtenu ce difficile succès. Commissaires, MM. Double, Ribes et Londe.

— M. Guéneau de Mussy présente à l'Académie deux opuscules de M. Montésanto, médecin à Padoue, nommé correspondant étranger par une décision en date du 24 février 1835. M. Montesanto exprime à l'Académie sa gratitude de l'honneur qu'elle a voulu lui faire, et le regret de n'en pouvoir profiter. Mais le *gouvernement autrichien ne permet pas de prendre le titre de correspondant de l'Académie.*

— M. Moreau se plaint que dans les bureaux de l'Académie on délivre des extraits infidèles des rapports adoptés, et demande qu'à l'avenir on exécute rigoureusement les art. 28 et 29 du réglement, portant que ces extraits ne peuvent être délivrés que si l'Académie le juge convenable, et sous la condition expresse qu'il n'y sera jamais fait d'altération d'aucun genre; et enfin qu'ils seront signés par le secrétaire perpétuel. Il appelle aussi l'attention de l'Académie sur l'article 60, qui exprime que l'Académie ordonne la publication des catalogues de tous les objets qui lui ont été donnés ou ont été acquis par elle. Jamais cette mesure n'a été mise à exécution, et cependant son utilité est généralement sentie. Enfin M. Moreau signale une omission dans l'annuaire de l'Académie; on a bien inséré l'ordonnance qui fixe le nouveau mode de nomination des juges qui doivent prendre part aux concours de la Faculté; mais cette ordonnance est fondée sur le motif que l'ancien mode offrait des inconvéniens; et il eût été bon de rappeler au moins quel était cet ancien mode.

M. Bousquet répond que les extraits sont délivrés dans les bureaux, en se conformant strictement aux dispositions du réglement. Si quelques personnes altèrent les extraits en les publiant, l'Académie n'a aucun moyen de les en empêcher. Quant aux catalogues, ils se dressent tous les ans en conformité de l'article 59; et tout est prêt pour leur publication, quand l'Académie jugera convenable de l'ordonner. (L'ordre du jour!)

JUGES DU CONCOURS DE LA FACULTÉ.

L'ordre du jour est la nomination du dixième candidat pour le jury de la Faculté. M. Baffos, l'un des candidats déjà nommés, demande la parole avant le scrutin, et déclare que si le sort le nommait juge, il ne pourrait accepter. En conséquence il y a lieu de nommer encore deux candidats.

Un premier tour de scrutin ne donne de majorité à personne; M. Hervez de Chégoin est nommé au second tour, et M. Gorse au troisième.

Le nombre de dix ainsi complété, on met les noms dans l'urne. Le sort désigne pour les quatre juges

MM. Breschet,
Béveillé-Parise,
Murat,
Lisfranc.

Et pour suppléant M. Gorse.

ÉLECTION DU PRÉSIDENT, DU VICE-PRÉSIDENT ET DU SECRÉTAIRE POUR 1836.

Avant que le scrutin soit ouvert, M. Renauldin, secrétaire annuel, remercie l'Académie de la bienveillance qu'elle lui a montrée en le nommant à ces fonctions; mais il prie ses collègues de diriger leurs voix sur un autre pour remplir cette place, ses occupations ne lui permettant pas d'accepter pour l'avenir.

Le scrutin ouvert pour la nomination du président comprend 99 bulletins; majorité, 50. M. Louyer-Willermay obtient 73 voix, M. Renauldin 6, M. Bailly 5, M. Guéneau de Mussy, 5; voix perdues, 9; 2 billets blancs. M. Louyer-Willermay est proclamé président de l'Académie pour l'année 1836.

Le scrutin pour la vice-présidence comprend 95 bulletins; majorité, 48. M. Renauldin ayant obtenu 59 voix, est proclamé vice-président. M. Gasc a en 14 voix, M. Guéneau de Mussy 7, M. Bailly 4, M. Keraudren 3, M. Moreau 2.

Le scrutin pour le secrétaire annuel donne 80 bulletins; majorité 41. M. Bouche est nommé secrétaire par 48 voix; M. Paul Dubois en a obtenu 13, M. Gérardin 12, M. Gasc 2, M. Bouilland 2; le reste, voix perdues.

La nomination des membres du conseil et des commissions permanentes aura lieu dans la séance prochaine. Quelques membres avaient proposé de les renvoyer à une séance extraordinaire, pour interrompre moins long-temps les travaux scientifiques; mais le respect du réglement l'emporte, et la séance extraordinaire qui aura lieu samedi prochain, comme dernier samedi du mois, sera consacrée à la lecture des mémoires des auteurs étrangers à l'Académie.

Séance levée à 5 heures et quart.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR LE DRAGONNEAU, GORDIUS MEDINENSIS (LIN); FILARIA MEDINENSIS, (RUDOLP.), etc. Communiquées par M. le docteur GUYON.

Comme tout le monde le sait, le dragonneau, encore nommé *ver de Médine, de Guinée*, etc., se rencontre chez l'homme. Il s'observe dans les régions équatoriales de l'Afrique et de l'Inde, où les étrangers y sont exposés comme les indigènes. Les voyageurs nous laissent ignorer si on le rencontre sur les animaux. Je ne l'ai observé qu'en Amérique. Là il ne se présente que sur les nègres qui arrivent de la côte d'Afrique, quelquefois long-temps après leur débarquement. On l'y a vu aussi sur des voyageurs et des marins venant des mêmes parages. C'est ainsi, par exemple, que le docteur Isert, médecin danois, en fut atteint à la Martinique, en 1787, huit mois après avoir quitté la Guinée.

« Je remarquai, écrivait-il de la Martinique, sous la date du 10 » juillet 1787, je remarquai que dans l'endroit de mon pied où, quinze

» jours auparavant, j'avais éprouvé une enflure, dans ma course au
» Piton, il s'était élevé une petite tumeur : je l'ouvris et découvris, à
» ma grande surprise, le ver fibreux de Guinée. Je fis mon possible
» pour le dévider, mais je manquai mon coup, et ne pus parvenir à
» en arracher que quelques pouces, avec des douleurs insupportables.
» L'irritation fut suivie, dès que je fus de retour à la maison, d'une fièvre
» qui dura toute la nuit. Je m'avisai de traiter ce ver suivant la mé-
» thode la plus simple qui ait jamais été pratiquée en pareil cas. J'en
» entortillais chaque jour une partie sur un rouleau de toile, mettais
» un linge sur la plaie, et continuais mes courses, demi-boîtant. Le
» grand mouvement que je me donnais, le contact de l'eau que je ne
» pouvais éviter, furent probablement la cause de ma prompte guéri-
» son, qui eut lieu au bout de huit jours. C'est cependant une cure
» qui, en Guinée, ne demande pas moins de quatre semaines. Ce ver
» était un des plus grands que j'eusse vus. Après qu'il fut entièrement
» dévidé, je le trouvai de deux aunes de long, et de la grosseur d'un
» tuyau de plume. J'appris, par cette expérience, qu'on peut porter,
» pendant huit mois au moins, le ver de Guinée, sans en ressentir la
» moindre incommodité; car il s'était écoulé tout ce temps-là depuis
» mon départ de Guinée (1). »

Des capitaines négriers m'ont assuré qu'autrefois il n'était pas rare de le voir en France, dans nos ports de mer, parmi les marins qui se livraient au commerce de la traite. Il est peu d'habitations aux Antilles où l'on ne rencontre des nègres qui en ont été atteints, avant ou depuis leur arrivée, ce qu'attestent les cicatrices adhérentes, enfoncées et tortueuses qu'il laisse à sa suite.

Il est étranger au nord de l'Afrique, où on ne le voit, de temps à autre, que sur des individus venant de l'intérieur. En Égypte, il se présente assez fréquemment parmi les noirs qui arrivent de l'Abyssine, de la Nubie, etc. C'est ce qu'm'assure M. le docteur Rivière, qui l'a souvent observé, dans la Basse-Égypte, parmi les nègres d'un hôpital dont il avait la direction. J'en dois plusieurs fragmens à cet estimable confrère, aujourd'hui chirurgien en chef de l'hôpital civil à Alger : l'un d'eux, qui comprend une des extrémités du ver ou tube (2), a plus de 25 pouces de longueur.

Le dragonneau se voyait quelquefois à Alger, avant notre occupation, parmi les esclaves qu'on y amenait des différens points de l'intérieur, entre autres de Tombouctou. C'est, du moins, ce qui résulte de quelques renseignemens que j'ai pris à cet égard.

Le dragonneau ne se présentant en Amérique que par importation, c'est-à-dire sur des individus qui en apportent le germe avec eux, je pense que ce n'est pas à lui, mais au ver macaque (larve d'œstre, l'œstre humain), qu'on observe communément à Surinam et autres points des possessions hollandaises dans la Guiane, dont j'ai fait le sujet d'un mémoire, qu'il faut rapporter les accidens dont parle M. le docteur Marc, en terminant l'article *dragonneau* du grand *Dictionnaire des sciences médicales*. Ces accidens ont été observés à Surinam, de 1801 à 1802 et dans l'espace de moins de cinq mois, sur environ 200 nègres d'une même habitation, celle de Béninenbourg. Ils ont été assez graves, chez plusieurs sujets affaiblis, pour que la mort en ait été le résultat. Ferg, à qui nous en devons la connaissance, rapporte qu'ils ne furent observés que sur l'habitation que nous venons de nommer, et qui avait déjà offert un phénomène semblable, dix ans auparavant (3). Ces deux circonstances suffiraient pour faire désirer des éclaircissemens sur les accidens rapportés par Ferg, quand bien même on n'en désirerait pas aussi relativement à l'insecte auquel il faut les rapporter.

Quant à l'origine du dragonneau, on ne possède encore, sur ce point, aucune donnée positive.

Isert pensait que son germe se trouvait dans les eaux saumâtres, d'où il s'introduisait dans l'organisation, par l'intermédiaire des voies digestives. Il étaie cette opinion sur ce que, en Guinée, le dragonneau est très-commun à Akra, où les eaux sont de mauvaise qualité, saumâtres ou mieux, *saumaches*, pour me servir de son expression, tandis qu'il est inconnu à Fida, qui n'en est éloigné que de soixante milles, mais où les eaux sont de très-bonne qualité.

Que le germe du dragonneau s'introduise dans l'organisation par les voies digestives, ou bien directement par la peau, toujours est-il qu'il paraît résider dans les eaux. Et, en effet, tous les voyageurs que j'ai consultés à cet égard, et qui avaient plus ou moins séjourné en Guinée et d'autres lieux où l'on contracte le dragonneau, sont d'accord sur ce point, que c'est dans la saison des pluies qu'on en prend le germe. C'était aussi le dire des nègres que M. le docteur Rivière a eu occasion de traiter de cette maladie en Égypte, et dont nous avons parlé précédemment

Obs. I. (recueillie à la Martinique). — En 1817, M. Gesse, négociant au Lamentin, l'un des principaux bourgs de l'île, achète un négrillon de dix à douze ans, tout récemment arrivé de la Côte-d'Afrique. Quelques jours après cet enfant éprouve à l'une des jambes une douleur qui le force à boiter. M. Gesse examine le membre, et aperçoit, à l'articulation du gros orteil avec son métatarsien, une tumeur sur laquelle il applique un cataplasme. Le médecin du lieu, le docteur Meynard, est appelé le lendemain pour voir le malade. Notre confrère aperçoit, au point culminant de la tumeur, une ouverture dans laquelle se trouve engagé un corps blanchâtre terminé en pointe, et qu'il prend pour un aiguillon d'un cactus connu, dans le pays, sous le nom de raquette à piquans (*cactus opuntia*). Muni d'une pince à disséquer, il se disposait à faire l'extraction du prétendu aiguillon, lorsqu'en saisissant le corps étranger, il reconnait qu'il a affaire non à un corps dur, mais à un corps mou. Une traction assez faible fait sortir ce corps d'environ un pouce et demi; mais, voulant l'augmenter, notre confrère éprouve de la résistance, et occasione une vive douleur. Ce n'est qu'alors qu'il reconnait la nature d'une maladie qu'il voyait pour la première fois.

L'extrémité du ver est engagée dans la fente d'un petit bâton sur lequel on roule toute la portion sortie; après quoi la tumeur est recouverte avec un cataplasme émollient.

Le lendemain, on roule sur le bâton une nouvelle portion du ver. La même opération est répétée tous les matins. Le gonflement et l'inflammation diminuant de jour en jour, les applications émollientes ne furent continuées que pendant 8 à 10 jours (1).

Trois semaines après la première visite de M. Meynard, le dragonneau était entièrement sorti, et je l'ai envoyé plus tard à M. le docteur Xérandren, qui le conserve dans ses collections.

Obs. II. (Recueillie à la Martinique.) Le 21 janvier 1822, on me présenta, à Saint-Pierre, capitale de l'île, une jeune négresse de 14 à 15 ans, nommée Clémence, qui était atteinte de plusieurs dragonneaux. Il y avait six mois qu'elle était arrivée de la Côte-d'Afrique, jouissant de la santé la plus florissante. Après quelques douleurs à la jambe gauche, il lui était survenu, depuis environ un mois, deux petites tumeurs dans le pourtour de l'articulation du pied avec la jambe. Ces tumeurs étaient combattues par des applications émollientes, lorsqu'elles s'ouvrirent, donnant issue d'abord à une sérosité blanchâtre, puis, deux ou trois jours après, à l'extrémité du ver. Chaque ver, dès qu'il parut, fut saisi dans la fente d'un petit bâton, sur lequel on roulait tous les matins la portion sortie. Durant ce temps, une nouvelle tumeur s'était formée. Celle-ci ne s'est ouverte que l'avant-veille de ma visite, c'est-à-dire le 19.

L'articulation était médiocrement tuméfiée à ses parties antérieure et latérales, mais très-douloureuse. La coloration de la peau n'était pas sensiblement altérée. Au-dessus de la malléole interne était une petite ouverture à bords ronds, lisses, rougeâtres, humectée par une sérosité blanchâtre, que la pression des parties ne faisait sortir qu'en très-petite quantité. La plaie était traversée par un dragonneau dont une grande partie, détachée et brunâtre, était roulée sur un petit bâton; l'autre se présentait sous forme d'un cordon ou tube, à parois lisses et transparentes, que je ne saurais mieux comparer, sous ces deux rapports, qu'à l'arachnoïde, et qui permettaient de voir, à travers la masse viscérale (2), ses innombrables circonvolutions, ainsi que les mouvemens oscillatoires très-énergiques dont elles étaient agitées. Indépendamment de ces mouvemens, le tube lui-même en présentait deux autres, l'un de dilatation, l'autre de contraction ou resserrement, que l'œil suivait à merveille. Le premier s'accompagnait d'un autre mouvement que j'appellerai mouvement de progression, et par lequel le ver tendait à se porter en dehors.

Une autre plaie ou ouverture se faisait remarquer à la partie antérieure de l'articulation. La surface en était lisse et rougeâtre, comme celle de la première; il en sortait aussi une sérosité blanchâtre. Elle donnait issue à un ver un peu plus gros que l'autre; il s'était rompu la veille, la personne chargée de le rouler l'ayant soumis à une traction trop forte. Je cherchai à découvrir la partie rompue sans pouvoir y parvenir.

Une troisième plaie semblable aux deux autres, mais plus petite, s'observait à la partie antérieure et supérieure de l'articulation, à un pouce au-dessous de la précédente; elle n'existait que depuis deux jours. La tête d'un dragonneau s'y était présentée la veille; mais, comme on la pinçait pour la saisir, elle s'était retirée au point de disparaître tout-à-fait.

La malade éprouvait peu de douleur depuis quelques jours, mais elle avait beaucoup souffert. Le gonflement et l'inflammation étaient en grande partie dissipés.

J'aurais désiré suivre chaque jour la sortie des dragonneaux; mais, à cette époque, je fus obligé de partir pour la presqu'île de Samana avec une expédition militaire. A mon retour, quelques mois après, Clémence était tout à-fait rétablie. J'appris que le premier ver était sorti intact, c'est-à-dire entier; que la portion rompue du second s'était représentée, et que son expulsion s'était effectuée dans l'ordre ordinaire; qu'enfin la troisième plaie avait fourni un ver en tout semblable

---

(1) *Voyage en Guinée et dans les îles Caraïbes*. Paris, 1793.

(2) D'après l'opinion de M. Jacobson, adoptée par notre savant zoologiste M. de Blainville. Je viens de faire passer à ce dernier un de mes fragmens de dragonneau.

(3) Sur les insectes de Surinam, etc., dans les Annales de médecine de Karles, et dans la Bibliothèque médicale, t. LXIX, p. 400.

(1) Isert nous apprend qu'en Guinée les habitans appliquent sur la tumeur les feuilles broyées du *cissus quadrangularis*.

(2) Je conserve à dessein cette expression, consignée dans mes notes depuis 1822, et dont je ne prétends tirer aucune induction contre les nouvelles idées de M. Jacobson sur la nature du dragonneau.

aux deux premiers. On estimait que chaque ver avait mis à peu près un mois pour sortir entièrement. Les plaies n'étaient plus indiquées que par trois petites cicatrices sous forme de godets, et très-adhérentes aux parties sous-jacentes.

ÉNORME POCHE ANÉVRISMALE DE LA BASE DE L'AORTE, formant une saillie considérable au dehors dans la région précordiale, où elle se fraie une route après avoir été divisée en deux branches, entre les espaces intercostaux. Observation recueillie par le docteur RACIBORSKI ; dans le service du professeur Bouillaud.

Le 5 octobre 1835, est entrée à la Charité, au n° 11 de la salle Ste-Madeleine, une femme nommée Thérèse Fœdrer, âgée de 48 ans, confectionneuse de honnets. Elle a eu quatorze enfans ; elle dit avoir eu une santé presque parfaite jusqu'à l'âge de 33 ans, époque à laquelle elle a ressenti des douleurs rhumatismales qu'elle a éprouvées depuis à plusieurs reprises. Il y a deux ans, elle fut prise de toux violente et de palpitations. C'est alors qu'elle eut recours à un médecin qui lui fit faire une saignée et appliquer des sangsues sur différens points du corps. Ce n'est que d'un an qu'elle fait dater le mal qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. A cette époque, elle eut de fréquentes palpitations ; puis elle vit apparaître dans la région précordiale une tumeur d'abord à peine saillante, mais qui depuis a toujours grossi progressivement.

Aujourd'hui cette tumeur a le volume d'un œuf d'oie : sa direction est oblique, analogue à celle du cœur. Sa partie supérieure, plus grosse, s'élève jusques vers la deuxième côte, et l'inférieure descend un peu au-dessous du sein. En dedans, elle est limitée par le sternum, en dehors par le mamelon ; elle a trois pouces verticalement et deux transversalement : elle est partagée au milieu par un resserrement, et se trouve le siége de mouvemens de systole et de diastole. La main appliquée dessus éprouve un mouvement vibratoire. La peau qui recouvre la tumeur n'a rien perdu de sa coloration normale ; la pointe du cœur est sentie à un pouce au-dessous de la tumeur, dans le cinquième espace intercostal. L'oreille perçoit nettement un double bruit de râpe. La percussion donne le son mat dans toute l'étendue de la tumeur. Les veines jugulaires ne sont pas dilatées, et ne présentent pas le pouls veineux.

La malade sent des battemens dans la tête et les carotides. Les bruits du cœur s'entendent en arrière de la poitrine. La résonnance est bonne dans tous les points qui correspondent aux poumons.

La face présente une teinte pâle jaunâtre : les digestions sont faciles. Absence d'infiltration ; 108 pulsations, pouls développé ; 20 inspirations par minute.

On met en usage des préparations de digitale à l'intérieur, et à l'extérieur une compression méthodique au moyen des compresses trempées dans de l'eau de Goulard.

La malade s'en trouve très-bien ; son agitation diminue ; elle se trouvait soulagée sous tous les rapports, lorsque le 10 décembre il lui survint tout d'un coup un violent point de côté accompagné d'étouffemens. On constate une pleurésie gauche avec épanchement. Malgré le traitement aussi énergique que l'état de la malade l'ait pu permettre, cette fâcheuse complication a été suivie de la mort au bout de quatre jours.

Autopsie. — La tumeur extérieure a 3 pouces 6 lignes pour son diamètre transversal, et 4 pouces 6 lignes pour le diamètre vertical. La circonférence de la base de la tumeur a 9 pouces 6 lignes. La peau qui la recouvre est garnie d'une légère couche de graisse. Les fibres du muscle grand pectoral forment la deuxième couche et en enveloppent la tumeur. A travers la poche musculaire dont les fibres sont très-amincies, on distingue une matière brunâtre qui est évidemment formée par des masses de fibrine anciennement déposée. Après avoir enlevé la poche musculaire, on aperçoit une bride tendineuse du grand pectoral qui comprimait la tumeur et était la cause de l'étranglement qu'on observait pendant la vie. Vers la base de la tumeur, les fibres musculaires ont pris la structure fibrineuse et une coloration blanche. Après avoir bien détaché la tumeur par sa base, on a vu qu'elle était développée en grande partie à l'extérieur, et que son volume dépassait de beaucoup la grandeur de l'orifice qui lui avait livré passage. A l'ouverture du côté gauche du thorax, il s'écoule une grande quantité d'un liquide jaunâtre légèrement trouble. Le poumon gauche est rapetissé et fortement échancré sur son bord interne, où il offre des prolongemens en forme de tétines. Le poumon droit, au moins trois fois plus volumineux que le gauche, est enflammé au troisième degré dans son tiers inférieur, en arrière. D'anciennes adhérences unissent la plèvre pulmonaire avec la plèvre pariétale. L'aorte pectorale ayant été fendue, on la trouvé ses parois épaissies et sa surface interne parsemée de plaques saillantes, fibreuses, cartilagineuses, ou en partie ossifiées. Cette partie du vaisseau qui n'a aucun rapport avec la tumeur, est uniformément dilatée.

Le péricarde ayant été ouvert, on s'est convaincu que le cœur ne donnait pas non plus l'origine de la tumeur. Il est globuleux, à pointe mousse, recouvert à sa face antérieure, vers l'oreillette droite, d'une plaque blanche de la largeur d'une pièce de 5 francs. La base de l'aorte ayant été ouverte, on y voit une vaste poche qui communique avec la tumeur extérieure. La membrane interne de l'aorte offre, dans toute l'étendue de la poche, les mêmes altérations que nous avons rencontrées dans sa partie thoracique. Les parois de la poche anévrismale sont très-épaisses. L'ouverture qui fait communiquer l'intérieur de l'aorte avec la partie extérieure du sac, est située sur la face antérieure et un peu à droite de la poche anévrismale, à 6 lignes au-dessus d'une des valvules sigmoïdes. Sa circonférence égale celle d'un gros sou ; elle est formée par un rebord saillant qui pourrait être regardé comme la cicatrice de la rupture de la membrane interne de l'aorte. Cependant la membrane interne de la poche anévrismale extérieure est de même nature que celle de l'aorte dont elle paraît être la continuation. Au fond de la poche, on trouve quelques caillots décolorés, de plus en plus consistans à mesure qu'on s'approche des parois. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont ratatinées et dures. La circonférence de l'orifice aortique a 2 pouces 6 lignes. La cavité du ventricule gauche est très-petite, pouvant à peine contenir le doigt indicateur. L'épaisseur des parois de ce ventricule a 15 lignes à la base et 5 à 6 lignes au sommet. La poche anévrismale se divise en deux parties, dont une se fraie une route au dehors par le troisième, et l'autre par le quatrième espace intercostal. Par le troisième espace intercostal on communique avec la grosse portion de la tumeur extérieure, et par le quatrième espace intercostal avec sa petite portion. Ces espaces intercostaux ont une largeur au moins triple de celle de l'état normal. Le périoste est très-épaissi, mais les côtes ne sont que très-superficiellement érodées. Les cartilages intercostaux offrent une coloration terne et sont en partie ossifiés. La paroi externe du kyste est formée par les masses de fibrine dont j'ai parlé au commencement ; la structure de celles-ci est stratifiée, elle se compose de plusieurs couches superposées les unes sur les autres et ayant de la ressemblance avec la membrane moyenne des artères. Le ventricule droit du cœur est également hypertrophié, et ses parois offrent 5 à 6 lignes d'épaisseur. Tous les autres organes ne présentent rien de remarquable.

Le siége qu'occupait chez cette malade la tumeur anévrismale extérieure rend cette observation extrêmement intéressante. Il est rare d'observer les tumeurs de cette nature dans la région du cœur. C'est ordinairement à la partie supérieure et à droite du sternum que se développent les anévrismes de la partie ascendante ou de la crosse de l'aorte.

Une autre particularité que présente cette observation est la division de la poche anévrismale en deux parties, dont chacune s'est frayé une route au dehors par un des espaces intercostaux élargis, sans user préalablement les côtes, comme cela arrive le plus souvent dans des cas analogues.

Enfin la coïncidence de cette affection avec plusieurs attaques de rhumatisme que la malade avait eues pendant sa vie, ainsi que la présence des plaques fibreuses, cartilagineuses ou osseuses, sur la surface de la membrane interne de l'aorte, qui est la continuation de celle du cœur, mérite peut-être qu'on y fixe un peu d'attention, aujourd'hui que, d'après les recherches récentes du professeur Bouillaud, le rhumatisme paraît jouer un rôle important dans la production des affections organiques du cœur et des gros vaisseaux.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE COMPARÉE, suivi de recherches d'anatomie philosophique ou transcendante sur les parties primaires du système nerveux et du squelette intérieur et extérieur ; par C.-G. CARUS ; traduit de l'allemand sur la seconde édition, par JOURDAN (1).

Si nous ne devions considérer dans ce livre que le nombre immense

(1) Trois vol. in-8°, avec un atlas de 31 planches in-4° gravées. Paris, 1835. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-médecine, n. 13 bis. Prix 34 fr.

de matériaux rassemblés de toutes parts, dont M. Carus nous présente le résumé sous le titre modeste de *Traité élémentaire*, nous aurions encore des éloges sans réserve à décerner à cette vaste érudition qui semble jusqu'à ce jour le partage presque exclusif des savans de l'Allemagne, à la sagacité qui a présidé au choix des faits les plus importans, à l'habileté avec laquelle ils ont été mis en œuvre. C'est ainsi que pour notre part nous entendons la composition des ouvrages scientifiques, tout rapporter, tout citer, tout juger; et par ce seul mérite le traité de M. Carus serait déjà indispensable à quiconque veut se tenir au courant des progrès de détail de l'anatomie comparée. Mais ce qui le rend digne d'attention, même pour les savans de premier ordre, ce sont les hautes vues générales, la théorie universelle sur laquelle l'auteur fonde l'histoire de tout ce qui jouit de la vie animale. On en trouve déjà bien une légère esquisse dans l'introduction du premier volume; car le *Traité élémentaire*, qui ne dépasse pas les deux tiers de la traduction française, forme un tout très-complet et très-distinct des *recherches d'anatomie philosophique ou transcendante*; mais ces *recherches* exposant dans ses détails le système de M. Carus, comme ses idées ne sont pas généralement connues en France, et que leur étrangeté repousserait beaucoup de lecteurs si elles n'étaient présentées avec tous les développemens nécessaires, on a pensé que ce second ouvrage pouvait être considéré comme la suite naturelle du premier, et en formait pour ainsi dire le couronnement. Cette analyse sera spécialement consacrée à reproduire ces idées générales; mais avant d'entrer en matière, il ne sera pas inutile de préciser d'abord ce que l'on entend par *anatomie philosophique ou transcendante*.

M. Carus, par exemple, distingue quatre méthodes diverses d'exposer l'anatomie, ou, suivant ses expressions, quatre degrés différens de developpement de cette science. 1° On décrit l'organisme parvenu au terme de son développement, *anatomie descriptive*; 2° on fait l'histoire des périodes successives de la vie et des divers organes dans ces diverses périodes, *anatomie génétique ou historique*; 3° les résultats des deux méthodes précédentes étant obtenus, on compare les diverses formations considérées une à une et on les classe en séries, selon leurs ressemblances et leurs dissemblances, *anatomie comparée*; 4° enfin, s'appuyant d'une part sur les données précédemment acquises, et de l'autre sur les connaissances qu'on possède en philosophie, on expose la loi intérieure des diverses formations, on apprécie le degré d'importance des particularités de forme et de nombre qu'elles présentent, autant que cette importance ressort d'une idée fondamentale de laquelle dépend nécessairement leur manifestation spéciale; et après s'être procuré ainsi une notion exacte de la signification et de la légitimité de ces formes, on procède de même à l'égard des formations naturelles, c'est-à-dire que s'il s'agit, par exemple, d'une sphère offerte par la nature, on recherche tout ce que peuvent nous apprendre sur son compte et la construction mathématique de ses propriétés géométriques, et l'idée qui est la condition ou la cause de sa manifestation, *anatomie transcendentale ou philosophique*.

Il était besoin de cette définition, à laquelle nous n'avons pas voulu changer un seul mot, pour que le lecteur sût bien quelle vaste carrière de conjectures et nous dirions volontiers de divinations nous allons lui faire rapidement parcourir. Cette philosophie nouvelle a fait revivre au 19e siècle la manière de procéder de ces anciens chefs d'école de la Grèce, qui, admettant dans la nature les élémens que leur révélait une science encore grossière, seuls avec leur pensée et les yeux clos, remuaient ces matériaux en tous sens pour tâcher d'en construire un monde, et de pénétrer ou de deviner de plein saut les mystères de la création.

Ainsi font les hardis investigateurs qui ont créé ou développé l'anatomie transcendante; et nul peut-être n'a été si loin que M. Carus. Il a réveillé de leur long sommeil ces théories qu'on pouvait croire à jamais oubliées, de la puissances des figures géométriques, des combinaisons mathématiques, et enfin des nombres; et pour donner un exemple de cette manière de dogmatiser, après qu'il a posé le principe que *tout ce qui est possible est nécessaire*, il en conclut qu'une foule d'organisations possibles qui n'ont point encore été rencontrées dans la nature, ou bien existent déjà mais ont échappé jusqu'à présent à nos recherches, ou bien existeront un jour.

Tout organisme individuel doit son développement à une chose indéterminée quant à l'espace, mais déterminable, et qui, dans un certain temps, devient une chose déterminée. Les substances dont les limites dans l'espace ne sont pas déterminables d'une manière finie portent le nom de *fluide*. Le fluide, élastique ou liquide, est donc l'élément de tout développement organique ou de la génération naturelle en général. Mais quand cette substance non déterminée dans l'espace se détermine enfin, c'est-à-dire se rapporte à une unité intérieure et comme à un centre de gravité, la plus simple et plus pure expression d'une légitime relation de parties similaires à un centre commun est la forme sphérique. Donc la sphère doit être le prototype de tout corps organique; exemples, la goutte d'eau, le globule du sang, les infusoires globuleux.

Maintenant, toute évolution étant la naissance dans un temps donné d'un déterminé, d'un composé, d'une pluralité, qui dérive d'un indéterminé, d'un simple, d'une unité, pour que l'unité par exemple devienne pluralité, il faut qu'il y ait division. Le plus simple mode de division est la *division en deux*; de là l'idée d'opposition ou d'antagonisme, qui n'est autre chose que l'expression parfaite de la dualité émanée d'une unité sous des conditions égales. Ainsi le centre d'activité vitale se divisant en deux, la sphère s'agrandit en deux sens et devient ovalaire; si l'évolution va en augmentant, de nouvelles divisions en deux se forment sur le même modèle que la première; et de cette manière, toute opposition ultérieure devant être considérée comme une répétition de l'opposition primaire simple, on arrive à formuler une loi très-importante, sur laquelle reposent et l'idée de la métamorphose organique et la nécessité d'appliquer la méthode génétique à toutes les sciences naturelles: *Nul degré supérieur d'évolution d'un organisme ne s'obtient que par la multiplication du type primaire de formation, répété toujours à des puissances de plus en plus élevées.*

Si maintenant on porte les regards sur les diverses manifestations et directions de la vie animale, on reconnaît qu'elle est de deux sortes, l'une fixe, simple, représentant l'unité intérieure de l'organisme, l'autre complexe, variable, dans un état continuel de régénération; c'est la manifestation extérieure du corps lui-même. Pour ces deux directions primordiales de la vie animale, il doit y avoir deux substances animales différentes, qui procèdent de la substance animale primaire. Celle-ci est la matière de l'œuf, *l'albumine*; les deux autres, aussi essentiellement granuleuses, sont le *sang* et la *moelle nerveuse*; la moelle, qui représente l'unité, le centre, ou comme on dit aussi, la vie animale; le sang qui représente la pluralité, le mouvement, la vie végétative. Ces deux substances, nées à leur plus haut degré de développement, ces deux systèmes, la moelle et les nerfs, le sang et les vaisseaux, sont en antagonisme. La masse nerveuse jouant dans l'économie animale le même rôle que le soleil pour l'ensemble des corps célestes, on y remarque aussi *une tendance à se développer vers la lumière cosmique qui lui est homogène*; et le système nerveux n'a atteint son plus haut degré de développement que quand la principale masse nerveuse s'est manifestée dans le point du corps de l'animal le plus élevé par rapport à la terre.

En appliquant ces idées, en apparence si abstraites, à la classification du règne animal, on trouve au dernier degré de l'échelle les *Oozoaires*, *animaux-œufs*, animaux primaires, chez lesquels *l'antagonisme du sang et de la moelle nerveuse ne s'est pas encore manifesté*, où chaque point de la masse molle du corps réunit encore la signification de point nerveux et de point sanguin. Ce sont en quelque sorte des œufs vivans qui se nourrissent et se meuvent. La seconde section du règne animal est formée d'animaux chez lesquels *l'antagonisme primaire essentiel du sang et de la moelle nerveuse se manifeste seulement par un système de nerfs mous et de ganglions, et un système de sang blanc*; ceux-là sont à un degré de développement comparable au tronc humain; ils ont un appareil digestif, un appareil respiratoire, un appareil vasculaire et des organes génitaux; en un mot, des organes propres au tronc. Ce sont des *animaux-troncs*, *corpozoaires*; et de même que le tronc humain se divise en poitrine et en ventre, ils se partagent en deux classes; les uns, chez qui prédominent les organes digestifs, *animaux-ventres*, *gastrozoaires* (mollusques); les autres chez qui prédominent la peau, les organes respiratoires et les membres, c'est-à-dire la signification de la poitrine, *animaux-poitrines*, *thoracozoaires* (animaux articulés). Dans la troisième section, *l'antagonisme de la moelle nerveuse et du sang s'est manifesté deux fois, par le système sanguin et le système lymphatique, en regard des systèmes ganglionnaire et cérébral*; le principal caractère est donc le développement de la tête et du cerveau; c'est pourquoi les animaux compris dans cette classe portent le nom *d'animaux-têtes*, *céphalozoaires* (animaux vertébrés). Mais avant que le développement de ce caractère soit parfait, les fonctions antérieures s'y répètent toutes dans la même serie, quoique avec une signification plus relevée; de là quatre grandes classes: 1° animaux chez qui prédomine la forme de l'œuf, *aedoio-céphalozoaires* (poissons); 2° ceux chez qui prédomine la formation du tronc, les uns avec prédominance du ventre, *céphalo-gastrozoaires* (reptiles), et 3° ceux chez qui prédomine la formation cutanée et pectorale, *céphalo-thoracozoaires* (oiseaux); 4° et puis ceux où prédominent la tête et les sens,

céphalo-céphalozoaires (mammifères). Enfin, la quatrième section nous montre une manifestation parfaitement harmonique de toutes ces diversités en les résumant sous le point de vue d'une unité supérieure, ou en d'autres termes en confondant l'idée de l'animalité avec celle de la raison. Cette section n'a qu'une classe, *l'homme*, qui seul répond à l'idée d'un être parfait, de sorte que lui seul est en pur antagonisme avec le monde végétal. L'animalité diffère de l'humanité au même titre que la pluralité diffère de l'unité; et par cette raison, *il est impossible de concevoir plus d'une espèce humaine.*

Ainsi unité d'abord, puis division en deux et antagonisme, et à mesure que le développement s'accroît, nouvelles divisions et nouveaux antagonismes, mais toujours modelés sur la formation primitive, qui se répète toujours en se multipliant, voilà le monde animal. C'est à ce principe général que se rattache déjà la loi posée par Oken pour l'ostéologie philosophique, que *tout le squelette n'est qu'une vertèbre répétée.* Mais cette loi ne s'appliquait qu'au squelette des animaux supérieurs, et nous verrons tout à l'heure jusqu'où les recherches de M. Carus ont amené sur ce point la science. Suivons-le d'abord dans ses études relatives au développement du système nerveux.

Le système nerveux représentant l'unité dans l'animal ne peut exister qu'à la condition d'être un lui-même. Quand il apparaît dans ses premiers rudimens, concentré dans un seul ganglion, comme dans les ascidies, à ce ganglion aboutissent tous les nerfs comme à un point central; mais quand il y a plusieurs ganglions, chacun d'entre eux doit communiquer avec les autres par des filets spéciaux, autrement dits *commissures*. C'est sous cette forme que le système nerveux apparaît dans quelques-uns des corpozoaires, chez les *radiaires* par exemple; et comme ils sont essentiellement sphériques, et que leur intérieur est occupé par la cavité stomacale également sphérique, les ganglions n'ont pour se développer que l'espace compris entre ces deux sphères. Ils apparaissent là en nombre légitime, c'est-à-dire déterminé par l'ensemble de l'organisation, absolument égaux les uns aux autres, *ce qui annonce un type inférieur*, et séparés par des distances égales. Outre les nerfs rayonnans qu'ils fournissent, ils sont tous unis par des commissures de manière à constituer un anneau parfait. *Cet anneau nerveux primaire*, forme première et originelle du système nerveux, en constitue la base constante et essentielle, même dans les conformations les plus élevées et les plus variées.

Dans les corpozoaires, cet anneau acquiert plus de développement; mais ce développement se rattache à deux variétés dominantes, ou bien il se développe en lui-même, ou bien il se répète plusieurs fois chez l'animal. On reconnaît un plus grand développement intrinsèque de l'anneau, lorsque ses ganglions sont moins nombreux et que l'un d'entre eux prédomine davantage sur les autres; et aussi lorsque le ganglion prédominant se trouve du côté lumineux ou tergal.

Ce mode de développement est propre aux mollusques, et il a atteint son plus haut degré chez les céphalopodes, où le ganglion cérébral acquiert une prépondérance décidée sur tous les autres. Il en résulte qu'aux animaux supérieurs il ne reste que le second mode de développement, ou la répétition de l'anneau. Et cependant il ne faut pas croire que la marche de la nature soit si simple, et qu'il n'y ait ainsi qu'à monter de classe en classe; de même que nous avons vu la grande section des céphalozoaires répéter les sections inférieures dans les quatre classes dont elle se compose, de même dans chaque classe il y a des ordres qui redescendent l'échelle et d'autres qui la montent, de manière à répéter les classes inférieures et à atteindre même les supérieures. Ainsi dans les mollusques, les apodes n'ont point encore de système nerveux, et les pélécypodes offrent autour de l'anus la répétition de l'anneau primaire qui entoure l'œsophage; premier indice des répétitions qui vont faire le caractère principal des animaux articulés.

En effet, le corps se trouve ici partagé en un nombre déterminé de segmens qui se répètent l'un l'autre, mais dont l'antérieur plus développé porte le nom de tête. Alors aussi dans chaque segment se retrouve un anneau nerveux, seulement diversement développé, à tel point même que quelquefois il n'est plus complétement fermé. Ceci indique un type supérieur, attendu que la moelle a gravité d'un côté et s'y est accumulée uniquement; et dans ces anneaux ouverts, le type est supérieur encore quand cette accumulation de la masse nerveuse a lieu du côté lumineux par préférence au côté terrestre de l'animal. Ainsi, dans les animaux articulés, l'anneau primaire qui occupe le premier segment ou la tête est le plus parfait de tous; il offre un ganglion du côté lumineux, premier indice du ganglion cérébral; les autres anneaux n'ont de ganglion qu'au côté terrestre; mais ils demeurent ouverts en arrière, ce qui annonce une formation un peu supérieure à celle des mollusques.

Chez un certain nombre d'animaux articulés, on rencontre encore une addition remarquable au système nerveux. C'est une petite chaîne ganglionaire particulière pour le canal intestinal, dont le développement est une suite de l'antagonisme plus prononcé qui, pour la première fois, s'établit chez les animaux articulés entre l'intestin et la peau; on l'avait désignée jusqu'ici sous le nom de nerf récurrent, sans en apprécier la haute signification.

Comment ce système ganglionaire des animaux inférieurs arrive-t-il au puissant développement qu'il acquiert chez les céphalozoaires? Le voici. Les ganglions se concentrent davantage, les commissures deviennent plus fortes; et de là *une masse nerveuse centrale déposée au côté lumineux ou tergal.* Le plus bas type de cette formation est celui où les ganglions sont en nombre indéterminé et parfaitement égaux, et où les commissures leur correspondent par le volume. A un degré plus élevé, le ganglion prédomine, et naturellement du côté du corps le plus élevé en dignité, la tête; à l'autre côté se rassemblent les commissures, dans la moelle épinière. Enfin la masse nerveuse arrive au plus haut type quand les deux portions, primordialement égales, restent l'une à l'égard de l'autre dans un rapport pur de centricité, c'est-à-dire quand la portion ganglionaire ou le cerveau acquiert une prépondérance décidée. Mais alors, comme la masse nerveuse tend toujours à se développer du côté de la lumière, il en résulte qu'à mesure que le cerveau se développe, la tête doit se redresser davantage, et qu'à son summum de développement elle se dirige directement vers le ciel; c'est ce qui explique la station droite des animaux qui ont le cerveau le plus développé, et par-dessus tous de l'homme. Le système nerveux splanchnique se trouve au côté terrestre, et n'est d'ailleurs que la représentation à un plus haut degré de la chaîne ganglionnaire des animaux articulés.

Nous arrêterons là ce que nous voulions dire du système nerveux. Les divisions des ganglions, leurs rapports numériques, le développement particulier des nerfs et du cerveau dans les classes supérieures, nous entraîneraient trop loin; il nous suffit d'avoir montré en général comment l'auteur relie les grandes sections du règne animal les unes aux autres, et surtout comment il franchit ce pas difficile en anatomie philosophique des animaux invertébrés aux vertébrés. La considération des diverses sortes de squelettes achèvera d'éclaircir toutes les difficultés qui s'opposeraient à l'intelligence de ce vaste système, l'unité de composition. Nous sommes obligés de reprendre encore ici, de bas en haut, toute la série des organisations animales.

La masse animale primaire, la sphère et ses variétés, n'a d'existence indépendante qu'à la condition de se séparer de la substance extérieure. Elle ne peut le faire qu'autant que son enveloppe extérieure acquiert un degré de solidité plus considérable que le reste; c'est là le premier squelette qui apparaisse; il est représenté par la coquille de l'œuf, par le test des animaux inférieurs, et pour franchir d'un coup toutes les séries intermédiaires, par l'épiderme et les poils chez l'homme; c'est le *dermatosquelette*.

Cette limitation du monde extérieur doit également se répéter à l'intérieur de l'animal lorsque la substance élémentaire extérieure y pénètre; de là résulte l'idée d'une formation solide à la face interne de la voie intestinale et de la voie aérienne; c'est ce que M. Carus appelle le *splanchnosquelette*.

Enfin, lorsque le système nerveux apparaît, comme il représente l'unité dans l'animal, de même que l'animal représente l'unité à l'égard du monde extérieur, le système doit aussi être limité; cette limite apparaît tantôt sous forme de névrilemme, tantôt de cartilage, et enfin d'os, quand il a acquis son plus grand développement; c'est le *névrosquelette*.

Tous trois commencent par prendre la forme de la matière vivante qu'ils limitent; ils ont donc d'abord tous trois la forme d'une sphère creuse. Cette sphère, si bien représentée pour le dermatosquelette par la coquille de l'œuf, est donc la forme primitive du squelette, et comme nous verrons plus tard que tout le squelette se rapporte à la vertèbre, la coquille de l'œuf, origine de la vertèbre, doit être considérée comme la véritable *protovertèbre, close encore de toutes parts et vésiculeuse.*

Le dermatosquelette appartient spécialement aux classes primitives. Le splanchnosquelette y existe aussi, mais retenu dans d'étroites limites par l'antagonisme du premier qui prend un grand développement; et il n'y a pas encore, à proprement parler, de névrosquelette. Du reste, la substance du dermatosquelette doit nécessairement correspondre à la substance qui le forme en se solidifiant, à l'albumine; ainsi l'albumine se dessèche en une masse molle et flexible, *cartilage*; en une masse molle qui se durcit à l'air, *corne*; en une masse molle solidifiée par des dépôts de carbonate calcaire, *test* et *coquilles*. A ce propos, il n'est pas sans intérêt de noter que toutes les parties terreuses qui entrent dans la composition des divers squelettes sont acidifiées, et que l'acidification diffère essentiellement pour le dermatosquelette et le névro-

squelette. Dans le premier, elle est due à l'acide carbonique qui appartient en propre à la nature extérieure et principalement au règne végétal, tandis que le second est pénétré d'acide phosphorique, élément caractéristique de la substance nerveuse et surtout de la substance cérébrale. Ajoutons enfin, quant au dermatosquelette, qu'une fois formé, un de ses traits distinctifs est de ne plus croître que par des dépôts exhalés de la surface de l'animal.

On trouve déjà des traces d'une splanchnosquelette dans les gastéropodes, quoiqu'il n'arrive pas partout à l'état solide et qu'il ne soit fréquemment indiqué que par l'épithélion du canal intestinal. Mais dans les premiers indices solides de ce squelette on peut retrouver le type annulaire; par exemple dans l'arc maxillaire ou dentaire, corné et dentelé, qu'on trouve au-dessous de la cavité orale d'un grand nombre de gastéropodes, etc. Le névrosquelette apparaît pour la première fois à l'état solide chez les céphalopodes; autour de la tête se développe une protovertèbre parfaite, qui se divise en deux parties essentiellement développées pour répondre aux deux ganglions de cet anneau lui-même. Comme le ganglion cérébral des céphalopodes a en général la signification de *masse cérébrale moyenne* (masse optique, tubercules quadrijumeaux), la protovertèbre crânienne de ces mollusques devrait répondre à la vertèbre centricipitale des anneaux supérieurs. Mais comme dans ceux-ci il ne reste de l'anneau nerveux que la masse ganglionaire supérieure, de même aussi on n'y retrouve de cette protovertèbre que la deutovertèbre secondaire constituant la seconde vertèbre crânienne, composée des pariétaux et du corps postérieur du sphénoïde.

Chez les animaux articulés, le dermatosquelette quitte la forme de protovertèbre simple, pour présenter des colonnes protovertébrales sur lesquelles apparaissent des colonnes deutovertébrales qui déterminent la formation des membres dirigés surtout dans le sens des rayons. On rencontre chez plusieurs un splanchnosquelette déjà assez avancé; en effet, outre le splanchnosquelette intestinal, seul propre aux animaux plus inférieurs, il se trouve un squelette trachéal sous forme de fibres cornées, représentant des anneaux entiers ou seulement des portions d'anneau, et entourant les trachées jusqu'à leurs ramifications les plus déliées. Le névrosquelette s'y montre également, mais très-incomplet; et la prédominance du système cutané est telle, que bien que la corne soit en général la substance propre du dermatosquelette, le cartilage du splanchnosquelette, et l'os du névrosquelette, ces trois squelettes sont tous formés ici de véritable corne.

Jusqu'ici nous avons pu marcher avec les idées scientifiques ordinaires, à part ces mots de protovertèbres et deutovertèbres déjà une fois prononcés. Mais il faut désormais expliquer cette dégénération de la vertèbre primitive pour comprendre quelque chose à la formation squelettique des animaux supérieurs.

Nous avons vu que la sphère creuse est la protovertèbre et en même temps le squelette primitif qui fera la base de tous les autres. Tant que cette sphère ne se répète qu'intérieurement; c'est-à-dire en se multipliant en segmens superposés, la colonne qui en résulte est toujours protovertébrale; et l'on voit que les protovertèbres affectent, dans le milieu de la colonne, une forme cylindrique creuse qui est la dégénération directe de la sphère ainsi multipliée: c'est ainsi que le dermatosquelette des insectes est généralement formé d'une colonne protovertébrale. Mais si la répétition de la sphère primaire a lieu en dehors d'elle-même, c'est-à-dire que les deux sphères, au lieu de se superposer, se touchent seulement par un point de la circonférence, et que les colonnes soient formées par la superposition de ces sphères secondaires multipliées à leur tour, on aura des deutovertèbres ou vertèbres secondaires. La colonne vertébrale, ou pour parler plus exactement, l'anneau osseux qui recouvre le rachis, en offre un exemple à côté de la colonne protovertébrale constituée par les côtes. Si enfin la sphère se répète une troisième fois en dehors d'elle-même, de la multiplication de ces sphères tertiaires résultent d'autres colonnes, dont les portions tendent à se transformer en os diconiques; ce sont les tritovertèbres. Mais ces tritovertèbres sont ou parallèles aux autres; tels sont les corps des vertèbres; ou rayonnantes, tels sont les os des membres, et en termes d'anatomie transcendante, les vertèbres des membres. On voit maintenant par quelle filiation la protovertèbre sphérique constitue tout le squelette, qui se trouve n'être qu'une simple répétition de vertèbres.

Ceci posé, on a la clé de tout le squelette des céphalozoaires. Le dermatosquelette est ici très-atrophié; en revanche, le splanchnosquelette se développe davantage; et chez l'homme, par exemple, il est constitué par les dents, l'hyoïde, le larynx et les anneaux bronchiques; mais le névrosquelette est celui qui domine les deux autres, et le seul dont le développement progressif présente un puissant intérêt.

Et d'abord, le système nerveux des céphalozoaires étant essentiellement caractérisé par la chaîne des ganglions situés le long du dos, leur névrosquelette l'est également par une colonne de deutovertèbres en nombre égal à celui des ganglions. La seule différence consiste en ce que les ganglions se réunissent en une seule masse, la moelle épinière, tandis que les vertèbres qui leur correspondent restent toujours distinctes.

Le crâne correspondant dans ses vertèbres aux masses ganglionaires du cerveau, le rapport primaire de ces masses doit déterminer le nombre et les rapports primaires des vertèbres crâniennes. Comme il n'y a que trois masses cérébrales primaires essentielles, cervelet, tubercules quadrijumeaux, et cerveau, il n'y a donc que trois vertèbres crâniennes essentielles. Mais ces masses cérébrales se répétant à la face par les trois nerfs qui en découlent, l'auditif, l'optique et l'olfactif, il y aura trois vertèbres faciales. Enfin, les masses cérébrales se divisant intérieurement, les tubercules quadrijumeaux en deux, le cerveau en trois, les deux vertèbres crâniennes qui leur répondent subissent la même division; de là trois nouvelles vertèbres appelées intervertèbres crâniennes. On conçoit que nous ne saurions expliquer en détail toutes les parties constituantes de ces neuf vertèbres céphaliques; il nous suffit d'indiquer les principes et de renvoyer pour les applications à l'ouvrage même.

Les deutovertèbres sont ainsi devenues la base du squelette, tandis que les protovertèbres sont en plusieurs points presque oblitérées. Toutefois M. Carus en retrouve presque partout les traces; et sous le nom d'*arcs protovertébraux* ou de côtes, il signale les *côtes occipitales*, *celles de la vertèbre auditive*, des *vertèbres crâniennes*, *faciales*, etc. L'omoplate et la clavicule appartiennent à ces arcs protovertébraux, et à plus forte raison les os du bassin.

Voilà déjà pour le tronc deux colonnes de vertèbres; il y en a une troisième, la colonne deutovertébrale inférieure ou du côté terrestre. La première vertèbre de ce genre est constituée par la moitié supérieure de la poignée du sternum; le reste du sternum en constitue autant qu'il y a de vraies côtes, 7; le cartilage xiphoïde, la ligne blanche ou le sternum ventral des crocodiles, la symphyse pubienne, ou l'os particulier qu'on trouve chez l'élan et le vampire, complètent cette colonne.

La colonne protovertébrale se répétant en avant et en arrière, il résulte d'une autre loi de développement dont nous avons omis à dessein de parler, qu'elle doit se répéter aussi sur les côtés. On en trouve en effet des vestiges dans les apophyses des corps des côtes dirigées en arrière chez certains animaux, et faisant un angle plus ou moins droit avec le corps; mais le grand développement des colonnes tergale et ventrale retient celles-ci dans un état presque complet d'atrophie.

Viennent enfin les colonnes rayonnantes ou des membres, et il est résulté de considérations géométriques que nous avons aussi omises, que *six de ces colonnes vertébrales sont possibles à la circonférence de chaque protovertèbre*, savoir une médiane supérieure, une médiane inférieure, deux latérales supérieures, et deux latérales inférieures. Ces quatre dernières sont paires. Les deux impaires sont généralement peu prononcées; on en trouve pour exemples les nageoires du dos ou du ventre des poissons, et ces prolongemens des apophyses épineuses provenant de points particuliers d'ossification que M. Geoffroy Saint-Hilaire appelle *en-épial* et *pro-épial*. Les membres pairs postérieurs sont, à la tête, l'opercule des poissons, le cartilage de l'oreille des animaux supérieurs, la mâchoire inférieure; les antérieurs sont les cartilages des paupières, ceux des ailes du nez, etc. Nous nous en tiendrons à cet exemple, et ne dirons rien des membres du tronc, qui se classent tout aussi facilement dans ce système.

Telle est, en abrégé, la théorie philosophique de M. Carus. Ce qui frappe tout d'abord dans ses déterminations, c'est qu'elles s'éloignent beaucoup de presque toutes celles qui ont été tentées avant lui; en sorte que cette grande et séduisante idée de l'unité de composition ne paraît vraiment jamais plus douteuse que quand on compare la diversité des systèmes auxquels elle a donné lieu. Ce résultat tient-il à l'inexactitude de l'idée en elle-même, ou aux difficultés qui enveloppent toujours les premiers pas d'une science qui commence? c'est ce que nous n'essaierons pas de décider. D'ailleurs M. Carus lui-même ne pense pas que toutes ses déterminations soient sans reproche, et il convient que plusieurs pourront être rectifiées. Goëthe a très-bien peint les difficultés de ces sortes de sujets, quand il a dit: «J'irai plus loin, et je soutiendrai que l'observateur solitaire et tranquille ne demeure pas toujours semblable à lui-même, et qu'un jour ou l'autre les problèmes dont il s'occupe lui semblent ou plus clairs ou plus obscurs, suivant que les facultés intellectuelles qu'il applique à leur solution se manifestent d'une manière plus ou moins pure et plus ou moins parfaite.»

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

VI. PATHOLOGIE EXTERNE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

(Nous rangeons dans une première section les plaies, les affections sans siège déterminé, brûlures, tumeurs, lésions d'artères, les amputations et enfin, à capite ad calcem, suivant les régions et les organes, les articles qui n'ont pu entrer dans les titres particuliers suivans.)

MALADIES DES OS.

ORTHOPÉDIE.

HERNIES.

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

MALADIES SYPHILITIQUES.

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

VII. ART DES ACCOUCHEMENS.

VIII. NOUVELLES, VARIÉTÉS, FEUILLETONS, ETC.

(NOTA. *On trouvera sous divers titres les feuilletons qui se rattachent à des sujets spéciaux*).